

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНАМ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ МОДУЛЯМ
по специальности
31.01.02 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

СОДЕРЖАНИЕ

1. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ФИЛОСОФИИ»	3
2. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИСТОРИЯ».....	49
3. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК»	63
4. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА»	84
5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ».....	89
6. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СОЦИОЛОГИЯ»	113
7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «БИОЭТИКА».....	128
8. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФОРМАТИКА»	158
9. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МАТЕМАТИКА»	192
10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФИЗИКА»	196
11. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИМИЯ».....	218
12. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «БИОЛОГИЯ».....	231
13. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК И ЕГО ОКРУЖЕНИЕ».....	273
14. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ».....	298
15. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ».....	343
16. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФАРМАКОЛОГИЯ»	375
17. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГЕНЕТИКА ЧЕЛОВЕКА С ОСНОВАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ»	391
18. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА».....	411
19. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА С МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИЕЙ».....	421
20. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ПАТОЛОГИИ»	452
21. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ МИКРОБИОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ».....	567
22. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ»	633
23. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ».....	646
24. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГИСТОЛОГИЯ, ЭМБРИОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ»	658
25. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА».....	675
26. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПМ.01 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.....	685
26.1. МДК 01.01 ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН.....	685
26.2. УП.01.01 УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА	787
27. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПМ 02. ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	830
27.1. МДК.02.01 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	830

27.2.	МДК.02.02 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	932
27.3.	МДК.02.03 ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	953
27.4.	МДК 02.04 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.....	1006
27.5.	УП.02.01 УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА	1028
27.6.	ПП.02.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ).....	1082
28.	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	
ПО ПМ 03. НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....		1104
28.1.	МДК.03.01 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	1104
28.2.	УП.03.01 УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА	1170
28.3.	ПП.03.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ).....	1184
29.	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	
ПО ПМ 04 ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.....		1187
29.1.	МДК.04.01 ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ 1187	
29.2.	УП.04.01 УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА	1208
29.3.	ПП.04.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ).....	1214
30.	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	
ПО ПМ 05. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.....		1220
30.1.	МДК.05.01 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	1220
30.2.	ПП.05.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ).....	1305
31.	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	
ПО ПМ 06. ОРГАНИЗАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.....		1314
31.1.	МДК.06.01 ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	1314
31.2.	ПП.06.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ).....	1329
32.	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	
ПО ПМ 07. ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ ПО ОДНОЙ ИЛИ НЕСКОЛЬКИМ ПРОФЕССИЯМ РАБОЧИХ, ДОЛЖНОСТЯМ СЛУЖАЩИХ.....		1336
32.1.	МДК 07.01 САНИТАРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПАЛАТ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КАБИНЕТОВ, ПЕРЕМЕЩЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ, УХОД ЗА ТЕЛОМ УМЕРШЕГО ЧЕЛОВЕКА.....	1336
32.2.	МДК 07.02. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	1352
32.3.	УП.07.01 УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА	1357
32.4.	ПП.07.02 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ).....	1364
33.	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО	
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (ПРЕДДИПЛОМНОЙ) ПРАКТИКЕ		1367

1. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ФИЛОСОФИИ»

Содержание 1 модуля

Перечень тем:

- 1 Формирование философской мысли
- 1 Философия, ее предмет, проблемы, функции
- 2 Основные категории философии
- 3 Формирование древневосточной философии Индии
- 4 Формирование древневосточной философии Китая
- 5 Древнегреческая философия. Ранняя Греция
- 6 Древнегреческая философия
- 7 Средневековая философия
- 8 Философия эпохи Возрождения

Содержание 2 модуля

- 2 История западноевропейской и русской философии
- 1 Философия Нового времени
- 2 Философия Просвещения
- 3 Немецкая классическая философия
- 4 Немецкая классическая философия
- 5 Современная философия: позитивизм и прагматизм
- 6 Антропоцентристские направления современной философии: философия жизни, экзистенциализм
- 7 Антропоцентристские направления современной философии: философия жизни, экзистенциализм
- 8 Генезис русской философии
- 9 Основные направления и проблематика русской философии

Тема 1 Формирование философской мысли

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Дайте определение понятию: мировоззрение. Нарисуйте схему видов мировоззрения в тетради.

Перечислите основные типы и способы философского осмысления мира.

Сформулируйте своё определение сущности философского знания и нарисуйте схему структуры данного вида знания.

Перечень тестов по теме №1:

#Какие основные составляющие мировоззрения?

+ценностные ориентации, верования, идеалы, убеждения

верования, мотивы, убеждения, требования

идеалы, убеждения, мотивы, верования

ценности, мотивы, убеждения, верования

#Какое определение относится к мировоззрению?

+совокупность ценностных ориентаций, верований, идеалов и убеждений.

совокупность представлений основанные на вере в чудодейственные сверхъестественные силы и существа

способ понимания и освоения природной и социальной действительности

совокупность знаний, которыми обладает человек

#Как с греческого языка переводится слово «философия»?

любовь к истине

+любовь к мудрости

учение о мире

божественная мудрость

#Время возникновения философии?

середина III тысячелетия до н.э.

+VII-VI в.в. до н.э.

XVII-XVIII в.в.

V-XV в.в.

#Кто впервые употребил слово философия и назвал себя философом?

Сократ

Аристотель

+Пифагор

Цицерон

#Основы бытия, проблемы познания, назначение человека и его положение в мире изучает?

+философия

онтология

гносеология

этика

#Что является определяющим признаком религиозного мировоззрения?

вера в единого бога-творца

отрицание человеческой свободы, вера в то, что все поступки изначально определены богом

презрительное отношение к достижениям науки, отрицание их достоверности

+вера в сверхъестественные, потусторонние силы, обладающие возможностью влиять на ход событий в мире

#Как называется направление, отрицающее существование Бога?

+атеизм

скептицизм

агностицизм

неотомизм

#Какой основной вопрос философии?

+о соотношении между материей и сознанием
 что такое познание
 о сущности понимания
 о доказательстве истины
 *Основные черты понятия "философия":
 особенность
 практичность
 постоянное обновление и систематизация знаний
 +всеобщность
 +мировоззренческая направленность
 #Агностицизм – это?
 +направление в теории познания, полагающее, что адекватное познание мира невозможно
 недоверие чувственному опыту
 философская позиция, рассматривающая все явления мира в их взаимной связи и развитии
 отрицание рациональных путей познания мира
 #Что такое этика?
 учение о развитии
 учение о бытии
 теория о нравственном превосходстве одних людей над другими
 +учение о морали и нравственных ценностях
 #Что такое аксиология?
 +учение о ценностях
 учение о развитии
 теория справедливости
 теория о превосходстве одних групп людей над другими
 #Что такое гносеология?
 учение о развитии и функционировании науки
 +учение о природе, сущности познания
 учение о логических формах и законах мышления
 учение о сущности мира, его устройстве
 #Что такое онтология?
 учение о всеобщей обусловленности явлений
 +учение о сущности и природе науки
 учение о бытии, о его фундаментальных принципах
 учение о правильных формах мышления
 #Что характерно для эпистемной линии в философии?
 понимание философии в качестве высшей науки
 +отождествление философии с теологией
 утверждение в качестве субстанции только одного начала
 рассмотрение действительности как постоянно развивающейся
 #Философская антропология – это научный раздел о ...
 о развитии и всеобщей взаимосвязи
 +о природе и сущности человека
 наука о поведении человека в условиях естественной среды
 философское учение о государстве и об обществе
 #Что является объектом мировоззрения?
 +мир в целом
 часть мира
 основные части мира
 #Философское учение о ценностях – это?
 онтология
 гносеология
 +аксиология
 антропология
 # Учение о развитии, источником которого признается становление и разрешение противоречий – это?
 агностицизм
 +диалектика
 метафизика
 идеализм
 #Какой из нижеперечисленных вопросов не был сформулирован Иммануилом Кантом?
 Что я могу знать?
 Что я должен делать?
 На что я смею надеяться?
 +Что такое мировоззрение?
 Глоссарий:
 аксиология, гносеология, диалектика, идеализм, материализм, метод, методология, мировоззрение, мифология, объективный идеализм, онтология, религия, субъективный идеализм, философия, эпистемология, этика, эстетика.

Тема 2 Основные категории философии

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Дайте определение понятию: основные категории философии. Нарисуйте их схему в тетради.
 Основные исторические этапы и периоды развития философии Востока.
 Основные исторические этапы и периоды развития философии Запада.
 Основные исторические этапы и периоды развития Русской философии.
 Сформулируйте и зарисуйте в тетради классификацию (типологизацию) философских учений по следующим основаниям: классификация философских учений в зависимости от выбора исходных позиций философов в решении так называемого «основного вопроса философии». Имеющего две стороны: онтологическую и гносеологическую;

Сформулируйте и зарисуйте в тетради классификацию (типологизацию) философских учений по следующим основаниям: регионально-цивилизационный критерий, то есть деление философских доктрин на две группы: западная философия и восточная философия.

Перечень тестов по теме №2:

Глоссарий:

Древние цивилизации, Ранняя греческая философия, Средневековье, Возрождение, Новое время, Просвещение, Модерн, Постмодерн

Тема 3 Формирование древневосточной философии Индии

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Сформулируйте и охарактеризуйте основные идеи Древневосточной философии.

Перечислите и охарактеризуйте основные священные книги в Древней Индии

Перечислите и охарактеризуйте два основных вида философских школ Древней Индии (ортодоксальные и неортодоксальные).

Нарисуйте две схемы-таблицы ортодоксальных и неортодоксальных школ в тетрадах.

Перечень тестов по теме №3:

Наиболее известная часть древнейшего памятника культуры Китая «Пятикнижия»? Веды

Упанишады

+И цзин

Ши цзин

Авеста

Каков главный вопрос буддизма?

+о спасении

о сансаре

о нирване

о карме

о наслаждении

Как называется учение Будды?

о пять благородных знаниях

о четырех благородных поступках

о пяти благородных деяниях

+о четырех благородных истинах

о трёх благородных стремлениях

Какой из элементов не входит в благой восьмеричный путь?

праведное воззрение

праведное стремление

праведное действие

+праведная истина

праведные мысли

Как называется основной буддистский канон?

упанишады

махабхарата

+трипитака

Ригведа

тримурти

В буддизме нирвана означает

монашескую общину

+конечную цель религиозной практики, связанную с избавлением от страданий

принцип универсальной причинности, определяющий будущее перерождение каждого живого существа

жизнь, как цепь перерождения

жизнь, как постоянное страдание

Когда возникает буддизм?

+середина 1 тыс. до н.э.

середина 2 тыс. до н.э.

начало 1 тыс. н.э.

конец 1 тыс. н.э.

начало 2 тыс. до н.э..

Какая из перечисленных философских школ относится к неортодоксальным?

йога

миманса

веданта

+джайнизм

вайшешика

В чем суть человеческой жизни согласно Будде?

+в страдании

в общении

в труде

в приобщении к истине

в наслаждении

Какая идея является центральной в учении Джайнизма?

стремление к счастью

обращение к богу

+принцип ахимсы (непричинение никому зла)

стремление к избавлению от страданий

отстранение от мира

Какой главный труд в учении Джайнизма?

+«Таттварха-сутра»

«Воля к жизни»

«Творческая эволюция»
«Махабхарата»
«Веда гимнов»
Основоположителем джайнизма является:
Сидхартха Гаутама
Мо-цзы
Джаймини
+Джина Махавира
Конфуций
Какое философское учение Древней Индии считается материалистическим?
индуизм
джайнизм
буддизм
ньяя
+локоята (чарвака)
Какие первоначала утверждала школа локаята-чарвака?
айперон
+земля, вода, огонь, воздух
дерево, металл
монада
субстанции, атомов, душ
Целью «Восьмеричного Благого Пути» в буддизме является:
+ниравана
познание
карма
атман
брахман
#Сидхартха Гаутама основатель религиозно-философского учения:
даосизма
кинизма
+буддизма
конфуцианства
джайнизма
Каким понятием в древнеиндийской философии определялось освобождение от сансары и земной кармы?
нирвана
жень
дао
брахман
+мокша
Какие самые распространенные направления-школы древнеиндийской философии?
классические
неклассические
+ортодоксальные, неортодоксальные
конфуцианство
даосизм
Сущность какого учения выражает это высказывание: «Причиной страдания является жажда бытия, желания, страсти, влечения»?
+буддизм
санкхья
вайшишека
миманса
веданта
В буддизме - повторяющаяся без перерыва короткая ритуально-магическая фраза-это
мудра
+мантра
мандала
тантра
молитва
Сколько насчитывает ступеней срединный путь освобождения от страданий?
четыре
семь
+восемь
двенадцать
пять

Глоссарий:

астика, настика, Атман, Брахман, восьмеричный путь, дхарма, карма, мокша, nirvana, реинкарнация, колесо сансары.

Тема 4 Формирование древневосточной философии Китая

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Основные периоды развития философских школ Древнего Китая. Составьте схему основных философских школ Китая

Школа даосизма. Лао-цзы и его книга Дао дэ дзин

Основные характеристики низкого человека и благородного мужа по Конфуцию

Трактат Желтого императора, как основа древнекитайской философии

Перечень тестов по теме №3:

Название, какой из философских школ Китая в переводе с китайского языка означает школа законников?

конфуцианства

даосизма
+легизма
моизма
натурфилософии
Что отражает учение Инь и Ян?
строгую необходимость всего сущего
+всеобщий принцип двойственной природы вещей
волю неба
предопределение судьбы
причинно-следственные отношения
У какой философской школы Китая основным принципом является «У-вей»?
легизма
+даосизма
конфуцианства
моизма
буддизма
Что предпочитает Даоский мудрец?
говорить
+молчать
петь
читать стихи
говорить притчами
В качестве основного закона бытия в китайской космологии выступает Дао, которое переводится как ...
небо
+путь
первопричина мира
земля
космический разум
В чем суть этико-политических взглядов Конфуция?
в создании социальных стратификации общества
+в теории управления с помощью добродетели
в создании идеального образа правителя в пути создания нового государства
в решение социальных проблем реальности
В чем состоит сущность учения даосизма?
+«дао рождает вещи. Дэ вскармливает их, не присваивать творить и не хвалиться, являясь старшим, не повелевать»
человек – общественное существо, исполняющее социальную роль
«нельзя войти в реку дважды»
«знание – сила»
«я мыслю, следовательно, существую»
В чем состоит сущность понятия «жэнь», данное Конфуцием?
+«человеколюбие, не быть жестокосердным»
человек – общественное существо, исполняющее социальную роль
«человек – мера всех вещей»
«знание – сила»
«я мыслю, следовательно, существую»
Источник философии даосизма?
«Лунь юй»
+«Дао де цзин»
«Шан цзюнь шу»
Ии цзин»
«Ши цзин»
Даосы говорили: «Для человека образец – Земля. Для Земли образец – Небо. Для Неба образец – Путь. Для Пути образец – ...?»
великие люди
совершенно мудрый муж
совершенные речи
человеческие дела
+самопроизвольная естественность
Кто является основателем даосизма?
Сюнь-цзы
Мэн-цзы
Мо-цзы
Конфуций
+Лао-цзы
Основным принципом даосизма является?
подвергай все сомнению
творческая активность
сыновья почтительность
+недеяние покорность
Кто автор концепции «благородного мужа» в Древнем Китае?
Лао-цзы
Хань-Фей
+Конфуций
Лю-цзы
Сюнь-цзы
Что означает понятие «Ли»?
знание
любовь
+следование церемониям
следование велению сердца

следование естественному закону

Понятие в древнекитайской философии, обозначающее свет, светлую сторону горы, ущелья, реки это ...?

ли
+ян
инь

дэ

ци

Основным понятием легизма является?

ци (энергия)

ли (Ритуал)

дао (путь)

+фа (закон)

жэнь (гуманность)

По мнению какого философа, целью обучения является достижение уровня «идеального человека», «благородного мужа»?

+Кун фу цзы

Ганди

И. Кант

Лао-цзы

Сократ

Китайским философом, выходящим из школы «служилых людей» является?

Лао-цзы

Чжуан-цзы

Сюнь-цзы

Мэн-цзы

+Кун-цзы

В чем Конфуций видит сущность человека?

человек – общественное существо, исполняющее социальную роль

«человек – мера всех вещей»

«знание человека – сила»

«я мыслю, следовательно, существую»

+«не делай другому того, чего не желаешь себе»

Особенностью какой школы было провозглашение принципов «всеобщей любви и взаимной выгоды», а также «умеренности в расходах»?

школа конфуцианства

школа лигизма

школа натурфилософов

+ школа моизма

школа имён

Глоссарий:

Дао, дэ, жэнь, Инь, Ли, цзюнь-цзы, чжун юн, Ян, сяу, благородный муж, низкий человек.

Тема 5 Древнегреческая философия

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Периодизация древнегреческой философии.

Основные философские категории античности в ранней классике.

Методы и школы натурализма. Натурфилософы Древней Греции и их основные идеи по поводу первоначал бытия.

Этический релятивизм софистов.

Метод майевтики Сократа.

Перечень тестов по теме №5:

#Кто выступил основателем Милетской школы?

Кант

Диоген

Фома Аквинский

+Фалес

Конт

#Кто из перечисленных ученых считал воду основой жизни?

Пифагор

Платон

+Фалес

Лейбниц

Анаксимандр

#Что выделял Анаксимандр в качестве первоосновы жизни?

+апейрон

атом

монада

число

огонь

#К какой философской позиции был близок Фалес?

к рационализму

+к материализму

к антропоцентризму

к иррационализму

к идеализму

#Создателем, какой философской позиции был Пифагор?

+идеализма

антропоцентризма

материализма

рационализма

иррационализма

#Что, согласно Пифагору, лежало в основе бытия?

+число

воздух

огонь

монада

атом

#Что выделял Анаксимен в качестве первоосновы жизни?

апейрон

атом

монада

число

+воздух

#Что выделял Гераклит в качестве первоосновы жизни?

апейрон

+огонь

атом

число

воздух

#Что выделял Ксенофан в качестве первоосновы жизни?

воду

+землю

солнце

атом

огонь

#Какое понятие создал Гераклит?

воля к власти

инобытие

+небытие

жизненный мир

война всех против всех

#За что Парменид критиковал Гераклита?

+ за его идею небытия

за идею инобытия

за идею бытия

за идею «вещь в себе»

за идею теории равновесия

#Представителями какой школы были Ксенофан и Парменид?

пифагорейский союз

+элейская школа

милетская школа

школа экзистенциализма

александрийская школа

#В развитие чего внёс Гераклит весомый вклад?

гносеологии

+диалектики

аксиологии

феноменологии

онтологии

#На каком предмете основывался Пифагорейский союз?

биология

физика

+математика

естествознание

астрономия

#Какой термин описывает философское учение о всеобщих связях бытия, о движении и развитии всего сущего?

гедонизм

+диалектика

гносеология

эпистемология

онтология

#Какой термин описывает неопределенное, беспредельное и бесконечное первоначество?

атараксия

гилеморфизм

+апейрон

физис

эйдос

#Какой термин описывает всё многообразие проявления форм человеческого существования, его умственную, психическую и физическую деятельность?

+бытие

существование

идея

гедонизм

этика

#Представителями какой школы были Анаксимен и Анаксимандр?

школа экзистенциализма

пифагорейский союз

элейская школа

+милетская школа

александрийская школа

#Почему Парменид считал, что небытия не существует?

+так как человек не может познать его разумом

так как человек не может познать его интуицией

так как человек не может познать творчеством

так как человек не может познать с помощью цифр

так как человек не может познать его с помощью религии

#Кто был основателем элейской школы?

Пифагор

Анаксимен

Гераклит

+Ксенофан

Диоген

У3 Софисты и Сократ

#Основное умение, которое преподавали софисты – это

грамматика и литературоведение

навыки построений абстракций

умение мыслить по логическим правилам

+риторическая подготовка к гражданской деятельности

умение вести разговор

#Какова основная заслуга софистов?

софисты выдвинули на первый план проблему «физиса»

софисты выдвинули на первый план проблему – материи

никаких проблем у них не было

+софисты выдвинули на первый план проблему человека

софисты выдвинули на первый план проблему души

#Из каких исторических источников мы знаем о Сократе?

из мифов

+из произведений Платона и Ксенофонта

из письменного наследия Сократа

из найденных бумаг

из легенд

#Автор афоризма: «Я знаю, что ничего не знаю»?

Пифагор

Фалес

Аристотель

+Сократ

Демокрит

#Как Сократ отвечает на вопрос: «Что такое человек?»

это результат эволюции живого мира

это тело

это – политическое животное

+это – разумная душа

это совокупность атомов

#Какая проблема была в центре внимания у Сократа?

проблема первоначала

что такое «физис»?

+какова природа (сущность) человека?

проблема бытия и небытия

проблема жизни на Земле

#По своей сути метод Сократа является

+диалектическим

метафизически

идиографическим

дескриптивным

эмпирическим

#В чем заключалась деструктивная часть метода Сократа?

Сократ показывал невозможность достижения истины

Сократ демонстрировал относительность истины как ее единственное свойство

+Сократ приводил собеседника к противоречию

Сократ доказывал возможность невозможного

Сократ считал, что счастье есть основа жизни

#Метод Сократа называется...

+майевтика

майтрейя

мантика

майолика

маймонизм

#Кто впервые разработал диалектический способ ведения спора, рассуждения?

Пифагор

+Сократ

Платон

Демокрит

Фалес

#Философ, ученик Сократа:

+Платон

Аристотель

Эпикур

Демокрит

Пифагор

#“Познай самого себя» говорил:

Платон

+Сократ

Аристотель

Фалес

Демокрит

#Высказывание Сократа:

«человек мера всех вещей»

+«добродетель-это знание»

«бог в нас самих»

«друг всем-ничей друг»

«слово-тень дела»

#Сколько людей, столько и истин, считали:

элеаты

+софисты

кинники

милетцы

стоики

#Сократ является автором понятия

+диалектика

схоластика

патристика

наука учения

мистика

#Сократ относится к направлению:

+скептицизм

дуализм

рационализм

эмпиризм

иррационализм

#Философия Сократа по преимуществу является:

космологией

+антропологией

гносеологией

эсхатологией

филологией

#Майевтика — это

богиня философии

+философский метод

ученица Сократа

разновидность софистики

учение Аристотеля

#“А бутерброд лучше, чем ничто, значит он лучше вечного блаженства» является

+софизмом

схоластикой

эмпиризмом

апорией

парадоксом

#Диалектика-это философское учение о:

вечной неизменности

+всеобщей взаимосвязи и всеобщем изменении

всеобщей иллюзорности

происхождении мира

первичности и вечности материи

Глоссарий:

антропоцентризм, апейрон, гилозоизм, гносеология, детерминизм, диалектика, идеализм, космоцентризм, Логос, майевтика, материализм, натурфилософия, онтология, физис, этика, эвдемонизм, рационализм.

Тема 6 Древнегреческая философия

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Теория государства по Платону и по Аристотелю.

Идеализм Платона и материализм Аристотеля.

Характеристика поздней Древнегреческой философии. Основные идеи Эллинизма. Основные идеи течения эллинистической философии - стоицизм (Плутарха, Цицерона, Сенеки, Марка Аврелия).

Основные идеи течения эллинистической философии – эпикуреизм. Эпикур и Цит Лукреций Кар.

Представители стоицизма (Зенон Китийский, Ксенофан, Хрисипп) и их основные идеи и методы философствования.

Перечень тестов по теме №6

#Кто был непосредственным предшественником философии Аристотеля?

+Платон

Демокрит

Деонисий Ареопагит

Анаксимандр

Анаксимен

#Что у Аристотеля является краеугольной основой философии?

+эмпирическое исследование

чувства

знания

мораль

нравственность

#Сколько есть категорий по Аристотелю?

одна

две

три

четыре

+десять

#Что означает "идея" по Аристотелю?

символ

+конкретная форма материи, которую идея приобретает при помощи «движения»

поток знания

мысль

вода

#Что такое "стихия" по Аристотелю?

+возможные сочетания двух главных материальных противоположностей

природа

бытие

разум

безумие

#За что Аристотель критиковал философию Платона?

+За обособление сущностей вещей от их существования

за учение о бессмертии души

за теорию познания как припоминания

за подчинение индивидов идее государства

за веру в бога

#Что такое сущность, по определению Аристотеля?

+подлежащее

прилагательное

глагол

сказуемое

инфинитив

Что значит термин «энтелехия» у Аристотеля?

+полная действительность

воплощение идеальной сущности

временная, преходящая форма вещи

начальное состояние вещи

возможность переродиться

#Что такое душа, по Аристотелю?

+энтелехия тела

скопление огнеподобных, подвижных атомов

субстанция, независимая от тела

функция нервной системы

чувственное начало

#Какая наука основана Аристотелем?

животноводство

+логика

ботаника

фармакология

экология

#Что такое "идея" по Платону?

символическое бытие

мысль

образ мира

+это то одинаковое, что встречается хотя бы в двух разных вещах

дух

#Какой геометрической фигуре соответствует вселенная по Платону?

+шар

треугольник

круг

квадрат

эллипс

#Чем по Платону управляется Вселенная?

разумом

роком

+разумом и роком

законами физики

законами математики

#Где изложено Платоновское учение о душе?

+в диалогах «Тимей» и «Федр»

в «Слове о полку игореве»

в баснях Крылова

в Библии

в «Иллиаде»

*Укажите, какие части души описывает и выделяет в диалоге «Федр» Платон?

+вождедеющая душа
творческая часть души
+разумная часть души
+благородная часть души
любящая часть души
#Что, согласно учению Платона, существует вечно и неизменно?
+идеи
гомеомерии
государство
природа
убеждения людей
#Что, согласно Платону, должно быть главной целью в земной жизни?
+очищение
величие
свобода
счастье
любовь
#Что, согласно Платону, более всего очищает душу от пороков?
+философия
труд
спорт
молитвы
огонь
#Что такое диалектика, по Платону?
+умение различения и обобщения
логика видимости
учение о принципах связи и развития
учение о противоречивости и изменчивости сущего
разрешение конфликта
#Какая из названных ниже добродетелей является, по Платону, гармоничным синтезом трех других?
+справедливость
мудрость
вождеделение
отвага (ярость)
Основная идея какой школы - освобождение от влияния внешнего мира через постоянное самоотречение и самосовершенствование?
+стоиков
атомистов
софистов
пифагорейцев
элеатов
Кто утверждает, что достоверное знание о мире невозможно?
+скептицизм
атеизм
рационализм
эмпиризм
позитивизм
Какое направление эллинизма оказало влияние на формирование и развитие римского права?
эпикуреизм
кинизм
+стоицизм
эклетицизм
неоплатонизм
По мнению, каких представителей «знания о вещах изменчивы и текучи, и поэтому о всякой вещи можно сказать двояко противоположным образом»?
агностицизма
сенсуализма
догматизма
+скептицизма
позитивизма
С каким философом связано возникновение скептицизма?
+Пирроном
У.Оккамой
Ф. Аквинским
Р.Декартом
Эпикуром
В чем состоит сущность этического учения Эпикура?
надо во всем себе отказывать
надо жить для блага других
+надо наслаждаться жизнью
надо служить богам и делать добро
скорее так, чем иначе, скорее то, чем это
Какое утверждение: «Важно не то, что с нами происходит, а то, как мы к этому относимся» соответствует мировоззрению?
киников
неоплатоников
+стоиков
эпикурейцев
догматов
Кто является представителем стоицизма, автором «Писем к Луциллию»
Сократ

Плотин

+Сенека

Диоген

Пиррон

Чью позицию эпохи эллинизма отражает следующее высказывание «Покорного судьба ведет, а непокорного – тащит»?

+стоицизма

эпикуреизма

скептицизма

неоплатонизма

позитивизма

* Эпикур понимал удовольствие как рубеж, за которым начинаются страдания?

+естественные и необходимые (не голодать, не мерзнуть)

легализованные и нелегализованные (формальное и неформальное общение)

+неестественные и не необходимые (слава, зависть, почет, честолюбие)

организованные и неорганизованные (театры, уличные музыканты)

+естественные, но не необходимые (роскошная еда, красивая одежда, предметы роскоши)

В чем заключается цель человеческой жизни согласно неоплатонизму?

в получении удовольствия

в исполнении долга

+в единении с Единым

в познании Логоса

познай самого себя

К какому философскому направлению принадлежит Плотин?

стоицизм

+неоплатонизм

скептицизм

эпикуреизм

догматизм

Каким путем можно преодолеть господство низшей части души над высшей?

+аскезой

апатией

страданиями

атараксией

нирваной

Теоретической основой попытки Юлиана Отступника отвергнуть христианство и реставрировать языческую религию признается

манихейство

гностицизм

+неоплатонизм

апологетика

сенсуализм

Кто был главным логиком в направлении неоплатонизма?

Плотин

Фалес

Демокрит

+Порфирий

Платон

Неоплатонизм – это:

+направление античной философии

признание какой-либо идеи

непризнание какой-либо идеи

направление средневековой философии

направление немецкой классической философии

Кто был создателем неоплатонизма?

Августин Блаженный

Тертуллиан

+Плотин

Пиррон

Эпикур

#Что такое «Эманация» в неоплатонизме – это?

творение бытия Богом

+непрерывное излучение Единым из себя всего бытия

световое излучение Единого, которое можно описать в терминах натурфилософии

единовременное истечение Единого в природу

все ответы не верны

все ответы верны

Какая школа выдвинула новую идею «запредельного первоначала» бытия в эпоху упадка античной философской мысли?

эпикуреизма

стоицизма

кинизма

+неоплатонизма

скептицизма

Плотин считал, что Единое — это источник бытия, всего сущего в мире. Это чистое и простое единство, исключаящее множественность, а также...

мысль

дух

воля

+абсолют

душа

Глоссарий:

атараксия, апатия, гедонизм, гилеформизм, материя, метафизика, метемпсихоз, полития, эйдос, энтелехия, идея, актуальность материи, потенциальность материи, форма материи.

Тема 7 Средневековая философия

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Философская мысль Арабского Востока: Аль-Кинди (800—879); представители восточного аристотелизма: Аль-Фараби и Ибн-Сина; Аль-Газали (1059—1111) с сочинением «Опровержение философов» против перипатетизма.

Учение Аристотеля глазами философа и медика Ибн-Рушда (Аверроэс); Философия Авиценны (Ибн Сины) (980 – 1037гг.) - его сочинения по вопросам логики, метафизики и психологии - деист-спиритуалист, ученик неоплатоников и Аристотеля.

Философская мысль Византийского Востока - богословский авторитет Иоанна Дамаскина.

Перечень тестов по теме №2:

Кто из них представитель патристики?

Бозций

+Августин Блаженный

Фома Аквинский

Аврелий Кассиодор

Пьер Абеляр

Высшим блаженством Августин признает?

богатство

здоровье

+счастье человека

покой

любовь

Основным направлением ранней христианской философии является?

+гностицизм

герменевтика

дедукция

социализация

монизм

Основные черты средневековой теологической философии?

субъективный идеализм

рационализм

монизм

+господство догматов

иррационализм

Объектом познания для средневекового философа является?

природа

+Библия

Коран

человек

животное

Эпоха Средневековой философии, характеризуемая теоцентричностью взглядов, как исторический этап развития западной философии, охватывает период с...

I – V века

III – VII века

VII-XVI века

XVI-XV века

+V по XV века

Какие три этапа выделяют в патристике?

начальный период, промежуточный, заключительный период

историческая, феноменальная патристика, заключительный период

начальный, апологетику, заключительный период

+апологетику, классическую патристику, заключительный период

апологетику, заключительный период, феноменальная патристика

Кому принадлежит известное произведение « О блаженной жизни»?

Бозций

Фома Аквинский

Роджер Бэкон

+Августин Блаженный

Аврелий Кассиодор

#Новое качество человека, открытое средневековой патристикой?

+дух

душа

разум

тело

познание

#Высший критерий истины в концепции Августина?

опыт

разум

+откровение

эксперимент

благо

* В истории средневековой схоластики выделяют три периода?

+ранняя схоластика (IX –XII вв.)

+ зрелая схоластика (XIII в.)

+поздняя схоластика (XIV –XV вв.)

кавторченко (IX –XII вв.)

четверченко (XIV –XV вв.)

По мнению философа Д. Локка результатом познания являются?

+адекватные и неадекватные знания

адекватные знания

неадекватные знания

полные знания

нет верного ответа

Средневековая философия, создавшая систему искусственных, чисто формальных логических аргументов для теоретического оправдания догматов церкви?

+схоластика

патристика

скептицизм

мистицизм

религия

Основной характеристикой средневековой философии Западной Европы является взаимосвязь?

природы и человека

+религии и философии

природы и философии

человека и философии

человека и религии

Основоположителем схоластики считается?

Августин Блаженный

+Северин Боэций

Фома Аквинский

Аврелий Кассиодор

Анаксимен

* Исследуя проблему познания, Фома Аквинский приходит к следующим выводам?

+вера и разум одновременно участвуют в процессе познания

суть любой вещи — единство формы и материи

+философия может объяснить только то, что познаваемо разумом

разум не участвует в процессе познания

философия и теология это одинаковые науки

К основным представителям схоластической философии относят?

Пьера Абеляра и Роджера Бэкона

+Боэция и Фому Аквинского

Фому Аквинского и Августина Блаженного

Авиценну и Боэция

Августина Блаженного и Ибн Халдуна

#Направление в схоластической философии и католической теологии, признающее известную свободу воли и познаваемости Бога по результатам его действий в мире?

эквилибризм

теизм

+томизм

интенциональность

мистицизм

Исследуя проблемы человеческой души, Фома Аквинский исходил из того, что?

+душа есть чистая форма без материи, она бестелесна

душа является частью тела, выступая его формирующим принципом

душа состоит из особой тонкой материи, отличной от телесной, потому она не уничтожается вместе с телом

нет верного ответа

В своих рассуждениях о Боге Фома Аквинский?

безоговорочно защищал идею личного Бога

+признавал Бога полностью трансцендентным, непознаваемым

считал, что познание Бога опосредовано его влиянием в природе

полагал, что Бог — это и есть природа

признавал Бога полностью познаваемым

Глоссарий:

Ареопагитика, догмат, исихазм, креационизм, номинализм, патристика, сакральный, сотериология, супранатурализм, схоластика, телеология, теодицея, теология, теоцентризм, геоцентризм, эсхатология, субстанция, универсалия.

Тема 8 Философия эпохи Возрождения

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Характеристика эпохи гуманизма. Основные идеи антропоцентризма.

Неоплатонический период в философии позднего Возрождения (сер. XV – XVI в.) - Николай Кузанский, Пико делла Мирандолла, Парацельс;

Натурфилософский период в философии позднего Возрождения (XVI – нач. XVII в.) - Николай Коперник, Джордано Бруно, Галилео Галилей.

Перечень тестов по теме №2:

Кто предложил переход к григорианскому календарю?

Джордано Бруно

Николай Коперник

+Николай Кузанский

Иммануил Кант

Цицерон

Чем пользуется Н. Коперник, основывая новую астрономическую систему?

теорией относительности

принципом совпадения противоположностей
представлением о конечности космоса
+принципом относительности
все ответы не верны
Какое название получила идея Дж. Бруно о том, что земля не единственная планета во вселенной?
гелиоцентризм
гилозоизм
+«концепция о множественности миров»
«бог в вещах»
все ответы не верны
Кто является первым представителем пантеистической философии?
Н. Коперник
Дж. Бруно
Б. Телезио
+Н. Кузанский
И. Кант
На чем базируется космологическое представление Дж. Бруно?
на отождествлении космоса
+на единстве и бесконечности мира
на традиционной противоположности формы
на гелиоцентрической системе мира
на отождествлении неодушевленных предметов
Какая работа Н. Кузанского является самой известной?
«Критика способности суждения»
+«Об ученом незнании»
«О государстве»
«Поэтика»
«О душе»
Кем являлся Дж. Бруно?
+пантеистом
атеистом
скептицистом
гилозоистом
фетишистом
Кто первым высказал идею о бесконечности вселенной?
Цицерон
Кант
Гегель
+Дж. Бруно
Н. Коперник
Кто вывел и обосновал теорию гелиоцентричности солнечной системы?
Кеплер
Ретикус
+Коперник
Дж. Бруно
И. Кант
К какой эпохе относится Н. Коперник?
античность
+возрождение
новое время
средние века
первобытности
Как называется философское учение, согласно которому бог и природа объединены или тождественны?
панпсихизм
гелиоцентризм
+пантеизм
гилозоизм
солипсизм
Один из известных трудов Н. Коперника?
«Суждение и беседа»
«Истоки тоталитаризма»
+«О вращении небесных тел»
«О душе»
«Поэтика»
Кто изменил геоцентрический взгляд на мир?
+Н. Коперник
Дж. Бруно
М. Энгельс
Н. Кербс
Н. Кузанский
Какой позиции придерживался Н. Кузанский?
+неоплотанизма
позитивизма
скептицизма
конструктивизма
атеизма
Автором каких из нижеперечисленных работ является Дж. Бруно?
«Дж. Бруно и герметическая традиция»
+«Песнь Цирцеи»

«О государстве»
«Экономическо-философские рукописи»
«Поэтика»
Как называется система взглядов, считающая Землю центром Вселенной?
+геоцентризм
гелиоцентризм
агностицизм
номинализм
антропоцентризм
Чьи слова: «Вселенная едина, бесконечна, неподвижна»?
+Дж. Бруно
Эйнштейна
Канта
Канта
Коперника
Чьи труды имели огромное значение для развития философии в эпохе Возрождения?
Н. Кербса
Н. Коперника
+Г. Галилея
И. Канта
Декарта
* Основные черты идеологии Возрождения?
+гуманизм
абстракционизм
классицизм
пантеизм
+антропоцентризм
Кто является родоначальником идеологии гуманизма?
+Ф. Петрарка
К. Маркс
Дж. Бруно
Н. Коперник
Аристотель

Глоссарий:

антропоцентризм, гелиоцентризм, гуманизм, реализм, католицизм, Ренессанс, Реформация, социальная утопия, пантеизм

2 модуль

История западноевропейской и русской философии

Тема 1 Философия Нового времени

Вопросы текущего контроля успеваемости:

17 век – арена философских дискуссий между рационализмом и эмпиризмом.

Великие философы-эмпирики — Ф. Бэкон, Т. Гоббс, Д. Локк.

Великие философы-рационалисты — Р. Декарт, Б. Спиноза, Г. Лейбниц.

Перечень тестов по теме №1:

#Основной метод научного познания по мнению Ф.Бекона

+индукция

дедукция

синтез

анализ

диалектика

#Основным методом получения истинных и практически полезных фактов Декарт считал

созерцательный анализ

эмпирическую индукцию

+рациональную дедукцию

спекулятивный синтез

диалектический метод

#Философское направление, признающее разум основой познания и поведения людей

+рационализм

агностицизм

скептицизм

релятивизм

эмпиризм

#Особенности рационализма XVII века обусловила

эстетика

экономика

+математика

политика

диалектика

#Что означает тезис философии Декарта "cogito ergo sum" "индукция - основа всего"

+ "я мыслю, следовательно, я существую"

"мыслить - не значит существовать"

"разум - это сила"

"познание исходит из ощущений"

#Основное утверждение эмпиризма

+ всё знание человека основывается на опыте

мир в принципе не познаваем
всё подвергается сомнению
высший вид познания – интуиция
высший вид познание – ощущение
#Философское направление, признающее разум основой познания и поведения людей
+рационализм
эмпиризм
материализм
идеализм
эмпиризм
#Кто считается основателем рационализма
Ф. Бэкон
+Р. Декарт
Дж. Локк
И. Кант
Л. Фейрбах
#Деление Ф. Бэконом опытов на "плодоносные" и "светоносные"
соответствует делению знания на
идеалистическое и материалистическое
+эмпирическое и теоретическое
чувственное и рациональное
прикладное и фундаментальное
естественнонаучное и математическое
Кто является основоположником эмпиризма
+Ф. Бэкон
Р. Декарт
Дж. Локк
И. Кант
Л. Фейрбах
#Главным атрибутом материи, по Декарту, является
делимость
+протяженность (распространенность)
вечность
изменчивость
энергия
#Научное познание нужно очистить от четырех идолов (призраков) по мнению философа
Руссо
+Бэкона
Спинозы
Гегеля
Канта
#Основные правила научного познания были разработаны философом
+Декартом
Локком
Бэконом
Спинозой
Марксом
#Основное содержание научное познание получает из чувственного опыта, в знаниях нет ничего, чего бы раньше не было в чувственном опыте
субъекта, гласит
+реализм
патристика
эмпиризм
теизм
психоанализ
#В философии XVII в. формируются два противоположных направления
схоластика и патристика
сенсуализм и эмпиризм
+эмпиризм и рационализм
монизм и идеизм
идеализм и материализм.
#В своей теории познания Ф. Бэкон придерживался концепции
абсолютной истины
относительной истины
недостижимой истины
конвенциональной истины
+двойственной истины
#Общепринятые системы мышления (силлогистику и схоластику) Бэкон относил к призракам (идолам)
рода
пещеры
рынка
+театра
Вселенной
#Прежде, чем заявить: «Я мыслю, следовательно, существую», Декарт утверждал
«верую, потому что нелепо»
+«во всем должно сомневаться»
«любовь движет солнца и светила»
«знание - сила»
«познай самого себя»
#Исходный принцип философствования Декарта

+сомнение
диалектика
интуиция
озарение
логика

Как называется учение о государстве, разработанное Т. Гоббсом?

«Теория правового государства»
+«Договорная теория государства»
«Теория управления государством»
«Божественная теория государства»
« Теория союзных государств»

#«Монада» в системе Лейбница

атом

+простая субстанция

пустота

бытие вне себя

«вещь в себе»

#Кто из философов, разрабатывая учение о необходимости и свободе, сделал вывод о том, что «свобода есть познанная необходимость»?

Ф. Бэкон

Р. Декарт

Т. Гоббс

+Б. Спиноза

Г. Лейбниц

#Идеальные образцы научного мышления у Т. Гоббса?

+геометрия, механика

физика, геометрия

логика, физика

биология, механика

химия, физика

#Автор произведения «Монадология»

Ф. Бэкон

Р. Декарт

Т. Гоббс

Б. Спиноза

+Г. Лейбниц

#Автор произведения «Этика»

+Б. Спиноза

Т. Гоббс

Р. Декарт

Ф. Бэкон

Г. Лейбниц

#Автор произведения «Левифан»

Б. Спиноза

Г. Лейбниц

Ф. Бэкон

Д. Юм

+Т. Гоббс

#Автор трилогии «Основы философии»

Г. Лейбниц

+Т. Гоббс

Б. Спиноза

Д. Юм

Ф. Бэкон

#Спиноза применил в своей «Этике» необычный метод изложения:

логически

эмпирический

+геометрический

семантический

диалектический

#Атрибутами субстанции (природы), по мнению Спинозы, являются:

внешняя причина

множество конечных вещей

+мышление и протяжение

воздействие и связь

энергия и информация

#Сторонником, какого философского направления является Спиноза

+рационализм

эмпиризм

материализм

идеализм

иррационализм

#Сторонником, какого философского направления является Гоббс

+эмпиризм

иррационализм

рационализм

идеализм

материализм

#Философские произведения, принадлежащие Г. Лейбницу

+«Рассуждение о метафизике», «Новые опыты о человеческом разуме»

«Об ученом незнании», «Об общественном договоре»
«О бесконечности Вселенной и мирах», «Этика»
«Новая Атлантида», «Об ученом незнании»
«Об общественном договоре», «Рассуждение о методе»
#Наилучшая форма правления, по Гоббсу:
демократия
+абсолютная монархия
конституционная монархия
республика
тоталитаризм
#Сторонники концепции общественного договора:
Бэкон
Декарт
Спиноза
+Гоббс
Лейбниц
#Философ, рассматривавший естественное состояние общества как «войну всех против всех»:
Декарт
Локк
Лейбниц
+Гоббс
Бэкон
#Высказывание принадлежащее Г. Лейбницу
«Будь благосклонен к смелым начинаниям»
«Веселое выражение лица постепенно отражается и на внутреннем мире»
+«Музыка есть бессознательное упражнение души в арифметике»
«Глупый верит всякому слову, благоразумный же внимателен к путям своим»
«Счастлив, кто смело берет под защиту то, что любит»
#Высказывание принадлежащее Т. Гоббсу
«Мир должен быть добыт победой, а не соглашением»
+«Красота — это обещание счастья»
«Нередко уходят далеко искать то, что имеют у себя дома»
«Мысли лучших умов всегда становятся в конечном счете мнением общества»
«Кто прощает преступление, становится его соучастником»
#Высказывание принадлежащее Б. Спинозе
«Заблуждение всегда противоречит себе, истина — никогда»
«Похвально делать то, что подобает, а не то, что дозволяется»
+«Незнание — не довод. Невежество — не аргумент»
«Боятся презрения лишь тот, кто его заслуживает»
«Великое искусство научиться многому — это братья сразу за небольшое»
#Высказывание принадлежащее философу эпохи позднего Возрождения - М. Монтеню:
«Человек человеку волк»
«Если бы я прочитал все, что прочитали другие, я знал бы не больше, чем знают они»
«Счастье не в том, что мы в чем-нибудь преуспели, а в самом преуспевании»
«Добро и зло — названия, обозначающие наши склонности или антипатии»
+«В начале всяческой философии лежит удивление, её развитием является исследование, её концом - незнание »

Глоссарий:

дедукция, деизм, дуализм, индукция, метод, монадология, пантеизм, рационализм, сенсуализм, субстанция, скептицизм, субъективный идеализм, модусы.

Тема 2 Философия Просвещения

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Сущность философии эпохи Просвещения. Сторонники деизма: Вольтер, Монтескье, Руссо.

Особенности Английского Просвещения: Дж Локк.

Особенности Просвещения во Франции: Ж.Ж. Руссо, Д. Дидро, П. Гольбах.

Перечень тестов по теме №2:

Философ-просветитель и драматург, основавший «Энциклопедию, или Толковый словарь наук, искусств и ремёсел» :

Ламетри Ж.О.

Гольбах П.А.

Гельвеций К.-А.

+Дидро Д.

С критикой какой идеи выступал Д. Дидро?

призраков

скептицизма

+фатализма

врожденной идеи

плюрализма

#Какого направления придерживался Д. Дидро в своей философии?

+научного атеизма

идеализма

сциентизма

сенсуализма

рационализма

Основной труд Ж.О. Ламетри:

«Монадология»

«Рассуждения о метафизике»

«Первоначало философии»

+«Естественная история души»

«Новая Атлантида»

Ламетри стремился обосновать идеи материализма, прежде всего, в исследовании -

религии

науки

морали

+живых организмов

экономики

Стронником чего выступал Ламетри?

эмпиризма

рационализма

агностицизма

сенсуализма

+радикального механицизма

Ламетри утверждал, что «способность чувствовать» является одним из атрибутов:

души

разума

+материи

тела

воли

Какие 3 преимущества выделял Ламетри у человека?

знания, сила, воля

надежда, страсть, возможности

+организация, образование, воспитание

вера, воля, талант

воспитание, знания, возможности

Какой из философов 18 века признавал потребности тела «мерилом ума» ?

П. Гольбах

Дж.Локк

Ж.Ламетри

И. Гердер

+Ж.О. Ламетри

Какой из философов отрицал дуалистическое учение о раздвоении материального и духовного начала, признавая, что существует только материя?

К. Гельвеций

Ж. Ламетри

Вольтер

+Д. Дидро

Бэкон

Кто из философов развивал теорию врожденного нравственного начала?

Декарт

Спиноза

+Д. Дидро

К. Гельвеций

И. Гердер

Основное произведение Гельвеция:

«Капитал»

+«Об уме»

«Критика практического ума»

«Рассуждение о методе»

«Власть климата»

Какой из философов был сторонником учения о решающей роли среды в формировании личности?

Г. Лейбниц

Дж. Локк

Ф. Вольтер

+Гельвеций

Ш. Монтескье

Стронником какого направления был Гельвеций?

+просвещенного абсолютизма

скептицизма

сенсуализма

идеализма

географического детерминизма

Кто из философов считала, что движущими силами человеческой деятельности являются физические удовольствия и страдания?

П. Гольбах

+К. Гельвеций

Ж. Ламетри

И. Гердер

Ж.О. Ламетри

Какому философу принадлежит данная цитата: «Везде, где признают Бога, существует культ, а где есть культ, там нарушен естественный порядок нравственного долга, и нравственность падает» ?

К. Гельвеций

П. Гольбах

Вольтер

+Д. Дидро

Бэкон

В виде чего, по мнению Гольбаха, существует материя?

+природы

противоречия
системности
структурности
неподвижности

Что Гольбах считал основой мироздания?

природу
+материю

науку
разум
энергию

Основное произведение Гольбаха

«Капитал»
«Новая Атлантида»
+«Система природы»
«Рассуждение о методе»
«Власть климата»

Что, по мнению Гольбаха, представляет собой движущуюся материю, движение которой необходимо вытекает из ее сущности и является способом существования материи?

жизнь
+вселенная
разум
религия
вечность

* Кто является основными представителями социальной философии французского Просвещения?

Мах
+Монтескье
Авенариус
Ницше
+Вольтер
+Руссо

Кто является родоначальниками философии французского Просвещения?

+Монтескье и Вольтер
Вольтер и Мах
Мах и Авенариус
Фрейд и Ницше
Бергсон и Энгельс

Автором какой работы является Вольтер?

+ «Философские письма»
«Творческая эволюция»
«Антихрист»
«Воля к жизни»

«Философия жизни»

Кто автор работы «Способствовало ли возрождение наук и искусств улучшению нравов»?

Вольтер
Мах
Кант
Конт
+Руссо

Чем объединяются социально-политические концепции Локка и Руссо?

разделения властей
+ общественного договора
ликвидации частной собственности
определения политики экономикой
господством рабочего класса

Главной причиной социального неравенства, по мнению Руссо является?

+ частная собственность
власть
воспитание
разделение труда
образование

Какая позиция, преобладающая в философии французского Просвещения?

+материалистическая
идеалистическая
диалектическая
скептическая
теоцентрическая

Стронником какой идеи является Вольтер?

атеизма
пантеизма
теизма
+деизма
скептицизма

Представитель системы механического материализма, автор «Трактата о душе», «Человек-машина» -

+ Ламетри
Дидро
Монтескье
Руссо
Лейбниц

Монтескье считал, что «власть создавать законы, власть приводить в исполнение постановления общегосударственного характера и власть судить преступления или тяжбы частных лиц» необходимо:

сосредоточить в руках монарха

+разделить

сосредоточить в руках законодательного собрания

передать в руки церковных иерархов

отдать власть в руки общества

На основе каких принципов французские просветители предлагали преобразовать общество?

веры и разума

+разума и справедливости

любви и долга

веры и интуиции

деспотии и тирании

Каковы критерии общественного прогресса, применявшийся в философии Просвещения?

уровень развития производительных сил общества

+степень совершенства человеческого разума

степень демократичности политического устройства

уровень религиозности общества

уровень экономического развития общества

* Какие характеристики свойственны философии Просвещения?

+антиклерикальный характер (вплоть до атеизма)

религиозный характер

+преимущественный интерес к социальным вопросам

преобладание онтологической и гносеологической проблематики

полная социальная апатия

* Французские просветители:

+Монтескье Шарль-Луи

Деонисий Ареопагит

+Вольтер Аруэ Франсуа Мари

+Ламетри Жюльен Офре де

Кант Иммануил

* Кто является представителями деизма?

Шеллинг

+Вольтер

Ницше

Конт

+Монтескье

+Руссо

Кто автор произведения «Метафизический трактат»?

Фрейд

Гольбах

Гегель

+Вольтер

Ницше

Что по мнению просветителей является причиной человеческих несчастий?

+людское невежество

социальное неравенство

власть монарха

атеизм

экономическое неравенство

Кто является автором концепции «Географического детерминизма»?

+Монтескье

Гоббс

Гегель

Вольтер

Конт

Кто является автором произведения «Карманный философский словарь»?

+Вольтер

Шеллинг

Беркли

Руссо

Бергсон

Какая проблема занимает центральное место в социальной философии французского Просвещения?

+проблема человека

проблема власти

проблема чести

проблема происхождения мира.

проблема совести

Глоссарий:

атеизм, деизм, клерикализм, вульгарный материализм, механицизм, Просвещение, географический детерминизм, «общественный договор», естественные права человека.

Тема 3 Немечкая классическая философия

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Основные идеи немецкой классической философии: учение о познании; диалектический метод; диалектическая логика;

Учение о закономерностях процесса развития.

Особенности Немецкой классической философии

Перечень тестов по теме №3:

*Представители немецкой классической философии:

+Фихте

Платон

+Гегель

+Шеллинг

Сократ

*Философское творчество делят на:

посткритический период

+докритический период

новый период

+критический период

#Агностицизм Канта заключается:

+в том, что может быть проверено опытным путём, не может быть познано нами до конца

в том, что может быть проверено опытным путем может быть познано нами до конца

в том, что не может быть проверено опытным путём может быть познано нами до конца

в том, что не может быть проверено опытным путём не может быть познано нами до конца

познание возможно разными путями

#«Критика чистого разума» была написана:

Шеллингом

Декартом

Гегелем

+Кантом

Сократом

*В произведениях, чьих авторов агностицизм приобрёл свою классическую форму?

Маркса

Демокрита

+Юма

Платона

+Канта

*Время и пространство к материи по теории Канта:

+не существует реально

первичны по отношению к материи

+необходимо предшествуют чувственному опыту

являются неотъемлемыми свойствами единичных вещей

являются вечными реальными атрибутами субстанции

*Категорический императив, по мнению Канта это:

+непреложное нравственное требование

критикуемый им христианский догмат

выведенный им закон соотношения масс планет

+моральный закон

занимаемая им гражданская позиция

*Людам, по Канту, от природы свойственно:

+«необщительная общительность»

стремление к познанию

+сильная склонность изолироваться

повышенная общительность

стремление к социуму

*Априорные формы чувственного созерцания, по Канту:

+пространство

мышление

ощущение

сознание

+время

*Основные произведения Канта:

«О мировой душе»

+«Критика чистого разума»

+«Критика практического разума»

«Сущность христианства»

+«Критика способности суждения»

#Родоначальником немецкой классической философии считается:

Шеллинг

Платон

Фейербах

Конт

+Кант

#Кто определял метафизику как науку «о пределах человеческого разума»?

Гоббс

+Кант

Конт

Фихте

Гегель

*Каких вопросов Кант касается в своём сочинении «В пределах только разума»?

политики

+религии

нравственности

+морали

экономики

*Немецкие философы, которые разработали диалектический метод:

Кант

+Фихте

Шеллинг

+Гегель

Демокрит

*Априорный в понимании Канта это:

зависимый от опыта

+независимый от опыта

не является условием всякого опыта

+является условием всякого опыта

не всегда является условием всякого опыта

#Творчество, какого философа является вершиной немецкого идеализма первой половины XIX в.?

Кант

+Гегель

Фейербах

Гоббс

Конт

*На какие вопросы, по мнению Канта должна ответить философия?

+что я могу знать

что в мире главное

+что я должен делать

+на что я могу надеяться

+что такое человек

#Философ, проживший всю жизнь в Кенигсберге и преподававший в расположенном там университете:

Ницше

+Кант

Аристотель

Декарт

Сократ

Представитель объективного идеализма немецкой классической философии, друг, затем оппонент Гегеля...

+Ф. Шеллинг

Г. Лейбниц

Л. Фейербах

И. Фихте

И. Кант

#В какой книге Кант отстаивает идею агностицизма?

«Критика способности суждения»

«Основы метафизики нравственности»

+«Критика чистого разума»

«Вопрос о том, стареет ли Земля с физической точки зрения»

«Критика практического разума»

Глоссарий:

Абсолют, антиномия, «антитетическая диалектика», априоризм, апостериорный, «вещь-в-себе», гипотетический императив, категорический императив, максима, ноумен, ригоризм, трансцендентальный, трансцендентный, феномен.

Тема 4 Немечкая классическая философия

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Объективный идеализм Г. Гегеля

Материалистическая философия Л. Фейербаха

Основные идеи философской антропологии в Германии и представители данного направления.

Материалистическая философия К. Маркса.

Марбургская (Г. Коген) и Баденская школы (Виндельбанд, Р. Риккерт) позитивизма в философии

Прагматизм Ч. Пирса, У. Джемса

Перечень тестов по теме №4:

#Какая из теорий была выдвинута Г.Гегелем

теория индуктивного идеализма

теория субъективного идеализма

+теория объективного идеализма

теория материалистического идеализма

теория диалектического субъективизма

#Гегель был представителем:

+немецкой классической философии

эпохи Возрождения

нового Времени

эпохи Просвещения

философии жизни и экзистенциализма

#В результате отождествления бытия и мышления, Гегель выдвинул философское понятие

+абсолютная идея

субъективная идея

идея материализма

идея капитализма

идея человечности

#Важнейший труд Г.Гегеля:

«Переоценка всех ценностей»

«Воля к власти»
+«Феноменология духа»
«Бытие и ничто»
«Свобода»
#Творчество Гегеля является вторым этапом развития раздела:
+диалектики
онтологии
гносеологии
синергетики
философии науки
#Кто из немецких философов сформулировал все три закона диалектики:
Фихте
+Гегель
Шеллинг
Фейербах
Кант
#Какая из перечисленных книг принадлежит Г.Гегелю?
«Вещь и пространство»
«Сущность христианства»
+«Наука логики»
«Логические исследования»
«Материя и память»
#Сколько законов сформулировал Г.Гегель?
+три
четыре
два
один
пять
#Все в мире состоит из противоположностей, которые находятся друг с другом в отношениях противоречия и даже борьбы:
закон перехода количества в качество
+закон единства и борьбы противоположностей
закон отрицания отрицания
закон понимания
закон единства
#Г.Гегель являлся:
материалистом
+идеалистом
субъективистом
объективистом
платонистом
В какой книге Г.Гегель писал, что :«история лишь учит тому, что она никогда ничему не научила ни один народ»?
+«Философия истории»
«Материя и память»
«Логические исследования»
«Наука логики»
«Сущность христианства»
Философия Фейербаха во многом основывалась на критике идеализма...
+Г.Гегеля
Ф.Ницше
Гуссерля
Бергсона
Шеллинга
#Какая из перечисленных книг принадлежит Фейербаху?
«Философия истории»
«Материя и память»
«Логические исследования»
«Наука логики»
+«Сущность христианства»
#Фейербах был сторонником
+сенсуализма
логики
бытия
диалектики
синергетики
#По мнению Фейербаха, главным источником истинного знания- это
разум
мышление
+чувства
познание
сознание
#Кто автор этого высказывания : «посредством человека свести все сверхъестественное к природе и посредством природы все сверхчеловеческое свести к человеку»?
Г. Гегель
+Л. Фейербах
Ф. Шеллинг
Н. Бердяев
П. Сорокин
В центре внимания Л. Фейербаха находится:
+человек и душа

сознание и познание

разум

чувства

мышление

#Философия Фейербаха питалась из двух источников:

+критики религии и критика философского идеализма Гегеля

отнологии и религии

гносеологии и онтологии

синергетики и диалектики

религии и онтологии

#Основа философских исследований Фейербаха:

+человек и природа

человек и разум

бытие

познание

философия истории

#Кого критиковал Л. Фейербах, за то, что этот философ истолковал ложно границы разума?

+И. Канта

Ф. Ницше

Г. Гегеля

З. Фрейда

Ф. Шеллинга

Глоссарий:

антропологический материализм, абсолютная идея, базис, гегемонизм, диалектический материализм, идеология, «инобытие», иррационализм, исторический материализм, надстройка, опредмечивание, отчуждение, практика, распределенное, триада, феноменология.

Тема 5 Современная философия: позитивизм и прагматизм

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Традиции классической философии в эпоху неклассики. Огюст Конт (1798 – 1857) – родоначальник течения позитивизма.

Второй позитивизм: «Махизм» - соединение физического и психического, или «эмпириокритицизм».

Индукция, как единственный метод научного исследования - Дж. С. Милля, Классификация наук у Спенсера: конкретные – изучаются явления в целом (биология, социология); 2) абстрактно-конкретные – физика, химия; 3) абстрактные – логика, математика Г. Спенсер

Неопозитивистская философия – логический позитивизм Венского кружка. Принципы верифицированности и фальсифицируемости знания.

Перечень тестов по теме №5:

Как в неопозитивизме понимается истина?

+проявление божественного ума

соответствие знаний действительности

инструмент для успешных действий человека

согласованность предложений науки с чувственным опытом

познание первоначального мира

Чьей заслугой является разработка проблемы интенциональности сознания?

З. Фрейда

Ж.П. Сартра

+Э. Гуссерля

М. Хайдеггера

О. Конта

Общественный прогресс по К. Марксу есть?

+последовательная смена общественно-экономических формаций

изменение культурно-исторических типов

последовательная смена века героев, богов, людей

переход от дикости и варварства к цивилизации

смена населения

С чем наиболее тесно связана современная философия?

с религией

+ с наукой

с искусством

с идеологией

с театром

Идеальный человек будущего по Ф. Ницше это?

человек-коллективист

человек-масса

человек-машина

+сверхчеловек

В философии А. Бергсона жизнь понимается как?

изменчивый, творческий поток сознания

система ощущений и чувств

совокупность животных и растительных форм

форма строения белка

+процесс рационального, логического познания

Одной из главных категорий «Философии жизни» является?

разум

бог

мышление

воля

+сознание

Герменевтикой считается?

разучивание Священного Писания
теория языка
способ художественного осмысления мира
искусство понимания психики
+искусство понимания чужой индивидуальности, выраженной в тексте
Что означает в позитивизме принцип верификации?
знание на достоверность проверяется рациональными методами
знание на достоверность проверяется интуицией
знание на достоверность проверяется догадками
+знание на достоверность проверяется опытным путем
знание на достоверность не возможно проверить
#Что А.Шопенгауэр считал субстанцией, первоосновой мира?
+волю к жизни
волю к мудрости
волю к власти
мировой дух
жизненный порыв
Когда проявляется сущность человека согласно Жан-Полю Сартру?
когда человек соответствует нормам и традициям
+когда человек делает выбор
когда человек следует инструкциям и рекомендациям
когда человек следует своей природе
когда человек следует вере
К какому направлению в философии относится учение А.Шопенгауэра и Ф.Ницше?
прагматизм
реализм
+философия жизни
позитивизм
экзистенциализм
В каком философском направлении считают, что человек обречен на одиночество?
прагматизм
позитивизм
+экзистенциализм
волонтаризм
марксизм
В чьих трудах модель революционного развития общества получила обоснование?
О. Шпенглера
М. Вебера
+К. Маркса
О. Конта
Ф. Ницше
Какова основная идея учения прагматизма?
истина – то, что доказано в споре
+истина – то, что полезно
истина – то, что привычно
истина – то, что непостижимо
истина – это откровение
Какое направление современной западной философии, обосновывает понимание как метод познания?
персонализм
+герменевтика
идеализм
структурализм
номинализм
В современной философии значительное внимание уделяется?
познанию Абсолютного духа
познанию первоначал
понятию бытия
анализу возможности построения коммунистического общества
+исследованию проблем языка
Создателями какого направления в материализм являлись К.Маркс и Ф.Энгельс?
метафизического
+исторического
вульгарного
общественного
естественнонаучного
Какие произведения были написаны В. И. Лениным?
«Критика практического разума»
+«Материализм и эмпириокритицизм»
«Протестантская этика и дух капитализма»
«Капитал»
«Антихристианин»

Глоссарий:

абдукция, антисциентизм, метафизика, махизм, метод фальсификации, неокантианство, позитивизм, логический прагматизм, рационализм, социология, сциентизм, утилитаризм, фаллебиллизм, ценность, эволюция, эмпириокритицизм.

Тема 6 Антропоцентристские направления современной философии: философия жизни, феноменология

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Основы психоанализа З. Фрейда
Теория коллективного бессознательного К. Юнга.
Основные идеи неопрейдиста Э. Фромма.
Детская психология А. Адлера.

Перечень тестов по теме №6:

*Представители неопрейдизма:

+К. Хорни

У. Джеймс

+Э. Фромм

С. Франк

Б. Спиноза

#Труд Э. Фромма:

«Рождение трагедии»

+ «Искусство любить»

«О природе»

«Логика»

«Град Божий»

#Понятие чувства неполноценности принадлежит:

В. Франкл

У. Райху

+А.Адлеру

А.Шопенгауру

Я. Корчак

#Такие качества, как: целевой детерминизм; признание изначально социальной природы человека; стремление человека к совершенству; понимание психической жизни как целостной индивидуальности, движимой жизненными целями основные идеи психологии:

К.Юнга

З.Фрейда

Э.Бэрна

Э. Фромма

+А. Адлера

#Некрофилию и биофилию рассматривал:

И.Кант

А. Маслоу

Т.Гоббс

+Э.Фромм

Демокрит

#Эдипов комплекс кроме Фрейда, рассматривал:

В. Франкл

Аристотель

А. Маслоу

У. Джеймс

+Э.Фромм

#Неврозы — это выражение моральных проблем, считал:

М.Шелер

Б.Спиноза

+Э.Фромм

А. Маслоу

У. Джеймс

#Целостная индивидуальная личностная структура, которую Адлер называет:

жизненный опыт

архетип

анимус

сущность

+стиль жизни

#Книгу «Многообразии религиозного опыта», где описывается две основные разновидности религиозного опыта, написал:

Б. Спиноза

Э. Фромм

А. Маслоу

+У. Джеймс

А. Леонтьев

#О том, что понятие «сверхкомпенсация», при наличии дефекта не только тормозит, но и стимулирует развитие психики написал:

+А. Адлер

К. Юнг

В. Райх

У. Джеймс

А. Леонтьев

#Труд А. Адлера:

+ "Неврогическая конституция"

«Органон»

«Рассуждения о самом себе»

«О бесконечности, вселенной и мирах»

«О героическом энтузиазме»

#Человеческую жизнь Адлер рассматривал как:

стремление к смерти

+стремление к совершенству

архетип

комплекс

индивидуальная субъективность

#Понятие «творческое Я» принадлежит:

К. Юнгу
З. Фрейду
Я. Корчак

+А. Адлеру
В. Франклу

#Кредо "честность – лучшая политика":

М. Эриксон
И.Фихте
+А.Адлер

А. Маслоу
Ф.Шеллинг

#Автор труда «Бегство от свободы»:

Я. Корчак
Аристотель
Б. Спиноза
+Э.Фромм

А. Лурия

#Э.Фромму принадлежит понятие:

+свобода для

комплекс

самость

логика

либидо

#Труд Фромма, где основными понятиями являются «иметь» и «быть»:

«Трактат о началах человеческого знания»

+ «Иметь или быть»

«Физика»

«Государство»

«Тайная доктрина»

#Автор понятия гиперактивность:

А. Лурия

+А. Адлер

С. Франк

А. Маслоу

М. Эриксон

#Фромм в 1920-е годы ввел понятие, широко применяемое для характеристики современного общества:

общество капитала

+ общество потребления

производственные отношения

комплекс неполноценности

эдипов комплекс

#Основатель индивидуальной психологии:

+А.Адлер

В. Райх

М. Эриксон

Я.Корчак

А. Лурия

#Кто является основателем философской антропологии

+М. Шелер

А. Гелен

К. Лоренц

Э. Кассирер

Н. Бердяев

#Одна из философских концепций личности дает такую структуру психики, а именно разделяет ее на пласты: «Я», «Оно», «сверх-Я». Кем разработана эта структура?

Юнгом

Фроммом

+С. Фрейдом

Кантом

Марксом

#Согласно З.Фрейду «человек-машина», движимая относительно постоянным комплексом сексуальной энергии. Что является таким комплексом?

тонатос

эрос

+либидо

архитип

бессознательное

Глоссарий:

«воля к власти», «воля к жизни», интуиция, иррационализм, нигилизм, представление, сознание, «творческая эволюция», феноменология

Тема 7 Антропоцентристские направления современной философии: экзистенциальная философия

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Какова сущность экзистенциализма французского философа Ж.П. Сартра? В чём суть его философии существования.

Тема бунтующей личности в литературе XX века А. Камю.

2. Экзистенциальная теология Серена Кьеркегора.

3. Феноменологический метод М. Хайдеггера.

Перечень тестов по теме №7:

#Какой из философов является родоначальником экзистенциализма?

Артур Шопенгауэр

Альбер Камю

+Сёрен Кьеркегор

Жан-Поль Сартр

Фридрих Ницше

#Особое направление в философии XX века, акцентирующее своё внимание на уникальности бытия человека

антропоцентризм

фрейдизм

позитивизм

+экзистенциализм

прагматизм

#Какие стадии проходит личность в своей жизни, по мнению Кьеркегора?

+эстетическая

биологическая

метафизическая

+этическая

+религиозная

#На какой стадии, по мнению Кьеркегора, человек обращен к внешнему миру, погружен в чувственную жизнь, и целью его жизни являются

удовольствия?

+эстетическая

биологическая

метафизическая

этическая

религиозная

#На какой стадии, по мнению Кьеркегора, стремление к наслаждению замещается чувством долга, и человек добровольно подчиняется нравственному закону?

социальная

биологическая

метафизическая

+этическая

религиозная

#Наивысшая стадия человеческого развития, по мнению Кьеркегора?

социальная

биологическая

метафизическая

этическая

+религиозная

#Способность человека действовать в соответствии со своими интересами и целями, опираясь на познание объективной необходимости.

сознание

+свобода

воля

выбор

ответственность

#Наибольшая из проблем человечества, по мнению Кьеркегора

+отчаяние

невежество

гедонизм

глупость

страх

#Самоопределение личности в отношении принципов, решений и действий это -

сотворчество

свобода

воля

+выбор

ответственность

*Какие стадии проходит личность в своей жизни, по мнению Кьеркегора?

+эстетическая

биологическая

метафизическая

+этическая

+религиозная

#Создатель системы «объективного идеализма»

Артур Шопенгауэр

Альбер Камю

Сёрен Кьеркегор

+Георг Гегель

Фридрих Ницше

Философ, считавший, что бытие не тождественно мышлению и то, что научный метод нельзя применить к самопознанию человека

Артур Шопенгауэр

Альбер Камю

+Сёрен Кьеркегор

Жан-Поль Сартр

Фридрих Ницше

#Выявите лишнюю, не существующую ступень "объективации" воли Шопенгауэра.

механическая причина

органическое раздражение
+биологический инстинкт
мотив, сознательно определяющий действия человека
#Какому философу принадлежат слова: «Жизнь - это хаос, лишённый смысла и не имеющий цели»

Артур Шопенгауэр
+Фридрих Ницше
Сёрен Кьеркегор
Альбер Камю
Жан-Поль Сартр
#Главная тема в философии Альбера Камю

познание
любовь
бог
причинность и обусловленность
+абсурд
*На какие четыре типа делит людей Сёрен Кьеркегор?

+обыватель
+эстетик
политик
педагог
+этик
+религиозный человек
#Философские труды какого философа жестко критиковались Сёреном Кьеркегором?
Артур Шопенгауэр
Альбер Камю
Сёрен Кьеркегор
+Георг Гегель
Фридрих Ницше

* Работами Карла Ясперса не являются:

«Психология мировоззрения»
+«Государство»
+«Раса и история»;
+«Безумие и неразумие»;
+«Взгляды из далека».

Согласно Ясперсу человек живёт:

в своё удовольствие

+как все
поклоняясь идолам
презирает жизнь
стремится к смерти.

Что такое трансцендентность по Ясперсу:

+полное раскрепощение энергии и понимание некоего высшего абсолюта
форма бытия материи
выражение явлений, не явленных непосредственно, но могущие стать таковыми при определённых условиях
стадия развития предметов и явлений, не сводящаяся к предшествующим стадиям

Фундаментальной характеристикой человеческого существования в экзистенциализме является:

+свобода
мировоззрение
природа
революция

* Определите какой философ не принадлежал к философии экзистенциализма:

Ж. Деррида
Ж. Делез
Ж. Бодрийар
З. Фрейд
+К. Ясперс

Понятие «пограничной ситуации» играет особую роль в:

философии позитивизма
философии марксизма
психоанализе
+философии экзистенциализма
субъективном идеализме

Экзистенциалистскому взгляду на человека соответствует утверждение о том, что:

в нашей жизни всё случайно, непредсказуемо, а потому надо плыть по течению и надеяться на везение
человеческие поступки определяются бессознательными желаниями, о которых мы можем не догадываться
что бы человек ни предпринимал, всё, в конечном счёте, зависит не от него, а от судьбы, рока
+человек обречён быть свободным и нести за свои поступки абсолютную ответственность

Мартин Хайдеггер занимался разработкой:

теории формаций
теории эмерджентности
теории «Город как социальная лаборатория»
+основ экзистенциалистического понимания предмета и задач философии
социальной реконструкции

Экзистенция по Хайдеггеру это:

живой опыт времени
внешняя определённость по отношению к бытию
состояние абсолютной неупорядоченности
+бытие, к которому человек сам себя относит

Кто из перечисленных авторов сформулировал тезис «Бытие - всегда бытие сущего»:

И. Пригожин
+М. Хайдеггер
Ф. Шеллинг
И. Кант
Л. Фейербах

«Бытие в мире» М. Хайдеггера состоит из:

+«бытия с другими» и «бытия самого человека»
«бытия единичных вещей»
«бытия этносов»
«бытия материальных сущностей»

#Со-бытие с Другим в экзистенциальной аналитике М.Хайдеггера направлено на:

+полную ассимиляцию, обезличивание
раскрытие творческого потенциала индивида
поиск смысла жизни
решение глобальных вопросов
создание нового государства

Автор высказывания: «Я могу посвятить жизнь работе, науке, обогащению, чему угодно другому, но человеком остаюсь, лишь выбирая одну возможность либо другую. По этой причине, не имея возможности избежать выбора, человек на что-то решается и непременно рассеивается в неподлинной экзистенции»

С. Кьеркегор
А. Камю
Г. Плеснер
+М. Хайдеггер

К. Ясперс.

Автор высказывания: «Тем, чем является человек, он стал благодаря делу, которое он сделал своим».

С. Кьеркегор
А. Бергсон
Г. Плеснер
М. Хайдеггер

+К. Ясперс

Автор работы «Восстание масс» является:

+Х. Ортега-и-Гассета

И. Фихте
Ф. Фурье
Э. Гуссерль
К. Ясперс

Доктрина «массового общества» предложена:

Г. Плеснером
Э. Кондильяком
К. Марксом
+Х. Ортега-и-Гассетом
К. Поппером

«Массовое общество» это:

+духовная атмосфера, сложившаяся на Западе в результате кризиса буржуазной демократии, бюрократизации общественных институтов, распространения денежно-меновых отношений на все формы межличностных контактов
общественная организация по производству материальных благ для всех
общество, характеризующееся развитой рыночной экономикой
общество всеобщего благоденствия как модель скорого будущего

#Назовите автора данного изречения: «Массовый человек, верный своей природе, не станет считаться ни с чем, помимо себя, пока нужда не заставит. А так как сегодня она не заставляет, он и не считается, полагая себя хозяином жизни...»:

З. Фрейд
+Х. Ортега-и-Гассет
С. Кьеркегор

А. Камю
Г. Плеснер

*Автором данного изречения является: «Меньшинство – это совокупность лиц, выделенных особыми качествами; масса – не выделенных ничем»

З. Фрейд
С. Кьеркегор
А. Камю

Г. Плеснер
+Х. Ортега-и-Гассет

Человек массы по Х. Ортега-и-Гассету:

+посредственен, скучен
изобилует творческим потенциалом
всесторонне развит
инициативен, предприимчив

* Выделите верные исторические предпосылки, пробудившие интерес к индивидуальному бытию человека в философии экзистенциализма:

+первая мировая война
+бурный технический и технологический прогресс
бурное развитие искусства в начале XX века
вера в социальный прогресс
становление демократических режимов в Европе после первой мировой войны

Глоссарий:

философия абсурда, ответственность, пограничное состояние, свобода, существование, сущность, проект, экзистенция, экзистенциализм, экзистенциальная диалектика.

Тема 8 Генезис русской философии

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Философская мысль Киевской Руси X-XII вв. Тратат И. Дамаскина - «Источник знания». «Слово о законе и благодати» Илариона.

«Поучение» князя Владимира Мономаха

«Слово о полку Игореве» и летопись «Повесть временных лет».

Письмо князя Василия III игумена псковского Елизарьевского монастыря Филофей о Москве-третьем Риме. Зарождение русской идеи.

Полемика славянофилов и западников.

Перечень тестов по теме №8:

Митрополит Киевский Иларион является автором произведения

«Слово о полку Игореве»

«Поучение детям»

«Домострой»

+ «Слово о законе и благодати»

«Изборники»

Идеологему «Москва – Третий Рим» впервые обосновал:

+ Филофей

Дионисий

Сергий Радонежский

Владимир Мономах

Г.С. Сковорода

Произведение «Поучение» написал:

Иларион

+ Владимир Мономах

С.Н. Булгаков

И.С. Киреевский

Л. Н. Толстой

* Укажите факторы зарождения русской философии:

влияние Золотой орды.

+ восточная святоотеческая мысль.

+ влияние светской литературы.

+ деятельность славянских просветителей.

широкие связи с Европой.

Митрополит Иларион в своём произведении «Слово о законе и благодати» сопоставляет:

«спасение» и «вечную жизнь»

«христианство» и «иудаизм»

«закон» и «иудаизм»

Русь и Европу

+ «закон» и «благодати»

Когда началось постепенное обособление философии от богословия?

в конце 14 в.

в конце 16 в.

+ в конце 17 в.

в конце 18 в.

* Темы отрывков «Изборников» 1073 и 1076го года посвящены

+ человеку

+ бессмертию

свободе

церкви

земным радостям

+ соотношению природы, сущего и лица

Мистическая традиция богосозерцания в православной церкви, религиозная практика, представляющая собой совокупность интроспекции молитвенного самоуглубления и, иногда, некоторых физических упражнений это:

+ исихазм

арианство

гносеология

богомилство

герменевтика

Наибольшее влияние на русскую философскую мысль оказала:

французская философия

английская философия

+ немецкая философия

древневосточная философия

раннегреческая философия

Датой принятия христианства на Руси считается:

862г.

944г.

1014г.

1025г.

+ 988г.

* Основные отличительные признаки русской философии:

+искание скрытого смысла христианских идей.

+выдвижение на первый план проблемы сущности и смысла человеческого

+дуализм в понимании мира, человека и истории.

+бытия и проблемы смысла и закономерностей истории

поиски причины порождения зла в этом земном мире

Даниила Заточник написал произведение:

«Изборники»
«Философия разума»
«Поучение»
«Богомилство»
+ «Моление»
Кто считал, что Россия должна пойти по пути революции и свержения монархии?
Герцен
+Белинский
Хомяков
Данилевский
Главным философским трудом Петра Чаадаева является?
+«Апология сумасшедшего»
«О старом и новом»
«Записки о всемирной истории»
«Россия и Европа»
«Учение о ноосфере»
Основателем славянофильства считается?
Чаадаев
+Хомяков
Белинский
Герцен
В какой книге А. С. Хомяков обобщил ключевые идеи своей теории?
«Апология сумасшедшего»
+«О старом и новом»
«Записки о мире»
«Россия и Европа»
«Учение о ноосфере»
Понятие «культурно – исторический тип (КИТ)» сформулировал?
Чернышевский
Белинский
Герцен
Хомяков
+Данилевский
Каковы общие черты у западничества и славянофильства?
расчёт на то, что реформы будут носить постепенный и осторожный характер
уверенность в возможности мирного осуществления реформ
отрицательное отношение к крепостному праву
+создание равноправного объединения славянских республик
Продолжите предложение: И западники, и славянофилы:
+выступали за отмену крепостного права
были сторонниками радикальных, революционных методов борьбы
выступали за сохранение крепостного права
считали, что у страны свой собственный путь
* Кто из перечисленных мыслителей являлся представителем славянофильства?
+ Братья Аксаковы
Герцен
+ Хомяков
Кавелин
+ Киреевский
«Русским Сократом» прозвали:
+ Г.С. Сковороду
Даниила Заточника
Стефана Яворского
М.В. Ломоносова
Данилевский
Согласно Л. Шестову, главным врагами человека в «борьбе за невозможное» являются:
одиночество и страх
смерть и отчаяние
вера и любовь
+ разум и мораль
вера и страх
* По мнению Г.С. Сковороды, вся действительность распадается на три мира, каких:
+ человек
+ природа
+ Библия
общество
группа
К характерным особенностям русской философии относятся:
эмпиризм
панлогизм
+ антропологизм
рационализм
позитивизм
Кому принадлежит «Учение о Богочеловечестве»?
Н. Бердяеву
+ В. Соловьёву
Ф. Достоевскому
Л. Толстому
Г. Сковороде

Глоссарий:

иосифляне, нестяжатели, старообрядчество, раскол, масонство, исихазм.
анархизм, декабристы, славянофилы, западники, народничество, нигилизм, панславизм, свобода воли, соборность, социализм

Тема 9 Основные направления и проблематика русской философии

Вопросы текущего контроля успеваемости:

Религиозная метафизика истории С. Н. Булгакова, Н. Бердяев.

Философия Н. Ф. Фёдорова.

«Философия разума» М. Ломоносова, В. Татищева.

«Философия чувства» М. Щербатов, Н. Карамзин, А.Н. Радищев.

Перечень тестов по теме №9:

В центре внимания космизма находится...

тема взаимообусловленности положения предметов в пространстве
вопросы влияния неведомых сил Вселенной на человеческое бытие
исключительность человеческой цивилизации как единственной в своем роде
+проблема объяснения развития Вселенной с позиции религии и науки
Проблема сущности бытия в общемировом значении

Под космосом в космизме понимают...

безграничное неосоздаемое пространство
+устройство мироздания, включающее в себе реальный и воображаемый миры
свободное безвоздушное пространство Вселенной
не воспринимаемый дух природы
структурно организованное и упорядоченное целое бытия

Представителем русского космизма являлся

Алексей Саврасов

+Константин Циолковский

Николай Данилевский

Александр Герцен

Виссарион Белинский

Основное(-ые) направление(-я) русского космизма

антропология

+естественнонаучное и религиозно-философское

герменевтика

гуманитарное и паранаучное

естественнонаучное и материалистическое

В философии русского космизма выделяются две тенденции

органическая, почвенная

+органическая, проективистская

неорганическая, проективистская

почвенная, геологическая

геологическая, органическая

Органическая тенденция в философии русского космизма представлена

Саврасов

+Вернадским

Белинский

Иванченко

Стругацкий

Главное произведение Вернадского В.И.

Состояние разума

+Учение и ноосфере

Органическое в познании

Учение о разуме и чувстве

Между небом и землей

Под ноосферой понимается

слияние разума и природного начала

+сфера разума, основанная на идеалах науки и гуманизма

сфера науки как плода человеческого труда

область затрагивающая все научное знание

учение о космосе как философском направлении

Создатель религиозно-философской концепции «общего дела»

Алексей Саврасов

Владислав Ситченко

Викентий Вересаев

+Николай Федоров

Николай Чернышевский

Его идеи оказали влияние на создателя российской космонавтики Сергея Королева

Алексей Саврасов

Юрий Яковлев

+Константин Циолковский

Юлиан Анисимов

Виктор Кузнецов

Кто создатель философской системы, определяемой как религиозный экзистенциализм?

Карсавин

+Бердяев

Белинский

Вересаев

Циолковский
Один из основных трудов Бердяева
Видение духовного
+Философия свободы
Опасный метод
Грань будущего
Философия жизни
Главную угрозу существования ноосферы составляют проблемы
природные
+глобальные
локальные
вселенские
антропологические
#Суть идеи богочеловечества
приближение к божественному началу
+в некоторых поступках человека воплощается божья воля
человечество является богом
бог является идеальным воплощением человеческой сущности
бог находится лишь в сфере размышления
За какую идею выступает философ Бердяев в работе «Опыт персоналистической философии»?
за смирение
за рабство
+за свободу
за самость
за подчинение
Укажите представителя русского космизма, которому принадлежит тезис: «Планета Земля – это колыбель человечества, но нельзя вечно жить в колыбели»:
А. Саврасов
+К. Циолковский
В. Вернадский
А. Чижевский
Н. Федоров
Основоположителем идей бессмертия и всеобщего воскрешения считается
Саврасов
Бердяев
Белинский
+Федоров
Данилевский
Какова основная проблема рассматриваемая Федоровым?
свобода
живорождение
перенаселение
+бессмертие
духовность
Дуализм духа и материи, Бога и природы характерен для философии
Вебера М.
Парсонса
+Бердяева
Циолковского
Данилевского
Согласно Н.Ф. Фёдорову, высший моральный долг землян, центральная задача всех людей заключается в
самоопределении общества
создание коммунистического общества
стремиться к продолжению рода
+уничтожении страданий на земле
сохранение планеты для будущих поколений
*В мировоззрении Ф. М. Достоевского особенно большое место занимают вопросы:
+этики
+религии
+эстетики
искусства
диалектики
*Какой вопрос поднимается Достоевским в «Братьях Карамазовых»?
+вопрос о природе добра и зла на земле
+вопрос об ответственности за грехи
вопрос об ответственности за тех, кого приручил
вопрос о смысле жизни
#Главное нравственное правило с точки зрения Л.Н. Толстого:
познай самого себя
+не противься злему
служи отечеству верой и правдой
страдающего убей
#Русский мыслитель, автор романов «Подросток», «Бедные люди», «Идиот», «Бесы»:
Н.В. Гоголь
Л.Н. Толстой
К.Э. Циолковский
+Ф.М. Достоевский
#Философское учение, основанное Львом Николаевичем Толстым:
народничество

+этика ненасилия
 философия всеединства
 почвенничество
 о бессмертии
 #Слова «красота спасет мир» принадлежат:
 М.В.Ломоносову
 +Л.Н.Толстому
 Ф.М.Достоевскому
 В.С.Соловьеву
 #Идеи ненасильственного сопротивления, изложены Л.Н.Толстым в работе:
 +«Царство Божие внутри вас»
 «О жизни»
 «Исповедь»
 #Идеологию ненасильственного анархизма можно охарактеризовать как:
 истинный анархизм
 государственный анархизм
 +христианский анархизм
 инфантилизм
 #Толстой, считая принуждение злом, делал вывод о необходимости:
 +упразднения государства
 дать всю власть государству
 дать власть народу
 *Два основополагающих тезиса, которые явились источником движения Льва Толстого:
 +опрошения
 познай самого себя
 страдающего убей
 +непротивление злу насилием
 * Выберите произведения Л. Карсавина
 + «От церкви»
 +«Поэма о смерти»
 +«О свободе»
 +«О добре и зле»
 +«Метафизика любви»
 +«О личности»
 # Какая внешняя философская позиция была у Карсавина
 +религиозно- идеалистическая
 объективный идеализм
 субъективный идеализм
 вульгарный материализм
 иррационализм
 # В какой статье Ильин развивает оригинальную диалектику общего и единичного
 + «О любезности»
 «Философия Гегеля как учение о конкретности Бога и человека»
 «Шлейермахер и его «Речи о религии»
 «О бессмертии души», «Апогей человечества»
 # Выберите неправильный ответ
 Главные идеи философии Л. Карсавина XXв. это:
 попытка предложить новую версию философии Абсолюта, прежде всего концепцию онтологии, одновременно основанную на принципах множества, плюральности и нерасторжимой целостности
 использование принципа плюральности и цельности, их единства для обоснования самоценности, уникальности и в то же время единства, взаимозависимости культур, в том числе культур Запада и Востока
 толкование судеб России и в контексте единых целей христианской культуры, и в плане уникальной евразийской единящей миссии российской культуры
 +метод исследования тех психических процессов, которые почти невозможно изучить какими- либо другими средствами
 # Описание Ильиным структуры акта соединения сознания с абсолютным бытием заставляет вспомнить концепцию
 +С. Кьеркегора
 Л. Карсавина
 Г. Гегель
 Фихте
 # Эпиграфом к философии личности Карсавина могут служить слова из его книги
 + «О личности»
 «О любезности»
 «Смерть своего я»
 «Речи о религии»
 #Что находилось в центре философско-исторических исследований Л. Карсавина?
 +проблемы Абсолюта и личности
 формы и социального поведения личности
 биологическое поведение личности
 теория культа личности
 проблема исторических формаций

Глоссарий:

богоискательство, всеединство, имяславие, истина, метафизическая триада, логос, религиозное “оправдание” природы, смысл человеческого бытия, хаос.
 атомы-духи, ноосфера, бессмертие, космизм, персонализм, софиология, софия.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

Критерии оценки за устный ответ при проверке знаний:

Оценка "ОТЛИЧНО" выставляется обучающемуся, если ответ дан аргументированный и изложен последовательно, грамотно и логически стройно на основе анализа учебного материала, показано знание теории вопроса, понятийного аппарата и программного материала в целом.

Оценка "ХОРОШО" выставляется обучающемуся, если требования задания в целом выполнены, ответ дан достаточно аргументированный и изложен достаточно последовательно, грамотно и логически стройно на основе анализа учебного материала, не допущено существенных неточностей в знании теории вопроса, понятийного аппарата и программного материала в целом.

Оценка "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется обучающемуся, если требования задания выполнены не полностью, ответ плохо аргументирован и изложен недостаточно последовательно, грамотно и логически стройно, отсутствует анализ учебного материала, допущены неточности в знании теории вопроса, понятийного аппарата и программного материала в целом.

Оценка "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется обучающемуся, если требования задания не выполнены, не показаны знания по значительной части программного материала.

Критерии оценки за устный ответ при проверке умений:

Оценка "ОТЛИЧНО" выставляется обучающемуся, если требования задания выполнены в полном объеме, продемонстрировано умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни, продемонстрированы навыки работы с документами, учебной и научной литературой, решения ситуационных задач, систематизации и обобщения полученных сведений.

Оценка "ХОРОШО" выставляется обучающемуся, если требования задания в целом выполнены, достаточно продемонстрировано умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни, продемонстрированы навыки работы с документами, учебной и научной литературой, решения ситуационных задач, систематизации и обобщения полученных сведений.

Оценка "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется обучающемуся, если требования задания выполнены не полностью, не в полном объеме продемонстрировано умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни, не в полном объеме продемонстрированы навыки работы с документами, учебной и научной литературой, решения ситуационных задач, систематизации и обобщения полученных сведений.

Оценка " НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется обучающемуся, если требования задания не выполнены, отсутствует умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни, отсутствуют навыки работы с документами, учебной и научной литературой, решения ситуационных задач, систематизации и обобщения полученных сведений.

Виды оценки письменного задания определены требованиями к результатам освоения дисциплины:

Конспекта лекции,

плана – конспекта научного текста, статьи;

контрольная работа;

реферат, эссе

Реферат – это самостоятельная работа над темой, при написании которой привлекается несколько академических статей или монографий, которые помещаются в постраничный список использованной литературы. Объем реферата составляет до 15 страниц 14 кеглем, шрифт Times New Roman, через интервал.

Эссе – творческая работа над проблемой, при написании чего акцентируется авторское отношение к ней, используется необходимая литература и источники. Рефераты сдаются на электронном носителе. Объем эссе – не менее 12 стр. (кегель 14, интервал 1,5, шрифт New Times Roman).

При написании конспектов работ следует исходить из следующих требований: отдельно указывается полное название конспектируемой работы, все ее исходные данные, выдержки даются в строгом соответствии с оригиналом с указанием страниц, сохраняются все орфографические, стилистические и т.п. особенности, для логической связки текста возможно изложение части материала своими словами, выделив его квадратными скобками. При оформлении рефератов, докладов и т.п., следует исходить из следующих требований: сверху по центру вначале название вуза, затем название кафедры, далее определение работы (доклад, эссе и т.п.), название (тема); ниже с выравниванием справа: выполнил студент (ФИО), научный руководитель; внизу по центру – название города (населенного пункта). Центральные сведения (определение и название работы) должны быть набраны значительно более крупным шрифтом, нежели остальные. На первой странице – оглавление, в конце работы соответственно: список использованных источников и литературы, приложения (по необходимости). Во введении даются: обоснование темы, ее актуальность, историографический обзор, задачи и цели работы. Сноски рекомендуются постраничные.

Критерии оценки за выполнение письменных заданий при проверке знаний и/или умений:

При оценке письменной работы принимаются во внимание: правильное оформление (оглавление, сноски, литература и т.п.); соответствие названия задачам и целям работы; использование источников, критический подход к литературе (классические работы, новинки); выработка и обоснование своего мнения; логика изложения материала; совпадение выводов с заявленными целями и задачами.

Студент должен владеть изложенным в реферате, докладе и эссе материалом, и уметь грамотно защищать его. Остальные студенты могут участвовать в обсуждении работы. Выполненный реферат может быть представлен студентом на кафедральном кружке в сопровождении презентации (не менее 15 кадров).

Оценка "ОТЛИЧНО" выставляется учащемуся, если задания выполнены в полном объеме, понят и передан смысл учебного материала, дан структурированный и аргументированный анализ проблемы, изложенной последовательно, грамотно и лаконично. Учащемуся необходимо продемонстрировать умения передать смысл научных понятий, работать с учебной и научной литературой, уметь оригинально, своими словами кратко изложить (в виде эссе, реферата или конспекта) изученный самостоятельно материал.

Оценка "ХОРОШО" выставляется учащемуся, если понят и передан смысл учебного материала, задания в целом выполнены, ответ дан достаточно аргументированный и изложен системно, последовательно, грамотно, продемонстрированы умения работы с научными понятиями, учебной и научной литературой.

Оценка "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется учащемуся, если задания выполнены не полностью, смысл учебного материала не понят, ответ плохо аргументирован и изложен недостаточно последовательно, грамотно; не в полном объеме продемонстрированы умения работы с учебными текстами и понятиями и научной литературой.

Оценка " НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется учащемуся, если задания не выполнены, отсутствуют умения работы с документами и терминологией, учебной и научной литературой.

Слушание докладов, написание эссе, рефератов, составление кроссвордов и тестов по теме занятия.

Темы рефератов, докладов, эссе:

1. Философия и мировоззрение. Исторические типы мировоззрения.
2. Предмет истории философии. Проблема периодизации истории философии. Принципы классификации историко-философских учений.
3. Проблема возникновения философии. Источники философского знания.

4. Основные философские школы Древнего Китая.
5. Философская мысль Древней Индии. Основные школы.
6. Древнегреческие атомисты (Демокрит, Эпикур).
7. Возникновение древнегреческой философии. Милетская школа.
8. Пифагор и пифагорейцы.
9. Элеаты. Ксенофан, Парменид, Зенон, Мелисс.
10. Гераклит из Эфеса.
11. Софисты: Протагор, Горгий.
12. Сократ: жизнь и творчество. Сократические школы (киники, киренаики и мегарики).
13. Жизнь и философское учение Платона.
14. Аристотель: жизнь, сочинения, учение. Критика теории "идей" Платона.
15. Эллинистическая философия (перипатетики, академики, эпикуреизм, стоицизм, скептицизм, эклектизм, неоплатонизм).
16. Возникновение схоластической философии в Западной Европе. Спор об универсалиях.
17. Религиозно-философская мысль поздней античности. Патристика. Аврелий Августин.
18. Арабская философия эпохи средневековья (Аль-Фараби, Аль-Бируни, Ибн-Сина, Ибн-Рушд).
19. Период расцвета схоластики. Альберт Великий и Фома Аквинский. "Сумма теологии".
20. Поздняя схоластика. Дунс Скот. Мейстер Экхарт. Уильям Оккам.
21. Основные черты культуры Ренессанса и гуманизма.
22. Итальянские гуманисты XIV-XV веков. Лоренцо Валла, Пико делла Мирандолла.
23. Интуитивизм в России (Н.О. Лосский, С.Л. Франк и др.).
24. Философия Нового времени (Ф. Бэкон, Р. Декарт).
25. Английская философия XVII века (Т. Гоббс, Дж. Локк).
26. Философское развитие Б. Спинозы и общая характеристика его доктрины.
27. Философская система Г.В. Лейбница.
28. Субъективно-идеалистическое завершение сенсуалистической философии: Дж. Беркли, Д. Юм.
29. Французское просвещение (Ф. Вольтер, Ж-Ж. Руссо).
30. "Наукоучение" И.Г.Фихте.
31. "Критическая философия" И. Канта.
32. Французский материализм (Дидро, Ламетри, Гольбах, Гельвеций).
33. Шеллинг и натурфилософия. Система тождества Шеллинга. От "философии свободы" к "философии откровения".
34. Философия Гегеля. "Энциклопедия философских наук".
35. Антропологический материализм Л. Фейербаха.
36. Зигмунд Фрейд и развитие психоанализа в XX веке.
37. Философские воззрения К. Маркса и Ф. Энгельса.
38. Славянофилы и западники: имена и идеи.
39. Философская система "всеединства" Вл. С. Соловьёва.
40. Н.А.Бердяев. Общая характеристика его социально-метафизических и антропологических идей.
41. Интуитивизм А. Бергсона. Работа «Творческая эволюция».
42. Философские идеи Ф.М. Достоевского.
43. Философские идеи П.А.Флоренского.
44. Философские идеи и сочинения Г.В. Плеханова.
45. А.Ф. Лосев как философ имени, числа и символа.
46. Философские и социально-политические идеи выдающихся гуманистов XVI века (П. Помпонацци, Н. Макиавелли, Э. Роттердамский, Т. Мор, М. Монтень).
47. Философия истории О. Шпенглера.
48. А.В. Лукьянов и его цикл работ фихтевских «наукоучениях».
49. Инструментализм Джона Дьюи. Идеи как инструменты.
50. Прагматизм (Ч.Пирс, У. Джеймс). Работа У. Джеймса «Многообразие религиозного опыта».
51. Позитивизм: стадии и формы развития.
52. Хосе Ортега-и-Гассет. Работа "Восстание масс".
53. Бертран Рассел. Логический атомизм как философия. Критика аналитической философии. Мораль и христианство.
54. Экзистенциализм и его исторические формы.
55. Эдмунд Гуссерль и феноменологическое движение.
56. Мартин Хайдеггер. Работа «Бытие и время». Поэтический язык как язык бытия.
57. Людвиг Витгенштейн и его сочинение "Логико-философский трактат".
58. Франкфуртская философская школа неомарксизма (Т. Адорно, М. Хоркхаймер, Г. Маркузе, Э. Фромм).
59. А.Шопенгауэр. Работа "Мир как воля и представление".
60. Ф.Ницше. "Дионисийское" и "Аполоновское" начала в культуре. Работа «Генеалогия морали».
61. Конвенционализм А. Пуанкаре и инструментализм П. Дюгема.
62. Религиозная философия XX века. Неотомизм. Жак Маритен. Этьен Жильсон. Мартин Бубер.
63. Разработка проблем онтологии и теории познания в трудах советских философов (А.М. Деборин, М.А., Э.В. Ильенков, В.П. Тугаринов, П.В. Копнин, И.Я. Лойфман, Э.М. Чудинов, Б.С. Галимов, Д.А. Нуриев).
64. Русский космизм: проблемы и перспективы (Н.Ф. Федоров, К.Э. Циолковский, В.И. Вернадский).
65. Философские и общественно-политические взгляды башкирских просветителей (Акмулла, Уметбаев, Ахмет Заки-Валиди).
66. Философская мысль в Республике Башкортостан: персоналии, разрабатываемые проблемы, труды.
67. Трансцендентальная философия в России и в Башкортостане. "Общество И.Г. Фихте."
68. Антропологические учения в России (М. Бахтин и др.).
69. Христианский социализм: С.Н. Булгаков и Г.П. Федотов.

Критерии оценки тестирования как метода проверки знаний и умений.

Тестирование — это форма измерения знаний учащихся, основанная на применении педагогических тестов. Включает в себя подготовку качественных тестов, собственно проведение тестирования и последующую обработку результатов, которая даёт оценку обученности учащихся.

Тест по дисциплине «Основы философии» определяется как система заданий возрастающей трудности, специфической формы, позволяющая качественно и эффективно измерить уровень и оценить структуру подготовленности учащихся.

Тестирование выполняет три основные функции: диагностическую, обучающую и воспитательную:

Диагностическая функция заключается в выявлении уровня знаний, умений, навыков учащегося. Это основная и самая очевидная функция тестирования. По объективности, широте и скорости диагностирования, тестирование превосходит все остальные формы педагогического контроля.

Обучающая функция тестирования состоит в мотивировании учащегося к активизации работы по усвоению учебного материала. Для усиления

обучающей функции тестирования могут быть использованы дополнительные меры стимулирования учащихся, такие как: раздача преподавателем примерного перечня вопросов для самостоятельной подготовки, наличие в самом тесте наводящих вопросов и подсказок, совместный разбор результатов теста.

Воспитательная функция проявляется в периодичности и неизбежности тестового контроля. Это дисциплинирует, организует и направляет деятельность учащихся, помогает выявить и устранить пробелы в знаниях, формирует стремление развить свои способности.

Задача контрольного среза при помощи тестирования осуществляется поурочный и тематического контроль знаний и умений учащихся по работе с учебным материалом, извлечению информации.

Критерии оценки знаний и умений за тестирование:

На каждый вопрос теста, как формы и метода контроля и оценки выделяется по 1 минуте, соответственно на тестирование выделяется такое количество минут, сколько вопросов предлагается решить. Оценка тестов формируется следующей системой оценки:

- 71-80% правильно отвеченных тестов – оценка «3» (удовлетворительно);
- 81-90% правильно отвеченных тестов – оценка «4» (хорошо);
- 91-100% правильно отвеченных тестов – оценка «5» (отлично).

Критерии оценки реферата:

Критерии	Показатели
1. Новизна реферированного текста	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - наличие авторской позиции, самостоятельность суждений.
2. Степень раскрытия сущности проблемы	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения, аргументировать основные положения и выводы.
3. Обоснованность выбора источников	- круг, полнота использования литературных источников; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.).
4. Соблюдение требований к оформлению	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев.
5. Грамотность	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль.

Критерии оценки знаний и умений работы с понятийным тезаурусом (с глоссарием):

Часть учащихся плохо понимает объяснения преподавателя потому, что уровень их владения философскими терминами, используемыми в этом случае, крайне низок. Несоответствие уровней владения понятиями преподавателем и учащимся – одна из основных проблем обучения. Многие обучающиеся не понимают зависимости глубины приобретаемых ими знаний от их терминологической грамотности. Очень важно работать в направлении формирования мотивации к овладению специальной понятиями изучаемой дисциплины, в противном случае учащиеся не в состоянии усвоить предлагаемую программу по предмету.

Оценка «отлично» за работу с понятиями (с глоссарием) выставляется обучающемуся, если он

- может перевести иностранный термин;
- понимает, распознаёт и фиксирует значение научного понятия исходя из контекста темы;
- называет его основные признаки;
- может применять его при изложении материала дисциплины ...

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если он ...

- может перевести иностранный термин;
- распознаёт и фиксирует значение научного понятия исходя из контекста темы; - может назвать некоторые его основные признаки;
- может применять его при изложении материала в контексте изучаемой темы, а не всей дисциплины ...

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если он

- может перевести иностранный термин;
- не смешивает близкие либо сходные по внешнему звучанию или содержанию понятия;
- может воспроизвести или написать формальное определение термина правильно на слух, но не осознаёт его содержание,
- не умеет пользоваться им при рассуждениях, работе с ситуационными задачами, не понимает их истинный смысл в контексте темы, дисциплины.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если он ...

- часто смешивает близкие либо сходные по внешнему звучанию, но далекие по смыслу и содержанию понятия, не может распознавать значение терминов исходя из контекста темы, не может назвать их основные признаки;
- не понимает формального содержания термина и не может правильно озвучить либо написать определение термина,
- не воспринимает и не воспроизводит его значение правильно на слух;
- не может его применять в рассуждениях.

Форма промежуточной аттестации по дисциплине «Основы философии» - дифференцированный зачет

Методические рекомендации по подготовке к зачёту по дисциплине «Основы философии».

Итоговой формой контроля знаний и умений по дисциплине является устный дифзачёт, который проводится по билетам. К допуску на зачёт учащемуся необходимо посещать занятия по дисциплине, иметь оценки по аудиторной и самостоятельной работе, согласно учебному плану ФОС. Билеты включают два вопроса по истории философии. Он проводится в устной или письменной форме и принимается преподавателем, который вел занятия по данному курсу. Принимающему дифзачёт преподавателю предоставляется право задавать учащимся уточняющие вопросы по всем темам курса и просить продемонстрировать компетентностные умения согласно программе данного курса. Данная практика позволяет определить степень усвоения всего материала курса дисциплины.

Дифзачёт - преследует цель оценить качество усвоения учащимся теоретических знаний учебной дисциплины, их прочность, развитие творческого мышления, приобретение навыков самостоятельной работы, умение синтезировать полученные знания и применять их к решению практических задач. Дифзачёт сдаётся в периоды предусмотренные графиком учебного процесса.

Ответ учащегося на зачёте определяется словом «Зачёт», и сопровождается следующими оценками: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно»,

«неудовлетворительно». Невяка на зачёт отмечается в зачётной ведомости словами «не явился». Результаты зачёта по дисциплине «основы философии» определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценки. Важнейшими критериями оценки знаний учащихся являются:

- степень усвоения учебного материала;
- научно-методический уровень ответа на поставленные вопросы;
- доказательность и убедительность;
- степень творчества и самостоятельности в подходе к раскрытию поставленных вопросов.

На зачёте оценка формируемых в дисциплине компетенций учащихся производится по следующим критериям:

- оценка «отлично» выставляется учащемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал. Способен логически стройно, четко и исчерпывающе его излагать, интегрировать знания по определенной теме. Приветствуется структурированный ответ, умение анализировать существующие теории (идеи научных школ, направлений), использовать методологические и методические приемы, знать современное состояние науки, увязать теорию с практикой, не допускать речевых ошибок, вести диалог и вступать в научно ориентированную дискуссию, давать четкие и ясные ответы на вопросы преподавателя;
- оценка «хорошо» ставится, если учащийся твердо знает программный материал, грамотно и по существу его излагает, не допускает каких-либо существенных неточностей в ответе на вопросы зачётного билета, однако имеют место несущественные фактические ошибки, которые студент способен исправить самостоятельно, благодаря наводящему вопросу, умеет увязать теорию с практикой. Ответ студента в основном соответствует предыдущим характеристикам, но менее глубок по содержанию или недостаточно обстоятелен, убедителен, уверен;
- оценка «удовлетворительно» выставляется тому, кто имеет знания только основного программного материала, но не усвоил его деталей, допускает в ответе ошибочные положения, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении материала, речевые ошибки, дает поверхностные ответы на вопросы преподавателя. У учащегося отсутствуют представления о внутрипредметных и межпредметных связях, наблюдается неумение подкреплять теоретические знания практическими выводами;
- оценка «неудовлетворительно» выставляется тому, кто не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки в ответе на вопросы зачётного билета, свидетельствующие о неправильном понимании сущности рассматриваемого предмета или явления, затрудняется дать правильный ответ на вопросы преподавателя.

Примерные вопросы к дифференцированному зачёту по дисциплине «Основы философии»

Философия как форма познания мира. Становление науки философии и её характерные признаки.

Основные разделы и категории философии.

Формирование древнеиндийской философии. Представление о мире в неортодоксальных и ортодоксальных философских школах Древней Индии.

Философские школы Древнего Китая. Даосизм и конфуцианство: учение о человеке в древнекитайской философии.

Истоки древнегреческой философии: милетская школа, пифагорейский союз, элейская школа, атомистическая школа, учение Гераклита.

Антропоцентризм и этический рационализм Сократа.

Идеализм в философии Платона. Взаимосвязь философии и логики в творчестве Аристотеля.

Проблема смысла истории в философии Августина Блаженного. Проблема соотношения веры и разума в теософии Фомы Аквинского.

Философия Эпохи Возрождения. Гуманистическое направление (Д. Алигьери, Ф. Петрарка, Л. Валла). Неоплатонизм (Н. Кузанский, Дж.

Мирандола, Парацельс). Социально-философские идеи гуманистов XVI века. Скептицизм М. Монтеня. Естественнонаучная мысль эпохи

Возрождения и её связь с философией (Дж. Бруно, Н. Коперник, Л. да Винчи).

Рационализм Р. Декарта. Философия Нового времени. Эмпиризм Ф. Бэкона. Проблема государства и гносеология материалиста Т. Гоббса.

Сенсуализм Дж. Локка.

Рационализм и монизм Б. Спинозы и Г. Лейбница. Механистическая картина И. Ньютона. Разработка гносеологических доктрин в английской

философии XVIII века. Субъективный идеализм Дж. Беркли и Д. Юма.

Социальная философия французского Просвещения. Деистическое направление. Географический детерминизм Ш.-Л. Монтескье. Философия

истории Ф.-М. Вольтера. Философское значение трактатов Ж.-Ж. Руссо об обществе, культуре и воспитании. Французский материализм XVIII

века.

Атеистическо-гуманистическое направление (Ж. Ламетри, К. Гельвеций, Д. Дидро, П. Гольбах)

Немецкая классическая философия. Основоположник немецкого классического идеализма И. Кант, его социально-политические взгляды.

Субъективный идеализм И.Г. Фихте.

Объективный идеализм и философия природы Ф. Шеллинга. Объективный идеализм и диалектика, философия истории Г. Гегеля.

Антропологический материализм Л. Фейербаха.

Западная философия XIX-XX вв. «Философия жизни» А. Шопенгауэра. Философия жизни и иррационализм Ф. Ницше и А. Бергсона.

Экзистенциализм С. Кьеркегора. Философия Марксизма.

Американский прагматизм Ч. Пирса, У. Джемса, Дж. Дьюи. Экзистенциальная философия К. Ясперса, Ж.-П. Сартра, А. Камю.

Философские представления Киевской Руси (XI-XIII вв.) Древнерусская религиозная философия (Влад. Мономах, Д. Заточника, С. Радонежский,

нестяжатель Н. Сорский, иосифлянин В. Патрикеев, П. Авакум и Никон).

Становление русской средневековой философии в XIV-XVII веках. Философские направления русской философии XVIII века: «философия

разума»; «философия чувства». Основная парадигма русской культуры и философии в творчестве П.Я. Чаадаева. Славянофильство и

западничество. Формирование материализма в русской философии.

Исследование проблемы религии и веры, и интерпретация христианской этики (Н. Федорова, К. Леонтьева, всеединство и софиология В.

Соловьева), проблема смысла жизни в творчестве русских писателей (Ф. Достоевского и Л. Толстого). Философия персонализма Н. Бердяева.

Философия советского периода (М. Бахтина, Л. Гумилёва).

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Примеры ситуационных задач по дисциплине «Основы философия» для обучающихся курса с примерными ответами

Задача 1.

По мнению И. Канта, философия должна дать человеку ответ на следующие вопросы: Что я могу знать? Что я должен делать? На что я могу надеяться? Что такое человек, в чем смысл и назначение его бытия? Этот перечень достаточно четко обрисовывает основную проблематику философии и ее основные функции.

1. Перечислите основные функции философии.
2. Охарактеризуйте мировоззренческую функцию.
3. В чем состоит онтологическая функция?
4. Кратко определите аксиологическую функцию философии.
5. В чем заключается методологическая функция.

Задача 2.

Основным в философии традиционно считается вопрос об отношении мышления к бытию, а бытия –к мышлению (сознанию). Важность данного вопроса заключается в том, что от его достоверного разрешения зависит построение целостного знания об окружающем мире и месте человека в нем, а это и является главной задачей философии. Материя и сознание (дух) –две неразрывные и в то же время противоположные характеристики бытия. В связи с этим существуют две стороны основного вопроса философии –онтологическая и гносеологическая.

1. В чем состоит онтологическая сторона основного вопроса?

2. В чем состоит гносеологическая сторона основного вопроса?

3. Решен ли основной вопрос философии в настоящее время?

4. Какую альтернативу предлагает экзистенциализм?

5. Кому принадлежат слова: «Решить стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить, – значит ответить на фундаментальный вопрос философии».

Задача 3.

Философия представляет собой единую науку, но ее удобнее изучать, если сгруппировать ее проблемы в несколько больших разделов, хотя бы для того, чтобы понимать процесс ее развития. До Платона первые греческие философы совсем не беспокоились о таком разделении. И только Аристотель авторитетно отделил философские знания по отдельным разделам, получившим название «Аналитика», «Наука о Бытии как таковом», «Этика», «Физика» и т.д.

1. Перечислите основные современные разделы философии.

2. Чем занимается методология?

3. Каково содержание метафизики?

4. Что такое аксиология и чем она занимается?

5. Какие разделы философии наиболее непосредственно касаются медицины?

Задача 4.

«Все течет... Все изменяется... Нельзя войти в одну и ту же реку дважды и нельзя тронуть дважды нечто смертное в том же состоянии, но, по причине неудержимости и быстроты изменения, все рассеивается и собирается, приходит и уходит... Мы входим и не входим в одну и ту же реку, мы те же самые и не те же самые».

1. Кто автор этих строк?

2. К какой философской школе принадлежал автор?

3. Какую философскую традицию начинает этот автор?

4. Кто ещё из философов Античности принадлежал к этому философскому направлению?

5. Присутствует ли в данных отрывках какая-либо форма диалектики?

Задача 5.

Сравните образ мыслей людей, стоящих на трех различных мировоззренческих позициях (мифологической, религиозной, философской) в одной и той же проблемной ситуации: им нужно выбрать одну из альтернатив – разбогатеть, обманом заставив работать на себя других людей, или не разбогатеть, но трудиться наравне со всеми. Как они могли бы рассуждать? Что думали бы о последствиях своего выбора? Напишите развернутый ответ.

Задача 6.

Какие аргументы Вы могли бы привести в доказательство того, что разум является высшей познавательной способностью, если бы жили в Древней Греции и посещали одну из философских школ? Напишите развернутый ответ.

Задача 7.

Обоснуйте, что гуманизм является продуктивной мировоззренческой позицией.

Самое слово «гуманизм» имеет несколько значений. Согласно одному из них, люди принципиально отличаются от других существ, в особенности от животных. Человек живет среди природы, но он не является ее составной частью. Он выше, он — нечто священное. Напишите развернутый ответ.

Задача 8.

При современном рассмотрении онтологической функции философии понимают её способность описывать мир с помощью категорий: «бытие», «материя», «система», «детерминизм», «развитие», «необходимость и случайность», «возможность и действительность» и др. Философия использует достижения всех наук для описания мира, стремится сделать обобщения и на этой основе поднять на уровень всеобщности новые понятия. Онтологическая функция позволяет создавать философскую картину мира объединяя достижения современной науки.

Опишите современную онтологическую картину мира используя как идеалистический так и материалистический подход. Опишите уровни материального устройства нашего мира. Напишите развернутый ответ.

Эталоны решения типовых задач



Ответ на задачу 1

Мировоззренческая функция философии вооружает людей знаниями о мире и о человеке, о его месте в мире, о возможности его познания и преобразования, оказывает влияние на формирование жизненных учреждений, на осознание человеком целей и смысла жизни. Мировоззрение следует рассматривать и с точки зрения его содержания (т.е. как результат отражения действительности в сознании людей), и учитывать взаимосвязь знания о мире и человеке с социальным субъектом, с его отношением к действительности, основанное на этом знании, тогда на первый план выдвигается значение знания для жизнедеятельности человека. То под мировоззрением надо понимать такую систему знаний, которая для социального субъекта является способом видения, понимания, анализа, оценки явлений, определяет характер отношения к миру и к себе, осознание целей и смысла жизни, характер поступков и действий. Мировоззрение является способом практически-духовного освоения мира. Т.о. философия является методологической основой мировоззрения.

Онтологическая функция отвечает на вопрос о качестве и происхождении бытия, о сверхчувственном мире, о мире в целом. Она описывает мир с помощью категорий: «бытие», «материя», «система», «детерминизм», «развитие», «необходимость и случайность», «возможность и действительность» и др. Философия широко использует достижения всех наук для описания мира, стремится сделать обобщения и на этой основе поднять на уровень всеобщности новые понятия. Онтологическая функция выражается, следовательно, в том, чтобы создавать философскую картину мира, которая обобщает достижения современной науки. При создании картины мира обязательно, как уже подчеркивалось, срабатывает антропный принцип. В центре картины находится человек, его многогранные связи с миром, поэтому онтология тесно связана и с аксиологией, и с антропологией. При создании философской картины мира важен исходный постулат: что является первичным, исходным в понимании мира. Аксиологическая функция. Аксиология (греч. axia – ценность, logos – учение) – учение о природе ценностей, их месте в реальной жизни и о структуре ценностного мира, т.е. о связи различных ценностей между собой, с социальными и культурными факторами и структурой личности. Она обосновывает положение человека как меры всех вещей. Ценности есть необходимость всех его действий, поступков, результатов открытий, изобретений, создания предметного мира и т.д. оценивания с точки зрения этических категорий «добра» и «зла». Аксиологическая функция выражается в выработке ориентации любой деятельности на благо, в выработке гуманистического подхода, в познавательной, научно-технической, социальной, политической, экономической, культурной, экологической и любой другой деятельности. Человек и его личность т.о. рассматривается как высшая ценность мира, и все его действия, творения, последствия поступков оценивают с позиций этой гуманистической парадигмы. Наиболее типичными смысложизненными ориентациями личности являются: гедонизм (смысл жизни в наслаждении), эвдемонизм

(смысл жизни в счастье), эгоизм (личные интересы превыше всего), макиавеллизм (достижение цели любой ценой: цель оправдывает средство), кинизм или цинизм (нигилистическое, презрительное отношение к достижениям культуры, отторжение культуры: назад к царству животных), ригоризм (беззаветное служение долгу: перед природой, перед обществом, перед социальной группой, перед семьей, перед Богом), альтруизм и филантропия (все во имя не себя, а других, стремление оказывать всяческую помощь, поддержку людям). Все эти частные нравственные ориентации человека в его повседневной жизни связаны с более глубокой философской проблемой – проблемой смысла жизни, смерти и бессмертия.

Методологическая функция. Методология – учение о принципах, методах познания и преобразования мира. В каждой науке, как и в философии используются свои методы познания. Философия изучает различные формы и методы познания: анализ и синтез, индукцию и дедукцию, гипотезу и теорию, наблюдение и эксперимент, аналогию и моделирование, историческое и логическое, верификация и парадигма и ряд других. Методологическая функция заключается в обосновании необходимости общих своевременных принципов и методов познания мира, в обосновании учета общих принципов самоорганизации и развития мира при изучении любых частных объектов познания.

Ответ на задачу 2

Основной вопрос философии: бытие и сознание

Основной, базисной, проблемой философии является вопрос об отношении мышления к бытию, духа к природе, сознания к материи. Понятия «бытие» – «природа» – «материя» и «дух» – «мышление» – «сознание» в данном случае употребляются как синонимы.

В существующем мире есть две группы, два класса явлений: явления материальные, то есть существующие вне и независимо от сознания, и явления духовные (идеальные, существующие в сознании).

Термин «основной вопрос философии» ввел Ф. Энгельс в 1886 году в работе «Людвиг Фейербах и конец классической немецкой философии». Некоторые мыслители отрицают значимость основного вопроса философии, считают его надуманным, лишенным познавательного смысла и значения. Но ясно и другое: невозможно игнорировать противоположность материального и идеального. Очевидно, что предмет мысли и мысль о предмете – это не одно и то же.

Уже Платон отмечал тех, кто за первичное брал идею, и тех, кто за первичное принимал мир вещей. Ф. Шеллинг говорил о соотношении объективного, действительного, мира, который находится «по ту сторону сознания», и «идеального мира», находящегося «по эту сторону сознания». Важность данного вопроса заключается в том, что от его достоверного разрешения зависит построение целостного знания об окружающем мире и месте человека в нем, а это и является главной задачей философии. Материя и сознание (дух) – две неразрывные и в то же время противоположные характеристики бытия. В связи с этим существуют две стороны основного вопроса философии – онтологическая и гносеологическая.

Онтологическая (бытийная) сторона основного вопроса философии заключается в постановке и решении проблемы: что первично – материя или сознание?

Гносеологическая (познавательная) сторона основного вопроса: познаваем или непознаваем мир, что первично в процессе познания? В зависимости от онтологической и гносеологической стороны в философии выделяются основные направления – соответственно материализм и идеализм, а также эмпиризм и рационализм.

Онтологическая сторона основного вопроса философии

При рассмотрении онтологической (бытийной) стороны основного вопроса философии выделяют следующие направления:

1. Материализм (основатель Демокрит) – направление в философии, сторонники которого считали, что в отношениях материи и сознания первичной является материя. Материя существует реально, независимо от сознания; является самостоятельной субстанцией; развивается по своим внутренним законам; сознание (дух) есть свойство высокоорганизованной материи отражать саму себя; сознание определяется материей (бытием).

Особое направление материализма – вульгарный материализм (Фохт и др.), представители которого абсолютизируют роль материи, исследуют материю с точки зрения физики, математики и химии, игнорируют сознание как сущность и его возможность ответно влиять на материю.

2. Идеализм – направление философии, сторонники которого в отношениях материи и сознания первичным считали сознание (идею, дух).

Два направления:

объективный идеализм (Платон, Лейбниц, Гегель и др.): реально существует только идея; «мир идей» изначально существует в Мировом Разуме; «мир вещей» объективно существует независимо от нашего сознания; «мир вещей» является лишь воплощением «мира идей»; большую роль в преобразовании «чистой идеи» в конкретную вещь играет Бог-Творец;

субъективный идеализм (Беркли, Юм): идеи (образы) материальных вещей существуют только в разуме человека, через чувственные ощущения; вне сознания отдельного человека ни материи, ни идей не существует.

3. Дуализм (Декарт) – течение философии, сторонники которого признавали равное существование двух противоположных и взаимосвязанных сторон единого бытия – материи и духа. Материальные вещи происходят от материальной субстанции, идеи – от духовной. В человеке соединяются одновременно обе субстанции.

4. Деизм (французские просветители XVIII века) – направление в философии, сторонники которого признавали наличие Бога, который, единожды сотворив мир, уже не участвует в его дальнейшем развитии. Деисты считали материю одухотворенной и не противопоставляли материю и дух (сознание).

Гносеологическая сторона основного вопроса философии

При рассмотрении гносеологической (познавательной) стороны основного вопроса философии выделяют следующие направления:

эмпиризм (сенсуализм);

рационализм;

иррационализм;

гностицизм;

агностицизм.

1. Эмпиризм/сенсуализм (основатель Ф. Бэкон) – направление философии, представители которого считали, что в основе познания могут лежать лишь опыт и чувственные ощущения.

2. Рационализм (основатель Р. Декарт) – течение философии, сторонники которого полагали, что истинное (достоверное) знание может быть выведено только непосредственно из разума и не зависит от чувственного опыта. Во-первых, реально существует лишь сомнение во всем, а сомнение – мысль, деятельность разума. Во-вторых, существуют истины, очевидные для разума (аксиомы) и не нуждающиеся ни в каком опытным доказательстве, например: «Бог существует», «У квадрата равные углы», «Целое больше, чем его часть» и т. д.

3. Иррационализм (Ницше, Шопенгауэр) – особое направление, сторонники которого считали, что мир хаотичен, не имеет внутренней логики, следовательно, никогда не будет познан разумом. Экзистенциалисты (от латинского *existentia* — существование) добавляют, что мир нужно прочувствовать, проживать даже, если сама жизнь есть абсурд (А. Камю). Действительность для С. Кьеркегора есть то, что наше “я” обнаруживает в себе самом. Душа, по Кьеркегору, первична, а тело вторично. Он считал, что человек есть синтез души и тела, временного и вечного, свободы и необходимости. Ж.-П. Сартр и А. Камю, высвечивая неблагоприятное мира и показывая его абсурдность, предлагают не падать духом, а мужественно выполнять свой человеческий долг, не страшась утрат, не склоняясь под ударами судьбы, спокойно делать свое будничное дело, когда же гнет действительности становится нестерпимым, отваживаться на бунт, устранивший и ослабляющий этот гнет.

4. Гностицизм (как правило, материалисты) – философское течение, сторонники которого считают, что мир познаваем и возможности познания не ограничены.

5. Агностицизм (И. Кант и др.) – направление, представители которого считают, что мир непознаваем, а возможности познания ограничены познавательными возможностями человеческого разума. Исходя из конечности и ограниченности познавательных возможностей человеческого разума, существуют загадки (противоречия), которые человеком не будут разгаданы никогда, например: «Бог существует», «Бога не существует».

Однако, по Канту, даже то, что входит в познавательные возможности человеческого разума, все равно не будет никогда познано, поскольку разум может лишь познать отображение вещи в чувственных ощущениях, но никогда не познает внутреннюю сущность данной вещи – «вещи в себе».

Основной вопрос философии в настоящее время до сих пор не решен, однако если использовать систематический метод в решении этого вопроса, то противоречия вполне снимаются, ибо акцент философии переносится на попытку построить целостный образ бытия с учётом всех возможных мировоззренческих позиций.

Таким образом, на основной вопрос философии можно ответить словами П. Сартра: «Есть лишь одна по-настоящему серьёзная философская проблема — проблема самоубийства. Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы её прожить, — значит ответить на фундаментальный вопрос философии».

Ответ на задачу 3

Существует три главных раздела философии: методология, метафизика и теория ценностей. Методология. Поскольку философия есть поиск знания о последних вещах, одним из ее главных предметов была природа самого знания. В ходе его исследования встают четыре основных вопроса: 1) что является источником знания. 2) какова природа истины и в чем ее критерий. 3) каково отношение между восприятиями и вещами. 4) каковы формы правильного рассуждения. Первые три вопроса относятся к эпистемологии (теории познания), четвертый - к логике.

По вопросу об источнике знания философы разделились на две школы - рационалистов и эмпиристов. Ответ представителя эмпиризма заключается в том, что все знание имеет своим источником чувственный опыт; ответ рационалиста - что, по крайней мере, некоторые виды знания (например, самоочевидные суждения логики и математики) имеют своим источником свет самого разума. Многие философы, в частности Кант, пытались достичь компромисса между этими подходами.

Ответы на второй вопрос, касающийся природы истины, достаточно близки к ответам на первый вопрос. Эмпирик, скорее всего, сочтет, что истина состоит в соответствии между идеями и данными чувств. Рационалист склонен усматривать ее либо во внутренней необходимости и самоочевидности самого суждения, либо в его совместности с другими суждениями, составляющими некое связанное целое. Еще одним подходом, отличающимся от этих двух, является прагматизм, согласно которому истинность того или иного верования заключается в том, насколько успешно оно "работает" в практической деятельности.

На вопрос об отношении восприятий и вещей имеются три основных ответа, соответствующие позициям реализма, дуализма и идеализма. Последовательный реалист считает, что когда мы видим столы и стулья, камни и деревья, то ощущаем сами физические объекты, которые существуют "вне нас", независимо от того, воспринимаем мы их или нет. Дуалист, соглашаясь с реалистом, что физические вещи существуют независимо от нас, считает, что мы не ощущаем их непосредственно; воспринимаемое нами есть лишь совокупность изображений или символов вещей "вне нас". Идеалист полагает, что вообще нет вещей, независимых от опыта, все вещи можно свести к опыту без остатка.

На вопрос о природе и формах правильного рассуждения отвечает отдельная философская дисциплина - логика. Спорщиками сторонами здесь также являются рационалисты и эмпирики. Первые считают, что рассуждение идет по пути, проложенному объективной необходимостью; оно следует за связью признаков и суждений, которая для разума самоочевидна. Вторые, вместе с Миллем, полагают, что эта необходимость есть не что иное, как установившаяся привычка, возникающая из наблюдения постоянного соединения признаков. Большинство логиков склонялись к рационалистической точке зрения.

На наш взгляд для медицинского знания представляются особо важными вопросы методологического характера. Например, вопрос что является источником знания актуален для медицины, ибо она также заинтересована в поиске истины, познания её природы и критериев для человека и его здоровья, как физического, так и психического. Для изучения работы психики и сознания необходимо также ответить на вопросы о соотношении между восприятием человека и самими вещами, а для адекватного познания нам всем необходимо знать логику и её основные формы правильного рассуждения.

Метафизика. Это - центральная философская дисциплина, которая занимается природой и структурой реальности. Ее основные интересы - онтологические и космологические. Онтология - философская дисциплина, исследующая вопрос об общей основе, или субстанции, всех вещей. Те, кто полагает, что существует только одна такая субстанция, называются монистами. Те, кто полагает, что существует две или более субстанции, называются плюралистами. Наиболее глубоко различаются по своей природе материя и сознание, и монизм, как правило, занимался сведением одной из этих субстанций к другой. Тех, кто сводит сознание к физическому миру, называют материалистами; среди них - Демокрит, Гоббс, а в недалеком прошлом бихевиористы. Тех, кто сводит материю к сознанию или опыту, относят к идеалистам; примерами могут служить Беркли и Юм. Декарт и многие другие философы были убеждены, что эти две формы существования несводимы друг к другу и одинаково реальны; таких философов называют представителями онтологического дуализма.

Вторая проблема метафизики - космологическая проблема устройства природы. Различные её решения отражают плюрализм взглядов в сфере онтологии. Материалисты, как правило, придерживаются механистических взглядов, т.е. полагают, что законы, "скрепляющие" Вселенную в единое целое, являются чисто механическими законами того типа, с которым мы встречаемся в физике. Идеалисты отвергают такое миропонимание, для них Вселенная - это совокупность духов или, по Гегелю, один всеобъемлющий дух (разум): мы могли бы увидеть, если бы обладали достаточным знанием, что его части образуют единую умопостигаемую систему. Дуалисты имеют не столь стройное мировоззрение. С их точки зрения, мир разделен на царство механических законов и царство целей. В одном из западных религиозных учений сочетаются представления о материальном царстве, управляемом физическими законами, и представления о том, что само это царство создано и контролируется духовным существом, которое упорядочивает все сущее в соответствии со своими собственными целями. Такое учение называется теизмом.

Предметом анализа метафизики может стать взаимоотношение структур и систем целого. Например, наиболее известной метафизической проблемой является проблема причинности: что мы имеем в виду, когда говорим, что А - причина В. На этот вопрос давались самые разнообразные ответы: по Юму, представление о причине возникает вследствие единообразного повторения явлений. Рационалист Спиноза видел в причинности логическую необходимость, подобную той, что мы находим в геометрии. Метафизиков также интересовали проблемы, связанные с пространством и временем. Бесконечны они или имеют пределы. В любом случае мы сталкиваемся с серьезными трудностями. Являются ли пространство и время структурами, принадлежащими внешнему миру, или это просто формы, в которые разум облакает наши представления. Реалисты считают верным первое, Кант - второе. Далее, каково место человеческого Я в мире. Может быть, Я - это просто приложение к телу, исчезающее вместе с его смертью. Или Я способно к собственной независимой жизни. Задавать такие вопросы - значит погружаться, через один-два шага, в проблемы отношения тела и души, свободы воли и бессмертия, осаждавшиеся на протяжении всей истории метафизики.

Данные вопросы напрямую связаны с медицинской научной мыслью. Сегодня очень актуальны вопросы: выхода человека в открытый космос, способы быстрого и качественного восстановления утраченного здоровья и продления качественной жизни для развития науки и сохранения здоровья хороших специалистов, учёных и выдающихся мыслителей современности.

Теория ценностей или аксиология. Человечество традиционно признавало три фундаментальные ценности: истину, благо и красоту. Строго говоря, философия есть поиск истины; она оставляет стремление к благом морали, и к постижению прекрасного - искусству. Философия занимается поиском блага и красоты, чтобы найти истину, связанную с этими ценностями. Философы считали, что такая истина имеет первостепенное значение, поскольку неправильное ее понимание способно направить жизнь человека по ложному пути.

Этика как раздел философии, разрабатывает теорию благой жизни и занимается исследованием двух главных проблем: поиском цели жизни, поиском правильных её ориентиров. Так выделяют две такие главные школы. Школа гедонизма, единственным подлинным благом, единственным свойством, придающим ценность всему остальному в жизни, считает наслаждение. Этот взгляд пользовался популярностью со времен Древней Греции и до наших дней. Большинство этиков считают, что существует множество подлинных ценностей; что знание, красота и любовь, например, обладают своей собственной ценностью, не сводимой к наслаждению, которое может их сопровождать. Например Платон стремились привести все разнообразные блага к единому принципу - общему Благу, рассматривая все его формы как самореализацию способов развития или выражения сил данных человеку от природы.

На второй существенно важный этический вопрос - на каком основании мы считаем данное поведение правильным или ошибочным - отвечают

также две главные школы. Школа утилитаризма отвечает на первый вопрос так, что есть внутренне значимое благо. Тогда легко дать ответ и на второй вопрос: правильным является тот поступок, который, из всех возможных поступков, приносит наибольшее количество блага, как бы мы ни трактовали смысл самого блага. Наряду с ним существовал и совершенно другой взгляд, а именно, что правильность или ошибочность поведения заключается в чем-то, присущем самому поступку, а не в его последствиях. Эта точка зрения называется интуитивизмом. Ее разделял Кант, считавший, что правильность поступка обусловлена подчинением закону разума: "Поступай так, чтобы правило твоего поведения могло стать правилом поведения для всех". Это - иная формулировка этики Нового Завета, согласно которой праведность поведения заключается не столько в последствиях, сколько в мотиве или чувстве, лежащем в основе того или иного поступка.

Раздел этики также имеет существенное значение для медицины, особенно в области решения новых биоэтических проблем. В биоэтике центральное место занимает отношение к жизни и смерти, причем жизнь понимается как высшая ценность. Именно поэтому иногда биоэтику определяют как систему знаний о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека.

К основным аспектам приложения биомедицинской этики относятся:

- право на жизнь;
- право на смерть, эвтаназия;
- аборт, контрацепция, стерилизация;
- новые репродуктивные технологии;
- медико-биологические эксперименты на человеке;
- современные технологии генной инженерии;
- трансплантация органов и тканей;
- психиатрия и права человека;
- моральные проблемы ВИЧ-инфицированных;
- межпрофессиональные отношения в медицине;
- проблемы социальной справедливости в медицине.

Еще одним разделом теории ценностей является эстетика - дисциплина, не столь хорошо развитая, как этика. Главные ее темы, обсуждавшиеся в прошлом, - природа красоты и цель (назначение) искусства. Поскольку по тому и другому вопросу предлагалось великое множество теорий, мы здесь отметим лишь по одной современной тенденции в каждой из тем. Благодаря влиянию Б. Кроче красоту многие стали анализировать в терминах выразительности, так что отталкивающая или хаотичная сцена может все же, если в ней тонко выражены определенные чувства, быть названа прекрасной. С другой стороны, с точки зрения формалистов - назначение искусства - творение форм или образцов, удовлетворяющих эстетическому чувству независимо от того, обладают ли они сходством с оригиналом и передают ли какой-то иной смысл.

Ответ на задачу 4

Автором строк «Все течет... Все изменяется... Нельзя войти в одну и ту же реку дважды и нельзя тронуть дважды нечто смертное в том же состоянии, но, по причине неустойчивости и быстроты изменения, все рассеивается и собирается, приходит и уходит... Мы входим и не входим в одну и ту же реку, мы те же самые и не те же самые» - является Демокрит Абдерский — древнегреческий философ – материалист и натурфилософ. Материализм Демокрита, что характерно практически для всех ученых античности, является созерцательным и метафизическим. Главным достижением философии Демокрита считается развитие им учения Левкиппа об «атоме» — неделимой частице вещества, обладающей истинным бытием, не разрушающейся и не возникающей (атомистический материализм). Он описал мир как систему атомов в пустоте, отвергая бесконечную делимость материи, постулируя не только бесконечность числа атомов во Вселенной, но и бесконечность их форм (идей, εἶδος — «вид, облик»), материалистическая категория, в противоположность идеалистическим идеям Сократа). Атомы, согласно этой теории, движутся в пустом пространстве (Великой Пустоте, как говорил Демокрит) хаотично, сталкиваются и вследствие соответствия форм, размеров, положений и порядков либо сцепляются, либо разлетаются. Образовавшиеся соединения держатся вместе и таким образом производят возникновение сложных тел. Само же движение — свойство, естественно присущее атомам. Тела — это комбинации атомов. Разнообразие тел обусловлено как различием слагающих их атомов, так и различием порядка сборки, как из одних и тех же букв слагаются разные слова. Атомы не могут соприкасаться, поскольку все, что не имеет внутри себя пустоты, является неделимым, то есть единым атомом. Следовательно, между двумя атомами всегда есть хотя бы маленькие промежутки пустоты, так что даже в обычных телах есть пустота. Отсюда следует также, что при сближении атомов на очень маленькие расстояния между ними начинают действовать силы отталкивания. Вместе с тем, между атомами возможно и взаимное притяжение по принципу «подобное притягивается подобным». Различные качества тел полностью определяются свойствами атомов и их комбинаций и взаимодействием атомов с нашими органами чувств.

К направлению материалистов в Древней Греции принадлежат философы - атомисты: (5-4 веков до н.э.) – Левкипп, Демокрит, Эпикур, Лукреций Кар в основу вещей положили атомы и пустоту. Атомы – невидимые неделимые частицы; они бескачественны, различаются лишь по форме, порядку и положению. Согласно Демокриту, вещи – различные соединения атомов; пространство – великая пустота, вместительница атомов. Демокрит считал, что человеческая душа имеет вещественный характер и состоит из атомов. Атомизм создал свою теорию познания. Демокрит различал «существование по истине» (атомы) и «существование по мнению» (цвета, запахи, вкусы). Соответственно было 2 рода познания – темное (ощущения) и истинное (разум). Для материалистов античности человек – микрокосм, составляющий частицу и подобие космоса. В силу этого он способен к познанию космоса. Человек – телесное существо, подчиненное законам природы и космоса.

В античности материализм стоял выше идеалистических и религиозных концепций мира. В античной философии возникла также первая форма диалектики, носившая стихийный характер, отраженная в приведенных выше рассуждениях Демокрита о изменчивой природе вещей. Но эта первая форма материализма имела существенные недостатки. Он был наивным, т.к. еще не мог опираться на данные строгой науки, исходил из довольно простых представлений о материи. Этот материализм не распространялся на общество, т.к. оно не могло быть объяснено водой Фалеса или атомами Демокрита. Но данный материализм послужил началом процесса, который привел к появлению научного материализма.

Примерный развернутый ответ на задачу 5

Мифологическая мировоззренческая позиция:

«Все в руках богов... Улыбнется ли смертному Тихэ, из какого сосуда ниспошлет Зевс Громовержец свои дары... как прядут его нить мойры, согласно предначертанному при рождении жребию,- не вольно ему знать. много странных даров посылает судьба. Важно правильно принимать то, что угодно посылать богам.

Если могут появиться рабы, будь то даже это вчерашний сосед, односельчанин (с кем не раз возлежали за добрым кубком на сатурналиях и прочих пирушках), продавший свою землю и себя в рабство за долги, будь то это знакомые даже люди или те, которых можно было бы пожалеть – не смертному рассуждать о том, что сделали боги! Не ему рвать нити судеб, пытаться вмешаться в пряду нитей суровых мойр... Появились рабы купленные за бесценок – хорошо! Нет ничего лучше! Расширим хозяйство, не переставая возносить постоянные благодарения богам и принести им обильные возлияния душистым вином из лучших урожаев и жертвы (возросшие на новой почве редкие растения, тучных бычков). И пусть те, кто сгибается от непосильного труда под жерновами, под тяжестью мешков и амфор, пусть это могут быть писатели и философы, проданные из разоренного войной родного города в рабство почти за бесценок. Став рабами, как то посудили им боги, они перестали считаться людьми, а я не буду гневить великих лучезарных богов, пытаюсь облегчить им их судьбоносный жребий. Как бы не так!!! Не утяжелить бы этим свой путь!!!

Сегодня боги улыбнулись мне, и я могу расширить хозяйство, а не трудиться в поте лица, добывая только скудное пропитание для себя и единственного старого раба. Так примем же то, что ниспослано свыше. Да славятся олимпийские боги!»

Религиозная мировоззренческая позиция

Те или иные нюансы избранной позиции зависят, думаю, от конкретной религии. Но, в целом, человек, действительно придерживающийся норм, идеалов, интеллектуальных и ценностных установок, скажем, раннего (евангельского) христианства и буддизма, не выбрал бы путь обогащения несправедливым (в рамках данных культурно-религиозных традиций) образом.

Христианин, возможно, мог вспомнить о том, что «легче верблюду пройти сквозь игольное ушко, чем богатому в Царствие Небесное» и «Не

заботься о дне завтрашнем, пусть завтрашний день сам позаботится о Вас» (неточная цитата). Перед его (ее) глазами, в его (ее) мыслях и чувствах могли бы, пожалуй, стоять совсем еще недавние примеры жизни самого Иисуса, апостолов, наконец, отцов Церкви, ревностно сражающихся (иногда даже в буквальном смысле) за различные редакции Символов Веры.

Буддист, несомненно, помнил бы, что жизнь есть страдание, а привязанность (любая – будь то материальная и духовная) есть зло и скорбь. И это абсолютно замкнутый круг: умножающий свои привязанности умножает свои страдания, и наоборот, и так – до бесконечности. С точки зрения этих постулатов, совершенно естественно и очевидно, что нельзя привязываться ни к богатству (мысли; цели о богатстве), ни к труду в его наиболее рациональном проявлении (клочку земли, собственному подворью, дому, и т.д.). Единственное, в какой форме труд и мог бы на каком-то этапе послужить личному росту, в рамках этой традиции, – это либо периодический труд (в рамках садханы) в своей духовной общине, либо добровольный труд мирянина где-либо (в личное свободное время) с благотворительной целью и без какой-либо мысли и цели о вознаграждении в той или иной форме.

Думая о последствиях своего выбора в проблемной ситуации, христианин мог бы рисовать себе образы справедливого воздаяния «на том свете» за все свои благие поступки, решения и намерения.

А буддисту и думать об этом нельзя и не нужно, ибо назойливое и намеренное «прокручивание» одной и той же мысли (если только это не мантра и не медитативный образ) – тоже есть привязанность и зло, умножающие страдания. Единственное, что он мог бы сделать, если бы мысль о правильности того или иного избранного им (ею) пути, стала бы одолевать его часто – становиться на это время «сторонним наблюдателем»... наблюдать такую мысль, не прогоняя и не загоняя ее никуда, просто дать ей «ярлычок», например, «тревога», или «тоска». И так, за какое-то определенное количество раз, если сосредоточения и концентрация выполнялись бы правильно, эти пагубные (в рамках данной традиции) мысли должны были бы уйти из него (нее).

Философская мировоззренческая позиция:

Человек, принимающий решение с мировоззренческой позиции такого рода, руководствовался бы, прежде всего: актуальностью того или иного способа разрешения проблемной ситуации на данном (каком-то) отрезке исторического времени и в данном (каком –то) обществе со своими социокультурными характеристиками; историей теоретического и практического разрешения данного, стоящего сейчас перед ним, вопроса, или подобных вопросов, близких к нему; критериями доказанной эффективности и целесообразности того или иного способа разрешения стоящей перед ним проблемной ситуации (очень важно, но, в принципе, можно отнести к одному из уровней вышеописанной позиции: историям разрешения такой же или похожей проблемной ситуации/вопроса). Последствия принятого им решения человека, в рамках философской мировоззренческой позиции, мог бы проанализировать сходным же, описанным чуть выше, образом. Здесь нельзя однозначно сказать, какой бы выбор сделал такой человек, – все зависит от множества социокультурных, политических, географических очень конкретных деталей.

Примерный развернутый ответ на задачу 6

Только с помощью разума мы способны понять, что получаемые нами чувственные впечатления на самом деле являются точным отражением окружающих нас объектов. Так, например, по Демокриту, все состоит из атомов: атомы в чувственно воспринимаемых объектах, атомы-посредники, которые каким-то образом отрываются и удаляются от объекта, и атомы в органах чувств, которые воспринимают этих посредников. Ошибки восприятия могут быть объяснены либо тем, что атомы органов чувств находились в беспорядке, либо тем, что атомы-посредники на пути от объекта к органам чувств сталкивались друг с другом и поэтому доставили искаженное сообщение атомам органов чувств.

Но, с другой стороны, возникает целый комплекс проблем теоретического характера: Каким образом мы можем знать, что получаемые нами чувственные впечатления на самом деле являются точным отражением окружающих нас объектов? Можем ли мы наблюдать, с одной стороны, атомы-посредники, а, с другой, объект, с тем, чтобы определить, представляют ли атомы-посредники этот объект таким, каков он есть? Можем ли мы доверять нашим ощущениям, будучи даже не уверенными в том, что атомы-посредники попадают в наши органы чувств в надлежащем порядке? Кроме того, исходя из наших ощущений, в состоянии ли мы отличить сообщение, несомое атомами-посредниками, от сообщения, несомое атомами наших органов чувств? И наконец, обладая нашими собственными ощущениями, способны ли мы знать что-либо иное, кроме того, что мы имеем такие-то и такие-то чувственные ощущения?

С одной стороны, опять-таки, можно вполне обоснованно дать отрицательный ответ на все приведенные выше вопросы. Именно так обстояло бы дело, если бы наше знание вещей опиралось исключительно на ощущения. Но это вступает в противоречие с нашим субъективным самоощущением «знания» (начиная от тонкой и гармоничной согласованности всех движений, всей работы здорового организма и заканчивая размышлениями над абстрактными и метафизическими творениями, будь то математические формулы или магические, например, трактаты). Следовательно, решить эту проблему мы можем, если признаем, что чувственное восприятие внешних вещей направляется, организуется и регулируется именно разумом как высшей познавательной способностью.

Примерный развернутый ответ на задачу 7

Для своего периода развития Европы данное мировоззрение послужило необыкновенно мощным импульсом для перехода всего региона на во многом иные, качественно новые уровни развития, политический, экономический, социальный, культурный, моральный, религиозный, и пр.

На философском уровне творческая сущность гуманизма проявилась уже в утверждении Аквинатом развивающейся автономности человека, онтологической ценности природного мира и эмпирического познания, в совокупности составляющих неотъемлемую часть разворачивающегося божественного таинства. В более общих чертах корни этого понятия, а также направленность его эволюции можно засвидетельствовать уже в продолжительной полемике, сопровождавшей разработку схоластиками натурализма и рационализма, а также в их энциклопедических «суммах», придававших греческой философии и науке христианское обличье. Творческая сущность «гуманизма» зримо присутствует в несравненном архитектурном великолепии готических соборов и в великом эпосе Данте. Она сказалась в ранней экспериментальной науке, за которую ратовали Роджер Бэкон и Роберт Гроссетет, в утвержденных Оккамом номинализме, в расхождении путей разума и веры, в критических поправках, внесенных в аристотелевскую науку Буриданом и Оремом. Она чувствовалась в подъеме светского мистицизма и личной религиозности.

Церковная реформация в Западной Европе положила конец гуманизма (особенно в Германии), как особому направлению философствования и сопряженной интеллектуальной традиции. В дальнейшем усилиями представителей школы романтизма, а также самодостаточных философских фигур, как Шиллер, Гете, Лессинг, Гердер, гуманизма был вновь лимитирован в контексте реконструкции идеалов античного миропредставления. Развитие идеи гуманизма связано, прежде всего, с осмыслением условий жизни субъекта в активно формирующемся капиталистическом обществе. Гуманизм Нового времени проявляется здесь как светский индивидуализм. Он приобретает новое значение в связи с признанием права человека на счастье, удовлетворения собственных потребностей, на реализацию своих способностей. Появляются первые концепции прав человека, выдвигаются принцип неприкосновенности частной жизни и принцип толерантности. В учении Д.Локка нравственные понятия, есть результат наблюдений, опыта человека, рассуждениями о наших чувствах. По Канту человек может быть для другого человека только целью, но никогда не средством. Гуманизм, исповедуемый идеологами индустриализма и Просвещения, основывался на идее естественного прогресса общества в контексте линейных представлений о развитии и истории.

Примерный развернутый ответ на задачу 8

Для обобщения материалистического и идеалистического подхода, мы используем системный метод, который исходит из целостности объекта, где осуществляется синтез и интеграция всех современных знаний о бытии, рассмотрим его тоже как особого рода систему. Это означает, что мы можем выделять в нем различные уровни и подуровни, выявлять самые разнообразные системы связей, т.е. разные структуры, рассматривая эти структурные связи как особого рода закономерности, которые можно познавать. На таком предельном уровне исследования бытия идеи идеализма и материализма, стираются. Явления предстают как различные интерпретации одной проблемы, где бытие определенным образом упорядочено.

Наличие бесконечного числа структурных уровней позволяет делать вывод о его структурной бесконечности. Оно представляет собой разнообразие структур, разных целостных систем, взаимосвязанных между собой в общую целостную систему.

В общей системе бытия существуют различные формы материальных систем, имеющих свои специфические связи. Например, материя может существовать в виде вещества и поля. Вещество – это различные частицы и тела, которым присуща масса покоя (элементарные частицы, атомы, молекулы). Поле – это вид материи, который связывает тела между собой. Частицы поля не имеют массы покоя: свет не может покоиться. Значит поле непрерывно распределено в пространстве. Выделяют следующие поля: ядерное, электромагнитное и гравитационное. Исследуя структуру

вещества, мы обнаружим, что внутреннее его пространство как бы занято полями. Это фактически система «вещество-поле», объединяющая и идеальное (полевое) и материальное начала бытия. И в общем объеме данной системы на долю частиц вещества приходится меньшая часть ее объема. В материальном устройстве мира можно выделить следующие уровни его материальной организации:

1. Неорганическая природа - движение элементарных частиц и полей, атомов и молекул, макроскопических тел, планетарные изменения. Идя от более простого к более сложному, мы выделяем здесь следующие структурные уровни: субмикрорэлементарный - микрорэлементарный - ядерный - атомный -молекулярный - макроуровень - мегауровень (планеты, галактики, метagalaktiki и т.д.).

2. Живая природа - это различного рода биологические процессы. Она включена в неживую природу, но начинается как бы с иного ее уровня. Если в неживой природе нижней ступенью является субмикрорэлементарный уровень, то здесь - молекулярный. Элементарные частицы имеют размеры 10^{-14} см, молекулы – 10^{-7} . Соответственно, последовательные уровни выглядят следующим образом: молекулярный - клеточный - микроорганизменный - тканевый - организменно-популяционный - биоценозный - биосферный.

Следовательно, «на уровне организмов обмен веществ означает ассимиляцию и диссимиляцию при посредстве внутриклеточных превращений. На уровне экосистемы (биоценоза) он состоит из цепи превращения вещества, первоначально ассимилированного организмами-производителями при посредстве организмов-потребителей и организмов-разрушителей, относящихся к разным видам; на уровне биосферы происходит глобальный круговорот вещества и энергии при непосредственном участии факторов космического масштаба».

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание 1 основные категории и понятия философии; Знание 2 роль философии в жизни человека и общества; Знание 3 основы философского учения о бытии; Знание 4 сущность процесса познания; Знание 5 основы научной, философской и религиозной картин мира; Знание 6 об условиях формирования личности, о свободе и ответственности за сохранение жизни, культуры, окружающей среды; Знание 7 о социальных и этических проблемах, связанных с развитием и использованием достижений науки, техники и технологий;	1 Вопросы 1, 2, 5, 19, 20,24 2 Вопросы 1, 11, 13, 15, 16, 3 Вопросы 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 4 Вопросы 9, 10, 12, 13, 14 5 Вопросы 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20 6 Вопросы 1, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 20 7 Вопросы 12, 15, 16
Умение 1 ориентироваться в наиболее общих философских проблемах бытия, познания, ценностей, свободы и смысла жизни как основах формирования культуры гражданина и будущего специалиста	Задачи 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

2. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИСТОРИЯ»

Паспорт фонда оценочных средств

№	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
1	МОДУЛЬ 1 Россия и мир с древнейших времен до XVIII века	ОК-1 – ОК-13	Доклад, реферат, тестирование, составление таблиц, терминологический диктант
2	МОДУЛЬ 2 Россия и мир в XIX-XXI веках	ОК-1 – ОК-13	Доклад, реферат, тестирование, составление таблиц, терминологический диктант

* Наименование темы (раздела) берется из рабочей программы дисциплины.

Тема. История в системе социально-гуманитарных дисциплин. Основы методологии исторической науки.

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование, таблица

Устный опрос:

Возникновение, развитие и особенности исторической науки. Взаимосвязь истории с другими науками.

Значение истории как науки. Проблема исторических закономерностей.

Понятие и виды исторических источников.

Понятие исторической концепции. Общая характеристика основных исторических концепций (название, авторы, важнейшие положения).

Развитие исторической науки в России:

основные этапы и их особенности,

виднейшие исследователи и их вклад в развитие Отечественной исторической науки.

Термины: объект исторической науки, предмет исторической науки, гуманитарные науки, методы научного познания, исторические источники, историческая закономерность, историческая школа, летопись, историография.

Подготовка докладов по теме

1. Развитие исторических знаний в Античности.
2. Развитие исторических знаний в Средние века и в эпоху Возрождения.
3. Развитие исторических знаний в Новое время.
4. Историческая наука в дореволюционной России.
5. Особенности развития исторической науки в СССР.

6. Вспомогательные исторические дисциплины.

Вопросы для самоконтроля

В чём заключаются особенности «исторической науки»?

Как происходило развитие исторических знаний? Когда они обретают форму науки?

Что такое историческая закономерность?

Какое значение имеют исторические знания?

С какими науками история имеет тесную взаимосвязь?

Как развивалась историческая наука в России?

Работа с таблицей по теме «Развитие исторической науки в России»

Тема. Древнейший период истории Человечества. Истоки и характерные черты древних цивилизаций

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование

Устный опрос:

Основные этапы древнейшей истории Человечества. Важнейшие факторы социального и экономического развития.

Причины появления первых государств и факторы их развития. Общая характеристика теорий государств.

Политическое и социально-экономическое развитие государств Древнего Востока.

Политическое и социально-экономическое развитие Античных государств.

Термины: государство, цивилизация, культура, общественно-экономическая формация, деспотия, тирания, демократия, рабовладельческий строй, геостратегические ресурсы, материальное производство, духовная деятельность, мировая религия, этногенез.

Подготовка докладов по теме:

Современное состояние научного представления о происхождении Человечества.

Изучение древнейших цивилизаций: проблемы и перспективы.

3. «Чудеса Света» как ценнейшие памятники истории и проблемы их сохранения.

4. Значение древнейших письменных произведений как исторических источников.

5. Античная демократия: основные принципы и особенности.

6. Выдающиеся политики Древней Греции.

7. Выдающиеся политики Римской империи.

8. Технические открытия и изобретения Древнего мира.

9. Эволюция религиозных концепций в древнейших государствах.

Вопросы для самоконтроля

Каковы преимущества и недостатки формационной концепции исторического развития?

Каковы преимущества и недостатки цивилизационной концепции исторического развития?

Какая из теорий государств является более обоснованной? (ответ необходимо объяснить)

Чем отличается научная концепция исторического развития от религиозной? Имеют ли право на существование религиозные концепции исторического развития?

Как влияет на развитие государства климат и географическое положение?

Какие древнейшие государства развивались более быстрыми темпами? Почему?

В чём заключаются преимущества демократического политического строя над авторитарным?

Чем объясняются трудности научного изучения древнейшей истории?

Тема. Средневековье как этап всемирной истории: характерные черты и крупнейшие исторические события

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование

Устный опрос:

Понятие, особенности и периодизация Средневековья как исторического периода.

Причины и особенности возникновения первых государств в Европе. Политическое развитие раннефеодальных государств в Европе.

Социальная структура государств Европы и Азии в Средневековье, их сходства и отличия. Антифеодальные восстания. Экономическое развитие государств Европы и Азии в Средневековье. Влияние экономики на политические и социальные процессы.

Причины и последствия феодальной раздробленности стран Европы и Азии в Средневековый период. Сходства и отличия. Основные политические события периода феодальной раздробленности.

Воссоздание централизованных государств в Европе: причины, основные события, особенности и последствия.

Термины: халифат, феодал, феодализм, вассалитет, православие, католицизм, ислам, сеньор, феодальная рента, серв, виллан, бедуины, самураи.

Подготовка докладов по теме

1. Борьба европейских народов против арабской экспансии в период раннего средневековья.

2. «Бич Божий»: влияние викингов на развитие европейских государств в период раннего средневековья.

3. Распространение и принятие христианства в Европе.

4. Городское самоуправление в средневековой Европе.

5. Значение и роль образования в Европе и Азии периода Средневековья.

6. Культурные достижения средневековой Европы.

7. Достижения ремесленного производства в средневековой Азии.

Вопросы для самоконтроля:

В чём заключается закономерность и объективность процесса образования европейских государств в раннее Средневековье?

Как проявилось «римское наследие» в образовании и развитии раннефеодальных государств в Европе?

Как влияла религия и христианская церковь на образование раннефеодальных государств в Европе?

В чём заключались социальные противоречия в странах Европы и Азии периода Средневековья?

Как можно объяснить известный европейский средневековый афоризм «городской воздух делает человека свободным»? В чём заключались особенности феодализации в средневековых странах Азии?

Тема. Образование Древнерусского государства и его развитие IX-XII вв.

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование, тестирование

Устный опрос:

1. Образование Древнерусского государства. Норманнская и антинорманнская теория и их современная оценка.
2. Политическое развитие Древнерусского государства в IX – XI вв.: характер и содержание внутренней и внешней политики.
3. Социальная структура и особенности феодализации Древнерусского государства в IX – XI вв.
4. Экономическое развитие Древнерусского государства в IX – XI вв.
5. Экономические и культурные связи Древнерусского государства в IX – XI вв.

Термины: норманнская теория, язычество, военно-племенной союз, вече, уроки, погосты, полудье, княжеская челядь, княжеский двор, смерды, закупы, рядовичи, холопы, двуполье, вотчина, перелог, двуполье.

Подготовка докладов по теме:

1. Мифология восточных славян в древности.
2. Происхождение названия «Русь».
3. Военное дело у восточных славян.
4. Политическое влияние Византии на Киевскую Русь.
5. Русская культура в IX – XIV вв.
6. Борьба язычества против православия в Древнерусском государстве.
7. Промыслы в Древнерусском государстве.

Вопросы для самоконтроля:

1. В чём проявились сходства и отличия в образовании Древнерусского государства от других европейских государств?
2. Какие главные задачи можно выделить во внутренней политике первых киевских князей?
3. Какие направления внешней политики Древнерусского государства можно определить как главные?
4. Какие политические последствия имела христианизация Древнерусского государства?
5. Что общего можно выделить в социальной структуре государств Европы и Азии в Средневековье?
6. В чём заключались особенности социального развития Древнерусского государства?
7. Какие виды экономической деятельности были развиты в Древнерусском государстве?
8. Как можно распределить по критерию значимости виды экономической деятельности в Древнерусском государстве?

Работа по заполнению таблиц по темам:

1. «Внешняя и внутренняя политика киевских князей»;
2. «Экономическое развитие Киевской Руси».

Тема. Русские земли в период феодальной раздробленности. Формирование русского централизованного государства

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование, тестирование

Устный опрос:

Причины и предпосылки феодальной раздробленности Древнерусского государства
Политическое и социально-экономическое развитие северо-западных русских княжеств в XI–XIII вв.
Политическое и социально-экономическое развитие юго-западных и северо-восточных русских княжеств в XI–XIII вв.
Монголо-татарское нашествие на Русские земли, его политические и социально-экономические последствия.
Сопrotивление северо-восточной Руси натиску шведских и немецких феодалов.
Борьба Московского княжества за первенство. Консолидация вокруг него русских княжеств. Предпосылки восстановления государственности.
Расширение территории и политического влияния Московского княжества. Восстановление русской государственности и освобождение от золотоордынского ига.

Термины: феодальная раздробленность, феодальная республика, золотая Орда, татаро-монгольское иго, рыцарский орден, ярлык на княжение, баскак, боярская дума, дань, волостели, местничество, сословно-представительная монархия, посадник, судебник.

Подготовка докладов по теме:

- Юрий Долгорукий – виднейший русский политический деятель.
Развитие русского зодчества в период феодальной раздробленности.
Развитие военного дела в монгольской империи.
Тамерлан – великий завоеватель Средней Азии.
Иван Калита в оценке его политических и нравственных качеств.
Политический портрет Дмитрия Донского.
Татаро-монгольское войско, причины его побед.
Политический портрет Александра Невского.
Политический портрет Ивана III.

Вопросы для самоконтроля

- Чем объясняется различия политического развития Русских земель периода феодальной раздробленности? К каким последствиям это привело?
Чем отличалось социально-политическое развитие Русских земель в период феодальной раздробленности?
Какие были последствия монголо-татарского нашествия на русские земли?
Какие причины вызвали объединение русских земель в XIV – XV вв.?

Почему Московское княжество выделяется среди других княжеств в борьбе за политическое лидерство?

Работа по заполнению таблицы по теме «Русские княжества в период феодальной раздробленности».

Тема. Новое время как этап всемирной истории: характерные черты и крупнейшие исторические события

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование

Устный опрос:

Государства Европы в период эпохи Возрождения.

Развитие промышленного производства и распространение капиталистических отношений в странах Европы в Новое время.

Важнейшие события в политической жизни европейских государств в XVII в.

Колониальная политика стран Европы и России XVII – XVIII вв.: цели, содержание, главные отличия.

Борьба североамериканских колоний за независимость и образование США.

Великая французская буржуазная революция и её историческое значение.

Термины: централизованная мануфактура, рассеянная мануфактура, пиратство, «новое дворянство», буржуазная революция, конституционная монархия, Ренессанс, буржуазия, колонии, конституция, якобинский клуб, диктатура, террор.

Доклады и сообщения:

Великие географические открытия.

Появление Протестантизма и распространение его в Европе.

Культурные достижения эпохи Возрождения.

Развитие знания о мире и научной мысли в эпоху Возрождения.

Леонардо да Винчи – величайший представитель эпохи Возрождения.

Колониальная политика Испании и Португалии.

Пиратство в эпоху Нового времени.

Работоторговля в эпоху Нового времени.

Вопросы для самоконтроля

1. К каким политическим последствиям привели Великие географические открытия?
2. Какие социально-экономические последствия имели Великие географические открытия?
3. В чём выразилось изменение мировоззрения европейского населения в эпоху Возрождения?
4. К каким последствиям привело увеличение промышленного производства в эпоху Нового времени?
5. Какие качества имело «новое дворянство»?
6. Почему буржуазные революции имели объективный характер?
7. Чем можно объяснить активную колониальную экспансию европейских государств в Новое время?

Тема. Русское государство в XVI – XVII веках

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование, таблица

Устный опрос:

Внутренняя политика Ивана IV. Достижения и ошибки.

Внешняя политика Ивана IV. Успехи и неудачи.

Россия в конце XVI в. Предпосылки Смутного времени.

Характер и события Смутного времени.

Земской собор 1613 г. его историческое значение.

Термины: Избранная Рада, приказ, губной староста, земской староста, стрелецкое войско, опричнина, колонизация, земский собор, казачество, волость, черносошные крестьяне, заповедные лета, патриаршество, урочные лета, земщина, самозванство, «семибоярщина», иностранная военная интервенция, народное ополчение, гражданская война

Доклады и сообщения:

Иван Грозный в оценке его политических и нравственных качеств.

Развитие культуры в России XV-XVI вв.

Казачество в XVI в.

Военная реформа Ивана Грозного и развитие военного дела в России в XVI в.

Ермак – покоритель Сибири.

Смерть царевича Дмитрия как предмет исторического исследования.

Политический портрет Б. Годунова.

Вопросы для самоконтроля

Каковы особенности политического и социально-экономического развития Московского государства в первой трети XVI в.?

Каковы причины Смутного Времени?

Чем отличаются этапы Смутного Времени?

Какие политические силы принимали участие в событиях Смутного Времени?

Какие социальные категории российского общества были заинтересованы в воссоздании самодержавной монархии?

В чём заключаются противоречия внутренней политики Ивана IV?

В чём заключаются успехи и неудачи внешней политики Ивана IV?

Работа по заполнению таблицы по теме «Достижения и неудачи в политической деятельности Ивана IV».

Тема. Становление и развитие Российской империи в XVIII веке

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование, таблица

Устный опрос:

Внутренняя политика России во второй половине XVII в. Причины и характер социальных противоречий.
 Внешняя политика России во второй половине XVII в. Расширение российской территории и начало освоения Сибири.
 Социально-экономическое развитие России в конце XVII в: предпосылки петровских преобразований.
 Реформы Петра I.
 Внешняя политика России конца XVII в. первой четверти XVIII в. её место и роль в мировой политике.
 Причины, характер, хронология и содержание эпохи «дворцовых переворотов». Роль российского дворянства в защите государственных интересов.
 Россия времени правления Елизаветы Петровны. Преодоление внутривластного кризиса.
 Внутренняя политика Екатерины II, характер политических противоречий. Просвещённый абсолютизм в России.
 Внешняя политика Екатерины II. Дальнейшее расширение границ и международного влияния Российской империи.
 Социальные противоречия и экономическое развитие России в XVIII в.

Термины: регентство, крепостное право, протекционизм, меркантилизм, сенат, коллегии, рекрутская повинность, империя, синод, кумпанства, ассамблея, мануфактура, подушная подать, Верховный Тайный Совет, политическая элита, секуляризация, урбанизация, дворцовый переворот, фаворитизм, либерализм, «энциклопедисты», просвещённый абсолютизм, крестьянская война, «Наказ», «жалованная грамота», гвардия, государственные крестьяне, мещанство, просвещение.

Доклады и сообщения:

Образ Петра I в литературе и кино.
 Дипломатия России в эпоху Петра I.
 Развитие русского военного искусства при Петре I.
 Развитие образования при Петре I.
 Б.П. Шереметьев – сподвижник Петра I.
 Политический портрет А.Д. Меншикова.
 Птенцы гнезда Петрова.
 Народные восстания первой четверти XVIII в.
 Культурные преобразования Петра I.

Вопросы для самоконтроля

Какими причинами были вызваны реформы Петра I?
 Реформы Петра I имели прогрессивный характер? Обоснуйте свой ответ.
 Какую оценку можно дать внешнеполитической деятельности Петра I?
 В чём заключается значение возникновения Российской империи?
 В чём заключается противоречивый характер внутренней политики Екатерины II? Какие общественно-политические концепции отразились на её внутренней политике?
 В чём заключаются достижения внешней политики России при Екатерине II?
 В чём заключались особенности экономического развития России в XVIII в.?
 Как в XVIII в. выразились социальные противоречия в России? Можно ли охарактеризовать их как глубокие?

Заполнение таблицы по теме «Реформы Петра I».

Тема. Основные тенденции всемирной истории в XIX веке

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование

Устный опрос:

Наполеоновские войны в Европе: причины, основные события
 Буржуазно-демократические революции в Европе в XIX в.
 Образование независимых государств в Латинской Америке.
 Национальное объединение Германии и Италии.
 Гражданская война в США.

Термины: монополизация, чартизм, пролетариат, консерватизм, политическая цензура, государственная идеология, бюрократия, промышленный переворот, резервация, ку-клукс-клан.

Доклады и сообщения:

Военные походы Наполеона в Северную Африку.
 Наполеон Бонапарт – виднейший европейский политический деятель.
 Развитие науки и техники в XIX в.
 Политическое и правовое «наследие» Наполеона.
 Появление первых политических партий в странах Западной Европы.

Вопросы для самоконтроля

Какие цели имела внешняя политика Наполеона?
 Какое из европейских государств было наиболее заинтересовано в ослаблении наполеоновской Франции? Почему?
 Что является общим в причинах буржуазно-демократических революций в Европе первой половины XIX в.?

Тема. Российская империя в первой половине XIX века.

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля

Письменный	Терминологический диктант, тестирование
------------	-----------------------------------------

Устный опрос:

1. Внутренняя политика Александра I, её основные этапы и противоречия.
2. Внешняя политика России в первом десятилетии XIX в.
3. Отечественная война 1812 г. её итоги и значение.
4. Декабристские организации – появление, развитие, состав и цели.
5. Внутренняя политика Николая I.
6. Внешняя политика второй четверти XIX в. Крымская война.

Термины: министерство, конституция, Отечественная война, партизанское движение, военные поселения, декабристы, республика, революция, аракчеевщина, масонство, Государственный совет, консерватизм, политическая цензура, бюрократия, западники, славянофилы, мюридизм, кодификация законов.

Подготовка докладов по теме

1. Политический портрет М.М. Сперанского.
2. Герои Отечественной войны 1812 г.
3. Участие оренбуржцев в Отечественной войне 1812 г.
4. Декабристы в Оренбургском крае.
5. Сохранение памяти о нравственном примере жён декабристов.
6. Пирогов Н.И. и его вклад в развитие отечественной и мировой медицины.
7. Герои Крымской войны.

Вопросы для самоконтроля

1. Сколько этапов можно выделить в политике Александра I? Чем они отличаются?
2. Какие причины помешали Александру I осуществить в полной мере либеральные преобразования в стране?
3. Какое значение имела победа России в Отечественной войне 1812 г.?
4. В чём проявился консервативный характер внутривластного курса Николая I?
5. С какой целью при Николае была разработана и активно навязывалась обществу «Теория официальной народности» С.С. Уварова?
6. В чём причины поражения России в Крымской войне 1853 – 1856 гг.?
7. В чём проявилось отставание России от стран Западной Европы в середине XIX в.?

Тема. Российская империя во второй половине XIX – нач. XX вв.

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование, таблица

Устный опрос:

1. Необходимость отмены крепостного права. Подготовка и осуществление реформы, её историческое значение.
2. Либеральные реформы Александра II, их социально-экономическое обоснование.
3. Общественное движение второй четверти XIX в. Либеральное, радикальное и консервативное направления.
4. Содержание и характер внутренней политики Александра III.
5. Политическое и социально-экономическое развитие стран Европы и Америки в начале XX в. Нарастание противоречий и формирование военно-политических блоков.
6. Политическое и социально-экономическое развитие стран Азии в начале XX в.
7. Социально-экономическое развитие России в начале XX в.
8. Первая Русская революция 1905-1907 гг.: причины, характер, движущие силы, этапы и последствия.
9. Великая русская революция 1917 г.: причины, этапы, итоги и значения.
9. Гражданская война в России и проблема её исторической оценки. Иностранная интервенция в годы Гражданской войны. Политика «Военного коммунизма» и её итоги.

Термины: временнообязанные отношения, гражданское общество, гражданская активность, местное самоуправление, промышленный переворот, политический террор, политика русификации, монополизация, монополия, революционная ситуация, империализм, кустарное производство, кризис роста, буржуазная революция, правительственная реакция, хутора, отруб, политическая партия, партийный спектр, «крестьянский вопрос», «рабочий вопрос», «национальный вопрос».

Подготовка докладов по теме

1. Крестьянские восстания после отмены крепостного права.
2. Народничество в России.
3. Политический терроризм в России во второй половине XIX – начале XX вв.
1. Политические партии России начала XX века: общая характеристика.
2. П.А. Столыпин – политический портрет.
3. Г. Распутин – мошенник или «святой»?
4. Русское казачество в Первой мировой войне.
5. Русско-японская война 1904-1905 гг.
6. Опиумные войны в Китае.
7. В.И. Ленин как политический лидер.
8. Интервенция Антанты в Россию: цели и последствия.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какими причинами были вызваны реформы Александра II?
2. Какое значение для социально-экономического и политического развития России имели реформы Александра II?
3. Какие цели ставил перед собой во внутренней политике Александр III?
4. В чём выражалась неравномерность политического и экономического развития европейских стран в конце XIX – начале XX вв.?
5. Как использовали экономическую отсталость азиатских стран ведущие государства в конце XIX – начале XX вв.?
6. Какие цели ставил перед собой во внутренней политике Николай II? К каким событиям в стране привела его внутренняя политика?
7. В чём заключаются особенности развития парламентаризма в России в начале XX в.?
8. Какие цели пытался достичь П.А. Столыпин посредством своих реформ? Были ли они достигнуты?
9. Что общего между причинами Февральской буржуазной и Октябрьской социалистической революций 1917 г.?

- Имели ли революции 1917 г. объективный характер? Почему?
- Какие политические силы приняли участие в революциях 1917 г.?

Заполнение таблиц по темам:

- «Реформы Александра II»;
- «Февральская буржуазная и Октябрьская социалистическая революции в России: сравнительный анализ»;
- «Гражданская война в России».

Тема. Россия и мир в первой половине XX века

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование

Устный опрос:

- Причины, основные положения, противоречия и итоги НЭПа.
- Образование СССР и внутрипартийная борьба 20-х гг.
- Индустриализация и коллективизация в СССР.
- Становление и сущность сталинской тоталитарной политической системы.
- Приход к власти фашистов в Италии и Германии. Появление очагов мировой войны в Европе и Азии.

Термины: буржуазная революция, буржуазная республика, двоевластие, «большевизация Советов», социалистическая революция, декрет, диктатура пролетариата, национализация, гражданская война, продразвёрстка, НЭП, хозрасчёт, самокупаемость, правовая дискриминация, советская буржуазия, культурная революция, партийная фракция, внутрипартийная борьба, культ личности, форсированное экономическое развитие, индустриализация, коллективизация, военно-промышленный комплекс, политические репрессии.

Подготовка докладов по теме:

- Социальная структура советского общества в 20-е гг.: особенности и характер трансформации.
- План ГОЭРЛО и его реализация в 20-е гг.
- Ликвидация безграмотности в СССР.
- Развитие и деятельность Пролеткульта.
- Советская власть и русская интеллигенция в 20-е гг.: особенности взаимоотношений.
- Политический портрет Л.Д. Троцкого.
- Землячка Р.С. – «демон революции».
- Развитие ГПУ – ОГПУ – НКВД в 20–30 х гг.
- Индустриализация Южного Урала в годы первых пятилеток.
- Осуществление коллективизации в Оренбуржье.

Вопросы для самоконтроля

- В чём заключались противоречия НЭПа?
- Какие варианты организационных принципов для СССР предлагались советскими партийными руководителями, чем они отличались?
- Какими причинами были вызваны индустриализация и коллективизация в СССР?
- Какие факторы обеспечили победу И.В. Сталина в борьбе за власть в 20-е гг.?
- Каковы основные признаки тоталитаризма? Почему этот политический режим считается неблагоприятным для социального развития?
- Почему итальянским и немецким фашистам удалось одержать победу в борьбе за государственную власть?
- Какие внешнеполитические цели ставило перед собой правительство Японии перед Второй мировой войной?
- Каким образом усиливали политическое влияние Германия и Италия перед Второй мировой войной?

Тема. Вторая мировая и Великая Отечественная война: предпосылки, периодизация, итоги

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование, таблица

Устный опрос:

- Причины, участники, основные события и итоги Второй мировой войны. Геополитическое значение Второй мировой войны.
- Периодизация ВОВ: характеристика основных этапов и сражений. Разгром милитаристской Японии и завершение Второй мировой войны.
- Советское общество и советский тыл в годы ВОВ:
– советское общество в годы войны – подъём патриотизма и самосознания;
– перестройка системы государственного управления;
– перевод экономики на «военные рельсы» и снабжение армии.
- Создание антифашистской коалиции в годы ВОВ: основные этапы.
- Итоги ВОВ и значение победы.

Термины: «странная война», сателлит, всеобщая мобилизация, фронт, генералиссимус, антифашистская коалиция, Ленд-лиз, «тотальная война», «коренной перелом», «10 сталинских ударов», безоговорочная капитуляция, международный трибунал, Нюрнбергский процесс.

Подготовка докладов по теме:

- Советская авиация в годы ВОВ.
- Советская бронетехника в годы ВОВ.
- Советские женщины на полях ВОВ.
- Партизанское движение в ВОВ.
- Советская разведка и контрразведка в годы ВОВ.
- Идеологическая работа в СССР в годы ВОВ.
- Разгром японских войск в Маньчжурии.
- Помощь Оренбуржья фронту в годы ВОВ.
- Эвакуация промышленных и социальных объектов в Оренбургскую область
- Виднейшие советские военачальники в годы ВОВ.

Вопросы для самоконтроля

1. В чём выразился глобальный масштаб Второй мировой войны?
2. Какие причины имела Великая Отечественная война?
3. Сколько этапов можно выделить в Великой Отечественной войне?
4. Какие сражения определили ход Великой Отечественной войны?
5. Как развивалась советская экономика в годы Великой Отечественной войны?
6. Как жили советские граждане в годы Великой Отечественной войны?
7. Как формировалась антифашистская коалиция в годы Великой Отечественной войны?
8. Почему СССР одержал победу в Великой отечественной войне?
9. Какое значение имела победа СССР в Великой отечественной войне?
10. Какие государства после Второй мировой войны определяли основное содержание мирового политического развития?

Заполнение таблицы по теме «Основные сражения Великой Отечественной войны».

Тема. Развитие СССР во второй половине 1940-х-начале 1980-х гг. Международные отношения в послевоенный период

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование, таблица

Устный опрос:

1. Политическое развитие стран Европы и Америки: основ события и важнейшие тенденции. Социально-экономическое развитие стран Европы и Америки.
2. Крушение колониальной системы и развитие стран Азии и Африки во второй полов. XX в.
3. Восстановление экономики СССР после ВОВ в 1945-1953 гг.
4. Усиление реакции сталинского режима после ВОВ и попытки преодоления сталинизма в 50х гг.
– возвращение к массовым репрессиям во второй половине 40х – начале 50х гг.;
– борьба за власть после смерти И.В. Сталина и победа в ней Н.С. Хрущёва. Политические, административные и экономические реформы Н.С. Хрущёва: цели, содержание, итоги и противоречия.
5. Внутриполитический курс Л.И. Брежнева: нарастание политического консерватизма. Эко-номическое и социальное развитие СССР в 1953-1985 гг.

Термины: маккартизм, «план Маршалла», «холодная война», локальные военные конфликты, демобилизация, демилитаризация, денацификация, движение «скоростников», политический миф, политическая реакция, «дело экономистов», «дело врачей», космополитизм, реабилитация, десталинизация, политический волонтаризм, ресталинизация, «кадровое старение», материальное стимулирование, стагнация.

Подготовка докладов по теме:

1. Участие ведущих мировых держав в локальных конфликтах второй половины XX в.
2. Вклад Махатма Ганди в мировую антиколониальную борьбу.
3. Развитие науки и искусства в условиях ужесточения государственно-партийного контроля после ВОВ.
4. Реабилитация советских граждан в эпоху «оттепели».
5. Политический портрет Н.С. Хрущёва.
6. Политический портрет Л.И. Брежнева.
7. Развитие ядерного оружия в СССР в 40–80-х гг. XX в.
8. Советские диссиденты 60–80х гг.

Вопросы для самоконтроля

1. Чем была обусловлена политика маккартизма в США?
2. Что помогало странам Европы выйти из тяжелого экономического положения после Вто-рой мировой войны?
3. Почему после Второй мировой войны происходит крушение мировой колониальной системы?
4. Какие важнейшие реформы произошли в экономике СССР с 1945 по 1985 гг.?
5. Что можно отнести к достижениям социальной политики СССР в период 1945 – 1985 гг.?

Заполнение таблиц по темам:

1. «Политическое развитие СССР с 1945 по 1985 гг.»;
2. «Экономическое развитие СССР с 1945 по 1985 гг.».

Тема. «Перестройка» и распад СССР. Становление и развитие Российской Федерации в 1990-е гг.

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование, таблица

Устный опрос:

1. Политические и социальные реформы в СССР в 1985 – 1991 гг.: причины, этапы, содержа-ние, итоги. Социальные изменения в СССР эпохи «Перестройки».
2. Кризис и распад СССР. Образование СНГ.
3. Политическое развитие России в 1991 – 1999 гг.: цели и противоречия.
4. Принятие и содержание конституции 1993 г. Права и обязанности граждан.
5. Социально-экономическое развитие России в 1991 – 1999 гг.
6. Внешняя политика РФ в 1990-е гг.

Термины: гласность, демократизация, многопартийность, путч, самоокупаемость, хоз-расчёт, президентская республика, субъект федерации, многопартийность, парламентаризм, наци-ональный сепаратизм, либерализация цен, приватизация, ваучер, криминализация, суверенная демократия.

Подготовка докладов по теме

1. Политический портрет М.С. Горбачёва.
2. Национальные в СССР конфликты в 80-х гг. XX в.

3. Теневая экономика СССР в 70 – 80-х гг. XX в.
4. Развитие неформальных молодёжных организаций в СССР в 80-х гг. XX в.
5. Борьба за власть в государственном руководстве СССР в 80-х гг. XX в.
6. Политика «нового мышления»: её содержание и итоги.
7. Телевидение и кино в эпоху «перестройки», их влияние на общественную идеологию.
8. Развитие кооперативов и частного предпринимательства в СССР.
9. Общественные движения и развитие многопартийности в СССР в конце 80-х гг. XX в.
10. Политический портрет Б.Н. Ельцина.

Вопросы для самоконтроля

1. Чем были вызваны политические изменения в СССР в 1985 – 1991 гг.?
2. Чем были экономические реформы изменения в СССР в 1985 – 1991 гг.?
3. Что привело к социальным изменениям в СССР в 1985 – 1991 гг.? Можно ли их назвать глубокими?
4. Почему в конце «Перестройки» СССР оказался в глубоком политическом и социально-экономическом кризисе?
5. Какие противоречия проявились в процессе становления новой политической системы в России в 90-х гг.?
6. Каковы были итоги экономических реформ 90-х гг. в РФ?

Заполнение таблицы по теме «Политические и экономические реформы в СССР в 1985 – 1991 гг.»

Тема. Россия и мир в XXI веке

Форма текущего контроля	Виды контроля
Устный	Устный опрос, доклады, вопросы для самоконтроля
Письменный	Терминологический диктант, тестирование

Устный опрос:

1. Политическое развитие современной России (2000 – 2017 гг.).
2. Экономическое развитие современной России (2000 – 2017 гг.).
3. Социальное развитие современной России (2000 – 2017 гг.).
4. Общая характеристика политического и социально-экономического развития стран мирового сообщества в начале XXI в.: перспективы и проблемы.
5. Внешняя политика РФ в 2000-е гг.

Термины: суверенная демократия, политическая стабильность, социальное государство, прагматизм, коррупция, национально-государственные корпорации, глобализация, мировой терроризм, транснациональные корпорации, многополярная геополитическая система.

Подготовка докладов по теме:

1. Развитие многопартийной системы в РФ в конце XX – начале XXI вв.
2. Основные черты и проявления политического кризиса в РФ в конце XX в.
3. Распространение религиозного терроризма в РФ в конце XX – начале XXI вв.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие главные направления можно выделить в политическом развитии РФ в начале XXI в.?
2. Какие главные направления можно выделить в экономическом и социальном развитии РФ в начале XXI в.?
3. В чём состоит проблема завершения «холодной войны»?

ТЕСТИРОВАНИЕ

Примеры тестовых заданий по дисциплине «История»

Модуль 1

1. Основателем Киевской Руси как централизованного древнерусского государства по летописям является:

а) Олег; б) Рюрик; в) Игорь; г) Святослав.

2. Киевская Русь было государством: а) раннефеодальным; б) развитым феодальным; в) позднефеодальным; г) рабовладельческим.

3. Соотнесите события и даты:

а) первый договор Руси с Византией	1) 862г.
б) восстание древлян против князя Игоря	2) 882 г.
в) поход князя Олега на Киев	3) 945 г
г) призвание Рюрика в Новгород	4) 907 г.

4. Главой Новгородской республики являлся:

а) тысяцкий; б) посадник; в) владыка; г) князь.

5. Основателем Московского княжества был: а) Дмитрий Донской; б) Юрий Долгорукий; в) Даниил Александрович; г) Александр Невский

6. Формирование единой территории Российского государства завершилось при: а) Иване III; б) Василии II; в) Иване IV; г) Василии III.

7. Мелкотоварное производство — это:

а) производство небольших по размерам товаров; б) небольшое производство, выпускающее изделия; по заказам покупателей; в) небольшое предприятие, выпускающее изделия для продажи на рынке; г) производство изделий для употребления в собственном хозяйстве.

8. Производство, основанное на разделении труда и ручной ремесленной технике, называется: а) мануфактурой; б) фабрикой; в) заводом; г) верфью.

9. Раскол в Русской Православной церкви произошел в царствование: а) Б. Годунова; б) В. Шуйского; в) Михаила Федоровича; г) Алексея Михайловича

10. Высшее правительственное учреждение при Петре I с 1711г.: а) Боярская дума; б) Ближняя канцелярия; в) консилия министров; г) Правительствующий сенат
11. В период царствования Петра I появились: а) земства; б) указы; в) коллегии; г) министерства
12. Кто из названных правителей пришел к власти в результате дворцовых переворотов при поддержке гвардейских полков? а) Анна Иоанновна, Екатерина I; б) Петр I, Павел I; в) Екатерина I, Петр III; г) Елизавета Петровна, Екатерина II
13. Политика Екатерины II получила название: а) меркантилизм; б) неабсолютизма; в) конституционализма; г) «просвещенного абсолютизма»
14. К царствованию Екатерины II относится документ: а) «Табель о рангах»; б) «Соборное уложение»; в) принятие Судебника; г) «Наказ» уложенной комиссии
15. В каком веке Россия стала черноморской державой: а) XV в. б) XII в. в) XVIII в. г) XIX в.

Модуль 2

1. Александр I правил в: а) 1801 – 1819 гг.; б) 1801 – 1824 гг.; в) 1801 – 1825 гг.; г) 1800 – 1826 гг.
2. Сражение под Аустерлицем произошло в: а) 1805 г., б) 1801 г., в) 1811 г., г) 1812 г.
3. Военные поселения были основаны в России в: а) середине XVIII в.; б) четверти XIX в.; в) середине XIX в., г) 1860 – 1870-х гг.
4. Министр финансов, проводивший денежную реформу в 1839 – 1843 гг.: а) Киселев; б) Витте; в) Канкрин; г) Уваров
5. «Временно обязанные отношения» были связаны с:
а) отработкой на землях помещика за полученную свободу; б) выкупом у помещика земельного надела; в) отработкой или выкупом за полученный от помещика земельный надел; г) образованием у освобожденных крестьян общины.

6. Установите соответствие:

1. Отмена крепостного права	а) январь 1864 г.
2. Военная реформа	б) февраль 1861 г.
3. Земская и городская реформы	в) ноябрь 1864 г.
4. Судебная реформа	г) январь 1874 г.

7. Николай II отрекся от престола в 1917 г.: а) 28 февраля; б) 1 марта; в) 2 марта; г) 3 марта.
8. Белую Добровольческую армию создали: а) А. В. Колчак; б) Л. Г. Корнилов; в) П. Н. Врангель; г) М. В. Алексеев.
9. Расположите в хронологическом порядке следующие события:
а) расстрел большевиками царской семьи;
б) завершение войны с Польшей; в) выступление против советской власти чехословацкого корпуса;
г) расстрел адмирала Колчака; д) поражение армии генерала Деникина осенью 1919 г.; е) разгром Красной армией войск генерала Врангеля.
10. И. В. Сталин стал Генеральным секретарем ЦК РКП(б): а) в 1921 г.; б) в 1922 г.; в) в 1923 г.; г) в 1925 г.
11. Коренной перелом в ходе Великой Отечественной войны завершился:
а) битвой за Днепр; б) Сталинградским сражением; в) битвой на Курской дуге; г) операцией советских войск «Багратион» в Белоруссии.
12. Руководителем КПСС в сентябре 1953 г. был избран:
а) Л. П. Берия; б) Г. М. Маленков; в) Н. С. Хрущев; г) В. М. Молотов.
13. Конституция СССР при Л. И. Брежневе была принята: а) в 1964 г.; б) в 1967 г.; в) в 1975 г.; г) в 1977 г.
14. Принятая в 1990 г. концепция перехода советской экономики к регулируемой рыночной экономике предусматривала:
а) приватизацию; б) многоукладную экономику; в) приоритет коллективных форм собственности;
г) разнообразие форм собственности; д) либерализацию цен; е) формирование рыночной инфраструктуры.
15. Б.Н. Ельцин занимал должность президента РФ в период:
а) 1991 – 1995 гг.; б) 1996 – 2000 гг.; в) 1991 – 1999 гг.; г) 2000 – 2004 гг.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФОРМ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Критерии оценки терминологического диктанта

Процент корректно раскрытых терминов	Баллы
90-100 %	5
80-90 %	4
60-80 %	3
40-60 %	2
20-40 %	1
0-20 %	0

Критерии оценивания доклада (сообщения):

Оценка «5» ставится, в случае если выполнены все требования к написанию и защите: обозначена проблема и обоснована ее актуальность, логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объем, соблюдены требования к

внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «4» – основные требования к докладу или сообщению и их защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «3» – имеются существенные отступления от требований. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «2» – тема не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Критерии оценивания устных ответов:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Критерии оценки тестирования по дисциплине «История»

Оценка «5» баллов (100-90%)

Оценка «4» балла (89-80%)

Оценка «3» балла (79-70%)

Оценка «2» балла (69-60%)

РЕФЕРИРОВАНИЕ

Темы рефератов по курсу «История».

Понятие и сущность цивилизации в научной проблематике.

Типы цивилизаций.

Древнейшие государства Азии.

Античное наследие в политическом развитии Европейских государств.

«Повесть временных лет» – древнейший летописный источник по истории России.

Изучение отечественной истории в России: история и современность.

Русская ментальность: прошлое и настоящее.

Россия в оценке Запада (прошлое и настоящее).

Концепция исторического процесса России Л. Гумилёва.

Формационный, цивилизационный подход к истории: осмысление исторического опыта.

Природно-климатический фактор и особенности экономического развития современной России.

Евразийство: история и основные положения концепции.

Научная проблематика происхождения славян.

Культура восточных славян (IX – XII).

Империя Карла Великого и её наследие.

Соседи восточных славян (на выбор: половцы, хазары и др.).

Генезис древнерусской государственности и роль норманнского влияния.

Внутренняя внешняя политика первых киевских князей.

Принятие православия и его цивилизационное влияние на историю России. Особенности русского православия.

Первые русские святые. Роль церкви в развитии Киевской Руси.

Языческая культура и ее традиции на Руси.

Нравы и обычаи восточных славян.

Киевская Русь и Византия: характер и значение взаимоотношений.

Крестовые походы.

Европейские представительные органы в политической системе периода Средних веков.

Средневековая европейская городская культура.

Литовское княжество – один из центров борьбы за роль объединителя русских земель.

Культурный мир русского средневекового общества /Иконопись, архитектура, литература/.

Сергей Радонежский – идейный собиратель русских земель.

Золотая Орда: мифы и реальность.

Александр Невский: полководец и дипломат.

Новгородская средневековая республика: особенности социально-политического устройства, место и роль в русских землях.

Первые московские князья /на выбор: Иван Калита, Дм. Донской, Иван III и др./

Политическая деятельность и личность Ивана Грозного.

Допетровская Россия глазами иностранцев.

Происхождение российского казачества: мнения, дискуссии.

Средневековое европейское образование.

Общественно-политическая мысль и культура Западной Европы в эпоху Возрождения.

Реформация в Европе.

Смерть царевича Дмитрия как предмет исторической дискуссии.

Великие географические открытия и их всемирно-историческое значение.

Самозванство в России.

Закрепощение крестьян в России: особенности процесса и значение.

Церковная реформа в России в XVII в.

Английская революция XVII в.

Современные западноевропейские монархии.

Возможно ли возрождение монархии в современной России /Династический спор потомков Романовых/.

Русская Америка.

Великая Французская буржуазная революция и её всемирно-историческое значение.

Образование США.

Развитие политической системы США в XIX в. Гражданская война и её последствия.
Присоединение к России Средней Азии и Кавказа.
Масонство в России.
Восстание декабристов.
Политические портреты /на выбор: Герцен, Белинский, Чернышевский, Бакунин/.
Общественные движения в России /петрашевцы и т. д./.
Промышленный переворот в Западной Европе и его социально-политические последствия.
Формирование русской интеллигенции.
Исторический портрет М.М. Сперанского.
Исторические портреты русских императоров XIX века: Александр I, Николай I, Александр II, Александр III /на выбор/.
Отечественная война 1812 года.
Культура России XIX века.
Национальное объединение Германии.
Национальное объединение Италии.
Русско-японская война и её последствия.
Политические партии дореволюционной России и их политическая деятельность.
Возникновение и развитие мировой колониальной системы.
Первая мировая война 1914 – 1918 гг. и её последствия.
Антанта и Россия.
Исторические портреты: Николай II, С.О. Витте, П.А. Столыпин.
Реформы П. Столыпина в России, итоги и перспективы.
Роль армии в истории России.
Февральская буржуазная революция 1917 г. и альтернативы политического развития России.
Влияние Октябрьской революции 1917 г. на Европу.
Учредительное собрание: история /1918 г./ и современные оценки.
«Белое движение»: история.
Участие стран Антанты в гражданской войне в России.
Оренбург в годы гражданской войны.
Казачество в гражданской войне.
«Великая Депрессия» в США.
Образование тоталитарных государств в Западной Европе в первой половине XX в.: причины, особенности и последствия.
Вторая Мировая война. Основные периоды и сражения.
Политические и социально-экономические изменения в странах Европы после Второй Мировой войны.
«Холодная война» и проблема её завершения.
НАТО: история и современность.
«Социалистический лагерь» – цели создания, проблемы внутренних отношений и причины распада.
«Оттепель» 1956 года в СССР. Осуждение культа личности И.В. Сталина.
Н.С. Хрущев – политический портрет.
Л.И. Брежнев – политический портрет.
Экономика, политика, идеология в тоталитарном государстве.
И.В. Сталин – политический портрет.
Великая Отечественная война СССР. Проблемы научного анализа и национального осмысления.
Источники победы советского народа в Великой Отечественной войне.
Оренбуржье в годы Великой Отечественной войны: вклад в общегосударственную победу над фашистской Германией.
Политические задачи и итоги перестройки. Демократизация политической системы и общественных отношений в СССР второй половины 80-х начала 90-х гг.
Всемирное движение в защиту мира.
Исторический портрет Б. Ельцина.
Исторический портрет М. Горбачева.
Современные коммунистическая и социал-демократическая партии в России.
Научно-техническая революция, её последствия и значение.
СНГ: история и современность.
Права человека и гражданина по Конституции 1993 г.
Россия и Белоруссия в условиях современной интеграции.
Страны СНГ в среднеазиатском регионе.
Афганская война – её последствия и проблемы её оценки.
Развитие современного российского парламентаризма: проблемы и перспективы.

Критерии оценки реферата:

Оценка «отлично» ставится, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ПЕРЕЧЕНЬ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ ВОПРОСОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИСТОРИЯ»

История как наука: особенности, научные принципы, методы, функции, подходы к изучению истории.
Основные этапы древнейшей истории Человечества. Причины появления первых государств и факторы их развития.
Политическое и социально-экономическое развитие Древневосточных государств.
Политическое и социально-экономическое развитие Античных цивилизаций.
Понятие, особенности и периодизация Средневековья как исторического периода.
Этногенез восточных славян. Восточные славяне в VII – IX вв.: хозяйственная деятельность, общественное устройство, религия.

Процесс образования древнерусского государства: условия и причины. Норманнская и антинорманнская теории.

Политическое развитие Киевской Руси IX – XI вв.

Социально-экономическое развитие Киевской Руси IX – XI вв.

Причины и последствия феодальной раздробленности стран Европы и Азии в Средневековый период. Сходства и отличия. Основные политические события периода феодальной раздробленности

Русские земли в период феодальной раздробленности XII – XIII вв. Сходства и отличия политического и социально-экономического развития.

Монголо-татарское нашествие и его последствия для русских земель. Характер отношений Золотой Орды и русских княжеств.

Воссоздание централизованных государств в Европе: причины, основные события, особенности и последствия.

Причины, этапы и особенности процесса образования Русского централизованного государства в XIV – первой половине XVI вв.

Внутренняя политика Ивана IV: реформы Избранной Рады и опричнина (цели, задачи, ход, результаты)

Внешняя политика Ивана IV. Расширение территории России в XVI в.

Этапы закрепощения крестьян в Российском государстве. Народные восстания в XVII в.

Смутное время в России: альтернативы политического развития.

Правление первых Романовых. Церковный раскол в России в XVII в.

Новое время как этап мировой истории, ключевые тенденции в жизни европейских государств.

Борьба североамериканских колоний за независимость и образование США.

Великая французская буржуазная революция и её историческое значение.

Политические, экономические, социальные и культурные преобразования Петра I. Становление Российской империи.

Эпоха дворцовых переворотов в России: причины, движущие силы, основные события, последствия.

Общая характеристика внутренней и внешней политики Екатерины II. «Просвещённый абсолютизм» в российских условиях.

Правление Александра I: попытки либерализации и противоречивость внутренней политики.

Внешняя политика России в конце XVIII – первой четверти XIX вв. Борьба России с Наполеоновской Францией, Отечественная война 1812 г., заграничные походы русской армии и Венский конгресс.

Организации декабристов: динамика развития, состав, цели, восстание на Сенатской площади и значение движения декабристов.

Внутренняя политика Николая I – поворот к политическому консерватизму. Социальные и экономические реформы.

Внешняя политика России во второй четверти XIX в. Крымская война и её значение.

Отмена крепостного права в России: подготовка, основные положения, осуществление и значение реформы.

Земская, городская, судебная и военная реформы Александра II. Значение либеральных преобразований для политического и социально-экономического развития России.

Общественное движение в России XIX в. после декабристских организаций (кружки; славянофилы и западники; народники; либеральное и консервативное направления).

Внутриполитический курс Александра III – свертывание либеральных реформ.

Политическое и социально-экономическое развитие стран Европы и Америки в нач. XX в. Нарастание противоречий и формирование военно-политических блоков.

Социально-экономическое развитие России на рубеже XIX-XX вв. Реформы С.Ю. Витте и П.А. Столыпина и их значение.

Первая русская революция 1905 – 1907 гг. и проблема исторического выбора. Её итоги и последствия.

Становление первых политических партий в России в конце XIX – начале XX вв. Опыт российского парламентаризма 1906 – 1914 гг. (I, II и III, IV Государственные думы, третьеиюньская монархия.)

Февральская буржуазная революция 1917 г. и период двоевластия. Варианты политического развития России.

Октябрьская социалистическая революция и становление советской государственности (октябрь 1917 – июль 1918 гг.). Первые декреты Советской власти и Конституция РСФСР 1918 г.

Гражданская война и интервенция в России: проблемы периодизации и оценки, участники и их цели, итоги и значение.

Политика «военного коммунизма»: причины введения, основное содержание, итоги и значение.

Советская Россия в 20-е гг. Новая экономическая политика: причины, содержание, противоречия и значение.

Образование СССР: причины и принципы устройства. Борьба за власть в государственном и в партийном руководстве в 20-е гг. Становление сталинской политической системы.

Экономические реформы в СССР в конце 20-х – в 30-х гг.: коллективизация и индустриализация, их итоги и значение.

СССР во Второй мировой и Великой Отечественной войнах: причины, общая характеристика этапов и сражений войны. Источники и значение победы.

Советский тыл в годы Великой Отечественной войны. Партизанское движение. Создание Антифашистской коалиции: основные этапы и важнейшие конференции.

Политическое развитие стран Европы и Америки во второй половине XX в.: основные события и важнейшие тенденции.

Крушение колониальной системы и развитие стран Азии и Африки во второй половине XX в.

Послевоенное восстановление и развитие СССР. Репрессии конца 40-х – начала 50-х гг. XX в.

Политическое и социально-экономическое развитие СССР в 1953 – 1964 гг. XX съезд партии и его значение.

Смена политического курса, противоречия экономического и социального развития СССР с середины 60-х до середины 80-х годов XX в.

Политические и экономические реформы М.С. Горбачёва – Перестройка в СССР (1985 – 1991 гг.)

Политическое развитие России в 90-е гг. XX в. Принятие Конституции 1993 г., её основная характеристика и современные изменения. Конституционные права граждан РФ.

Социально-экономическое развитие России в 90-е гг. XX в. содержание и основные противоречия.

Политическое развитие России с 2000 г. по настоящее время.

Экономическое и социальное развитие России с 2000 г. по настоящее время.

Внешняя политика СССР в годы «Холодной войны». Участие СССР в локальных конфликтах.

Внешняя политика России с 90-х гг. XX в. по настоящее время: задачи, противоречия, перспективы.

Перечень заданий к экзамену по дисциплине

1. Назовите методы исследования, которые применяются в исторической науке. На какие группы они делятся?
2. Какое из двух положений вы считаете более точным: а) «географическое положение и природа страны определяют ее историческую судьбу»; б) «географическое положение и природа оказывают значительное влияние на судьбу стран»? Перечислите те факторы, которые затрудняли развитие России, факторы, способствующие ее развитию, и то, что оказывало и положительное и отрицательное воздействие одновременно.
3. Что такое «военная демократия»? Перечислите основные категории населения периода «военной демократии». Расположите их в порядке убывания богатства и власти.
4. Объясните, какова роль норманнского влияния на генезис древнерусской государственности.
5. Составьте логическую схему по теме социальной структура Киевской Руси.
6. Проведите сравнительный анализ политического и социально-экономического развития Новгородского, Галицко-Волынского и Владимиро-Суздальского княжеств.
7. Что характеризует феодальный строй? Как вы понимаете слова «феодальные отношения»?
8. Выделите предпосылки и этапы образования Русского централизованного государства. Укажите причины, позволившие Московскому

- княжеству выделиться в качестве центра политического объединения русских земель.
9. Объясните, почему внутренняя и внешняя политика Ивана IV стала предпосылкой Смутного Времени.
 10. Назовите общие причины восстаний XVIII в. В чем они сходны, а чем отличаются от выступлений XVII в.? Все восстания XVIII в. Закончились поражением. Дает ли это основание говорить об их бесплезности.
 11. Перечислите реформы Петра I (назовите прогрессивные черты и черты, консервирующие феодальные отношения)
 12. Каково содержание концепции «Просвещённого абсолютизма»? Какие особенности она имела в российской внутренней политике?
 13. Охарактеризуйте цели и направления внешней политики России в годы правления Екатерины II. Насколько внешнеполитические цели того времени соответствовали тому, что делалось во внешней политике России с конца XVII в.
 14. Что дало основание А.С. Пушкину сказать: «Дней Александровых прекрасное начало?» в чем была новизна правления первых лет нового императора в сравнении с его предшественниками? Как в этом правлении проявились личные качества Александра I, его воспитания?
 15. Охарактеризуйте сущность проекта Сперанского. Можно ли утверждать, что если бы этот проект был реализован, то произошли бы коренные изменения политического строя России?
 16. Проведите сравнительный анализ программных документов декабристов.
 17. Сравните меры Александра I и Николая I в области решения крестьянского вопроса.
 18. Какие средства во внутренней политике использовал Николай I для консервации политической системы России?
 19. Можно ли, на ваш взгляд, утверждать, что реформы 60 -70-х гг. XIX в. (в том числе и крестьянская реформа) составляли единую систему? Что в реформах давало возможность развивать капитализм, а что тормозило его развитие.
 20. Сравните три течения народничества. Что заставляет считать их течениями одного идейного движения?
 21. Сравните предпосылки и революционизирующие факторы первой русской революции и революции 1917 г. Какие из факторов явились наиболее значимыми в 1917 г.?
 22. Выделите общее между причинами Февральской буржуазной и Октябрьской социалистической революций 1917 г.
 23. Охарактеризуйте основные альтернативы развития страны в 1917 г. В чем, по вашему мнению, заключалась сила и слабость курса Временного правительства?
 24. Охарактеризуйте политические силы принявшие участие в Гражданской войне в России.
 25. Почему политика большевиков в 1917-1921 гг. получила название «военного коммунизма»? была ли она продиктована объективными обстоятельствами или волонтаристски насаждалась большевистским руководством?
 26. Проанализируйте сущность и основные направления НЭПа. В чем состоят расхождения концепции нэпа с теорией непосредственного перехода к социализму?
 27. Сопоставьте ленинский проект советского федерализма и сталинский проект автономизации. Какой из них представляется вам наиболее оправданным для нашей страны?
 28. Дайте характеристику развития экономики СССР в годы Великой Отечественной войны. С какими трудностями она столкнулась?
 29. Дайте оценку политике Хрущева в деревне. Оцените кампанию по освоению целины, насаждение кукурузы, наступление на личное подсобное хозяйство колхозников в плане воздействия на состояние сельского хозяйства страны.
 30. Какую оценку можно дать содержанию и характеру отношений РФ со странами НАТО на современном этапе?

Уровень качества ответа студента на экзамене определяется с использованием следующей системы оценок:

Оценку «*отлично*» заслуживает студент, показавший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение устанавливать взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала. Студент обнаруживает понимание специфики задания: аргументировано отвечает на вопрос, выдвигая необходимые тезисы, приводя развивающие их доводы, оригинальным способом решает возникшую проблему.

Оценку «*хорошо*» заслуживает студент, показавший полное знание учебного материала, систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности. Студент обнаруживает понимание специфики задания, но при ответе не демонстрирует достаточную обоснованность суждений, предлагает стандартный, типовой способ решения проблемы.

Оценку «*удовлетворительно*» заслуживает студент, показавший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, допустивший погрешности в ответе на вопросы и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «*неудовлетворительно*» выставляется студенту, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

СООТВЕТСТВИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Формируемые знания и умения	Перечень вопросов
ОК1 Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес	
Знать о роли науки, культуры и религии в сохранении и укреплении национальных и государственных традиций	Вопросы: 1,2,7,13,14,55,58
Уметь ориентироваться в современной экономической, политической и культурной ситуации в России и мире, выявлять взаимосвязь отечественных, региональных, мировых социально-экономических, политических и культурных проблем	Задания:2,4,8,15,19,28,30
ОК2 Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество	
Знать содержание и назначение важнейших правовых и законодательных актов мирового и регионального значения	Вопросы: 21-22,40,44,49,53-60
Уметь ориентироваться в современной экономической, политической и культурной ситуации в России и мире	Задания: 2,8,9,11,21,22,29
ОК3 Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность	
Знать содержание и назначение важнейших правовых и законодательных актов мирового и регионального значения	Вопросы: 21-22,40,44,49,53-60
Уметь выявлять взаимосвязь отечественных, региональных, мировых социально-экономических, политических и культурных проблем	Задания: 2,4,7,13,24,27,28,30
ОК4 Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития	
Знать содержание и назначение важнейших правовых и законодательных актов мирового и регионального значения	Вопросы: 21-22,40,44,49,53-60

Уметь извлекать из оригинальных научных текстов и исторических документов знания по различным проблемам российской и мировой истории	Задания: 5,6,12,14,15,16,27
OK5 Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности	
Знать содержание и назначение важнейших правовых и законодательных актов мирового и регионального значения	Вопросы: 21-22,40,44,49,53-60
Уметь ориентироваться в современной экономической, политической и культурной ситуации в России и мире	Задания: 2,8,9,11,21,22,29
OK6 Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями	
Знать содержание и назначение важнейших правовых и законодательных актов мирового и регионального значения	Вопросы: 21-22,40,44,49,53-60
Уметь выявлять взаимосвязь отечественных, региональных, мировых социально-экономических, политических и культурных проблем; ориентироваться в современной экономической, политической и культурной ситуации в России и мире	Задания: 2,4,7,13,24,27,28,30
OK7 Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий	
Знать содержание и назначение важнейших правовых и законодательных актов мирового и регионального значения	Вопросы: 21-22,40,44,49,53-60
Уметь ориентироваться в современной экономической, политической и культурной ситуации в России и мире; выявлять взаимосвязь отечественных, региональных, мировых социально-экономических, политических и культурных проблем	Задания: 2,4,7,13,24,27,28,30
OK8 Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации	
Знать о роли науки, культуры и религии в сохранении и укреплении национальных и государственных традиций, содержание и назначение важнейших нормативных правовых и законодательных актов мирового и регионального значения	Вопросы: 1-2,7,13-14,53-58
Уметь выявлять взаимосвязь отечественных, региональных, мировых социально-экономических, политических и культурных проблем	Задания: 2,4,7,13,24,27,28,30
OK9 Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности	
Знать содержание и назначение важнейших правовых и законодательных актов мирового и регионального значения; основные процессы (интеграционные, поликультурные, миграционные и иные) политического и экономического развития ведущих государств и регионов мира	Вопросы: 10,13,21-22,40,44,46-49,53-60
Уметь ориентироваться в современной экономической, политической и культурной ситуации в России и мире	Задания: 28-30
OK10 Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия	
Знать основные направления развития ключевых регионов мира; сущность и причины локальных, региональных, межгосударственных конфликтов в конце XX - начале XXI вв.; основные процессы (интеграционные, поликультурные, миграционные и иные) политического и экономического развития ведущих государств и регионов мира; назначение ООН, НАТО, ЕС и других организаций и основные направления их деятельности; о роли науки, культуры и религии в сохранении и укреплении национальных и государственных традиций	Вопросы: 1-60
Уметь ориентироваться в современной экономической, политической и культурной ситуации в России и мире; выявлять взаимосвязь отечественных, региональных, мировых социально-экономических, политических и культурных проблем; анализировать основные этапы развития общества по их характерным признакам	Задания: 1-30
OK11 Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку	
Знать о свободе и ответственности за сохранение жизни, культуры, окружающей среды, о последствиях безнравственных действий человека для природы, общества, личности	Вопросы: 2,9,11,20,23,35,41-42,45-47,52-53,56,58-59
Уметь выявлять взаимосвязь отечественных, региональных, мировых социально-экономических, политических и культурных проблем	Задания: 2,4,7,13,24,27,28,30
OK12 Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности	
Знать содержание и назначение важнейших нормативных правовых и законодательных актов мирового и регионального значения	Вопросы: 21-22,40,44,49,53-60
Уметь ориентироваться в современной экономической, политической и культурной ситуации в России и мире	Задания: 28-30
OK13 Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей	
Знать о роли науки, религии, культуры и спорта в сохранении и укреплении национальных и государственных традиций	Вопросы: 1-2,7,13-14,55,58
Уметь ориентироваться в современной экономической, политической и культурной ситуации в России и мире; выявлять взаимосвязь отечественных, региональных, мировых социально-экономических, политических и культурных проблем в их историческом аспекте	Задания: 2,4,7,13,24,27,28,30

3. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК»

МАТЕРИАЛЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Тема: Вводно-коррекционный курс с базовой грамматикой и основами коммуникации. Здоровый образ жизни.

Формы текущего контроля: выполнение письменных заданий; решение ситуационной задачи; устный опрос.

Типовые практические задания для проверки знаний и умений и эталоны их решения:

1. Ответьте на поставленные вопросы по базовой грамматике:

- Какие функции могут выполнять глаголы to be / to have?
- С какой целью употребляется оборот there is / there are?
- Что обозначают времена группы Simple?
- Каковы основные показатели времён группы Simple?

Эталон решения задания:

- Глагол to be может выполнять следующие функции:
смысловый глагол (находиться):
The pharmacist is at the chemist's shop. – Фармацевт (находится) в аптеке;
глагол-связка (быть, являться):
My sister is a pharmacist. - Моя сестра – фармацевт;
вспомогательный глагол (образует длительные времена и страдательный залог)
He is working now. - Он сейчас работает.
We are asked at the lessons every day. - Нас спрашивают на уроках каждый день;
- эквивалент модального глагола “must” (должен):
My friend is to make a report. - Мой друг должен сделать доклад.
Глагол to have может выполнять следующие функции:
смысловый глагол (иметь):
I have an exam today. - У меня сегодня экзамен;
вспомогательный глагол (образует перфектные времена):
He has already translated the text. - Он уже перевел текст;
эквивалент модального глагола “must” (должен):
We have to help our friends. - Мы должны помочь своим друзьям.

- Оборот “there is (there are)” обозначает месторасположение или наличие и может переводиться словами: есть, имеется, находится, лежит.
Перевод следует начинать с обстоятельства места:
There is a book in the table. – На столе находится (лежит) книга.
There are books in the table. – На столе лежат книги.
Если обстоятельство места отсутствует, то перевод начинают со сказуемого.
There is a book. – Есть (имеется) книга.

- Simple Tenses обозначают (факт) обычное действие, регулярно повторяющееся действие, происходящее вообще в настоящем, прошедшем или будущем времени.

- С временами группы Simple часто употребляются наречия (слова-спутники):
Present Simple: usually - обычно; often – часто; daily – ежедневно, rarely = seldom – редко, sometimes - иногда, every (day) – каждый (день) ; always – всегда, this month (week, year) – в этом месяце (на этой неделе, в этом году).
Past Simple: yesterday- вчера, last month (week, year) – в прошлом месяце (на прошлой неделе, в прошлом году); ago– тому назад, in 1812.
Future Simple: tomorrow- завтра, next month- в следующем месяце (week, year)- на следующей неделе, в будущем году, in a year – через год, in 2057.

2. Раскройте скобки в предложении, выбрав правильную форму местоимения.

1. He likes (I, me, my). 2. We like (them, their, they). 3. You like (we, us, our). 4. They like (him, he, his). 5. (Me, I, my) put the book in the lab. 6. I like (she, her, hers). 7. (Him, he, his) corrects the exercise. 8. (You, your, yours) are in the class. 9. (We, us, ours) drink milk. 10. (Her, she, hers) publishes the paper.

Эталон решения задания:

1) me; 2) them; 3) us; 4) him; 5) I; 6) her; 7) he; 8) you; 9) we; 10) she.

3. Работая в автономном режиме, переведите следующие предложения на русский язык, обращая особое внимание на местоимения:

My watch is good, but yours is bad.
This is not your book, it is mine.
Don't take this chair. One of its legs is broken.
He can give you his dictionary.
Put on your coat.
He put his hand into his pocket.
Where are her friends?

Эталон решения задания:

1. Мои часы хорошие, а ваши – плохие.
2. Это не Ваша книга, она моя.
3. Не бери этот стул. Одна из его ножек сломана.
4. Он может дать Вам свой словарь.
5. Надень (те) пальто.
6. Он сунул руку в карман.
7. Где её друзья?

4. Заполните пропуски нужными формами глаголов to have и to be.

a)

1. I always (have, has) breakfast at 7.30. 2. For breakfast he usually (have, has) some porridge and a cup of coffee. 3. At 3 o'clock we (have, has) dinner. 4. My sister (have, has) meals only 3 times a day. 5. I don't go to the academy today as I (have, has) a headache. 6. English people usually (have, has) lunch about one o'clock. 7. Great Britain (have, has) a very good position as it lies on the cross-ways of the sea routes.

b)
1. I ... at home yesterday. 2. Usually it ... not very cold in winter in England. 3. In some parts of Russia the winter ... very cold. 4. My name ... Ann. I ... 17. 5. Yesterday ... my birthday. 6. He ... a doctor in 6 years. 7. Joe ... born in 1981. He ... now twelve years old. 8. Last summer they ... in a small village. 9. Today ... my cousin's birthday, he ... ten years old. 10. Her cheeks and lips ... rosy. 11. She ... ill last week. 12. The doctor's profession ... a very noble one. 13. In a year after specialization, they ... surgeons. 14. These patients ... seriously ill and they ... in the hospital now. 15. In a few days some of them ... at home.

Эталон решения задания:

a)
1) have; 2) have; 3) have; 4) has; 5) have; 6) have; 7) has.
b)
1) was; 2) is; 3) is; 4) is; 5) was; 6) will be; 7) was, is; 8) were; 9) is; 10) are; 11) was; 12) is; 13) will be; 14) are; 15) will be.

5. Сформулируйте вопросы к тексту.

ENGLISH AND ITS ROLE FOR MEDICAL STUDENTS

Nowadays English is the most important language in the world. The native speakers of English live in Great Britain, the United States of America, Australia and New Zealand. English is one of the official languages in the Irish Republic, Canada, the South Africa. English is one of the official languages of the United Nations and other political organizations. So, over 300 million people speak it as a mother tongue.

Scientific and medical achievements break actively into life. Exchange of scientific information promotes wide development and introduction of science into practice in different countries. Half of the world's scientific literature is in English.

Among all professional activities, the medical practice mostly needs a constant updating of know-how. That's why a good knowledge of foreign languages by medical students is the main obligation of tomorrow's medical doctors. To know English today is absolutely necessary for every educated man, for every good specialist in medicine.

According to the WHO, doctors of tomorrow must be the "five-star doctors". They must have universally essential skills: the care-provider, decision-maker, communicator, community leader and manager. The range of skills to prepare a "five-star doctor" should be acquired by every graduate.

In order to achieve these, medical students should study and work hard. Life-long learning in medicine is a natural process. Qualified doctors must read a lot of special books and foreign medical journals in the original. It makes doctor's outlook wider and helps him to escape many mistakes, to develop ability to discover how to find important knowledge and information about a particular field of medicine, to develop ability to work in real time: Internet, e-mail, etc. Knowledge of English helps students to find access to competence within the framework of their profession. And by means of autonomous learning and mastering English, they can increase their intercultural awareness and capacity for progress in education and play a full and active role in community and in profession.

Эталон решения задания:

What language is the most important language in the world?
Where do the native speakers of English live?
How many people speak English as their mother tongue?
Why is a good knowledge of foreign languages the main obligation of tomorrow's doctors?
Should medical students study and work hard in order to achieve a good knowledge of English?
Can it increase their professional and intercultural outlook?
Do you like to study English?

6. Составьте аннотацию к тексту «ENGLISH AND ITS ROLE FOR MEDICAL STUDENTS».

Эталон решения задания:

The text deals with the role of English in our society. It gives valuable information about the native speakers of this language. It draws our attention to the necessity to learn English in order to broaden their professional and intercultural outlook. The text is of great interest for those who want to be good at foreign languages.

7. Решите ситуационную задачу: Представьте, что Вы проходите собеседование, и интервьюирующий просит Вас кратко рассказать о своей семье.

Эталон решения задания:

When I was still a child I wanted to be a doctor. My father is a surgeon, he works at the surgical department of a clinic; my mother is a surgical nurse, she works at the same department.

When they return home they often speak about their patients. Our family is large: father, mother, my sister Helen, my grandmother, grandfather and me. Helen goes to school. She is in the ninth form. My grandmother and grandfather are old aged pensioners; they help us about the house.

8. Решите ситуационную задачу: Представьте, что Вы познакомились со студентом из США, прибывшим в Россию в рамках программы по обмену, и он попросил Вас рассказать ему о распорядке дня.

Эталон решения задания:

My working day begins at seven a.m. I get up, do my morning exercises, wash and dress myself, have breakfast that my mother cooks.

I go to the University by bus as I live far from the University. It takes me thirty or forty minutes to get to the University. The classes begin at 8.30. a.m. and last till 3 p.m. It is very interesting but difficult to study. I have to read much for our seminars.

I like Anatomy most of all. I work at the anatomy theatre twice a week; I joined the anatomical scientific society, we have our sittings on Thursdays. During academic year we have two examination periods (sessions, as we call them).

We pass some final tests and exams. I come back home at 6 o'clock. I have dinner in the student's dining-room, but I have supper at home.

Then I prepare my lessons, watch TV- programme and go to bed.

9. Перескажите текст «About Myself», адаптировав информацию под собственную личность.

Эталон решения задания:

My name is ... I am seventeen. I am the first year student of the Medical College.

When I was still a child I wanted to be a doctor. My father is a surgeon, he works at the surgical department of a clinic; my mother is a surgical nurse, she works at the same department.

When they return home they often speak about their patients. Our family is large: father, mother, my sister Helen, my grandmother, grandfather and me. Helen goes to school. She is in the ninth form. My grandmother and grandfather are old aged pensioners; they help us about the house.

As I study at the Medical University I work much preparing for practical classes. Every day we have one lecture and two practical classes.

We study many subjects: Human Anatomy, Biology, Chemistry, Physics, Latin, Foreign Languages, Histology and others.

My working day begins at seven a.m. I get up, do my morning exercises, wash and dress myself, have breakfast that my mother cooks.

I go to the University by bus as I live far from the University. It takes me thirty or forty minutes to get to the University. The classes begin at 8.30. a.m. and last till 3 p.m. It is very interesting but difficult to study. I have to read much for our seminars.

I like Anatomy most of all. I work at the anatomy theatre twice a week; I joined the anatomical scientific society, we have our sittings on Thursdays. During academic year we have two examination periods (sessions, as we call them).

We pass some final tests and exams. I come back home at 6 o'clock. I have dinner in the student's dining-room, but I have supper at home.

Then I prepare my lessons, watch TV- programme and go to bed.

10. Подготовьте небольшое монологическое высказывание (10-15 предложений) по теме «How to live a healthy life» и представьте его в рамках учебной дискуссии. Старайтесь убедительно аргументировать собственное мнение.

Эталон решения задания:

A healthy lifestyle means maintaining a balanced and nutritious diet as well as engaging in sports or other fitness related activities. A healthy diet alone however is inadequate to ensure a healthy body as physical activity helps to keep one in shape and free of sickness and disease.

According to the World Health Organization, only one in ten people exercise regularly and a majority do not follow a healthy diet. Even local foods such as fried noodles, fried rice and snacks and savories are laden with fat and calories. Thus, consuming this type of food on a daily basis can contribute to weight gain. People with overweight suffer from many health complications such as diabetes, high blood pressure, high cholesterol and even cancer. Hence, the emphasis on healthy lifestyle should start at a young age.

Daily exercise is vital. In fact, schools should implement Physical education on a daily basis rather than twice weekly. Parents must lead an exemplary life which can benefit their children by increasing awareness on the health benefits of exercising regularly. Bringing their children for walks in the morning or evening is a good start to achieve this goal.

In short, leading a healthy lifestyle is a conscious decision. It is important to recognize that a healthy living ensures a longer life span as well as a life free of disease and complications.

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

- По какому признаку мы относим слово к той или иной части речи?
- На какой вопрос отвечает глагол (существительное, прилагательное, наречие)?
- Какую функцию данные части речи могут выполнять в предложении? Проиллюстрируйте на примерах.
- Назовите основные суффиксы существительных (прилагательных, наречий и глаголов).
- Какие суффиксы указывают на принадлежность слова к наречиям?
- Какова структура повествовательного утвердительного (вопросительного, отрицательного) предложения?
- Какие типы вопросительных предложений существуют в английском языке?
- Как в английском языке образуется повелительное наклонение глагола?
- Какие видовременные формы глагола различают в английском языке?
- Каковы особенности образования и употребления Present Simple Tense?
- Какие слова-показатели характерны для Present Simple Tense?

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Письменный ответ	Устный ответ	Оценка по 5-балльной системе
Обучающийся показал твердые знания и умения по всем разделам программы данной дисциплины. Понимает логику построения грамматических конструкций. Допустил не более 1 ошибки.	Обучающийся уверенно ориентируется в лексико-грамматическом материале в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить ошибку.	5
Обучающийся показал хорошие знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения грамматических конструкций. Допустил 2-3 ошибки при переводе текста; - допустил 1-2 орфографических ошибки при письменном опросе лексики; - допустил 1-2 ошибки при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить допущенные ошибки.	4
Обучающийся показал удовлетворительные знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения большинства грамматических конструкций. Допустил 4-5 ошибок при переводе текста; - допустил 3 орфографических ошибки при письменном опросе лексики; - допустил 3-4 ошибки при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен проанализировать и исправить допущенные ошибки.	3
Обучающийся показал слабые знания и умения по основным разделам программы. Выполнил менее 60% задания, либо допустил: более 5 ошибок при переводе текста; более 3 орфографических ошибок при письменном опросе лексики; - более 4 ошибок при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся имеет слабое представление о принципах построения грамматических конструкций. Нетвердо знает лексический материал. Плохо анализирует собственные ошибки.	2

Тема: Здоровье и спорт.

Формы текущего контроля: выполнение письменных практических заданий; решение ситуационной задачи; устный опрос.

Типовые практические задания для проверки знаний и умений и эталоны их решения:

1. Ответьте на поставленные вопросы по базовым грамматическим темам:

- Каковы особенности образования и употребления времён группы Continuous?
- С какой целью употребляется страдательный залог? Как образуются формы страдательного залога в английском языке?

Эталон решения задания:

- Continuous Tenses (Active Voice) - Длительные времена образуются следующим образом:

to be + ing - форма смыслового глагола		
Present		
I am reading Я читаю He is reading She is reading We are reading You are reading They are reading	I was reading Я читал He was reading She was reading We were reading You were reading They were reading	I shall be reading Я буду читать He will be reading She will be reading We shall be reading You will be reading They will be reading
<i>Вопросительная форма</i>		
Are you reading? Yes, I am. No, I amn't Is he reading? Yes, he is. No, he isn't.	Were you reading? Yes' I was. No, I wasn't. Was he reading? Yes' he was. No' he wasn't.	Will you be reading? Yes, I shall. No, I shan't. Will he be reading? Yes, he will. No, he won't.
<i>Отрицательная форма</i>		
I am not reading. He is not reading.	I was not reading. He was not reading.	I shan't be reading. He won't be reading.

Глаголы в форме Continuous означают действие, которое протекает в определенный момент или отрезок времени (в настоящем, прошедшем или будущем).

Present Continuous: употребляются слова-спутники: now - сейчас, at present – сейчас, в настоящее время, at this moment – в данный момент, at 5 p.m., from 8 till 10 a.m. – с 8 до 10 утра.

Past Continuous: at that time (at 5 o'clock, from 7 till 10) yesterday – в это время (в 5 часов, с 7 до 10) вчера, the whole evening (day) – весь вечер (день) или другое действие “when he came” (когда он пришел).

Future Continuous: at that time (at 5 o'clock, from 7 till 10) tomorrow – в это время (в 5 часов, с 7 до 10) завтра, the whole day tomorrow – весь день завтра.

- Passive Voice (Страдательный залог) образуется при помощи:

to be + 3 форма смыслового глагола		
Present Simple		Present Simple
I am asked Меня спрашивают He is asked Его спрашивают She is asked Её спрашивают We are asked Нас спрашивают You are asked Тебя (вас) спрашивают They are asked Их спрашивают	I was asked Меня спросили He was asked Его спросили She was asked Её спросили We were asked Нас спросили You were asked Тебя (вас) спросили They were asked Их спросили	I shall be asked Меня спросят He will be asked Его спросят She will be asked Её спросят We shall be asked Нас спросят You will be asked Тебя (вас) спросят They will be asked Их спросят
<i>Вопросительная форма</i>		
Are you asked? Yes, I am. No, I amn't.	Were you asked? Yes' I was. No, I wasn't.	Will you be asked? Yes, I shall. No, I shan't
<i>Отрицательная форма</i>		
I am not asked.	I was not asked.	I shan't be asked.

Страдательный залог *показывает, что действие, выраженное глаголом, направлено на субъект, то есть на человека, предмет или явление.*

She is often seen at the library. - Её часто видят в библиотеке.

I was given an English journal. - Мне дали английский журнал.

He was told the truth. - Ему сказали правду.

They are laughed at. - Над ними смеются.

My friend is much spoken about. - О моем друге много говорят.

2. Замените в следующих предложениях активный залог на пассивный.

1. Students attended the lecture on the respiratory system.
2. The lecture disappointed us very much.
3. Bacteria gain entry to the lungs via the airways.
4. She has broken her arm.
5. They will take these drugs tomorrow.
6. We were discussing a new method of treatment when came in.
7. People

speak English in many countries of the world.

Эталон решения задания:

Students attended the lecture on the respiratory system. – The lecture was attended by the students.

3. Сформулируйте вопросы к тексту.

POST-SCHOOL EDUCATION IN GREAT BRITAIN

The proportion of young people entering university and other advanced education is constantly rising. Around 1.5 million students in Britain are taking full-time post-school education courses, including courses providing a combination of full-time study and supervised job experience. There are also about 4 million part-time enrolments, half of which are in adult education.

Over 90 per cent of students on first degree and comparable advanced courses receive awards covering tuition fees and maintenance. Parents also contribute the amount depending on their income. In addition, students are eligible for an interest-free loan.

There are some 79 universities, they enjoy complete academic freedom.

All English universities except Oxford and Cambridge are fairly new. London University is the biggest of the modern English Universities and is made up of a great variety of colleges and other institutions including medical schools.

A University usually has both faculties and departments. The most common faculties are arts, law, medicine, science and theology. After taking examinations a university graduate is awarded with the degree of Bachelor of Arts, Science, Engineering, Medicine, etc.

Each faculty is headed by one or more professors, who are helped by a staff of teachers called lecturers. Professors and lecturers spend some of their time giving lectures to large numbers of students or studying with much smaller groups and here the students have a chance to argue and discuss.

All universities admit men and women, but within some universities there are colleges specially for one sex. Most of the universities provide hostels for their students.

There are many types of colleges in England. There are colleges within universities. Colleges give a specialized training. At a university the curriculum is wider and the course of studies is longer.

The Open University is non-residential and offers degrees and other courses for adult students of all ages in Britain and other parts of Europe. Its teaching method is a combination of printed texts, correspondence tuition, television and radio broadcasts, audio and video cassettes and residential schools. There are also local study centres. No formal qualifications are required to register for most courses.

Many non-advanced courses are provided in further education colleges for people aged over 16. Much of this is work-related and vocational. Students often attend part time, either by day release or block release from employment or during the evenings.

Moves are taken place to rationalise the vocational qualification system in England, Wales and Northern Ireland. This involves the creation of a framework of National Vocational Qualifications based on defined levels of achievement to which the various qualifications can be assigned for accredited similar developments are taking place in Scotland.

Эталон решения задания:

What proportion is constantly rising?

How many students are taking full-time post school education in Britain?

What are students eligible for?

Are there 79 or 100 universities?

What University is the biggest one?

What are the most common faculties?

What is a university graduate awarded after taking examinations?

Professors and lecturers spend some of their time giving lectures to large numbers of students, don't they?

Do most of the universities really provide hostels for their students?

What is the Open university?

What is its teaching method?

Many non-advanced courses are provided in further education colleges for people aged over 16, aren't they?

How do students often attend non-advanced courses?

Moves are taken place to rationalize the vocational qualification system in England, Wales and Northern Ireland, aren't they?

Are similar developments taking place in Scotland?

4. Решите ситуационную задачу: Представьте, что Вы познакомились со студентом из США, прибывшим в Россию в рамках программы по обмену, и он попросил Вас рассказать ему об особенностях обучения в Вашем колледже.

Эталон решения задания:

The course of study at the College lasts 4 years. For two years the students have preclinical subjects such as Biology, Chemistry, Physics, Human Anatomy, Latin and Foreign Languages, Microbiology, Biochemistry, Histology, Normal Physiology and others. From the third year they have clinical subjects such as Therapy, Surgery, Children's diseases, Obstetrics and Gynecology and others. The students who study well get a stipend. The best students get an increased stipend. Twice a year the students take examinations and final tests. Many students take part in a research work, they join different scientific societies according to their interest. Once a year they report the results of their work at the scientific conferences. We also have a practical training when we work as nurses and doctor's assistants.

5. Перескажите текст «The Orenburg Medical University».

Эталон решения задания:

The Orenburg Medical Institute was founded in 1944. In 1994 it was given the status of the Academy, in 2014 – the status of the University. The University is very large. It has some buildings, three hostels and some clinical areas. There are 58 chairs at the Medical University. Over 300 scientists work at the University.

In the main building there is a rector's office, dean's office, and some chairs. In other buildings there are many chairs, an anatomy theatre, a good library and a dining-room. The clinical departments such as the Chair of Surgery, Therapy and Pediatrics are in large clinics.

The students who study well get a stipend. The best students get an increased stipend. Twice a year the students take examinations and final tests. Many students take part in a research work, they join different scientific societies according to their interest. Once a year they report the results of their work at the scientific conferences.

The course of study at the university lasts 6 years. For two years the students have preclinical subjects such as Biology, Chemistry, Physics, Human Anatomy, Latin and Foreign Languages, Microbiology, Biochemistry, Histology, Normal Physiology and others. From the third year they have clinical

subjects such as Therapy, Surgery, Children's diseases, Obstetrics and Gynecology and others. At the end of the third, fourth and fifth year they have a practical training when they work as nurses and doctor's assistants. In the sixth year they have sub internship. In the seventh year they work as interns. We also have clinical internship and postgraduate courses.

6. Подготовьте небольшое монологическое высказывание (13-18 предложений) по теме «How to keep fit» и представьте его в рамках учебной ролевой игры. Старайтесь убедительно аргументировать собственное мнение.

Эталон решения задания:

Keeping yourself healthy and fit has become very difficult in today's fast-paced world. We are busy in our daily routines ignoring the effects of high-calorie intake and what harm it can do in a long term. So, why wait and ignore the dangers of lack of exercise and proper diet until something really serious happens to us like diabetes or cardiovascular diseases. You can always have an hour or even half an hour on a daily basis to take some time for health and fitness. Following are certain points to guide you about keeping fit and healthy.
 Regular Workout: Have time for a regular workout for at least four times a week if you have a very busy schedule.
 Meditation: If the regular workout is something every time to consume than you can do meditation. All you have to do is to sit in a lotus position with your eyes closed. Make it a daily routine to meditate for ten to fifteen minutes twice a day.
 - Yoga: Doing yoga has many benefits such as: it keeps you happy and healthy; it increases your concentration levels; it slows down the aging process; it keeps the digestive system healthy and efficient; it keeps the body flexible; it increases your breathing capacity.
 The above-mentioned tips are not sufficient unless you have a proper diet plan as well. Start eating vegetables and beans, avoid junk food and foods containing preservatives and fats. Follow these tips and you will soon have a fit, happy and healthy life after all health is wealth!

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

1. Каковы случаи употребления Present Simple Tense?
2. Проиллюстрируйте на собственных примерах случаи употребления Present Simple Tense для обозначения регулярно повторяющегося действия и действия как факта.
3. Как образуются вопросительная и отрицательная форма в Present Simple Tense?
4. Приведите и прокомментируйте пример употребления глагола в настоящем времени в придаточных определительных предложениях.
5. Каковы особенности употребления глагола will в настоящем времени с модальным оттенком?
6. Какие неличные формы глагола Вам известны?
7. Какие части речи имеют инфинитивную форму?
8. Какие функции выполняет причастие настоящего времени в предложениях?
9. Что такое герундий?
10. Какие функции может выполнять герундий в предложениях?
11. Как отличить герундий от отглагольного существительного?
12. Какие способы перевода герундия существуют? Приведите примеры.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Письменный ответ	Устный ответ	Оценка по 5-балльной системе
Обучающийся показал твердые знания и умения по всем разделам программы данной дисциплины. Понимает логику построения грамматических конструкций. Допустил не более 1 ошибки.	Обучающийся уверенно ориентируется в лексико-грамматическом материале в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить ошибку.	5
Обучающийся показал хорошие знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения грамматических конструкций. Допустил 2-3 ошибки при переводе текста; - допустил 1-2 орфографических ошибки при письменном опросе лексики; - допустил 1-2 ошибки при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить допущенные ошибки.	4
Обучающийся показал удовлетворительные знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения большинства грамматических конструкций. Допустил 4-5 ошибок при переводе текста; - допустил 3 орфографических ошибки при письменном опросе лексики; - допустил 3-4 ошибки при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен проанализировать и исправить допущенные ошибки.	3
Обучающийся показал слабые знания и умения по основным разделам программы. Выполнил менее 60% задания, либо допустил более 5 ошибок при переводе текста; более 3 орфографических ошибок при письменном опросе лексики; - более 4 ошибок при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся имеет слабое представление о принципах построения грамматических конструкций. Нетвердо знает лексический материал. Плохо анализирует собственные ошибки.	2

Тема: Здоровье и погода.

Формы текущего контроля: выполнение письменных практических заданий; решение ситуационной задачи; устный опрос.

Типовые практические задания для проверки знаний и умений и эталоны их решения:

1. Переведите лексику по карточке с английского на русский язык.

the most important language
scientific and medical achievements
to break actively into life
to promote exchange of information
to introduce, introduction
professional activity
to develop, development
updating
good knowledge
the main obligation
every educated man
specialist in medicine
according to
to have universally skills
the range of skills

Эталон решения задания:

самый важный язык
научные и медицинские достижения
активно вторгаться в жизнь
способствовать обмену информацией
вводить, введение
профессиональная деятельность
развивать, развитие
модернизация, обновление
хорошие знания
основная обязанность (требование)
каждый образованный человек
специалист в области медицины
согласно
обладать универсальными умениями
ряд умений

2. Переведите лексику по карточке с русского на английский язык.

вызывать болезнь
врачи
хирургическое лечение
операция, названная трепанацией (черепа)
включать использование
инструмент из камня
прорубить отверстие в черепа больного
высвободить; выход, высвобождение
лечить, лечение
глаза и зубы
внутренние болезни
способствовать развитию медицины
унаследовать что-либо в неизменённом виде
практика акупунктуры
так же как и

Эталон решения задания:

to cause disease
physicians
surgical treatment
an operation called trepanation
to involve use
a stone instrument
to cut a hole in a patient's skull
to release, release
to treat, treatment
eyes and teeth
internal diseases
to contribute to medical progress
to hand down smth unchanged
practice of acupuncture
as well as

3. Сформулируйте вопросы к тексту различного типа.

Early medical texts are devoted chiefly to records of surgical cases. Strangely, however, the great advances in surgery have been dependent on medical discoveries in other fields. These advances include the discovery of ether anaesthesia by Morton and Long in 1847; the discovery of the principle of antiseptics by Joseph Lister in 1865-87, and the application of rubber gloves introduced by Halstead. The use of blood transfusion, the control of fluid in the body and the use of drugs for various symptoms have also aided success in surgery. Not many years have passed since the time when few surgeons dared to invade the interior of the abdomen. Today every portion of the human body has been invaded successfully. The surgery of today is aimed to restore normal function of various organs and tissues of the body.

Эталон решения задания:

What are the medical texts devoted to?
What have the advances in surgery been dependent on?
Who discovered ether anaesthesia?
What did Joseph Lister discover?
What did Halstead introduce?
What advances have also aided success in surgery?
Do the surgeons invade the interior of the human body?
The surgery is aimed to restore the normal functions of the body, isn't it?

4. Решите ситуационную задачу: Работайте в парах. Представьте, что Вы доктор и задаёте пациенту вопросы для составления истории болезни или анамнеза жизни.

Эталон решения задания:

Case history (report)

What is your full name? –
How old are you? –
(Your date of, birth) –
Are you single, married? –
What's your education? –
What's your occupation? –
What do you do for your living? –
Where do you study (work)? –
Are you a pensioner? –
Are you on a pension because of your age or your health? –
Your home address, please. –

Past medical history

Have you ever had an operation before?
If so, what was the operation? –
Have you ever had a blood transfusion? –
Have you ever suffered from such illness as asthma, TB, diabetes, rheumatic fever, jaundice, epilepsy or venereal diseases? –
Do you suffer from any bleeding tendencies? –
Have you ever had a heart attack? –
Do you suffer from angina or high blood pressure? –
Are you receiving any tablets, injections or medicines? –
Are you allergic to anything? –
Are you sensitive to any drugs? –

5. Перескажите текст «Case History Grippe».

Эталон решения задания:

Patient A.P., aged 40, a male, a teacher, married, having two children, fell ill. He complained of a severe headache, a bad cough, running nose, watering eyes and sneezing. He had a high temperature (38.5 C.). He was feverish. His lips were dry. His joints were painful. He felt a severe pain all over the body and a marked prostration. His wife sent for a doctor. The doctor came and examined the patient. He took his temperature, felt the pulse and listened to the heart and lungs. His pulse was weak. The temperature was 39C. The heart and the lungs were normal. The doctor diagnosed grippe (the flue). He administered the following treatment: he wrote out a prescription for some drugs (medicines), prescribed some cups and mustered plasters to the chest and back, hot water bottles to the feet and hot drink. The treatment lasted two weeks. The patient followed the doctor's instructions. The result was good. In two weeks the patient made a complete recovery. He had no complications.

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

1. Каковы особенности образования и употребления настоящего завершённого времени (Present Perfect Tense)?
2. Проиллюстрируйте случаи употребления Present Perfect Tense для выражения жизненного опыта.
3. Приведите пример употребления Present Perfect Tense, отражающий связь прошлого и настоящего.
4. Каковы показатели Present Perfect Tense?
5. Как образуется вопросительная и отрицательная форма в Present Perfect Tense?
6. Что выражает и как образуется настоящее продолжительное время (Present Continuous Tense)?
7. Каковы показатели Present Continuous Tense? 8. Какие глаголы не употребляются в Present Continuous Tense?

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Письменный ответ	Устный ответ	Оценка по 5-балльной системе
Обучающийся показал твердые знания и умения по всем разделам программы данной дисциплины. Понимает логику построения грамматических конструкций. Допустил не более 1 ошибки.	Обучающийся уверенно ориентируется в лексико-грамматическом материале в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить ошибку.	5
Обучающийся показал хорошие знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения грамматических конструкций. Допустил 2-3 ошибки при переводе текста; - допустил 1-2 орфографических ошибки при письменном опросе лексики; - допустил 1-2 ошибки при выполнении	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить допущенные ошибки.	4

контрольных упражнений по грамматике.		
Обучающийся показал удовлетворительные знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения большинства грамматических конструкций. Допустил 4-5 ошибок при переводе текста; - допустил 3 орфографических ошибки при письменном опросе лексики; - допустил 3-4 ошибки при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен проанализировать и исправить допущенные ошибки.	3
Обучающийся показал слабые знания и умения по основным разделам программы. Выполнил менее 60% задания, либо допустил: более 5 ошибок при переводе текста; более 3 орфографических ошибок при письменном опросе лексики; - более 4 ошибок при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся имеет слабое представление о принципах построения грамматических конструкций. Нетвердо знает лексический материал. Плохо анализирует собственные ошибки.	2

Тема: Профессия врача.

Формы текущего контроля: выполнение письменных практических заданий; решение ситуационной задачи; устный опрос.

Типовые практические задания для проверки знаний и умений и эталоны их решения:

1. Составьте предложения из разрозненных слов:

my, broken, I, leg, have.
he, much, travelled, has?
not, she, him, since, he, Moscow, seen, left, has.
met, not, this, I, him, week, have.
they, here, never, been, have,
at, your, copy-book, have, home, left, you.
Tomsk, years, two, we, lived, in, have, for.

Эталон решения задания:

my, broken, I, leg, have. – I have broken my leg.

2. Составьте вопросы с использованием данной лексики.

How long ...

- to suffer from headaches
- to work at your report
- to live in this district
- to conduct this research
- to tell the whole story
- to consult a doctor
- to examine a patient
- to make an operation
- to write a case history

Эталон решения задания:

How long ... (to work at one's pronunciation). – How long have you been working at your pronunciation?

3. Укажите предложения, в которых глаголы to be, to have являются модальными.

They had to visit the sick girl.
I had passed all exams by the end of the month.
The nurse has just injected him penicillin.
We were to wait for them in the corridor.
The surgeon will have to operate on her.

Эталон решения задания:

№ 1, 4, 5.

4. Определите функции герундия.

1. The idea of being late worried her very much. 2. In reading the book I came across a number of unfamiliar words and expressions. 3. On seeing me she turned pale. 4. On reaching the rostrum, the professor addressed the audience. 5. I see that you are in the habit of eating a heavy luncheon. 6. When she finished eating I asked: "Coffee?" 7. I enjoy being alone in the house. 8. She loves swimming in the early morning.

Эталон решения задания:

1) определение; 2) обстоятельство; 3) обстоятельство; 4) обстоятельство; 5) определение; 6) дополнение; 7) дополнение; 8) дополнение.

5. Решите ситуационную задачу: Расскажите своему напарнику, какова система процедур в случае острого аппендицита.

Эталон решения задания:

The doctor arrives and examines the patient. He feels the pulse, takes the temperature and palpates the abdomen.
If the doctor diagnoses acute appendicitis, he takes the patient to the hospital.
At the hospital the blood analysis should be made. If it confirms the diagnosis and reveals leukocytosis, the patient must be operated on under local anesthesia at once. The postoperative course lasts about two weeks.

6. Перескажите текст «Case History Appendicitis».

Эталон решения задания:

Sidorov I. I., aged 21, a male, a student, unmarried, suddenly fell ill.
He complained of a severe pain in the right side of the abdomen. He had nausea and a violent vomiting. His temperature was 37.8°C. His mother called an ambulance.
The doctor arrived and examined the patient. He felt the pulse, took the temperature and palpated the abdomen. The pulse was rapid. The temperature was 38°C.
The doctor diagnosed acute appendicitis and took him to the hospital.
The blood analysis made at the hospital confirmed the diagnosis. It revealed leucocytosis.
The patient was operated on under local anesthesia at once.
The treatment lasted two weeks. The postoperative course was uneventful /smooth/. In seven days the sutures were removed.
In two weeks he was discharged from the hospital in a good condition. He had no complications.

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

1. Проиллюстрируйте на собственных примерах различия в употреблении Present Simple, Present Perfect и Present Continuous Tenses.
2. Какие модальные глаголы Вам известны?
3. Какой модальный глагол используется для выражения возможности / способности?
4. Какой модальный глагол выражает разрешение?
5. Какой модальный глагол выражает долженствование?
6. Каковы формы прошедшего времени у модальных глаголов can и may?
7. Какие эквиваленты глаголов can и may используются для выражения будущего времени?
8. Каковы эквиваленты глагола must?
9. В чём различие в употреблении конструкций “to be to” и “to have to” в модальном значении?
10. Какой модальный глагол выражает рекомендацию / совет?

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Письменный ответ	Устный ответ	Оценка по 5-балльной системе
Обучающийся показал твердые знания и умения по всем разделам программы данной дисциплины. Понимает логику построения грамматических конструкций. Допустил не более 1 ошибки.	Обучающийся уверенно ориентируется в лексико-грамматическом материале в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить ошибку.	5
Обучающийся показал хорошие знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения грамматических конструкций. Допустил 2-3 ошибки при переводе текста; - допустил 1-2 орфографических ошибки при письменном опросе лексики; - допустил 1-2 ошибки при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить допущенные ошибки.	4
Обучающийся показал удовлетворительные знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения большинства грамматических конструкций. Допустил 4-5 ошибок при переводе текста; - допустил 3 орфографических ошибки при письменном опросе лексики; - допустил 3-4 ошибки при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен проанализировать и исправить допущенные ошибки.	3
Обучающийся показал слабые знания и умения по основным разделам программы. Выполнил менее 60% задания, либо допустил: более 5 ошибок при переводе текста; более 3 орфографических ошибок при письменном опросе лексики; - более 4 ошибок при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся имеет слабое представление о принципах построения грамматических конструкций. Нетвердо знает лексический материал. Плохо анализирует собственные ошибки.	2

МАТЕРИАЛЫ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ СТУДЕНТОВ

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет.

Форма проведения: устно-письменная.

Типовые задачи для проверки знаний и умений (письменная часть)

1. Письменно переведите профессионально-ориентированный текст со словарём.

CASE 1

A 23-year-old man experienced nausea, vomiting, abdominal cramps, muscle aches, and fever to 40°C 4 weeks after diarrheal disease had occurred in his dog and puppies. He had 20 yellow-green stools per day which contained blood and mucus. After hospitalization elsewhere, the diagnosis of Crohn's disease was made on the basis of a colon x-ray study. Azulfidine 4 g/day, prednisone 30 mg/day, and cefamandole were given, but the symptoms did not resolve. On the 24th day of illness, he was transferred to this clinic, having lost 15 kg. The temperature was 37.7°C and the pulse was 120 per minute. A nodular mucosa was felt on rectal examination. Admission laboratory data were hemoglobin 12.2 g/dl, white blood cell count 23,300/cubic mm with 81% neutrophils, erythrocyte sedimentation rate 30 mm in 1 hour (normal 0 to 22), alkaline phosphatase 276 U/liter (normal 90 to 239), and SGOT 34 U/liter. Flat and upright abdominal films revealed mucosal modularity. Results of proctoscopic examination and rectal biopsy were interpreted as consistent with pseudomembraneous colitis. The colon x-ray film from his home physician was reviewed and was thought to be consistent with pseudomembraneous colitis. A small-bowel x-ray film showed generalized dilatation and decreased motility, which were believed to represent a mild ileus related to the inflammatory process in the colon. Neither *C. difficile* nor its toxin could be demonstrated in stool; however, *C. fetus* subsp. *jejuni* was cultured from the stool. On the 26th day of illness, he was started on oral erythromycin therapy, 500 mg four times a day. In 10 days he was having formed stools, and after 2 weeks of treatment he was dismissed and was doing well. Three months later, he had a 2-day episode of nonbloody diarrhea (when others were having "the flu"), and 8 months later he had a 1-day episode of nonbloody diarrhea. Cultures were not obtained. He has regained his weight and is doing well 8 months after the initial illness.

2. Письменно переведите профессионально-ориентированный текст со словарём.

CASE II

A 28-year-old woman was hospitalized elsewhere 3 days after the acute onset of bloody diarrhea and a temperature of 40°C. A proctoscopic examination was said to show mucosal erythema and the barium enema was thought to be consistent with colitis. Therapy was begun with amoxicillin, azulfidine 2 g/day, and prednisone 40 mg/day, and symptoms gradually resolved. On the 10th day, she came to this clinic, having lost 4.5 kg. Amoxicillin was discontinued. Admission laboratory data were hemoglobin 16.6 g/dl, white blood cell count 3,400/cubic mm with a normal differential count, and SGOT 31 U/liter. Proctoscopic examination was consistent with the diagnosis of chronic ulcerative colitis, as was the barium enema done by her home physician. Although admission stool cultures grew *C. fetus*, no treatment was started; however, on the fifth hospital day, the temperature rose to 40°C and diarrhea recurred. Two blood cultures were negative. Stool cultures were not repeated. She was treated with oral erythromycin, which was switched to tetracycline when pyuria was noted. In 4 days she was well, and she has experienced no further episodes of diarrhea in 12 months.

3. Письменно переведите профессионально-ориентированный текст со словарём.

CASE III

A 37-year-old woman was hospitalized following a week of nausea, vomiting, temperature elevation to 39.4°C, and nonbloody diarrhea. A proctoscopic examination was said to be consistent with colitis, but a colon X-ray study was negative. Diarrhea resolved after a week's course of penicillin, cefamandole, and azulfidine in undetermined doses. Two weeks later, she came to this clinic seeking another opinion; she was still taking azulfidine. Proctoscopic examination here was interpreted as consistent with Crohn's disease, but a colon X-ray study was negative. Although she was no longer having diarrhea, *C. fetus* subsp. *jejuni* was cultured from her stool. She was treated with erythromycin for 10 days, and she has had no further symptoms for 9 months.

4. Письменно переведите профессионально-ориентированный текст со словарём.

CASE IV

A 25-year-old man experienced watery diarrhea, nausea, vomiting, arthralgia, headache, fever to 39.4°C, and abdominal pain in the left upper quadrant, radiating to the left shoulder. Blood appeared in the stool on the second day only. Stool cultures were obtained on the third day. *C. fetus* was preliminarily identified the next day, and tetracycline therapy was begun. He was admitted to the hospital on the sixth day of illness because of a weight loss of 6.8 kg, persistent diarrhea (one stool per hour), and severe dehydration. The temperature was 38.3°C. The abdomen was guarded and the spleen was palpable 3 fingerbreadths below the costal margin. Admission laboratory data were hemoglobin 14.8 g/dl, white blood cell count 5,200/cubic mm with a normal differential count, and normal erythrocyte sedimentation rate and routine chemistries. Intravenous gentamicin was begun, and he was afebrile by the third day. A liver-spleen scan revealed splenomegaly; spleen weight was estimated to be 570 g. The Monospot test and four blood cultures were negative. He was dismissed after 6 days, without further treatment. Three weeks later he was doing well, and the spleen was no longer palpable.

5. Письменно переведите профессионально-ориентированный текст со словарём.

CASE V

A baby who had appeared perfectly normal at the time of delivery began to have green, foul-smelling stools, fever, and hypotension on the third day of life. Four days before his birth, his mother had attended a picnic and had diarrhea for 2 days thereafter. On admission, the baby was lethargic and responded minimally to pain. Acrocyanosis was present. Bloody stools were noted. The hemoglobin was 15.2 g/dl and the white blood cell count was 7,000/mm. Empiric therapy with ampicillin, gentamicin, and oxacillin was begun. Blood cultures grew both *Staphylococcus aureus* and *S. epidermidis*, and stool cultures grew both *Salmonella enteritidis* and *C. fetus*. He was clinically well by the sixth hospital day. Antibiotics were continued for 3 more days. Stool cultures obtained from the mother were negative. No further specimens were obtained from the baby, who was doing well 2 weeks later.

6. Письменно переведите профессионально-ориентированный текст со словарём.

CASE VI

On October 21, 1990, a 2-year-old white female child was admitted to the Medical Centre for the third time. The chief complaint on this admission was hematemesis which had begun on the day prior to admission and was associated with the passage of tarry stools.

Physical examination revealed a well-developed, well-nourished child whose skin was warm, dry, and pale. Ears, nose, and throat were normal. The heart rhythm was regular, and the chest was clear. The abdomen was soft, the liver not palpable, and the spleen was palpable under the left costal margin. Temperature was 100° F., respiration 24, and pulse 100. Hematemesis continued and was accompanied by anemia.

Gastrointestinal and X-ray studies revealed esophageal varices and enlarged spleen. The child was operated upon on November 22, 1990. The postoperative course was uneventful.

7. Письменно переведите профессионально-ориентированный текст со словарём.

CASE VII

A 15-year-old white boy was in good health until November 27, 1991, when abdominal pain developed. He was admitted to Mount Hospital on November 29 with complaint of generalized abdominal pain, fever, diarrhea and vomiting of two days' duration. On physical examination, generalized abdominal tenderness was noted, most marked in the right lower quadrant, with definite tenderness in this area. The tenderness had become localized in the right lower quadrant and a diagnosis of appendicitis was made. At operation a McBurney incision was made and free fluid and fibrin were observed in the right lower quadrant. The small bowel was distended. Neither the appendix nor the large bowel was visible or palpable through the incision.

8. Письменно переведите профессионально-ориентированный текст со словарём.

CASE VIII

A twenty year old male was admitted to the University Hospital with remittent fever and an upper abdominal mass of thirty days' duration. Ten months prior to this admission, the patient had had lower abdominal pain, fever, and diarrhea for one week. The main symptom had disappeared but the lower abdominal pain persisted. Since the middle of March 1991, the patient had had remittent fever up to 38° C, and in April an upper abdominal mass was palpated.

Examination of the gastrointestinal tract by oral procedure revealed displacement of the stomach, and a tumour of the liver was suspected. The patient was admitted to the University Hospital on April 18, 1991 for surgical exploration.

On physical examination the patient was well nourished, moderately developed.

9. Письменно переведите профессионально-ориентированный текст со словарём.

Case IX

A sixty-eight year old Negro man was well until the day prior to admission when he noted the sudden onset of low, constricting abdominal pain after a heavy meal. He became anorectic but experienced no nausea or vomiting. The pain persisted and he was admitted to the hospital.

At that time his blood pressure was 170/85 mm. Hg and his pulse was 84. He was afebrile. The chest was clear and the heart sounds were normal. A slightly tender, smooth mass was palpable in the epigastrium and upper left quadrant. Peristalsis was normal; rectal examination revealed no abnormalities.

The initial laboratory studies were all within normal limits. An electrocardiogram was suggestive of left ventricular hypertrophy and myocardial ischemia. The roentgenogram of the abdomen revealed a large left upper quadrant mass, probably intraperitoneal. The position of the stomach was abnormal.

The diagnosis of volvulus of the stomach was made and the patient was advised to have a laparotomy. However, he refused the operation.

The patient returned to the hospital about two and a half months later with severe epigastric pain. He was nauseated but was unable to vomit. The diagnosis of an acute gastric volvulus was confirmed and the operation was performed.

His postoperative course was uneventful and he was discharged on the eighth postoperative day. He has remained well during the three years since his operation.

10. Письменно переведите профессионально-ориентированный текст со словарём.

Case X

A 53-year-old housewife was seen at the Mayo Clinic after having six to eight watery mucoid stools daily for 3 to 4 weeks. This illness followed a 1-week course of clindamycin, 150 mg orally four times a day, administered at the time of dental extractions. Associated symptoms included abdominal cramps, perianal discomfort, and rare, hematochezia. Before the referral, nonspecific mucosal ulceration had been described at sigmoidoscopy, and she had been treated with diphenoxylate (Lomotil) and cortisone suppositories. The patient had no known prior intestinal disease.

When she was initially seen here, her physical examination was normal; however, at sigmoidoscopy, numerous polypoid projections (less than 1 cm in diameter) were seen studding the rectosigmoid mucosa. Colon roentgenograms revealed that these lesions were confined to the rectum and sigmoid. Biopsy of a typical lesion demonstrated these nodules to be hyperplastic mucosa. Silver chromate stain for fungi was negative. The patient's symptoms gradually resolved and a sigmoidoscopic examination 6 weeks later was normal. At 6 months' follow-up, the patient said she was doing well.

11. Письменно переведите лексику по карточке:

the most important language
scientific and medical achievements
to break actively into life
to promote exchange of information
to introduce, introduction
professional activity
to develop, development
updating
good knowledge
the main obligation
every educated man
specialist in medicine
according to
to have universally skills
the range of skills

Эталон решения задачи:

самый важный язык
научные и медицинские достижения
активно вторгаться в жизнь
способствовать обмену информацией
вводить, введение
профессиональная деятельность
развивать, развитие
модернизация, обновление
хорошие знания
основная обязанность (требование)

каждый образованный человек
специалист в области медицины
согласно
обладать универсальными умениями
ряд умений

12. Письменно переведите лексику по карточке.

to prevent, prevention
ill, illness
to perform operations
amputation and plastic surgery
sick people
the Greek god of healing
to seek magical cures
natural causes
to consider medicine a science and art
to reflect high ideals
to compose the oath
a number of sources
to get medical knowledge
to achieve, achievement
public health

Эталон решения задачи:

1. предупреждать, предупреждение, профилактика
2. больной (прилаг), болезнь
3. выполнять операции
4. ампутация и пластическая хирургия
5. больные люди
6. греческий бог врачевания
7. искать магического исцеления
8. естественные причины
9. считать медицину наукой и искусством
10. отражать высокие идеалы
11. сочинять клятву
12. ряд источников
13. получать знания из области медицины
14. достигать, достижения
15. национальная система здравоохранения

13. Письменно переведите лексику по карточке.

chief advances
to found, founding
the Renaissance
cultural movement
to sweep (swept) across western Europe
to perform dissections
to record findings
a good physician
to improve surgical techniques
the father of modern surgery
to perform experiments
blood
to circulate through the body
to make careful studies
pulsebeat and heartbeat

Эталон решения задачи:

основные достижения
основывать, основание
эпоха Возрождения
культурное движение
стремительно пронестись по Западной Европе
проводить вскрытие (анатомирование)
регистрировать результаты
врач
совершенствовать хирургические методы
отец современной медицины
проводить эксперименты
кровь
циркулировать в организме
проводить тщательное исследование
биение пульса и сердцебиение

14. Письменно переведите лексику по карточке.

1. to be blinded, blind
2. the restoration of the eye
3. to lose an eye
4. consequence
5. to serve as protection
6. Rx
7. according to
8. to appoint to guard
9. viscera
10. the liver and the lungs
11. the stomach and the intestines
12. to protect the head
13. to place, to be placed, to be replaced
14. protection against ocular diseases
15. to be of interests to ophthalmologists

Эталон решения задачи:

быть ослеплённым, слепой
восстановление глаза
терять глаз
последствие
служить в качестве защиты
Возьми
согласно
назначить охранять
внутренние органы
печень и легкие
желудок и кишечник
защищать голову
помещать, быть помещённым, быть смещённым
защита от глазных болезней
представлять интерес для офтальмологов

15. Письменно переведите лексику по карточке.

on the basis of experience
every physician
the history of the disease
to make an accurate prognosis
to direct one's attention to
the colour of the face, the skin
the nature of the respiration
the appearance of sputum
bowel habits
to affect, affection
according to
fever
to aid the natural forces of the body
to perform operations on the skull
expressions of the protective reaction

Эталон решения задачи:

на основе опыта
каждый врач
анамнез болезни
ставить точный прогноз
направлять своё внимание на
цвет лица, кожи
природа дыхания
появление (внешний вид) мокроты
стул
поражать, поражение
согласно
лихорадка, жар
помогать природным силам организма
выполнять операции на черепе
выражения защитной реакции

Вопросы для проверки знаний и умений (устная часть)

- Назовите основные способы образования слов в английском языке (с примерами).
Каков порядок слов в английском повествовательном, вопросительном, побудительном предложении?
Как образуется множественное число имен существительных?
Где используются местоимения (личные, притяжательные, указательные)?
Назовите производные местоимений some, any, no, every.
Что такое «опе»? Какова его функция в предложении?
Как образуются степени сравнения прилагательных и наречий?

Назовите основные формы глагола (образование, функции этих форм).

Какие функции у глаголов «to be», «to have», «to do»?

Какие модальные глаголы и их эквиваленты имеются в английском языке?

Как образуются времена в английском языке? Какие группы времён вы знаете?

Как образуется страдательный залог (Виды страдательного залога, способы перевода)?

Что такое Infinitive? Назовите его формы и функции.

Что такое «сложное подлежащее»?

Что такое «сложное дополнение»?

16. Что такое Participle I? Назовите его функции.

17. Что такое Participle II? Назовите его функции.

18. Что такое независимый причастный оборот?

19. Что такое «герундий»? (Образование, функции в предложении).

20. Какие способы выражения отрицания имеются в английском языке?

21. Что такое «there is (there are)»? (Порядок слов, способы перевода.)

22. Как образуются количественные и порядковые числительные в английском языке?

23. Какие типы вопросительных предложений имеются в английском языке? (Порядок слов в вопросительном предложении).

24. Монолог по теме «About Myself».

Эталон ответа:

My name is ... I am seventeen. I am the first year student of the Medical University.

When I was still a child I wanted to be a doctor. My father is a surgeon, he works at the surgical department of a clinic; my mother is a surgical nurse, she works at the same department.

When they return home they often speak about their patients. Our family is large: father, mother, my sister Helen, my grandmother, grandfather and me.

Helen goes to school. She is in the ninth form. My grandmother and grandfather are old aged pensioners; they help us about the house.

As I study at the Medical University I work much preparing for practical classes. Every day we have one lecture and two practical classes.

We study many subjects: Human Anatomy, Biology, Chemistry, Physics, Latin, Foreign Languages, Histology and others.

My working day begins at seven a.m. I get up, do my morning exercises, wash and dress myself, have breakfast that my mother cooks.

I go to the University by bus as I live far from the University. It takes me thirty or forty minutes to get to the University. The classes begin at 8.30. a.m. and last till 3 p.m. It is very interesting but difficult to study. I have to read much for our seminars.

I like Anatomy most of all. I work at the anatomy theatre twice a week; I joined the anatomical scientific society, we have our sittings on Thursdays. During academic year we have two examination periods (sessions, as we call them).

We pass some final tests and exams. I come back home at 6 o'clock. I have dinner in the student's dining-room, but I have supper at home.

Then I prepare my lessons, watch TV- programme and go to bed.

25. Монолог по теме «The Orenburg Medical University».

Эталон ответа:

The Orenburg Medical Institute was founded in 1944. In 1994 it was given the status of the Academy, in 2014 – the status of the University. The University is very large. It has some buildings, three hostels and some clinical areas. There are 58 chairs at the Medical University. Over 300 scientists work at the University.

In the main building there is a rector's office, dean's office, and some chairs. In other buildings there are many chairs, an anatomy theatre, a good library and a dining-room. The clinical departments such as the Chair of Surgery, Therapy and Pediatrics are in large clinics.

The students who study well get a stipend. The best students get an increased stipend. Twice a year the students take examinations and final tests. Many students take part in a research work, they join different scientific societies according to their interest. Once a year they report the results of their work at the scientific conferences.

The course of study at the university lasts 6 years. For two years the students have preclinical subjects such as Biology, Chemistry, Physics, Human Anatomy, Latin and Foreign Languages, Microbiology, Biochemistry, Histology, Normal Physiology and others. From the third year they have clinical subjects such as Therapy, Surgery, Children's diseases, Obstetrics and Gynecology and others.

At the end of the third, fourth and fifth year they have a practical training when they work as nurses and doctor's assistants.

In the sixth year they have sub internship. In the seventh year they work as interns. We also have clinical internship and postgraduate courses.

26. Монолог по теме «Case History Grippe».

Эталон ответа

Patient A.P., aged 40, a male, a teacher, married, having two children, fell ill. He complained of a severe headache, a bad cough, running nose, watering eyes and sneezing. He had a high temperature (38.5 C.). He was feverish. His lips were dry. His joints were painful. He felt a severe pain all over the body and a marked prostration. His wife sent for a doctor. The doctor came and examined the patient. He took his temperature, felt the pulse and listened to the heart and lungs. His pulse was weak. The temperature was 39C. The heart and the lungs were normal. The doctor diagnosed grippe (the flue). He administered the following treatment: he wrote out a prescription for some drugs (medicines), prescribed some cups and mustered plasters to the chest and back, hot water bottles to the feet and hot drink. The treatment lasted two weeks. The patient followed the doctor's instructions.

The result was good. In two weeks the patient made a complete recovery. He had no complications.

27. Монолог по теме «Case History Appendicitis».

Эталон ответа:

Sidorov I. I., aged 21, a male, a student, unmarried, suddenly fell ill.

He complained of a severe pain in the right side of the abdomen. He had nausea and a violent vomiting. His temperature was 37.8°C. His mother called an ambulance.

The doctor arrived and examined the patient. He felt the pulse, took the temperature and palpated the abdomen. The pulse was rapid. The temperature was 38°C.

The doctor diagnosed acute appendicitis and took him to the hospital.

The blood analysis made at the hospital confirmed the diagnosis. It revealed leucocytosis.

The patient was operated on under local anesthesia at once.

The treatment lasted two weeks. The postoperative course was uneventful /smooth/. In seven days the sutures were removed.

In two weeks he was discharged from the hospital in a good condition. He had no complications.

28. Монолог по теме «At the Polyclinic».

Эталон ответа:

If you are ill you must go to the polyclinic to consult a doctor. If you have a toothache you must consult a dentist. If you have a cavity in the tooth the doctor fills it. If the tooth is very bad it is extracted.

If you have a sore throat, running nose, hoarseness, sneezing, you must consult an ear, nose and throat specialist. He prescribes some medicine, gargles, inhalations and recommends drinking hot milk.

If you have abnormalities in eye-sight you must consult an eye-doctor. He prescribes glasses for shortsighted and longsighted.

If you have a pain in the stomach or in the heart you must consult a therapist. He examines the patient, takes the temperature and blood pressure, listens to the heart and lungs, palpates the abdomen. If it is necessary he writes out a slip for X-ray examination, blood count, analysis of gastric juice and electrocardiogram. Then he prescribes some medicine.

The doctor must consider indications and contraindications for the treatment, sensitivity to antibiotics, side effects and interactions of drugs. The patients must follow all the doctor's instructions.

They must check the expiry date, printed on the container.

All the tablets must be used before this date.

The tablets should be stored in a cool darkened place. It is important to take the tablets at the right times.

29. Монолог по теме «Medical Service in Russia».

Эталон ответа:

Medical service in Russia is free of charge. We have more than one million doctors of different specialties. We have many medical institutions: polyclinics and hospitals, dispensaries and laboratories, maternity homes and chemist's shops. The polyclinics have their own laboratories, X-ray rooms, physiotherapy, minor surgery and dental departments. Many specialists work in the clinics: therapists, surgeons, neurologists, dentists, oculists and gynecologists. Minor illnesses are treated at home. All other patients are hospitalized. Every district has its own hospital. We have many First Aid Stations with ambulances. A great attention is devoted to mother and child care. We have special children's hospitals and polyclinics. The children are regularly vaccinated and the sick children are followed-up in the polyclinics.

The main principle of the medical service is prophylaxis. We carry out mass examinations of the population with the help of roentgenoscopy, laboratory analysis and so on. Chest X-ray is done every year.

Regular physical examination of the working people is called "dispensarization". It includes patients with TB, hypertension, coronary heart diseases, rheumatism, diabetes and also postoperative patients. times. You should finish all the tablets your doctor has prescribed.

You should never give your tablets to anyone else. They may be harmful for the other people.

If you feel unwell you must tell the doctor about it.

If you see another doctor or go into hospital, let them know what medicines you are taking.

Now there are a lot of chemist's shops in our town. You can buy different drugs for intramuscular and intravenous injections, for oral administration, and for external use.

30. Монолог по теме «One of the Great Inventors in the Field of Medicine».

Эталон ответа

Илья Мечников (1845 – 1916)

Mechnikov Ilya Ilyich, a Russian biologist was born in Ivanovka, Ukraine. He was a son of an officer and had the best education. He was a student of the Kharkov University and continued his studies in Germany. Then he worked at the University of Odessa. He was interested in different fields of biology and in the problems of immunity. He discovered that leucocytes moved to the site of any infection. Mechnikov called leucocytes phagocytes ("eating cells"). He regarded phagocytes an important factor in resisting infection and disease.

In 1886 in Odessa Mechnikov founded a bacteriological station to carry out inoculation against rabies. It was the first institution in Russia and the second in the world to prevent and control rabies. Louis Pasteur appreciated Mechnikov's research work and invited him to join the Pasteur Institute in Paris.

Mechnikov remained in France till his death. On Pasteur's death in 1895 Mechnikov was appointed director of this Institute.

In 1892 the epidemic of cholera occurred in France. Mechnikov studied the infection. For better understanding of the pathogenesis and aetiology of cholera, he tried to infect himself with pathogenic substance.

He studied the mechanism of immunity in infectious diseases. His work "Immunity in Infectious Disease" is known in the world. He investigated into the causes of aging and death. His conclusion was: aging and death manifest disease. Therefore the disease should be prevented. Mechnikov turned to the problem of diet. His points were: the intestinal tract contains many microbes, therefore food should contain substances antagonistic to microbes. His idea to control the spread of the disease was used in the science of antibiotics. When abroad Mechnikov still remained a Russian. He was a member of many academies of the world.

31. Опрос лексики по теме «Structure of the Human Body».

ventricle	желудочек (сердца)	joint	сочленение, сустав
vein	вена	ligament	связка
waist	талия	limb	конечность
wrist	запястье	lip	губа
abdomen	живот	liver	печень
ankle	лодыжка	lumbar	поясничный
arm	рука	lung	лёгкое
back	спина, поясница	mouth	рот, уста
bladder	мочевой пузырь	muscle	мускул, мышца
body	тело	neck	шея
bone	кость	nerve	нерв
bowel	кишечник	nose	нос
brain	мозг	palate (hard, soft)	нёбо (твёрдое, мягкое)
breast	грудь, молочная железа	pancreas	поджелудочная железа
blood vessel	кровеносный сосуд	pelvis	газ; почечная лоханка
calf	икра (голень)	pharynx	глотка, зев
cavity	полость	respiration	дыхание
cervical	шейный	respiratory tract	дыхательные пути
chamber	камера	rib	ребро
chest	грудная клетка	shoulder	плечо; плечевой сустав
cheek	щека	side	сторона, бок
chin	подбородок	sinew	сухожилие
gullet	пищевод	skull	череп
duct	канал, проток	spinal column	позвоночник, позвоночный столб
ear	ухо, ушная раковина	spleen	селезёнка

elbow	локоть	skeleton	скелет
esophagus	пищевод	skin	кожа
eye	глаз, око	trachea	трахея
extremity	конечность	thyroid	щитовидная железа
face	лицо	thigh	бедро
fauces	горло, зев, ротоглотка	trunk	туловище
finger	палец (на руке)	throat	горло, гортань; глотка
foot	ступня, стопа	tissue	ткань
forehead	лоб	vertebra	позвонок
gallbladder	желчный пузырь	viscera	внутренние органы
head	голова	vascular	сосудистый
hair	волосы	tonsil	миндалины
hand	рука (кисть)	tongue	язык
hip	бедро	tooth	зуб
intestine	кишечник	kidney	почка
jaw	челюсть	knee	колени
leg	нога	larynx	гортань

32. Опрос лексики по теме «Signs and symptoms».

Слово / фраза	Перевод
general malaise	общее недомогание
fatigue	усталость
loss of appetite and weight	потеря аппетита и веса
dry cough	сухой кашель
productive cough	влажный кашель
sputum discharge	выделение мокроты
mucopurulent sputum	слизисто-гнойная мокрота
fever, feverish	лихорадка, жар; лихорадочный
elevation of temperature	повышение температуры
cold profuse perspiration	холодное обильное потоотделение
the deformed chest	деформированная грудная клетка
a short percussion sound	короткий перкуSSIONный звук
dry rales	сухие хрипы
fine moist rales	тонкие влажные хрипы
chill, chills, chilliness	озноб
a considerable increase of leucocytes	значительное повышение лейкоцитов
accelerated ESR	повышенное СОЭ
the presence of pus in the cavity	присутствие гноя в полости
nodular surface	узловатая поверхность
a soft or firm liver	мягкая или твердая печень
edema	отек
physical overstrain	физическое перенапряжение
mental overstrain	умственное перенапряжение
the onset of pain	появление (начало) боли
to appear suddenly	появиться внезапно
dryness in the mouth	сухость во рту
nausea and vomiting	тошнота и рвота
dry tongue	сухой язык
dry lips	сухие губы
pale skin	бледная кожа
severe tenderness	сильная болезненность
a slight jaundice of sclera	слабая желтушность склер
yellowish color	желтоватая окраска
weakness	слабость
dark urine and light stool	темная моча и светлый стул
diffuse rash on the chest	обильная сыпь на грудной клетке
enlarged liver	увеличенная печень
tenderness on palpation	болезненность при пальпации
the presence of bile/fluid	наличие желчи, жидкости
considerably enlarged abdomen	значительно увеличенный живот
moderately elevated temperature	умеренно повышенная температура
drops of mucus	капли слизи
breathlessness, shortness of breath, dyspnea	одышка
dizziness	головокружение
headache	головная боль
backache	боль в спине
confusion	спутанность сознания
constipation	запор
earache	боль в ухе
sneezing	чихание
sore throat	больное горло
toothache	зубная боль
harsh murmur	грубый шум
clubbing	утолщение пальцев

obesity	ожирение
wheezing	свистящее дыхание
copious secretions	обильное выделение
obstruction	непроходимость, закупорка
hemorrhage	кровотечение
rash	rash
gripping pain	сжимающая боль
constricting pain	сжимающая боль
dehydration	обезвоживание
stiffness, the stiff neck	тугоподвижность (шеи)
anxiety	возбудимость, тревожность
splitting headache	сильная головная боль
anorexia	отсутствие аппетита
the reddened pharynx	покрасневшая глотка
hoarseness	охриплость
swelling, swollen joints	припухлость, опухшие суставы
sweating, profuse sweating	потливость, обильное потоотделение
shadowing, shadow	затемнение, тень
exacerbation	обострение
weight loss	потеря веса
bloodstained sputum	мокрота, окрашенная кровью
enlarged glands	увеличенные железы
insomnia	бессонница
suppuration	нагноение
relapses of fever	рецидивы лихорадки
mental depression	психическое расстройство
marked prostration	выраженное изнеможение
rigidity	жѐсткость
fluid retention	задержка жидкости
irritability	раздражимость
restlessness	беспокойство
tightness	чувство сжатия
distension	растяжение, вздутие
acute attack	острый приступ
delirium	бред, галлюцинации
thirst	жажда
muscle cramps	мышечные судороги
running nose, cold in the head	насморк

33. Опрос лексики по теме «CASE HISTORY».

<p>to be admitted to the hospital on admission on entry to be examined to be discharged from at the age of male \ female December 31, at various times well-nourished well-developed malnourished obese person weight loss weight gain generalized weakness profuse perspiration irritability temperature elevation recurrence of the disease duration of the disease outcome of the disease clinical characteristics of the disease manifestations onset of the disease exacerbation course of the disease treatment to fall ill to be ill to be well initial diagnosis to make the diagnosis to confirm the diagnosis to relieve pain to feel \ have\ experience pain</p>	<p>быть госпитализированным при госпитализации при поступлении осматриваться, обследоваться выписываться из в возрасте мужчина \ женщина on the thirty-first of December в различные промежутки времени хорошо упитанный хорошо развитый плохо упитанный тучный человек потеря веса прибавка в весе общая слабость обильное потоотделение раздражимость, беспокойство повышение температуры рецидив заболевания длительность заболевания результат заболевания клиническая картина заболевания проявления начало заболевания обострение течение \ход заболевания лечение заболеть болеть быть здоровым первоначальный диагноз ставить диагноз подтвердить диагноз облегчать боль испытывать боль</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

to complain of chief complaint present complaints gradual improvement to respond well to antibiotics	жаловаться главная жалоба настоящие жалобы постепенное улучшение хорошо реагировать на лечение антибиотиками прослушивать сердце и легкие прощупывать пульс анализ крови
to listen to the heart and lungs to feel the pulse blood analysis\ test\ examination count	боль легкая сильная умеренная внезапная острая резкая, острая легкая, незначительная выраженная общая, распространенная тупая (по характеру) выраженная болезненный, чувствительный мягкий припухший ничем не примечательный без осложнений осложнения без осложнений припухлость отек масса, опухоль опухоль рак оперироваться по поводу... улучшаться ухудшаться измерять выявлять не способствовать постановке диагноза оставаться остро и серьезно больным стать вполне очевидным с (без) признаков \ данных ранее, до до, раньше до после вскоре после изредка, время от времени значительно фактически приблизительно скудный, недостаточный
pain mild severe moderate sudden acute sharp slight marked generalized dull pronounced	
tender soft swollen unremarkable uneventful complications without complications swelling edema mass tumor cancer	
to be operated for... to become better to become worse to measure to reveal to be noncontributory to remain acutely and seriously ill to become quite evident with(out) evidence prior previously before after shortly after occasionally considerably actually approximately scanty	

34. Опрос лексики по теме «Diseases».

angina pectoris	стенокардия, грудная жаба
anorexia	анорексия, отсутствие аппетита.
appendicitis	аппендицит
apoplexy	инсульт
benign tumor	доброкачественная опухоль
burn	ожог
cancer	рак
chicken-pox	ветрянка
diphtheria	дифтерит, дифтерия
indigestion	нарушение работы желудка
inflammation	воспаление
influenza, flu	грипп
jaundice	желтуха
heart failure	сердечная недостаточность, сердечная слабость
hepatic failure	печеночная недостаточность
renal failure	почечная недостаточность
hernia	грыжа
fracture	перелом
hypertension	гипертония
hypotension	гипотония
measles	корь
mumps	свинка, паротит эпидемический

myocardial infarction	инфаркт миокарда
poisoning	отравление
quinsy	острый, гнойный тонзиллит, ангина
rickets	рахит
rheumatism	ревматизм
scarlet fever	скарлатина
ulcer	язва
whooping-cough	коклюш
duodenal ulcer	язва двенадцатиперстной кишки
bronchitis	бронхит
pneumonia	пневмония
tuberculosis (TB)	туберкулез
endocarditis	эндокардит
gastritis	гастрит
hepatitis	гепатит
cholecystitis	холецистит
peritonitis	перитонит
infectious disease	инфекционное заболевание
smallpox	оспа
emphysema	эмфизема
asthma	астма
tetanus	столбняк
cholera	холера
anthrax	сибирская язва
plague	чума
diabetes mellitus	сахарный диабет
AIDS	СПИД
heart trouble	заболевание сердца
hydrophobia (rabies)	водобоязнь (бешенство)
yellow fever	желтая лихорадка
malignant tumor	злокачественная опухоль

35. Собеседование по теме «At the Doctor's».

Phrases for perfect communication

Фраза	Перевод
How are you feeling today?	Как Вы себя сегодня чувствуете?
How long have you been feeling like this?	Как долго Вы себя так чувствуете?
Can you tell me what the problem is?	Скажите, пожалуйста, в чем проблема
Have you got any other symptoms?	Есть ли у Вас какие-либо другие симптомы?
When did you notice the symptoms? When did the symptoms start?	Когда вы заметили симптомы? Когда начались симптомы?
How long did the symptoms last?	Как долго продолжались симптомы?
Do you have any problems walking / breathing?	Есть ли у Вас какие-либо проблемы при ходьбе / дыхании?
Do you have any pain when you breathe in?	Вы чувствуете боль при вдохе?
Is this the first time this has happened?	С Вами подобное впервые?
How long have you had the cough?	Как давно у Вас кашель??
Have you taken your temperature?	Вы измерили температуру?
Did you take any medicine?	Вы принимали какое-либо лекарство?
Does anything make your pain worse / better?	Что-то усиливает/ облегчает Вашу боль?
How would describe the pain?	Как бы Вы описали боль?
Is your weight steady?	У Вас стабильный вес?
Do you smoke?	Вы курите?
Where does it hurt? / Where is the pain? / Show me where it hurts?	Где у Вас болит? Покажите мне, где болит.
Could you lie on the couch?	Вы можете лечь на кушетку?
Does it hurt when I press here?	Вам больно, когда я сюда нажимаю?
I'm going to take your blood pressure / temperature.	Я собираюсь измерить Вам давление / температуру.
Take a deep breath	Сделайте глубокий вдох
Breathe in	Вдохните
Breathe out	Выдохните
Don't breathe	Не дышите
Open your mouth	Откройте рот
Stand up	Вставайте
Could you roll up your sleeve?	Не могли бы Вы закатать рукав?
You need to have a blood test	Вам необходимо сделать анализ крови.
I'll give you a prescription. Take this medicine two times a day (before meals / after meals).	Я дам Вам рецепт. Принимайте это лекарство два раза в день (до еды / после еды)
The patient made a full / complete recovery.	Пациент полностью выздоровел

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Письменный ответ	Устный ответ	Оценка по 5-балльной
------------------	--------------	----------------------

		системе
Обучающийся показал твердые знания и умения по всем разделам программы данной дисциплины. Понимает логику построения грамматических конструкций. Допустил не более 1 ошибки.	Обучающийся уверенно ориентируется в лексико-грамматическом материале в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить ошибку.	5
Обучающийся показал хорошие знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения грамматических конструкций. Допустил 2-3 ошибки при переводе текста; - допустил 1-2 орфографических ошибки при письменном опросе лексики; - допустил 1-2 ошибки при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить допущенные ошибки.	4
Обучающийся показал удовлетворительные знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения большинства грамматических конструкций. Допустил 4-5 ошибок при переводе текста; - допустил 3 орфографических ошибки при письменном опросе лексики; - допустил 3-4 ошибки при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен проанализировать и исправить допущенные ошибки.	3
Обучающийся показал слабые знания и умения по основным разделам программы. Выполнил менее 60% задания, либо допустил: более 5 ошибок при переводе текста; более 3 орфографических ошибок при письменном опросе лексики; - более 4 ошибок при выполнении контрольных упражнений по грамматике.	Обучающийся имеет слабое представление о принципах построения грамматических конструкций. Нетвердо знает лексический материал. Плохо анализирует собственные ошибки.	2

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание 1: лексический (1200 - 1400 лексических единиц) и грамматический минимум, необходимый для чтения и перевода со словарем иностранных текстов профессиональной направленности; Знание 2: основные особенности фонетического, грамматического и лексического аспектов английского языка; Знание 3: специальная медицинская терминология на иностранном языке, употребляемая в научных аутентичных текстах; Знание 4: основные приемы перевода специального текста.	Вопросы 1-23, 31-35; задачи 11-15 Вопросы 1-23, 31-35; задачи 11-15 Вопросы 31-35; задачи 11-15 Задачи 1-10
Умение 1: общаться (устно и письменно) на иностранном языке на профессиональные и повседневные темы; Умение 2: переводить (со словарем) иностранные тексты профессиональной направленности.	Вопросы 24-30, 35 Задачи 1-10

4. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА»

Критерии оценок по дисциплине «Физическая культура» текущей успеваемости обучающихся

Тесты определения физической подготовленности обучающихся основной и подготовительной медицинской группы здоровья

Юноши

Название норматива/балл	5	4	3	2
100м	13.2	13.8	14.0	14.3
3000м	12.0	12.35	13.10	13.50
Прыжок в длину с места	250	240	230	220
Подтягивание из виса на высокой перекладине	15	12	10	8
Скакалка за 1минуту	140	130	120	110
Гибкость	15	12	10	8
Челночный бег 4х9	9.2	9.6	10.0	10.4
Льжи 5000м	23.30	25.30	26.50	27.50
Метание спортивного снаряда 700гр.	45	40	35	30
Отжимания в упоре лежа на полу	60	50	40	30

Брусья	15	12	10	8
300м	48	51	55	1.00
Стрельба из пневматической винтовки из положения сидя, дистанция – 10 м (очки)	25	20	15	10

Девушки

Название норматива/балл	5	4	3	2
100м	15.7	16.0	17.0	17.9
2000м	10.15	10.50	11.15	11.50
Прыжки в длину с места	190	180	170	160
Скакалка за 1 минуту	140	130	120	110
Подтягивание из виса лежа на низкой перекладине	20	15	10	7
Гибкость	20	15	10	7
Отжимание в упоре лежа на полу	15	12	10	8
3000 м лыжи	18.00	19.30	20.30	21.30
Челночный бег 4х9	10.0	10.5	11.0	11.5
300 м	58	1.02	1.08	1.15
Пресс за 1 минуту	50	40	35	30
Метание спортивного снаряда 500гр.	25	20	15	12
Стрельба из пневматической винтовки из положения сидя, дистанция – 10 м (очки)	25	20	15	10

Тесты определения физической подготовленности обучающихся специальной медицинской группы здоровья
Юноши

Обязательные нормативы/задания				
1	Тест Купера (12-минутная ходьба\бег)	без учета времени – 3 балла		
2	Бег на лыжах 2 км (весенний семестр)	без учета времени – 3 балла		
Нормативы по выбору с учетом имеющегося заболевания		5	4	3
3	Бег 60 метров (сек.)	9.0	9.5	9.8 и более
4	Прыжок в длину с места (см.)	225	215	205 и менее
5	Наклон вперед (см.)	6	4	3 и менее
6	Подтягивание на перекладине (кол-во раз)	9	7	6 и менее
7	Сгибание и разгибание рук в упоре лежа в упоре лежа (кол-во раз)	20	16	12 и менее
8	Прыжки через скакалку (кол-во раз за 30 сек.)	60	55	50 и менее
9	Стрельба из пневматической винтовки из положения сидя, дистанция – 10 м (очки)	25	20	15 и менее

Девушки

Обязательные нормативы\задания				
1	Тест Купера (12-минутная ходьба\бег)	без учета времени – 3 балла		
2	Бег на лыжах 1 км (весенний семестр)	без учета времени – 3 балла		
Нормативы по выбору с учетом имеющегося заболевания		5	4	3
3	Бег 60 метров (сек.)	10.7	11.2	11.6 и более
4	Прыжок в длину с места (см.)	170	160	150 и менее
5	Наклон вперед (см.)	8	6	5 и менее
6	Опускание и поднятие туловища (кол-во раз)	40	30	25 и менее
7	Сгибание и разгибание рук в упоре лежа в упоре лежа (кол-во раз)	15	10	6 и менее
8	Стрельба из пневматической винтовки из положения сидя, дистанция – 10 м (очки)	25	20	15 и менее

Контрольные упражнения по результатам освоения обучающимися разделов дисциплины «Физическая культура»

Раздел дисциплины	Контрольное упражнение	Критерии оценки/балл			
		5	4	3	2
Легкая атлетика	Техника эстафетного бега	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
	Техника спортивной ходьбы	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более

			ошибкой		ошибками
Гимнастика	Строевые приемы: перестроение в 2,3 шеренги, в 2,3 колонны; противходом; «змейкой»	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
	Акробатическая комбинация (8-10 элементов)	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
Баскетбол	Техника передачи мяча от груди двумя руками, 10 передач	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
	Штрафные броски, 10 раз	Забил 8 из 10	Забил 6 из 10	Забил 4 из 10	Забил 3 из 10
Волейбол	Техника верхней передачи двумя руками, 5 передач	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
	Техника приема мяча снизу двумя руками, 5 раз	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
Туризм	Вязка 10 узлов	8 из 10	6 из 10	4 из 10	3 из 10
	Установка палатки	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
Футбол	Набивание мяча одной ногой	8	6	4	3
	Исполнение 10 штрафных ударов в створы ворот	Забил 8 из 10	Забил 6 из 10	Забил 4 из 10	Забил 2 из 10
Настольный теннис	Набивание мяча тыльной стороной ракетки 100 раз	80 из 100	60 из 100	40 из 100	20 из 100
	Набивание мяча поочередно ладонной и тыльной стороной ракетки 100 раз	80 из 100	60 из 100	40 из 100	20 из 100

В конце каждого семестра обучающийся получает «зачтено» по дисциплине «Физическая культура» если средний балл за его текущую успеваемость не ниже 3,0. Средний балл рассчитывается по формуле:

$$Y = (n_1 + n_2 + \dots + n_k) / K,$$

где Y – успеваемость
n – оценка за контрольные упражнения
K – количество оценок

Критерии оценок по дисциплине «Физическая культура» текущей успеваемости обучающихся освобожденных от практических занятий

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, при наличии конспекта занятия, оформленного в соответствии с требованиями. Имеет знания материала, но допускает неточности в терминологии, использует недостаточно правильные формулировки, совершает нарушения последовательности изложения материала и испытывает трудности в организации группы.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, при наличии конспекта занятия, оформленного в соответствии с требованиями, твердо знающему материал, грамотно и по существу его излагающему, который не допускает существенных неточностей, правильно применяет терминологию, но испытывает трудности в организации группы.

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, при наличии конспекта занятия, оформленного в соответствии с требованиями, глубоко и прочно усвоившему материал, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически верно строит занятие. При этом студент не испытывает трудности в организации группы.

Критерии оценок промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Физическая культура»

На дифференцированном зачете обучающимся необходимо сдать зачет на теоретические знания в сфере физической культуры и практические умения. Каждый билет состоит из трех вопросов: два теоретических и один практический. Обучающиеся, освобожденные от практических занятий, отвечают на практический вопрос устно (раскрыть технику выполнения норматива или контрольного упражнения).

Критерии оценивания ответа обучающегося на теоретическую часть зачета

Уровень подготовки студента оценивается в баллах: "5" (отлично), "4" (хорошо), "3" (удовлетворительно), "2" (неудовлетворительно).

"5" (отлично) – за глубокое и полное овладение содержанием учебного материала, в котором студент легко ориентируется, умение связывать теорию с практикой, решать практические задачи, высказывать и обосновывать свои суждения. Отличная оценка предполагает грамотное, логическое изложение ответа, качественное внешнее оформление.

"4" (хорошо) – если студент полно освоил учебный материал, ориентируется в изученном материале, осознанно применяет знания для решения практических задач, грамотно излагает ответ, но содержание и форма ответа имеют отдельные неточности.

"3" (удовлетворительно) – если студент обнаруживает знания и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, в применении знаний для решения практических задач, не умеет доказательно обосновывать свои суждения.

"2" (неудовлетворительно) – если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал, не может применять знания для решения

практических задач.

Критерии оценивания выполнения практической части зачета для обучающихся основной и подготовительной медицинской группы здоровья

Юноши

№ п/п	Название норматива/балл	5	4	3	2
1	100м	13.2	13.8	14.0	14.3
2	Прыжок в длину с места	250	240	230	220
3	Подтягивание из виса на высокой перекладине	15	12	10	8
4	Скакалка за 1 минуту	140	130	120	110
5	Гибкость	15	12	10	8
6	Челночный бег 4х9	9.2	9.6	10.0	10.4
7	Отжимания в упоре лежа на полу	60	50	40	30
8	Брусья	15	12	10	8
9	300м	48	51	55	1.00

Девушки

	Название норматива/балл	5	4	3	2
10	100м	15.7	16.0	17.0	17.9
11	Прыжки в длину с места	190	180	170	160
12	Скакалка за 1 минуту	140	130	120	110
13	Подтягивание из виса лежа на низкой перекладине	20	15	10	7
14	Гибкость	20	15	10	7
15	Отжимание в упоре лежа на полу	15	12	10	8
16	Челночный бег 4х9	10.0	10.5	11.0	11.5
17	300 м	58	1.02	1.08	1.15
18	Пресс за 1 минуту	50	40	35	30

Критерии оценивания выполнения практической части зачета для обучающихся специальной медицинской группы здоровья

Юноши

Контрольные нормативы		5	4	3
1	Тест Купера (12-минутная ходьба\бег)	без учета времени – 3 балла		
2	Бег 60 метров (сек.)	9.0	9.5	9.8 и более
3	Прыжок в длину с места (см.)	225	215	205 и менее
4	Наклон вперед (см.)	6	4	3 и менее
5	Подтягивание на перекладине (кол-во раз)	9	7	6 и менее
6	Сгибание и разгибание рук в упоре лежа в упоре лежа (кол-во раз)	20	16	12 и менее
7	Прыжки через скакалку (кол-во раз за 30 сек.)	60	55	50 и менее

Девушки

Контрольные нормативы		5	4	3
1	Тест Купера (12-минутная ходьба\бег)	без учета времени – 3 балла		
2	Бег 60 метров (сек.)	10.7	11.2	11.6 и более
3	Прыжок в длину с места (см.)	170	160	150 и менее
4	Наклон вперед (см.)	8	6	5 и менее
5	Опускание и поднятие туловища (кол-во раз)	40	30	25 и менее
6	Сгибание и разгибание рук в упоре лежа в упоре лежа (кол-во раз)	15	10	6 и менее

7	Прыжки через скакалку (кол-во раз за 30 сек.)	65	60	55 и менее
---	-----------------------------------------------	----	----	------------

Контрольные упражнения для основной, подготовительной и специальной групп здоровья

Раздел дисциплины	№ п/п	Контрольное упражнение	5	4	3	2
Легкая атлетика	1	Техника эстафетного бега, 100 м	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
	2	Техника спортивной ходьбы, 250 м	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
Гимнастика	3	Строевые приемы: перестроение в 2,3 шеренги, в 2,3 колонны; противоходом; «змейкой»	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
	4	Акробатическая комбинация (8-10 элементов)	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
Баскетбол	5	Техника передачи мяча от груди двумя руками, 10 передач	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
	6	Штрафные броски, 10 раз	Забил 8 из 10	Забил 6 из 10	Забил 4 из 10	Забил 3 из 10
Волейбол	7	Техника верхней передачи двумя руками, 5 передач	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
	8	Техника приема мяча снизу двумя руками, 5 раз	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
Туризм	9	Вязка 10 узлов	8 из 10	6 из 10	4 из 10	3 из 10
	10	Установка палатки	Выполнено без ошибок	Выполнено с незначительной ошибкой	Выполнено с двумя ошибками	Выполнено с тремя и более ошибками
Футбол	11	Набивание мяча одной ногой	8	6	4	3
	12	Исполнение 10 штрафных ударов в створы ворот	Забил 8 из 10	Забил 6 из 10	Забил 4 из 10	Забил 2 из 10
Настольный теннис	13	Набивание мяча тыльной стороной ракетки 100 раз	80 из 100	60 из 100	40 из 100	20 из 100
	14	Набивание мяча поочередно ладонной и тыльной стороной ракетки 100 раз	80 из 100	60 из 100	40 из 100	20 из 100

Вопросы к дифференцированному зачету (теоретическая часть)

1. Современное состояние физической культуры и спорта в мире, в стране, в городе.
2. Общие требования по технике безопасности на занятиях по легкой атлетике. Основные термины в легкой атлетике. Элементарные правила соревнований по легкой атлетике
3. Охарактеризовать технику спортивной ходьбы
4. Охарактеризовать технику спринтерского бега
5. Охарактеризовать технику эстафетного бега.
6. Охарактеризовать технику прыжка в длину с разбега.
7. Охарактеризовать технику бега на средние дистанции.
8. Охарактеризовать технику челночного бега.
9. Общие требования по технике безопасности на занятиях по гимнастике, предупреждение травматизма, страховка, гимнастическая терминология.
10. Охарактеризовать строевые упражнения.
11. Охарактеризовать строевые упражнения- построения, перестроения.
12. Охарактеризовать строевые упражнения- смыкания и размыкания.
13. Охарактеризовать строевые упражнения- упражнения на равновесие.
14. Охарактеризовать технику акробатических упражнений
15. Общие требования по технике безопасности на занятиях по лыжной подготовке.
16. Лыжная подготовка и лыжный спорт, их краткая характеристика.
17. Классификация способов передвижения на лыжах.
18. Техника выполнения попеременного двухшажного хода.
19. Техника выполнения одновременного лыжного хода.
20. Техника выполнения спусков и подъемов.

21. Техника выполнения одновременного одношажного и двухшажного ходов.
22. Общие требования по технике безопасности в спортивной игре «Баскетбол».
23. Правила игры в спортивной игре «Баскетбол».
24. Судейские жесты в спортивной игре «Баскетбол».
25. Перечислить и охарактеризовать разновидности передач в спортивной игре «Баскетбол».
26. Перечислить и охарактеризовать разновидности бросков мяча в спортивной игре «Баскетбол».
27. Охарактеризовать технику ведения мяча в спортивной игре «Баскетбол».
28. Общие требования по технике безопасности на занятиях по легкой атлетике.
29. Охарактеризовать технику спортивной ходьбы
30. Охарактеризовать технику спринтерского бега
31. Охарактеризовать технику эстафетного бега.
32. Охарактеризовать технику прыжка в длину.
33. Охарактеризовать технику метания гранаты.
34. Охарактеризовать технику бега на средние дистанции.
35. Охарактеризовать технику челночного бега.
36. Общие требования по технике безопасности на занятиях по гимнастике, предупреждение травматизма.
37. Характеристика базовых (общеразвивающих) видов гимнастики
38. Характеристика специальных (прикладных) видов гимнастики.
39. Характеристика спортивных видов гимнастики (массовая и специализированная гимнастика).
40. Сущность и значение гимнастической терминологии. Требования, предъявляемые к терминологии.
41. Классификация и характеристика ОРУ.
42. Выполнить акробатическую комбинацию (10-14 элементов)
43. Общие требования по технике безопасности на занятиях по лыжной подготовке.
44. Типы и разновидности лыжного спорта и их характеристика.
45. Классификация способов передвижения на лыжах.
46. Основные элементы техники передвижения на лыжах.
47. Лыжный инвентарь и уход за ним.
48. Техника спусков и подъемов на лыжах.
49. Общие требования по технике безопасности в спортивной игре «Волейбол».
50. Правила игры в спортивной игре «Волейбол»
51. Судейские жесты в спортивной игре «Волейбол».
52. Виды передач в спортивной игре «Волейбол».
53. Виды подач в спортивной игре «Волейбол».
54. Тактические действия в спортивной игре «Волейбол».
55. Общие требования по технике безопасности на занятиях по легкой атлетике.
56. Значение легкой атлетики в системе оздоровительных мероприятий.
57. Влияние ходьбы и бега на организм человека.
58. Контроль и самоконтроль здоровья и физической подготовленности у лиц занимающихся оздоровительным бегом и ходьбой.
59. Охарактеризовать технику метания гранаты.
60. Охарактеризовать технику челночного бега.
61. Общие требования по технике безопасности на занятиях футболом.
62. Правила игры в спортивной игре «Футбол».
63. Судейские жесты в спортивной игре «Футбол».
64. Разметка площадки в спортивной игре «Футбол».
65. Техника передач мяча в спортивной игре «Футбол».
66. Техника ударов мяча в спортивной игре «Футбол».
67. Техника приемов мяча в спортивной игре «Футбол».
68. Основы туризма: туристический быт, туристическое снаряжение.
68. Страховка, само страховка в туризме.
69. Устройство бивака.
70. Общие требования по технике безопасности на занятиях настольным теннисом.
71. Правила соревнований в спортивной игре "Настольный теннис".
72. Исходные положения (стойки) и способы передвижений в спортивной игре "Настольный теннис".
73. Способы хвата ракетки и атакующих ударов в спортивной игре "Настольный теннис".
74. Виды ударов в спортивной игре "Настольный теннис".
75. В иды подач в спортивной игре "Настольный теннис".

Оценка знаний студента на зачете с дифференцированной оценкой выводится по частным оценкам ответов на вопросы билета.

При трех частных оценках выводится:

"отлично" - если в частных оценках не более одной оценки "хорошо", остальные - "отлично";

"хорошо" - если в частных не более одной оценки "удовлетворительно";

"удовлетворительно" - если в частных не более одной оценки

"неудовлетворительно"- если одна оценка "неудовлетворительно", а остальные не выше чем "удовлетворительно" или две оценки "неудовлетворительно".

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание 1: о роли физической культуры в общекультурном, профессиональном и социальном развитии человека; основы здорового образа жизни	Вопросы 1-75
Умение 1: использовать физкультурно-оздоровительную деятельность для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей	Контрольные нормативы 1-18; Контрольные упражнения 1-14

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ»

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ

ТЕМА 1. ОБЩЕНИЕ В СТРУКТУРЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ И МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Форма текущего контроля: письменная (выполнение учебного задания).

Задание: Определите вид общения.

- Общение с близким человеком по телефону.
- Общение преподавателя и студента на лекции.
- Общение людей на митинге.
- Прослушивание теле(радио)передачи.
- Деловая переписка с представителем конкурирующей фирмы.
- Общение членов семьи вечером за ужином.
- Общение кондуктора с безбилетным пассажиром в транспорте.
- Просмотр вечерних новостей по телевидению.

Критерии оценки:

- «отлично» - студент верно определил все виды общения;
- «хорошо» - студент верно определил 6-7 видов общения;
- «удовлетворительно» - студент верно определил 4-5 видов общения;
- «неудовлетворительно» - студент верно определил менее 4 видов общ-

ния.

Форма текущего контроля: письменная (выполнение учебного задания).

Задание: Определите тип общения.

- Диалогическое межличностное общение.
- Манипулятивное общение.
- Фатическое общение.
- Личностное общение.
- Диалогическое формальное общение.
- Императивное общение.
- Информационное общение.
- Личностное общение.

Критерии оценки:

- «отлично» - студент верно определил все типы общения;
- «хорошо» - студент верно определил 6-7 типов общения;
- «удовлетворительно» - студент верно определил 4-5 типов общения;
- «неудовлетворительно» - студент верно определил менее 4 типов обще-

ния.

ТЕМА 2. КОММУНИКАТИВНАЯ СТОРОНА ОБЩЕНИЯ

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Понятие коммуникации. Структура и схема коммуникации.

Рефлексивное и нереплексивное слушание в процессе коммуникации.

Понятие и виды коммуникативных барьеров.

Вербальные компоненты общения.

Невербальная коммуникация и ее специфика.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля: письменная (письменное задание).

Задание: Заполните таблицу «Рефлексивное слушание в процессе общения».

Ситуация	Особенности проявления модели коммуникативного процесса (Что нарушено?)	Приемы рефлексивного слушания для прояснения ситуации
Один из партнеров употребил какое-то незнако-мое слово или термин		
Говорящий уклоняется от темы и не сообщает той информации, которую вы от него ждете		
Партнер только что про-изнес нечто, не очень со- гласующееся с его преды- дущим утверждением, и вы хотите это уточнить		
Вам хотелось бы узнать мнение партнера о том, что вами было высказано		
Партнер не согласился с частью из сказанного ва-ми, и вы хотите уточнить причину этого неприятия		

Критерии оценки:

«отлично» - студент верно выполнил задание, с опорой на учебный ма- териал; полно и содержательно раскрыл условия задания; аргументированно обосновал свое мнение;

«хорошо» - студент в целом верно выполнил задание, с опорой на учеб- ный материал; однако не все условия задания раскрыты полно и содер- жатель- но; в аргументации своего мнения испытывает затруднения;

«удовлетворительно» - студент выполнил задание, однако допустил ряд серьезных ошибок, не соответствующих изложенному учебному материалу; условия задания раскрыты поверхностно; аргументация собственного мнения слабая;

«неудовлетворительно» - студент плохо понял условия задания; отсут- ствует заполнение большинства столбцов и строк таблицы; аргументация соб- ственного мнения слабая отсутствует.

Форма текущего контроля: письменная (решение учебной задачи).

Задание: Дополните схему модели коммуникативного процесса.

Кто? (передаёт сообщение) – __.

Что? (передаётся) – __.

Как? (осуществляется передача) – _____.

Кому? (направлено сообщение) – _____.

С каким – _____.

Критерии оценки:

«отлично» - студент вставил все слова правильно, в соответствии с сущ- ностью коммуникативного процесса, изложенным в учебной литературе;

«хорошо» - студент допустил 1 ошибку;

«удовлетворительно» - студент допустил 2 ошибки;

«неудовлетворительно» - студент допустил 3 ошибки.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (письменное за-дание).

Задание: Заполните таблицу «Коммуникативные барьеры».

Субъекты общения	Виды коммуникативных барьеров	Приемы преодоления барьеров
Родители – дети		
Преподаватель – студент		
Фельдшер – пациент		

Критерии оценки:

«отлично» - студент верно выполнил задание, с опорой на учебный ма- териал; полно и содержательно раскрыл условия задания; аргументированно обосновал свое мнение;

«хорошо» - студент в целом верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; однако не все условия задания раскрыты полно и содержательно; в аргументации своего мнения испытывает затруднения;
«удовлетворительно» - студент выполнил задание, однако допустил ряд серьезных ошибок, не соответствующих изложенному учебному материалу; условия задания раскрыты поверхностно; аргументация собственного мнения слабая;
«неудовлетворительно» - студент плохо понял условия задания; отсутствует заполнение большинства столбцов и строк таблицы; аргументация собственного мнения отсутствует.

ТЕМА 3. ИНТЕРАКТИВНАЯ СТОРОНА ОБЩЕНИЯ

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Сущность интеракции. Функциональные единицы взаимодействия в общении.

Транзакции и транзакционный анализ в общении.

Формы межличностного взаимодействия.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля: устная (решение учебной задачи).

Задание: Определите типы транзакций в следующих диалогах.

Ситуация А.

Что стало с молодежью? Она совсем распустилась!

Да, в их годы мы были скромнее.

Ситуация Б.

А не сорваться ли нам в кино, пока нет начальства?

Будьте добры, передайте мне ведомости за прошлый квартал!

Ситуация В.

Сходи, погуляй с Джерри. Заодно зайдешь за хлебом.

Видишь, я занят! А тебе, что, лень от телевизора оторваться?

Ситуация Г.

Не хотите ли взглянуть на наши конюшни?

Ах, я с детства обожаю лошадок!

Критерии оценки:

«отлично» - студент определил все транзакции верно, в соответствии с сущностью транзактного анализа, изложенного в учебной литературе;

«хорошо» - студент допустил 1 ошибку;

«удовлетворительно» - студент допустил 2 ошибки;

«неудовлетворительно» - студент допустил 3 ошибки.

ТЕМА 4. ПЕРЦЕПТИВНАЯ СТОРОНА ОБЩЕНИЯ

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Сущность и роль социальной перцепции в общении.

Механизмы социальной перцепции: понятие, виды, специфика.3. Эффекты и стереотипы восприятия человека человеком.

4. Социальные установки и их роль в общении.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля: устная (анализ результатов эксперимента).

Задание: Проанализируйте эксперимент.

Двум группам студентов показали фотографию одного и того же человека. Первой группе сообщили, что этот человек – закоренелый преступник, а второй, что он выдающийся ученый. После этого каждой группе было предложено составить словесный портрет человека на фотографии. В первом случае были получены соответствующие характеристики: глубоко посаженные глаза свидетельствовали о тайной злобе, выдающийся подбородок – решимость

«пойти до конца» в преступлении и т.п. Во второй группе такие же глубоко посаженные глаза говорили о глубине мысли, а выдающийся подбородок – о силе воли в преодолении трудностей на пути познания и т.п.

О каких феноменах социальной перцепции идет речь в данном эксперименте?

Критерии оценки:

«отлично» - студент верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; полно и содержательно ответил на поставленный вопрос; аргументированно обосновал свое мнение;

«хорошо» - студент в целом верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; однако с небольшими неточностями ответил на поставленный вопрос; в аргументации своего мнения испытывал затруднения;

«удовлетворительно» - студент выполнил задание, однако допустил ряд серьезных ошибок, не соответствующих учебному материалу и условиям задания; на поставленный вопрос ответил поверхностно; аргументация собственного мнения слабая;

«неудовлетворительно» - студент плохо понял условия задания; на поставленный вопрос не ответил; аргументация собственного мнения отсутствует.

Форма текущего контроля: письменная (составление ассоциативного ряда).

Задание: Напишите по 15 ассоциаций на приведенные ниже словосоче-

тания:

- а) профессор университета;б) фашист;
- в) футбольный фанат;г) фельдшер;
- д) любящая мама; е) дряхлый старик;ж) новый русский;з) цыганка.

количество ассоциаций;

Критерии оценки:

разнообразие и широта ассоциаций;
неординарность ассоциаций;
опора на собственный жизненный опыт и/или литературу (кино и т.п.).

Форма текущего контроля: письменная (письменное задание).

Задание: Приведите примеры из жизни и/или художественной литературы (кино), иллюстрирующие разрыв между воспринимаемым и передаваемым имиджем человека. Проанализируйте причины разрыва.

Критерии оценки:

«отлично» - студент верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; полно и содержательно раскрыл приведенные примеры; продемонстрировал анализ; аргументированно обосновал свое мнение;

«хорошо» - студент в целом верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; однако с небольшими неточностями раскрыл приводимые примеры; затруднялся в анализе; в аргументации своего мнения испытывал затруднения;

«удовлетворительно» - студент выполнил задание, однако допустил ряд серьезных ошибок, не соответствующих учебному материалу и условиям задания; приводимых примеров – не более 3; анализ и аргументация собственного мнения слабые;
«неудовлетворительно» - студент плохо понял условия задания; затруднился привести данные примеры; анализ и аргументация собственного мнения отсутствуют.

ТЕМА 5. РОЛИ И РОЛЕВЫЕ ОЖИДАНИЯ В ОБЩЕНИИ

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Понятие и виды социальных ролей.

Гендерные роли в общении, особенности их учета.

Психологические типы субъектов общения, их влияние на процесс общения.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля: письменная (решение учебной задачи).

Задание: Вставьте пропущенные слова.

Социальная роль – это социальная _____, имеющая воплощение на уровне общественного сознания в ожиданиях, _____ и _____ и реализуемая в социальном конкретном человеке. Процесс развития личности – _____ освоения социальных ролей.

Ожидания – _____ окружающих к данному человеку, выступающие в форме _____. Они определяются теми _____, которые человек должен выполнять, исходя из своего социального _____, положения в обществе и социальной _____.

Критерии оценки:

«отлично» - студент вставил все слова абсолютно верно или допустил ошибку в 2 словах;

«хорошо» - студент вставил верно от 6 до 8 слов из 10;

«удовлетворительно» - студент вставил верно от 4 до 5 слов из 10;

«неудовлетворительно» - студент вставил верно менее 4 слов из 10.

Форма текущего контроля: письменная (решение учебной задачи).

Задание: Соотнесите характеристики социальной роли и их содержание.

Характеристики социальной роли:

Масштаб.

Способ получения.

Уровень эмоциональности.

Формализация.

Мотивация.

Содержание:

А. Зависит от потребностей и мотивов человека.

Б. Определяется спецификой межличностных отношений носителя данной роли.

В. Зависит от того, насколько неизбежной является эта роль для человека.

Г. Несет в себе возможности проявления переживаний и сдержанности человека.

Д. Зависит от диапазона межличностных отношений.

Критерии оценки:

«отлично» - студент установил все соответствия верно, в соответствии с сущностью социальной роли, изложенной в учебной литературе;

«хорошо» - студент допустил 1 ошибку;

«удовлетворительно» - студент допустил 2 ошибки;

«неудовлетворительно» - студент допустил 3 ошибки.

Форма текущего контроля: письменная (решение учебной задачи).

Задание: Соотнесите проблемы освоения социальной роли и их основные характеристики.

Проблемы освоения социальной роли:

Проблемы трудности усвоения.

Проблема неприятия роли.

Проблема нарушения меры усвоения социальной роли.

Характеристики:

А. Роль используется как инструмент, как орудие достижения определенной цели.

Б. Существенное значение имеют ЗУН человека, практический жизненный опыт.

В. Своим поведением личность демонстрирует, что она и её социальная роль – не одно и то же.

Критерии оценки:

«отлично» - студент установил все соответствия верно, в соответствии с сущностью социальной роли, изложенной в учебной литературе;

«хорошо» - студент допустил 1 ошибку;

«удовлетворительно» - студент допустил 2 ошибки;

«неудовлетворительно» - студент не установил ни одного верного соответствия.

Форма текущего контроля: устная (анализ проблемной ситуации).

Задание: Дайте анализ приведенного ниже высказывания.

«Большинство детей с радостью идут в школу, но вскоре освоение социальной роли школьника превращается для некоторых в настоящее испытание».

К какому аспекту освоения социальной роли (техническому или смысловому) вы отнесете описанный пример?

Объясните данный феномен.

Приведите примеры из жизни (кино, художественной литературы), иллюстрирующие подобный и другие проблемы и факторы освоения и реализации социальной роли.

Критерии оценки:

«отлично» - студент верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; полно и содержательно ответил на поставленные вопросы; аргументированно обосновал свое мнение;

«хорошо» - студент в целом верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; с небольшими неточностями ответил на поставленные вопросы; в аргументации своего мнения испытывал затруднения;

«удовлетворительно» - студент выполнил задание, однако допустил ряд серьезных ошибок, не соответствующих учебному материалу и условиям ситуации; на поставленные вопросы ответил поверхностно; аргументация собственного мнения слабая; «неудовлетворительно» - студент плохо понял условия задания; на поставленные вопросы не ответил; аргументация собственного мнения отсутствовала.

ТЕМА 6. ДЕЛОВОЕ ОБЩЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ

Самостоятельная работа 1

Форма текущего контроля: устная (решение ситуационных (профессиональных задач).

Задание: Решите ситуационные (профессиональные) задачи.

Задача 1.

В кабинете онколога при очередной диспансеризации между больной А. и врачом произошел такой диалог:

Сколько вам лет?

Пятьдесят.

Есть ли у вас опухоли?

Вроде бы нет.

Странно! В вашем возрасте уже что-нибудь может быть.

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 2.

Ребенок 5 лет боится сесть в стоматологическое кресло, с трудом открывает рот для осмотра и плачет даже при одном виде инструментов.

Врач при-

крикивает на него и говорит: «Если ты немедленно не успокоишься, то тебя будут лечить бормашиной – вот посмотри, как она жужжит. А если это не поможет, то тебе положат в больницу, а маму отправят домой».

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 3.

Больная К. пришла к профессору-кардиологу на консультацию по поводу кардиофобии. Профессор был на кафедральном совещании, и больную пришлось принять дежурному врачу. Вначале он долго выяснял, почему он должен заниматься с К., направленной на консультацию к профессору. Потом, ознакомившись с проведенными обследованиями и не найдя никаких опасений с точки зрения кардиологии, он с неудовлетворением отрезал: «Кардиофобия – это страх смерти от сердечного заболевания. По нашей части у вас «все чисто». Не бойтесь: «от сердца» вы не умрете. Идите к психиатру!».

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 4.

Больной П., которому две недели назад провели диагностическую биопсию из области опухоли языка, обратился к оперирующему хирургу с просьбой сообщить уточненный диагноз. Врач не нашел ничего более подходящего, чем ответить: «Идите в морг, там вам все скажут».

Пациент не знал, что хирурги обычно направляют биопсии в патолого-анатомическое отделение, и с ним случился сердечный приступ.

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 5.

Больная С. обратилась к участковому терапевту с жалобами на частые приступы одышки с хрипами и откашливанием, постоянное ощущение «комка в горле», мешающего говорить и глотать. Сделав необходимые обследования и исключив наличие терапевтической патологии, врач резко оборвал причитания больной: «Успокойтесь и перестаньте морочить мне голову! У вас просто истерические приступы, Вы – истеричка!»

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;

наличие собственной личностной позиции.

ТЕМА 7. ТЕХНИКИ И ПРИЕМЫ ЭФФЕКТИВНОГО ПУБЛИЧНОГО ВЫСТУПЛЕНИЯ

Форма текущего контроля: устная (доклад).

Задание: Подготовьте устное выступление на научной конференции по проблемам медицины (тема на выбор), используя следующие методические рекомендации.

Подготовка к публичному выступлению

(Вердербер Р., Вердербер К. Психология общения: тайны эффективного взаимодействия. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009. – 412 с.)

Выбор темы выступления.

Оценка аудитории.

Это изучение конкретной аудитории, которая будет слушать вашу речь.

Такая оценка включает:

выяснение характера аудитории (пол и возраст, образование, род занятий, количество слушателей);

определение уровня заинтересованности, знаний и установок по отношению к выбранной вами теме.

Результаты этой оценки помогут отобрать подходящие примеры, организовать и представить речь в форме, наиболее удобной для слушателей.

Оценка обстановки выступления.

Необходимо предварительно выяснить, где вы будете произносить речь, каковы размеры помещения, каким по счету вы будете выступающим,

сколько вы отведено времени, какое оборудование необходимо для вашего выступления.

Определение цели речи.

Общая цель – цель речи (развлечь, проинформировать, убедить).

Конкретная цель – утверждение, чего докладчик хочет добиться от аудитории.

Тезис – это высказывание, содержащее конкретные составляющие речи в поддержку намеченной цели.

Примерное распределение времени подготовки выступления:

7 и более дней до выступления: выберите тему, начинайте подбирать материал.

6 дней: продолжите работать над содержанием.

5 дней: напишите конспект основной части доклада. 4 дня: поработайте над выступлением и заключением.

3 дня: завершите конспект; подберите дополнительный материал, если он необходим; подготовьте все наглядные пособия.

2 дня: первая репетиция. 1 день: вторая репетиция.

Выступление:

Первая фраза выступления всегда содержит приветствие. Оно не должно быть формальным. Первые фразы, которые произносит оратор, имеют целью привлечение внимания и установления контакта с аудиторией. Для привлечения внимания можно использовать шутку, остроумное замечание, обращение к непосредственным интересам слушателей. Хорошим вариантом начала выступления будут слова о своих чувствах по поводу встречи, темы, или какие-то приятные слова людям.

Для сохранения и поддержания внимания слушателей на протяжении выступления можно использовать разнообразные приемы.

Приемы большей убедительности выступления следует:

акцентировать внимание на важных словах и подчинять им весь смысл;

менять тон голоса;

менять темп речи;

делать паузу до и после главных мыслей.

Завершение выступления:

Обратите свое внимание на то, что вы завершаете выступление. Обычно в этом случае произносятся слова: «и в завершении», «и, наконец, несколько выводов» и т.п.

Обязательно резюмируйте основные положения выступления.

Ни в коем случае не затягивайте искусственно свое выступление. Чаще всего, используются следующие варианты концовок выступления: кратко излагаются основные положения выступления и выводы;

можно призвать стороны к совместным поискам решения;

можно сделать слушателям приятный комплимент;

иногда уместна шутка;

можно использовать к месту поэзию, цитаты авторитетных людей.

Типичные ошибки, мешающие донести смысл выступления до слушателей:

Не следует говорить слишком быстро, следует корректировать темп речи, чтобы все успевали за ходом мысли.

Необходимо исключить двусмысленности.

Следует говорить, исключая длинные фразы и сложные предложения.

Нельзя допускать абстрактные, общие высказывания, без ориентации на слушателей.

Правила работы с аудиторией.

Спонтанная речь.

Устная и письменная речь – разные психические процессы, точно так же, как чтение и слуховое восприятие. Прекрасно написанный текст может совсем не восприниматься на слух. На слух хорошо воспринимается то, что произносится спонтанно. И наоборот, стенограмма интересного выступления зачастую разочаровывает при прочтении. Выход к аудитории с «бумажкой» снижает эффективность и успешность вашего выступления.

Простота.

Сложности вызывают непонимание и раздражение. Изложение должно быть логичным, конкретным, ясным и понятным. Предложения не должны быть длинными. Использование терминов сводится до минимума. Если термин используется, то его значение сразу разъясняется.

Гибкость.

Аудитории бывают разные, и даже одна и та же аудитория подвержена изменениям: люди могут устать, быть чем-то озабочены, торопиться и т.п.

Заранее предусмотреть все нюансы невозможно, можно только перестраиваться в процессе выступления. Отсутствие готового текста – большая свобода для маневра.

Уверенность в себе.

Не нужно волноваться о том, что люди подумают о вас, не нужно стараться «правильно» себя вести. Главное, относиться к публичному выступлению без драматизма. Публичное выступление не требует сверхусилий, это просто работа, которую нужно спокойно выполнять.

Волнение во время публичного выступления возникает только при отсутствии опыта (как в любой другой деятельности), со временем появится привычка и волнение пройдет.

Экспромт – заранее.

Всегда полезно иметь заготовки интересных фраз, сюжетов, метафор. Можно даже создать «тезаурус красноречия» – папку с интересными историями красивыми фразами. Тезаурус должен быть достаточно большим, так как манера кому понравится слушать одно и то же по несколько раз.

Искренность.

Наивно думать, что аудиторию легко обмануть относительно того, что выступающий думает и чувствует на самом деле. Наивно считать, что слушатель глупее, что он слепой или бесчувственный. Он такой же живой, взрослый образованный человек, с похожими чувствами и проблемами. Он будет возмущен, если поймет, что его пытаются обманывать. И наоборот, он простит ошибки и волнение, терпеливо выслушает все, что ему вознамерились сказать, если поделится с ним своими настоящими мыслями и чувствами.

Удовольствие.

Публичное выступление может доставлять радость как выступающему, так и слушателям. Нужно помнить, что этот процесс симметричный, и заставить слушателей относиться позитивно к вашему выступлению можно только в том случае, если вы ведете себя с ними искренне.

Самопрезентация означает умение управлять впечатлением о себе. Если речь идет о деловой самопрезентации, исходным пунктом будет понимание целесообразности. Необходимо, прежде всего, ответить на вопросы: Зачем? С какой целью проводится работа по созданию впечатления? Ответ определит цели и задачи самопрезентации.

Ожидание публичного выступления, важной деловой встречи часто сопровождается предстартовым волнением. Слишком высокий уровень волнения может привести к сбоям в работе, недочетам или даже к полному провалу выступления или открытого мероприятия.

Методы регуляции предстартового волнения:

Метод «зеркало». Помогает изменить эмоциональное состояние в лучшую сторону, если придать своему лицу выражение радости или спокойствия.

Метод рационализации предстоящего события заключается в многократном представлении события с высокой степенью детализации.

Метод избирательной позитивной ретроспекции позволяет вызывать состояние внутренней уверенности, активизируя свои прошлые успехи.

Метод предельного мысленного усиления возможной неудачи основан на том, что мы «смотрим в лицо» своему страху, давая нашему воображению возможность нарисовать самые мрачные картины будущего. Иногда людям помогает, когда они просто спрашивают себя: «Что может случиться самое худшее в этой ситуации? Что я тогда смогу сделать?».

Методы регуляции состояния накануне выступления:

Отрепетировать накануне выступление перед зеркалом.

При возможности, накануне посетить место выступления, освоить пространство, оценить размер помещения, освещение, дистанцию.

Продумать свой внешний вид.

Методы регуляции состояния непосредственно перед выступлением:

Перед входом в аудиторию прогуляться быстрым шагом, энергично пройти в выбранное место.

Использовать дыхательное упражнение (например, «Глубокое дыхание»).

Произнести заклинание – формулу самовнушения, помогающую мобилизовать силы.

Руки опустить по бокам, будто опереться в пол.

Подвигать кистями рук, пальцами.

Методы регуляции состояния во время выступления:

Выдержать паузу длительностью 5-10 секунд.

Уловить настроение аудитории.

Нащупать верный тон.

Демонстрировать уверенное поведение с первой секунды.

Выразить удовольствие от встречи.

Двигаться при любом удобном случае.

Стоять, не опираясь ни на что.

Если сидите – ступни плашмя на полу (возможность быстро встать).

Обмениваться взглядами со слушателями.

Сосредоточиться на одном доброжелательном лице.

Критерии оценки:

соблюдение требований подготовки к публичному выступлению.

ТЕМА 8. ПРИЕМЫ САМОРЕГУЛЯЦИИ В ОБЩЕНИИ

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Понятие саморегуляции, её роль в жизни человека.

Способы саморегуляции «на каждый день». Проблема целеполагания.

Технология тайм-менеджмента: понятие и алгоритмы использования.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

ТЕМА 9. КОНФЛИКТ. СТРАТЕГИИ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Понятие конфликта, его основные характеристики.

Типологии конфликтных ситуаций.

Типы конфликтных личностей, их учет в процессе общения.

Позиции и стратегии поведения в конфликте.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля: письменная (письменное задание).

Задание: Заполните таблицу. Замените категоричные утверждения (конфликтогены) на более мягкие высказывания

Категоричные утверждения	Некатегоричные утверждения
Вы всегда опаздываете	
Вы всегда противоречите мне	
Ты никогда не доводишь свои планы до конца	
Ты никогда не дослушиваешь меня до конца	
Вы всегда оправдываетесь	
Ты никогда не делаешь ничего вовремя	
Вы всегда на что-то жалуетесь	

Критерии оценки:

«отлично» - студент верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; полно и содержательно раскрыл условия задания;

аргументированно обосновал свое мнение;

«хорошо» - студент в целом верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; однако не все условия задания раскрыты полно и содержательно; но; в аргументации своего мнения испытывает затруднения;

«удовлетворительно» - студент выполнил задание, однако допустил ряд серьезных ошибок, не соответствующих изложенному учебному материалу; условия задания раскрыты поверхностно; аргументация собственного мнения слабая;

«неудовлетворительно» - студент плохо понял условия задания; отсутствует заполнение большинства строк таблицы; аргументация собственного мнения отсутствует.

Форма текущего контроля: письменная (письменное задание).

Задание: Представьте развёрнутый социально-психологический анализ конкретной конфликтной ситуации на примере собственного жизненного опыта и/или из художественной литературы (кино).

Критерии оценки:

«отлично» - студент верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; полно и содержательно раскрыл приведенный пример;

«хорошо» - студент в целом верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; однако с небольшими неточностями раскрыл приводимый пример; затруднялся в анализе; в аргументации своего мнения испытывал затруднения;

«удовлетворительно» - студент выполнил задание, однако допустил ряд серьезных ошибок, не соответствующих учебному материалу и условиям задания; анализ и аргументация собственного мнения слабые;

«неудовлетворительно» - студент плохо понял условия задания; затруднялся привести пример; анализ и аргументация собственного мнения отсутствуют.

Форма текущего контроля: письменная (письменное задание).

Задание: Составьте портрет «конфликтной личности пациента» и портрет «конфликтной личности фельдшера».

Критерии оценки:

«отлично» - студент верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; полно и содержательно раскрыл приведенные примеры;

«хорошо» - студент в целом верно выполнил задание, с опорой на учебный материал; однако с небольшими неточностями раскрыл приводимые примеры; затруднялся в анализе; в аргументации своего мнения испытывал затруднения;

«удовлетворительно» - студент выполнил задание, однако допустил ряд серьезных ошибок, не соответствующих учебному материалу и условиям задания; приводимых примеров – не более 3; анализ и аргументация собственного мнения слабые;

«неудовлетворительно» - студент плохо понял условия задания; затруднялся привести данные примеры; анализ и аргументация собственного мнения отсутствуют.

ТЕМА 10. ОБЩЕНИЕ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА

Форма текущего контроля: письменная (письменное задание).

Задание: Вставьте пропущенные слова.

Общественные отношения носят _____ характер, их сущность в взаимодействии конкретных _____ ролей.

Специфическая черта межличностных отношений - _____. Эти отношения можно рассматривать как показатель _____ группы.

Коммуникация – это акт и процесс установления _____ между субъектами взаимодействия посредством выработки общего _____ передаваемой воспринимаемой _____.

Коммуникативный барьер – психологическое _____, возникающее на пути передачи _____ информации.

Интерактивная сторона общения – это условный термин, обозначающий характеристику тех компонентов _____, которые связаны с непосредственной организацией их _____.

Стратегия взаимодействия – совокупность _____ особенностей _____ человека в отношениях с другими людьми, проявляющихся в той или иной социальной ситуации.

Социальная перцепция – образное _____ человеком себя, других людей и социальных явлений окружающего мира.

Механизмы социальной перцепции - _____, посредством которых люди _____, понимают и оценивают другого _____.

Конфликт – открытое _____ противоположных _____, интересов, взглядов, мнений субъектов _____.

Продуктивный конфликт – касается личностей, а порождается различием _____ на какую – либо проблему, на способы её решения.

Критерии оценки:

«отлично» - студент вставил все слова абсолютно верно или допустил ошибки в 3 словах;

«хорошо» - студент вставил верно от 20 до 24 слов из 27;

«удовлетворительно» - студент вставил верно от 14 до 19 слов из 27;

«неудовлетворительно» - студент вставил верно менее 14 слов из 27.

Форма текущего контроля: письменная (тестирование).

Задание: вберите один или несколько верных вариантов ответа на тестовые задания.

Тестовые задания:

Взаимодействие двух или более людей, состоящее в обмене между ними информацией познавательного или аффективно-оценочного характера

а) отношения; б) общение; в) контакт;

г) деятельность; д) учение.

Уровень анализа категории общения, изучающий общение в масштабах времени, сопоставимых с длительностью человеческой жизни

а) макроуровень; б) мезоуровень; в) микроуровень; г) миниуровень;

д) уровень онтогенеза.

Уровень анализа категории общения, изучающий общение как сменяющуюся совокупность целенаправленных логически завершаемых контактов или ситуаций взаимодействий

а) макроуровень; б) мезоуровень; в) микроуровень; г) миниуровень;

д) уровень онтогенеза.

Уровень анализа категории общения, изучающий элементарные единицы общения как сопряженные акты или транзакции

а) макроуровень; б) мезоуровень; в) микроуровень; г) миниуровень;

д) уровень онтогенеза.

Основные компоненты общения а) коммуникативный;

б) перцептивный; в) интерактивный; г) духовный;

д) соматический.

Вид общения, прямое естественное общение «лицом к лицу», когда субъекты взаимодействия находятся рядом и общаются посредством речи и паралингвистических средств

а) опосредованное общение; б) массовое общение;

в) непосредственное общение; г) косвенное общение;

д) доверительное общение.

Непосредственное общение может быть а) формальным и межличностным;

б) прямым и опосредованным; в) вынужденным и желаемым; г) деловым и доверительным; д) вербальным и невербальным.

Вид общения, множественные контакты незнакомых людей, определяющие социальные коммуникационные процессы

а) прямое;

б) опосредованное; в) деловое;

г) массовое;

д) информационное.

Массовое общение может быть

- а) формальным и межличностным; б) прямым и опосредованным;
- в) вынужденным и желаемым; г) деловым и доверительным; д) вербальным и невербальным.

Вид общения, при котором происходит сообщение особо значимой информации, решаются глубокие, интимные вопросы

- а) прямое;
- б) опосредованное; в) деловое;
- г) массовое;
- д) доверительное.

Вид общения, при котором взаимодействующие субъекты выступают не как свободные личности, а как представители тех или иных государств, социальных групп и институтов

- а) прямое;
- б) опосредованное; в) деловое;
- г) массовое;
- д) представительское.

Вид общения, общение человека с самим собой) прямое;

- б) пролонгированное; в) деловое;
- г) массовое;
- д) информационное.

По критерию равноправия партнеров общение делится на типы

- а) диалогическое и монологическое; б) прямое и опосредованное;
- в) деловое и представительское; г) индивидуальное и массовое; д) вербальное и невербальное.

Вид монологического общения, проявляющееся в стремлении одного из общающихся доминировать над другим

- а) манипулятивное; б) императивное;
- в) пролонгированное; г) авторитарное;
- д) автократическое.

Вид монологического общения, характеризующееся стремлением одного из общающихся использовать своего партнера в качестве объекта воздействия

- а) авторитарное; б) императивное;
- в) пролонгированное; г) манипулятивное; д) автократическое.

Уровень общения, при котором происходит простой обмен репликами для поддержания разговора без заинтересованности во взаимодействии

- а) фатический;
- б) информационный; в) личностный;
- г) интерактивный; д) перцептивный.

Уровень общения, на котором происходит обмен интересной для собеседников новой информацией

- а) фатический;
- б) информационный; в) личностный;
- г) интерактивный; д) перцептивный.

Уровень общения, при котором субъекты способны к самому глубокому самораскрытию и постижению сущности другого человека

- а) фатический;
- б) информационный; в) личностный;
- г) интерактивный; д) перцептивный.

Вид общения, который является нормативно одобренным, жестко регламентированным и функционирующим в какой-либо сфере для решения определенных задач

- а) прямое;
- б) пролонгированное; в) информационное; г) массовое;
- д) деловое.

К основным признакам делового общения относятся) целенаправленность;

- б) регулируемость межличностными отношениями; в) преобладание авторитарного стиля общения;
- г) регламентированность нормативными документами; д) функционально-ролевой характер.

К основным признакам делового общения относятся) преобладание диалогических типов общения;

- б) атрибутивность;
- в) иерархичность и субординационность;
- г) преобладание коллегиальности в принятии решений;
- д) четкая структурированность способов и алгоритмов общения.

К основным признакам деловой беседы относятся) заранее планируется;

- б) наличие большого разнообразия поставленных тем; в) направлена на достижение определенных целей;
- г) имеет информационно-эмоциональный характер;
- д) связана с необходимостью выработки определенного решения.

Фазы деловой беседы

- а) начало и передача информации; б) аргументирование;
- в) опровержение доводов собеседника; г) принятие решений;
- д) все ответы верны.

Факторы эффективности делового общения) субъективные факторы собеседников; б) время проведения беседы;

- в) ситуационно-обстановочные факторы; г) тема беседы;
- д) количество участников беседы.

Результат деловой беседы зависит от следующих условий) места и времени проведения беседы;

- б) количества участников беседы; в) личности собеседников;
- г) тематики беседы;
- д) техники проведения беседы.

Тактика проведения деловой беседы включает в себя

- а) определение конкретных целей, задач и плана беседы; б) создание обстановки доверия;
- в) умение слушать и задавать вопросы;
- г) постановка актуальной темы беседы; д) создание имиджа собеседников.

Открытое столкновение противоположных позиций, взглядов, мнений субъектов взаимодействия, проявляющееся в споре, где каждый стремится отстаивать свое мнение

- а) разговор;
- б) конфликтная ситуация; в) конфликт;
- г) инцидент; д) стычка.

Структура конфликта включает в себя) конфликтную ситуацию;

- б) объект;

в) инцидент;

г) конфликтогены;

д) группу поддержки.

Способ разрешения конфликта, ведущий к рассогласованию взаимодействия, наращиванию напряженности и росту предубежденности против партнера по общению

а) деструктивный конфликт; б) продуктивный конфликт; в) латентный конфликт;

г) внутриличностный конфликт; д) смещенный конфликт.

Способ разрешения конфликта, способствующий формированию все-стороннего понимания проблемы, признания законности аргументации партнера по общению и разрешению конфликта

а) деструктивный конфликт; б) продуктивный конфликт; в) латентный конфликт;

г) внутриличностный конфликт; д) смещенный конфликт.

Вид конфликта, представляющий собой столкновения взаимодействующих людей, чьи цели либо взаимно исключают друг друга и несовместимы в данной ситуации, либо противодействуют или мешают друг другу

а) межгрупповой;

б) внутриличностный; в) межличностный;

г) производственный;

д) смещенный конфликт.

Вид конфликта, возникающий из-за противоборства групп в коллективе или социуме

а) межгрупповой;

б) внутриличностный;

в) межличностный; г) производственный;

д) смещенный конфликт.

Вид конфликта, определяемый интериоризацией личностью разнонаправленных ценностных ориентаций в процессе воспитания и социализации

а) межгрупповой;

б) внутриличностный; в) межличностный;

г) производственный;

д) смещенный конфликт.

Вид конфликта, при котором реальные, наиболее значительные противоречия между субъектами скрываются за внешними, незначительными противоречиями

а) межгрупповой;

б) внутриличностный; в) межличностный;

г) производственный;

д) смещенный конфликт.

Вид конфликта, который должен был бы произойти, но не происходит, так как по тем или иным причинам он либо не осознается субъектами взаимодействия, либо скрывается ими за социально приемлемыми формами поведения

а) межгрупповой;

б) внутриличностный; в) межличностный;

г) латентный;

д) смещенный конфликт.

Причины конфликтов в лечебном учреждении) барьер целей;

б) барьер правил общения; в) барьер ролей;

г) барьер понятий и совместного владения знаниями; д) все ответы верны.

Стратегия поведения в конфликте, заключающаяся в стремлении человека добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому, в результате чего в выигрыше остается только одна сторона

а) сотрудничество; б) компромисс;

в) соперничество; г) избегание;

д) приспособление.

Стратегия поведения в конфликте, заключающаяся в стремлении субъектов идти на взаимные уступки и реализовывать свои интересы с учетом интересов противоположной стороны

а) сотрудничество; б) компромисс;

в) соперничество; г) избегание;

д) приспособление.

Стратегия поведения в конфликте, которая позволяет партнерам по общению прийти к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон

а) сотрудничество; б) компромисс;

в) соперничество; г) избегание;

д) приспособление.

Стратегия поведения в конфликте, при которой одна сторона конфликта жертвует собственными интересами ради интересов другого человека

а) сотрудничество; б) компромисс;

в) соперничество; г) избегание;

д) приспособление.

Стратегия поведения в конфликте, предполагающая как отсутствие стремления к удовлетворению интересов другого человека, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей

а) сотрудничество; б) компромисс;

в) соперничество; г) избегание;

д) приспособление.

Критерии оценки:

71-80% правильно отвеченных тестов – оценка «3» (удовлетворительно);

81-90% правильно отвеченных тестов – оценка «4» (хорошо);

91-100% правильно отвеченных тестов – оценка «5» (отлично).

Примечания:

ФОС отсутствует в используемых диагностических инструментах:

«Трансактный анализ общения» и «Исследование особенностей реагирования в конфликтной ситуации».

ФОС отсутствует в занятиях социально-психологического тренинга:

«Приемы и техники эффективной коммуникации»; «Психологический контакт и психологическая совместимость в общении»; «Воспринимаемый и передаваемый образ личности в общении»; «Тренинг саморегуляции»; «Стратегии поведения в конфликте. Профилактика конфликтов».

ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ

Форма промежуточной успеваемости: зачет.

Форма проведения промежуточной аттестации: устно.

Перечень вопросов для проверки знаний:

Общение в системе межличностных и общественных отношений.

Понятие и структура общения. Единство общения и деятельности.

Общение как самомотивированный процесс: понятие, основания рассмотрения, структура.

Уровни анализа общения: макроуровень, микроуровень, мезауровень. Особенности общения в современном мире.

Функции общения.

Виды и уровни общения.

Типы общения.

Критерии удовлетворенности человека общением.

Понятие делового и профессионального общения.

Признаки профессионального общения в медицине.

Понятие коммуникации. Структура и схема коммуникации.

Рефлексивное и нерефлексивное слушание в процессе коммуникации.

Понятие и виды коммуникативных барьеров.

Вербальные компоненты общения.

Невербальная коммуникация и ее специфика.

Сущность интеракции. Функциональные единицы взаимодействия в общении.

Взаимодействие и воздействие в процессе общения. Речевое воздействие и стили общения.

Транзакции и транзакционный анализ в общении.

Формы межличностного взаимодействия (ритуальное, операции, со-ревнование, уход, времяпрепровождение).

Психологический контакт. Условия, приемы и способы установления и поддержания психологического контакта в процессе общения.

Психологическая совместимость. Условия совместимости людей.

Сущность и роль социальной перцепции в общении.

Механизмы социальной перцепции: понятие, виды, специфика. 24. Эффекты и стереотипы восприятия человека человеком.

Социальные установки и их роль в общении.

Воспринимаемый и передаваемый образ личности. Условия воспринимаемого имиджа.

Понятие социальной роли. Влияние социальной роли на развитие личности.

Основные характеристики социальной роли.

Виды социальных ролей.

Гендерные роли в общении, особенности их учета.

Психологические типы субъектов общения, их влияние на процесс общения.

Национальные особенности личности в общении. Этнические стереотипы и их роль в процессе общения.

Особенности общения с иностранными гражданами, в том числе, при помощи переводчика.

Особенности общения в зависимости от социально-статусных позиций участников общения. Этикет и эстетика делового общения.

Понятие саморегуляции, её роль в жизни человека.

Способы саморегуляции «на каждый день». Проблема целеполагания.

Технология тайм-менеджмента: понятие и алгоритмы использования.

Понятие конфликта, его основные характеристики.

Структура конфликта.

Типологии конфликтных ситуаций.

Типы конфликтных личностей, их учет в процессе общения.

Позиции и стратегии поведения в конфликте.

Перечень учебных и ситуационных задач для проверки умений

Задача 1

Вставьте пропущенные слова. Свой ответ обоснуйте.

Общественные отношения носят _____ характер, их сущность в взаимодействии конкретных _____ ролей.

Специфическая черта межличностных отношений - _____. Эти отношения можно рассматривать как показатель _____ группы.

Коммуникация – это акт и процесс установления _____ между субъектами взаимодействия посредством выработки общего _____ передаваемой воспринимаемой _____.

Коммуникативный барьер – психологическое _____, возникающее на пути передачи _____ информации.

Интерактивная сторона общения – это условный термин, обозначающий характеристику тех компонентов _____, которые связаны с _____, непосредственной организацией их _____.

Стратегия взаимодействия – совокупность _____ особенностей _____ человека в отношениях с другими людьми, проявляющихся в той или иной социальной ситуации.

Социальная перцепция – образное _____ человеком себя, других людей и социальных явлений окружающего мира.

Механизмы социальной перцепции - _____, посредством которых люди _____, понимают и оценивают другого _____.

Конфликт – открытое _____ противоположных _____, интересов, взглядов, мнений субъектов _____.

Продуктивный конфликт – касается личностей, а порождается различием _____ на какую – либо проблему, на способы её решения.

Задача 2

Определите вид общения.

Общение с близким человеком по телефону.

Общение преподавателя и студента на лекции.

Общение людей на митинге.

Прослушивание теле(радио)передачи.

Деловая переписка с представителем конкурирующей фирмы.

Общение членов семьи вечером за ужином.

Общение кондуктора с безбилетным пассажиром в транспорте.

Просмотр вечерних новостей по телевидению.

Задача 3

Приведите примеры следующих типов и уровней общения.

Диалогическое межличностное общение.

Манипулятивное общение.

Фатическое общение.

Личностное общение.

Диалогическое формальное общение.

Императивное общение.

Информационное общение.

Личностное общение.

Задача 4

Соотнесите понятия и их содержание.

Понимание субъектом своих собственных индивидуальных особенностей и того, как они проявляются во внешнем поведении; осознание того, как воспринимается другими людьми.

Стиль подачи информации, различные приемы использования средств языка для выражения мыслей.

Стремление субъектов взаимодействия идти на взаимные уступки и реализовать свои интересы с учетом интересов противоположной стороны.

Непонимание двух людей, говорящих на разных языках.

Отсутствие стремления к удовлетворению интересов другого человека, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей.

Постижение эмоционального состояния другого человека, понимание его эмоций, чувств и переживаний.

Непонимание смысла сказанного.

Стремление человека добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому.

Особая форма восприятия и познания другого человека, основанная на формировании по отношению к нему устойчивого позитивного чувства.

Эмоциональное состояние коммуникатора неосознанно воспринимается реципиентом настолько сильно, что его собственное психическое состояние становится тождественным психическому состоянию коммуникатора.

Качество альтернативного поведения, ориентированного на компромисс и сотрудничество как ведущие стратегии взаимодействия.

Воспринимаемый и передаваемый образ личности.

Понятия

А. Ассертивность. Б. Фонетический барьер общения. В. Имидж личности. Г. Избегание. Д. Аттракция. Е. Соперничество. Ж. Семантический барьер общения. З. Психологическое заражение. И. Компромисс. К. Эмпатия. Л. Стилистический барьер общения. М. Социальная рефлексия.

Задача 5

Дополните схему модели коммуникативного процесса.

Кто? (передает сообщение) — __.

Что? (передается) — __.

Как? (осуществляется передача) — _____.

Кому? (направлено сообщение) — _____.

С каким __ — _____.

Задача 6

Раскройте особенности проявления коммуникативного процесса и предложите приемы рефлексивного слушания для прояснения представленных ниже ситуаций.

Один из партнеров употребил какое-то незнакомое слово или термин.

Говорящий уклоняется от темы и не сообщает той информации, которую вы от него ждете.

Партнер только что произнес нечто, не очень согласующееся с его предыдущим утверждением, и вы хотите это уточнить.

Вам хотелось бы узнать мнение партнера о том, что вами было высказано.

Партнер не согласился с частью из сказанного вами, и вы хотите уточнить причину этого неприятия.

Задача 7

Определите виды коммуникативных барьеров и предложите приемы их преодоления в представленных ниже ситуациях взаимодействия.

Родители — дети.

Преподаватель — студент.

Фельдшер — пациент.

Задача 8

Определите типы трансакций в следующих диалогах.

Ситуация А.

Что стало с молодежью? Она совсем распустилась!

Да, в их годы мы были скромнее.

Ситуация Б.

А не сорваться ли нам в кино, пока нет начальства?

Будьте добры, передайте мне ведомости за прошлый квартал!

Ситуация В.

Сходи, погуляй с Джерри. Заодно зайдешь за хлебом.

Видишь, я занят! А тебе, что, лень от телевизора оторваться?

Ситуация Г.

Не хотите ли взглянуть на наши конюшни?

Ах, я с детства обожаю лошадей!

Задача 9

Проанализируйте эксперимент и ответьте на поставленный вопрос. Ответ аргументируйте.

Двум группам студентов показали фотографию одного и того же человека. Первой группе сообщили, что этот человек — закоренелый преступник, а второй, что он выдающийся ученый. После этого каждой группе было предложено составить словесный портрет человека на фотографии. В первом случае были получены соответствующие характеристики: глубоко посаженные глаза свидетельствовали о тайной злобе, выдающийся подбородок — решимость

«пойти до конца» в преступлении и т.п. Во второй группе такие же глубоко посаженные глаза говорили о глубине мысли, а выдающийся подбородок — о силе воли в преодолении трудностей на пути познания и т.п.

О каких феноменах социальной перцепции идет речь в данном эксперименте?

Задача 10

Напишите по 10 ассоциаций на приведенные ниже словосочетания и дайте их анализ по приведенным ниже параметрам.

Словосочетания:

а) студент; б) патриот; в) бомж; г) человек «восточной национальности».

Параметры для анализа:

Каковы наиболее часто используемые ассоциации для каждого примера.

Сформулируйте психологический портрет каждого персонажа.

Что из этих ассоциаций является стереотипом, а что — предрассудком?

Задача 11

Соотнесите характеристики социальной роли и их содержание. Свой ответ аргументируйте.

Характеристики социальной роли:

Масштаб.

Способ получения.

Уровень эмоциональности.

Формализация.

Мотивация.

Содержание:

А. Зависит от потребностей и мотивов человека.

Б. Определяется спецификой межличностных отношений носителя дан-ной роли.

В. Зависит от того, насколько неизбежной является эта роль для человека.

Г. Несет в себе возможности проявления переживаний и сдержанности человека.

Д. Зависит от диапазона межличностных отношений.

Задача 12

Соотнесите проблемы освоения социальной роли и их основные характе-ристики. Свой ответ аргументируйте.

Проблемы освоения социальной роли:

Проблемы трудности усвоения.

Проблема неприятия роли.

Проблема нарушения меры усвоения социальной роли.

Характеристики:

А. Роль используется как инструмент, как орудие достижения определен-ной цели.

Б. Существенное значение имеют ЗУН человека, практический жизнен-ный опыт.

В. Своим поведением личность демонстрирует, что она и её социальная роль – не одно и то же.

Задача 13

Дайте анализ приведенного ниже высказывания с точки зрения парамет- ров, представленных ниже.

«Большинство студентов с энтузиазмом поступают в медицинские уни- верситеты и желают оказывать помощь больным. Однако, начав непосред- ственно работать в лечебных учреждениях, испытывают разочарование и «ухо- дят» из профессии».

Параметры для анализа:

К какому аспекту освоения социальной роли относится описанный при- мер?

Объясните данный феномен.

Приведите примеры из жизни (кино, художественной литературы), иллюстрирующие подобный и другие проблемы и факторы освоения и реализа- ции социальной роли.

Задача 14

Замените категоричные утверждения (конфликтогены) на более мягкие высказывания. Свой выбор аргументируйте.

Вы всегда опаздываете

Вы всегда противоречите мне

Ты никогда не доводишь свои планы до конца

Ты никогда не дослушиваешь меня до конца

Вы всегда оправдываетесь

Ты никогда не делаешь ничего вовремя

Вы всегда на что-то жалуетесь

Задача 15

Представьте развёрнутый социально-психологический анализ конкретной конфликтной ситуации, которая может возникнуть в следующих ситуациях:

Фельдшер – пациент.

Преподаватель – студент.

Главная медицинская сестра – фельдшер.

Задача 16.

В кабинете онколога при очередной диспансеризации между больной А. и врачом произошел такой диалог:

Сколько вам лет?

Пятьдесят.

Есть ли у вас опухоли?

Вроде бы нет.

Странно! В вашем возрасте уже что-нибудь может быть.

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 17.

Ребёнок 5 лет боится сесть в стоматологическое кресло, с трудом открывает рот для осмотра и плачет даже при одном виде инструментов.

Врач прикрикивает на него и говорит: «Если ты немедленно не успокоишься, то тебя будут лечить бормашиной – вот посмотри, как она жужжит. А если это не поможет, то тебе положат в больницу, а маму отправят домой».

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 18.

Больная К. пришла к профессору-кардиологу на консультацию по поводу кардиофобии. Профессор был на кафедральном совещании, и больную пришлось принять дежурному врачу. Вначале он долго выяснял, почему он должен заниматься с К., направленной на консультацию к профессору. Потом, ознаменовавшись с проведенными обследованиями и не найдя никаких опасений с точки зрения кардиологии, он с неудовлетворением отрезал: «Кардиофобия – это страх смерти от сердечного заболевания. По нашей части у вас «все чисто». Не бойтесь: «от сердца» вы не умрете. Идите к психиатру!».

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 19.

Больной П., которому две недели назад провели диагностическую биопсию из области опухоли языка, обратился к оперирующему хирургу с просьбой сообщить уточненный диагноз. Врач не нашел ничего более подходящего, чем ответить: «Идите в морг, там вам все скажут».

Пациент не знал, что хирурги обычно направляют биопсии в патолого-анатомическое отделение, и с ним случился сердечный приступ.

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 20.

Больная С. обратилась к участковому терапевту с жалобами на частые приступы одышки с хрипами и откашливанием, постоянное ощущение «комка в горле», мешающего говорить и глотать. Сделав необходимые обследования и исключив наличие терапевтической патологии, врач резко оборвал причитания больной: «Успокойтесь и перестаньте морочить мне голову! У вас просто истерические приступы, Вы – истеричка!»

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется студенту, если:

он глубоко и прочно усвоил программный материал курса;

грамотно и по существу излагает учебный материал, не допуская существенных неточностей при ответе;

умеет тесно увязывать теорию с профессиональной практикой;

правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач;

свободно справляется с поставленными задачами и вопросами;

правильно обосновывает принятые решения;

владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

Оценка «незачтено» ставится, если:

студент не знает значительной части программного материала;

не владеет основными понятиями курса;

допускает ошибки в пояснении теоретических положений, затрудняется в установлении связи между теорией и практикой профессиональной деятельности фармацевта;

не может сопоставить различные подходы, обобщить материал, сформулировать выводы;

излагает материал нелогично, без иллюстрирования примерами;

неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно.

Таблица соответствия оценочных средств образовательным результатам

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знания	
Знание 1: взаимосвязь общения и деятельности; роль общения в профессиональной деятельности человека	Вопрос 1,2,3,34
Знание 2: психологическую сущность коммуникативной компетентности; особенности взаимодействия с другими людьми (детьми) на основе их индивидуально-типологических, социальных и культуральных различий	Вопрос 11,12,13,14,15,29,31

Знание 3: основы библиографической и информационно-поисковой работы с последующим использованием данных при решении профессиональных задач	Вопрос 34
Знание 4: информационно-коммуникационные технологии, способствующие осуществлению эффективной профессиональной деятельности, техники и приемы эффективного общения в медицинской деятельности	Вопрос 12,17,19,20,34,36
Знание 5: взаимосвязи общения и деятельности; цели, функции, виды и уровни общения; механизмы взаимопонимания в общении; роли и ролевые ожидания в общении	Вопрос 1,2,3,4,6,23,27
Знание 6: роли и ролевые ожидания в процессе общения; источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов; этические принципы общения	Вопрос 27,28,29,30,38,39,40,41,42
Знание 7: взаимосвязь общения и деятельности; структуру процесса общения; техники и приемы общения, правила делового общения; источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов	Вопрос 1,2,3,12,14,15,9,10,38,39,40,41,42
Знание 8: содержание понятий коммуникативная компетентность, гуманистические личностные установки и уважение к личности пациента на основе гуманистического принципа	Вопрос 11,12,13,14,15,25,31
Знание 9: содержание понятий здоровый образ жизни, гармоничное развитие, позитивное мышление	Вопрос 35,36,37
Знание 10: роль общения в профессиональной деятельности человека. Роль и место общения в структуре деятельности.	Вопрос 1,2,3,34
Знание 11: основные элементы коммуникации. Вербальная коммуникация. Коммуникативные барьеры. Невербальная коммуникация. Виды, правила и техники слушания	Вопрос 11,12,13,14,15
Знание 12: виды, правила и техники слушания. Формы постановки вопросов	Вопрос 11,12,13
Знание 13: виды, правила и техники слушания. Формы постановки вопросов	Вопрос 11,12,13
Знание 14: виды социальных взаимодействий; механизмы взаимопонимания в общении	Вопрос 16,17,18,19,20,21,23
Знание 15: взаимосвязи общения и деятельности; цели, функции, виды и уровни общения; механизмы взаимопонимания в общении	Вопрос 1,2,3,4,6,23

Знание 16: роль общения в жизни человека и становлении личности. Классификация общения. Виды, функции общения.	Вопрос 1,2,3,4,5,6,7,8,9
Знание 17: техники и приемы общения, правила слушания, ведения беседы, убеждения; этические принципы общения	Вопрос 11,12,13,14,15,31,34
Знание 18: нормы морали. Моральные принципы и нормы как основа эффективного общения	Вопрос 20,21,31,32,34,
Знание 19: роли и ролевые ожидания в общении; виды социальных взаимодействий; механизмы взаимопонимания в общении	Вопрос 23,27,28,29,30
Знание 20: этические принципы общения; источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов	Вопрос 34,38,39,40,41,42
Знание 21: способы распространения психологических знаний, принципов, методов для сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также гармонизации личностного развития и позитивного взаимодействия с окружающим миром	Вопрос 25,26,35,36,37
Знание 22: виды, правила и техники слушания. Формы постановки вопросов. Механизмы взаимопонимания в общении	Вопрос 11,12,13,23
Знание 23: правила слушания, ведения беседы, убеждения; этические принципы общения	Вопрос 11,12,13,31,34
Знание 24: техники и приемы общения, правила слушания, ведения беседы, убеждения; этические принципы общения	Вопрос 11,12,13,31,34
Знание 25: техники и приемы общения, правила слушания, ведения беседы, убеждения; этические принципы общения	Вопрос 11,12,13,31,34
Знание 26: этические принципы общения; источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов	Вопрос 11,12,13,31,34,42
Знание 27: техники и приемы общения, правила слушания, ведения беседы, убеждения	Вопрос 11,12,13
Знание 28: взаимосвязь общения и деятельности; цели, функции, виды и уровни общения	Вопрос 1,2,3,4,5,6,7,8
Знание 29: виды социальных взаимодействий; психологические особенности ведения деловых дискуссий и публичных выступлений, аргументацию.	Вопрос 16,17,18,19,33,34

Знание 30: психологические механизмы восприятия; влияние имиджа на восприятие человека; психологические особенности ведения деловых дискуссий и публичных выступлений, аргументацию.	Вопрос 22,23,24,25,26,33,34
Знание 31: основные элементы коммуникации; коммуникативные барьеры; методы развития коммуникативных способностей	Вопрос 11,12,13
Знание 32: источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов; методы развития коммуникативных способностей	Вопрос 38,39,40,41,42
Знание 33: роли и ролевые ожидания в общении; виды социальных взаимодействий; механизмы взаимопонимания в общении	Вопрос 23,27,28,29,30
Знание 34: техники и приемы общения, правила слушания, ведения беседы, убеждения; этические принципы общения	Вопрос 11,12,13,31,34
Знание 35: способы взаимодействия как организации совместной деятельности; понятие коммуникативной толерантности; психологические особенности ведения деловых дискуссий и публичных выступлений, аргументацию.	Вопрос 16,17,18,19,21,33,34
Знание 36: способы развития коммуникативной компетентности; механизмы взаимопонимания в общении	Вопрос 11,12,13,23
Знание 37: этические принципы общения; источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов	Вопрос 38,39,40,41,42
Знание 38: техники и приемы общения, правила слушания, ведения беседы, убеждения; этические принципы общения	Вопрос 11,12,13,31,34
Знание 39: роли и ролевые ожидания в общении; виды социальных взаимодействий	Вопрос 27,28,29,30
Знание 40: этические принципы общения; источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов	Вопрос 38,39,40,41,42
Знание 41: техники и приемы общения, правила слушания, ведения беседы, убеждения; этические принципы общения	Вопрос 11,12,13,31,34
Знание 42: цели, функции, виды и уровни общения; роли и ролевые ожидания в общении; виды социальных взаимодействий	Вопрос 1,2,3,4,6,17,23
Знание 43: роль общения в жизни человека и становлении личности; виды, функции общения	Вопрос 1,2,3,4,5,6,7,8

Знание 44: техники, приемы общения, правила слушания и убеждения	Вопрос 11,12,13
Знание 45: роль общения в профессиональной деятельности человека; ролевые ожидания в процессе общения; этические принципы общения	Вопрос 9,10,27,28,29,34

Умения	
Умение 1: ориентироваться в маршруте студента по специальности; применять техники и приемы эффективного общения в профессиональной деятельности	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 2: применять техники и приемы эффективного общения в профессиональной деятельности; использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 3: проводить обзор и анализ существующей учебной литературы использовать для обучения современные информационные технологии и сеть Интернет	Задача 1,2,3,4,5,11,12
Умение 4: ориентироваться в информационно-коммуникационных технологиях, применяемых в профессиональной деятельности	Задача 1,2,3,4,5,11,12
Умение 5: использовать техники и приемы эффективного общения в медицинской деятельности	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 6: анализировать работу членов группы; анализировать результаты выполненного задания	Задача 9,10,13
Умение 7: сравнивать технологии, применяемые в профессиональной деятельности и выбирать наиболее эффективные	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 8: ориентироваться в учебе и работе на гуманистический принцип, эстетические и деонтологические принципы общения, уважение к личности пациента	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 9: формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей, гуманистическое воздействие с окружающим миром	Задача 16,17,18,19,20
Умение 10: организовывать собственную деятельность на основе коммуникативной компетентности, определять методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20

Умение 11: осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения задач эффективного взаимодействия с пациентами, профессионального и личностного развития коммуникативной компетентности	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 12: осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения задач эффективного взаимодействия с пациентами, профессионального и личностного развития коммуникативной компетентности	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 13: осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения задач эффективного взаимодействия с пациентами, профессионального и личностного развития коммуникативной компетентности	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 14: устанавливать доверительный контакт с ребенком; выявлять и анализировать информацию о потребностях пациента и его родителей	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 15: организовывать собственную деятельность на основе коммуникативной компетентности, определять методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 16: применять навыки эмоционального реагирования в конфликтах, правила поведения в конфликтах, разрядки эмоций	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 17: применять техники и приемы эффективного общения в профессиональной деятельности; использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 18: осуществлять эффективное взаимодействие с другими людьми (детьми) на основе их индивидуально-типологических, социальных и культуральных различий	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 19: применять техники и приемы эффективного общения в профессиональной деятельности	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 20: использовать навыки установления доверительного контакта и взаимодействия с пациентами, нуждающимися в медицинском уходе	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20

Умение 21: формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей, гуманистическое взаимодействие с окружающим миром, популяризировать психологические знания	Задача 16,17,18,19,20
Умение 22: осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения задач эффективного взаимодействия с пациентами, профессионального и личностного развития коммуникативной компетентности	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 23: организовывать собственную деятельность на основе коммуникативной компетентности, определять методы и способы выполнения профессиональных задач с учетом механизмов взаимопонимания в общении, оценивать их эффективность и качество	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 24: применять техники и приемы эффективного общения в профессиональной деятельности; использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 25: осуществлять эффективное взаимодействие с другими людьми (детьми) на основе их индивидуально-типологических, социальных культуральных различий	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 26: использовать навыки установления доверительного контакта и взаимодействия с пациентами, нуждающимися в терапии	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 27: использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 28: организовывать собственную деятельность на основе коммуникативной компетентности, определять методы и способы выполнения профессиональных задач с учетом механизмов взаимопонимания в общении, оценивать их эффективность и качество	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 29: применять техники и приемы эффективного общения в профессиональной деятельности	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 30: формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, навыками подготовки и презентации просветительских программ для населения	Задача 16,17,18,19,20

Умение 31: применять на практике техники и приемы общения, правила слушания, ведения беседы, убеждения; этические принципы общения	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 32: применять на практике техники и приемы общения, правила слушания, ведения беседы, убеждения; этические принципы общения	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 33: применять техники и приемы эффективного общения в профессиональной деятельности	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 34: использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 35: применять техники и приемы эффективного общения в профессиональной деятельности; использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 36: организовывать собственную деятельность на основе коммуникативной компетентности, определять методы и способы выполнения профессиональных задач с учетом механизмов взаимопонимания в общении	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 37: применять техники и приемы эффективного общения в профессиональной деятельности; использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 38: использовать навыки установления доверительного контакта и взаимодействия пациентами, нуждающимися в терапии	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 39: применять техники и приемы эффективного общения в профессиональной деятельности; использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20
Умение 40: организовывать собственную деятельность на основе коммуникативной компетентности; использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 41: работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами с использованием техник и приемов общения, правил слушания, ведения беседы, убеждения	Задача 9,10,13
Умение 42: применять техники и приемы эффективного общения в профессиональной деятельности	Задача 4,6,7,14,16,17,18,19,20

Умение 43: организовывать собственную деятельность на основе коммуникативной компетентности	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 44: определять методы и способы выполнения профессиональных задач с учетом механизмов взаимопонимания в общении, оценивать их эффективность и качество	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20
Умение 45: осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения задач эффективного взаимодействия с пациентами, профессионального и личного развития коммуникативной компетентности	Задача 6,7,14,15,16,17,18,19,20

6. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СОЦИОЛОГИЯ»

Тема: Характеристика социологии как науки

Форма текущего контроля успеваемости	Виды контроля
Устный	устный опрос доклад решение ситуационной задачи
Письменный	разработка схемы письменный ответ на вопрос конспект тестирование терминологический диктант

Вопросы для устных ответов:

Дайте характеристику объекту и предмету социологии.

Объясните проблематику понятия «социальное».

Дайте характеристику структуре социологии, выделив и объяснив её основные элементы.

Перечислите основные методы социологии и распределите их по группам.

Дайте характеристику методам социологии по их группам.

Перечислите основные функции социологии и дайте им характеристику.

Перечислите основные категории социологии.

Перечислите науки тесно связанные с социологией и раскройте причину их связи.

Вопросы для письменных ответов:

Объясните, в чём заключается проблема структуризации социологии.

Сравните основные подходы к структуризации социологии, их выделите отличия и сходства.

Раскройте особенности специализированных методов социологии.

Объясните характер соотношения методов социологического исследования.

Выделите важнейшие функции социологии и обоснуйте свой выбор.

Укажите особенности социологической науки.

Терминологический диктант

Основные понятия: гуманитарные знания, социальное мировоззрение, наука, научное познание, гуманитарные науки, объект социологии (социологического познания), предмет социологии (социологического познания), теория, гипотеза, понятийный аппарат научного исследования, понятие, термин, метод научного исследования, универсальные методы научного познания, специфические методы научного познания, функция науки.

Письменное задание:

Схема: «Социология в системе социально-гуманитарных наук»

Студентам нужно разработать схему и указать общие вопросы научного познания между социологией и каждой наукой указанной в схеме

Вопросы для самоконтроля:

В чём заключается специфика социологии как науки?

Почему социология в современном мире имеет большую востребованность и общественное признание?

Чем определяется значимость научного изучения общества и общественных процессов?

С какими науками связана социология, чем определяется эта взаимосвязь?

Доклады и сообщения:

В чём заключаются особенности гуманитарных знаний, как проходило их расширение.

Наука как форма познания, её особенности и значение.

Гуманитарные науки: понятие, виды, специфика, значение.

Общая характеристика социального мировоззрения. Роль научно-исследования общества, его функционирования и развития.

Тема: Развитие социологии в Западной Европе, США и России

Форма текущего контроля успеваемости	Виды контроля
Устный	устный опрос доклад решение ситуационной задачи
Письменный	заполнение таблицы письменный ответ на вопрос конспект тестирование терминологический диктант

Вопросы для устных ответов:

Объясните какой вклад внёс О. Конт в процесс становления социологии.

Опишите структуру натуралистического направления в социологии, выделите её основные компоненты и их взаимосвязь.

Дайте характеристику теории социального органицизма Г. Спенсера.

Дайте характеристику основным концепциям социального эволюционизма.

Дайте характеристику социальному механицизму.

Дайте характеристику основным теориям психологического направления в социологии.

Дайте характеристику концепции социологизма Э. Дюркгейма

Дайте характеристику концепции «чистой социологии» Г. Зиммеля.

Дайте характеристику концепции «понимающей» социологии М. Вебера

Дайте характеристику социологической теории В. Парето.

Дайте характеристику социологической теории Ф. Тённиса. 12. Расскажите о деятельности научных школ эмпирического направления социологии

Перечислите основные парадигмы современной социологии и теории, входящие в них.

Дайте характеристику развития психологического направления социологии в России (Е.В. Де-Роберти, Н.И. Кареев).

Дайте характеристику социологических концепций легальных марксистов (П.Б. Струве, М.И. Туган-Барановский).

Дайте характеристику плюралистической социологии М.М. Ковалевского.

Дайте общую характеристику развития социологии в советский и современный периоды.

Вопросы для письменных ответов:

Дайте общую характеристику концепциям общества в мифологических, философских и богословских учениях Древнего Востока, Античности, Средневековья, Нового Времени.

Перечислите и объясните причины возникновения социологии как самостоятельной науки.

Дайте общую характеристику принципам позитивизма по О. Конту.

Раскройте условия и причины возникновения натуралистического направления в социологии

Дайте характеристику особенностям методологии натуралистического направления в социологии

Объясните причины возникновения и особенностям методологии психологического направления в социологии

Объясните особенности методологии эмпирической социологии.

Выделите и объясните особенности эмпирического направления в социологии XX в.

Объясните вклад марксистской теории в развитие социологии.

Терминологический диктант

Основные понятия: «социальный реализм», «социальные факты», аномия,

«чистая социология», «понимающая социология», «идеальный тип», технологический детерминизм, диалектико-материалистическая

концепция, общественно-экономическая формация, «Чикагская школа», эмпирическая социология, неопозитивизм, парадигма, структурный функционализм, феноменология, этнометодология, символический интеракционизм, футурология, постмодернизм.

Письменное задание:

Таблица: «Донаучные концепции об обществе»

Исторический период развития концепций	Господствующая форма мировоззрения	Ведущие мыслители и их труды	Основные проблемы философского (теологического) анализа общества и общественных процессов

Студентам нужно заполнить данную таблицу.

Вопросы для самоконтроля:

Каковы особенности классической социологии?

В чём заключается значение классической социологии?
 Каковы достоинства и недостатки эмпирического направления в социологии XX в.?
 Чем объясняется разнообразие парадигм, направлений и теорий современной социологии?
 Какие факторы повлияли на развитие социологии в России?

Доклады и сообщения:

Особенности и значение классической социологии.

Вклад М. Вебера в развитие гуманитарных наук.

Проблема объективности и неизбежности взаимосвязи гуманитарных научных исследований на примере классических социологических теорий.

Сущность и циркуляции элиты в концепции В. Парето.

Концепция К. Маркса в социологии: история и современность.

Возникновение и развитие «Чикагской школы».

Проблема развития социологии в условиях тоталитаризма.

Особенности развития гуманитарных наук в СССР.

Влияние важнейших политических событий XX века на развитие социологии.

Футурологические теории в социологии (Д. Белл, М. Понятовский, О. Тоффлер)

«Социология знания» К. Мангейма, Т. Лукмана.

Тема: Общество как система.

Социальная структура и социальная мобильность

Форма текущего контроля успеваемости	Виды контроля
Устный	устный опрос доклад решение ситуационной задачи
Письменный	заполнение таблицы письменный ответ на вопрос конспект тестирование терминологический диктант

Вопросы для устных ответов:

Объясните, в чём заключается проблематика разработки понятия общества в социологии.

Выделите основные социологические подходы к понятию общества.

Дайте характеристику теориям общества

Дайте характеристику структурно-функциональному подходу к изучению общества.

Дайте характеристику конфликтологическому подходу к изучению общества.

Объясните специфику макросоциологического анализа общества.

Объясните специфику микросоциологического анализа общества.

Докажите, что общество является социокультурной системой.

Дайте общую характеристику структурного функционализма.

Объясните сущность социальной стратификации.

Дайте характеристику моделям стратификационных систем.

Объясните, что такое социальный статус, дайте характеристику видам социального статуса.

Объясните, что такое социальная роль, дайте характеристику его проявлению.

Дайте характеристику социальной мобильности.

Вопросы для письменных ответов:

Дайте общую характеристику типам понятия общества.

Дайте характеристику основным элементам структуры общества.

Укажите признаки общества и дайте им характеристику.

Объясните основные положения социально-исторического детерминизма.

Перечислите типы общества и дайте им характеристику.

Объясните что такое «социальный лифт».

Укажите виды социальной мобильности

Терминологический диктант

Основные понятия: общество (в узком и широком значениях), сферы общественной деятельности, «атомистическая» теория общества, «сетевая» теория общества, теории «социальных групп», макросоциологический анализ общества, микросоциологический анализ общества, социально-исторический детерминизм.

Письменное задание:

Таблица: «Типы общества»

Название типа общества	Признаки типа общества	Исторический (реальный) пример указанного типа общества

--	--	--

Студентам нужно заполнить данную таблицу, указав не менее 3х подходов к классификации типов обществ.

Вопросы для самоконтроля:

В чём заключается специфика социологического анализа общества?

Почему общество является системой?

По каким основным критериям определяются типы общества?

Каковы основные элементы социальной структуры?

Что такое «статусный набор»?

Что такое «социальный лифт», какие виды «социального лифта» характерны для современной социальной мобильности в России?

Доклады и сообщения:

Теории систем: история и современность.

Проблематика определения типа общества современной России.

Трансформация социальной структуры России в XX веке.

Социальная структура современной России.

Теории элит.

Элита России: история и современность.

Тема: Социальные институты и организации

Форма текущего контроля успеваемости	Виды контроля
Устный	устный опрос доклад решение ситуационной задачи
Письменный	письменный ответ на вопрос конспект тестирование терминологический диктант

Вопросы для устных ответов:

Объясните, в чём заключается проблематика понятия социального института, когда появляется данное направление социологического анализа

и кто из социологов внёс существенный вклад в разработку проблематики социального института

Укажите основные социологические подходы к понятию социального института и объясните их отличия.

Дайте общую характеристику внутренним признакам социального института.

Дайте общую характеристику внешним признакам социального института.

Перечислите виды социальных институтов.

Объясните, что такое жизненный цикл социального института и выделите его этапы.

В чём выражается системность социальных институтов.

Дайте характеристику функциям социальных институтов.

Дайте характеристику дисфункциям социальных институтов.

Раскройте понятие социальной организации

Объясните основные признаки социальных организаций.

Вопросы для письменных ответов:

Объясните этапы институционализации социального института.

Объясните условия институционализации социального института

Перечислите критерии классификации социальных институтов.

Используя «Логический квадрат Р. Мертона» объясните соотношение функций и дисфункций социальных институтов.

Укажите виды социальных организаций.

Объясните функции социальных организаций.

Раскройте сходства и отличия между социальными организациями и социальными институтами.

Терминологический диктант

Основные понятия: социальная институт, социальные потребности, основной социальный институт, динамика социальных институтов, жизненный цикл социального института, системность социальных институтов, латентные функции социальных институтов, социальные организации, социальная иерархия, бюрократия, гражданское общество.

Вопросы для самоконтроля:

Чём можно объяснить разнообразие подходов в социологии к определению социального института?

По каким критериям делят признаки социальных институтов на внутренние и внешние?

Какие социальные институты в большей степени воздействуют на поведение индивидов?

Что общего между социальными институтами и социальными организациями?

В какие социальные организации вовлечена молодёжь, как социальная группа?

Доклады и сообщения:

Общая характеристика вторичных социальных институтов.

Факторы изменения социальных институтов.

Особенности социального института религии. Причины его устойчивости в условиях НТР.

Неформальные социальные организации в современной России.

Бюрократия в России: история и современность.

Тема: Социология культуры

Форма текущего контроля успеваемости	Виды контроля
Устный	устный опрос доклад решение ситуационной задачи
Письменный	заполнение таблицы письменный ответ на вопрос конспект тестирование терминологический диктант

Вопросы для устных ответов:

Раскройте проблематику понятия культуры в социально-гуманитарных науках.

Объясните специфику изучения культуры в социологии.

Дайте характеристику основным подходам к понятию культуры в социологии.

Дайте характеристику вариантам структуризации социологии основным элементам структуры социологии.

Раскройте проблематику сущности культуры в социологическом понимании.

Вопросы для письменных ответов:

Объясните закономерности развития культуры.

Дайте характеристику типам культуры

Раскройте функции культуры.

Терминологический диктант

Основные понятия: культура, цивилизация, язык, труд, нравственность, артефакт, знаки-символы, материальная культура, духовная культура, доминирующая культура, аккультурация, инкультурация, контркультура, субкультура.

Письменное задание:

Таблица: «Типы культуры»

Тип культуры	Произведения искусства			Нормы	Особенности языка	Ценности
	Музыка	Кино	Литература			

Студентам нужно заполнить данную таблицу, указав примеры проявления разных типов культуры.

Вопросы для самоконтроля:

Чем объяснить большое количество вариантов понятия «культура»?

Может ли существовать культура без сознания и трудовой деятельности?

Какие факторы определяют динамику и направление развития культуры?

Каковы критерии определения типов культуры?

Доклады и сообщения:

Культура и цивилизация.

Культура и социально-экономические процессы.

Проблемы неравномерности и противоречивости развития культуры.

Культура и образование.

Культурное развитие современной России.

Тема: Социальные конфликты

Форма текущего контроля успеваемости	Виды контроля
Устный	устный опрос доклад решение ситуационной задачи
Письменный	письменный ответ на вопрос конспект тестирование терминологический диктант

Вопросы для устных ответов:

Раскройте понятие социального конфликта,
 Раскройте особенности его социологического анализа.
 Дайте характеристику социально-биологической теории социальных конфликтов.
 Дайте характеристику психологической теории социальных конфликтов.
 Дайте характеристику марксистской теории социальных конфликтов(теории насилия).
 Дайте характеристику структурно-функциональной теории социальных конфликтов.
 Дайте характеристику функционалистской теории социальных конфликтов.
 Дайте характеристику положительным последствиям социальных конфликтов.

Вопросы для письменных ответов:

Укажите виды социальных конфликтов и дайте им характеристику.
 Дайте характеристику стадиям социальных конфликтов.
 Дайте характеристику отрицательным последствиям социальных конфликтов
 Дайте характеристику функциям социальных конфликтов
 Объясните проблематику и способы урегулирования социальных конфликтов.

Терминологический диктант

Основные понятия: социальный конфликт, субъект конфликта, объект конфликта, зона конфликтного противоречия, фрустрация, стадия социального конфликта, динамика социального конфликта.

Вопросы для самоконтроля:

Как социальные конфликты влияют на развитие общества?
 Почему диалектические теории социального конфликта имеют наибольшую популярность в современный период?
 Какие виды социальных конфликтов наиболее опасны? Почему?
 Какие из видов социальных конфликтов сложнее всего урегулировать?
 Возможно ли управление социальными конфликтами?

Доклады и сообщения:

Конфликты поколений в современной России.
 Религиозные конфликты в современной России.
 Межнациональные конфликты в современной России.
 Технологии управления конфликтами.
 «Цветные» революции как проявление технологий управления конфликтами.

Тема: Социология личности

Форма текущего контроля успеваемости	Виды контроля
Устный	устный опрос доклад решение ситуационной задачи
Письменный	письменный ответ на вопрос конспект тестирование терминологический диктант

Вопросы для устных ответов:

Раскройте проблематику понятия личности в социологии
 Дайте характеристику основным подходам к изучению личности в социологии.
 Дайте характеристику ролевой теории личности.
 Дайте характеристику теории «зеркального я».
 Дайте характеристику диспозиционной теории личности.
 Дайте характеристику марксистской теории личности.
 Дайте характеристику основным факторам формирования личности.
 Дайте характеристику этапам социализации.

Вопросы для письменных ответов:

Раскройте соотношение понятий «человек» и «личность».
 Какие проблемы научного анализа относятся к социологии личности.
 Дайте характеристику типологии личности.
 Дайте характеристику элементам структуры социализации
 Раскройте понятие социализации.
 Дайте характеристику структурным компонентам личности.

Терминологический диктант

Основные понятия: социологический анализ личности, человек, личность, социализация, система личности, социальная зрелость личности, социогенез, биогенез, социализант, социализатор, агент социализации, агентура социализации, тип личности.

Вопросы для самоконтроля:

Чем объяснить разнообразие теорий личности?

Каковы признаки зрелой личности?
 Почему формирование личности больше всего связано с первым этапом социализации?
 Каковы критерии определения типов личности?

Доклады и сообщения:
 Типы личности в современной России.
 Личность как субъект социальных отношений.
 Личность как субъект культуры.
 Личность как субъект трудовой деятельности.
 Личность как субъект политики и права.

Тема: Социальные изменения и процессы. Социальный контроль. Социология медицины. Методология социологических исследований

Форма текущего контроля успеваемости	Виды контроля
Устный	устный опрос доклад решение ситуационной задачи
Письменный	письменный ответ на вопрос конспект гестирование терминологический диктант

Вопросы для устных ответов:

Раскройте понятие социального поведения
 Выделите характерные особенности социального поведения.
 Раскройте понятие девиантного поведения
 Дайте характеристику видам девиантного поведения
 Дайте характеристику основным теориям девиантного поведения.
 Раскройте понятие социального контроля
 Дайте общую характеристику задачам и направлениям социологических исследований в мире.
 Дайте общую характеристику задачам и направлениям социологических исследований в современной России.
 Дайте общую характеристику технологиям социальных исследований.

Вопросы для письменных ответов:

Дайте характеристику видам социального поведения.
 Укажите причины девиантного поведения
 Объясните значение и функции социального контроля
 Дайте характеристику видам социального контроля.
 Выделите особенности социологии медицины
 Укажите виды социальных исследований
 Объясните назначение социальных исследований.

Терминологический диктант

Основные понятия: социальное поведение, социальное движение, социальная установка, коллективное поведение, поведение личности, девиантное поведение, социальный контроль, формальный социальный контроль, неформальный социальный контроль, традиция, привычка, стереотип действия, социальная установка, социальная норма, закон, социология медицины, социологическое исследование, выборка, анкетирование, мониторинг, квантификация, социологическое интервью, социологическое наблюдение, социологический эксперимент, анализ документов.

Вопросы для самоконтроля:

В чём заключается специфика социального поведения?
 Можно ли целенаправленно развивать в обществе социальную девиацию?
 Какие положительные результаты дают социологические исследования в медицине?
 Какие проблемы здравоохранения можно выявить с помощью социологических исследований в медицине?

Доклады и сообщения:

Наркомания в современной России.
 Алкоголизм в современной России.
 Преступность в современной России.

Проституция в современной России.
 Девиантное поведение в молодёжной среде.
 Социальные исследования в современной России.

Критерии оценки ответов студентов на семинарах

Критерии оценивания устных и письменного ответов:

«отлично» - студент ясно изложил суть вопроса задания, проявил логику изложения материала, представил аргументацию;
 «хорошо» - студент ясно изложил суть вопроса задания, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы;
 «удовлетворительно» - студент ясно изложил суть вопроса задания, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию;
 «неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть вопроса задания, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Критерии оценивания заполнения таблиц:

«5» – содержание соответствует теме, в таблице заполнены все столбцы строки, содержание столбцов и строк соответствует их названию, материал излагается кратко, последовательно, с наличием специальных терминов; таблица оформлена аккуратно карандашом и заполнена без помарок.
 «4» – содержание соответствует теме, в таблице заполнены все столбцы строки, содержание столбцов и строк соответствует их названию, материал излагается не достаточно кратко и последовательно, с наличием не большого числа специальных терминов. В оформлении таблицы имеются помарки.
 «3» – в таблице заполнены не все столбцы и строки, содержание столбцов и строк имеет некоторые отклонения от их названия, материал излагается не последовательно, специальные термины отсутствуют.
 «2» – таблица не заполнена или в таблице заполнены не все столбцы и строки, содержание столбцов и строк имеет существенные отклонения от их названия, материал излагается не последовательно, специальные термины отсутствуют. Таблица оформлена небрежно.

Критерии оценивания доклада (сообщения):

Оценка «5» ставится, в случае если выполнены все требования к написанию и защите: обозначена проблема и обоснована ее актуальность, логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объем, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
Оценка «4» – основные требования к докладу или сообщению и их защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
Оценка «3» – имеются существенные отступления от требований. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
Оценка «2» – тема не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Образцы тестовых заданий по социологии

Вариант 1

Концепции об обществе, его возникновении, структуре, характере развития, возникшие до XIX в. можно охарактеризовать как: А) ненаучные; Б) научные; В) ложные; Г) донаучные.
Общество как специфическая часть объективной реальности изучается: А) точными науками; Б) социально-гуманитарными науками; В) теологией; Г) естественными науками.
Структура социологии представляет из себя: А) внутреннее строение науки, её уровней и частей; Б) совокупность методов социологического исследования; В) процесс развития науки; Г) роль социологии в системе социально-гуманитарных наук.
Какая из функций социологии связана с получением новых знаний? А) гуманистическая; Б) прогностическая; В) эвристическая; Г) практическая.
Полученные знания о наиболее масштабных социальных объектах, явлениях и процессах концентрируются и обобщаются в: А) социологических категориях; Б) социологических терминах; В) социологических понятиях; Г) социологических гипотезах.
О. Конт в своих работах обосновал теорию: А) интеракционизма; Б) бихевиоризма; В) позитивизма; Г) социального механицизма.
Соотнесите социологов и основные направления социологии XIX в.

Социолог	Направление социологии
1. Г. Спенсер	А) а) социальный биологизм
2. Г. Лебон	
3. Л. Гумплович	
4. В. Вунд	Б) б) социальный психологизм
5. Г. Тард	

Социологическая концепция марксизма основывается на: А) социально- историческом детерминизме; Б) эволюционной теории Ч. Дарвина; В) психоаналитической теории З. Фрейда; Г) патриархальной концепции происхождения общества-государства Конфуция.
Соотнесите социологические парадигмы с основными теориями XX в.

Социологическая парадигма	Социологические теории
А) парадигма «социальных дефиниций»	1. конфликтная
	2. этнометодология
	3. феноменология
Б) парадигма «социальных фактов»	4. системная
	5. символический интеракционизм

	6. теория социального действия
В)	7. структурно-функциональная
	8. социального обмена
	9. социальный бихевиоризм
	10. бихевиористическая социология

Общество как систему прямых и косвенных связей представляет: А) сетевая теория общества; Б) атомистическая теория общества; В) структурный функционализм; Г) теория социальных групп.

В современной социологии к определению социального института выделяют: А) три подхода; Б) шесть подходов; В) пять подходов; Г) два подхода.

П.А. Лавров и Н.К. Михайловский были представителями: А) субъективной социологии в России; Б) психологической социологии в России; В) марксистской социологии в России; Г) позитивистской социологии в России.

Вариант 2

Система знаний об окружающем мире, обществе и о своём месте в них является:

А) точкой зрения; Б) теорией; В) мировоззрением; Г) наукой.

Объект социологии современными учёными принято связывать с понятием: А) общество; Б) социум; В) социальное; Г) социальная группа.

С какой из наук не связана социология? А) история; Б) психология; В) микробиология; Г) политология.

Совокупность способов познания применяемых в ходе конкретного научного исследования называется: А) методологией; Б) методикой; В) методом; Г) методологической основой.

Социология как самостоятельная наука развивается из: А) политологии; Б) биологии; В) социальной философии; Г) психологии.

Как, по мнению О. Конта происходит поэтапное развитие знаний: А) мифологический этап, теологический этап, позитивистский этап; Б) мифологический этап, философский этап, позитивистский этап; В) философский этап, теологический этап, позитивистский этап; Г) теологический этап, метафизический этап, позитивистский этап.

Соотнесите социологов и основные направления социологии XIX в.

Социолог	Направление социологии
1. Г. Лебон	А) «Психология народов»
2. Г. Тард	Б) «Психология групп»
3. Л. Гумплович	В) «Психология подражания»
4. В. Вунд	Г) Социальный эволюционизм
5. Г. Спенсер	Д) Социальный органицизм

Укажите, какая теория не входит в парадигму «социальных фактов»: А) бихевиористическая; Б) системная В) структурно-функциональная; Г) конфликтная.

Социология как самостоятельная наука оформляется: а) во второй половине XVIII в.; б) в начале XX в.; в) 30-х гг. XIX в.; г) в античный период.

Изучение относительно устойчивых социальных связей, форм социального взаимодействия, функционирования социальных институтов проводится: А) на микросоциологическом уровне; Б) прикладной социологией; В) только в рамках социальной инженерии; Г) на макросоциологическом уровне.

Наличие специфических физических объектов относят к: А) внешним признакам социальных институтов; Б) условиям возникновения социального института; В) внутренним признакам социального института; Г) условиям распада социального института.

Социология как наука была запрещена в России: А) в дореволюционный период; Б) в период с 20-х по начало 60-х гг.; В) с 90х гг. XX в.; Г) с 60-х по 80-е гг. XX в.

Вариант 3

Структура знаний не включает в себя: А) знания об объекте; Б) знания определите;

В) знания о явлениях; Г) знания о процессах.

Предмет социологии соотносится с объектом социологии как: А) более важное с менее важным; Б) более конкретное с более абстрактным; В) более истинное с менее истинным; Г) независимое и равнозначное.

Методология науки представляет собой: А) комплекс методов используемых наук;

Б) часть науки разрабатывающей общие принципы и способы исследования, включающую классификацию методов и их критический анализ; В) все основные концепции и теории науки; Г) перспективные научные разработки.

Функция направленная на формирование восприятия человека как высшей ценности, называется – А) прогностической; Б) мировоззренческой; В) эвристической; Г) гуманистической.

Основателем социологии большинством социологов признаётся: А) И. Кант; Б) Г. Спенсер; В) О. Конт; Г) Э. Дюркгейм.

Как, по мнению О. Конта реализуется закон классификации (развития) наук:

А) физика – химия – астрономия математика – биология – социология; Б) математика – астрономия – физика – химия – биология – социология; В) астрономия – физика – математика – химия – биология – социология; Г) физика – астрономия – математика – биология – химия – социология.

Соотнесите классических социологов и их теоретические подходы

Социолог	Теоретический подход
1. Э. Дюркгейм	А) «Чистая социология»
2. М. Вебер	Б) «Понимающая социология»

3. Г. Зиммель	В) Теория нелогического действия
4. В. Парето	Г) Социологизм

Укажите, какие теории входят в парадигму «социальных дефиниций»:

- А) конфликтная, этнометодология, феноменология, системная;
 Б) теория социального действия, этнометодология, феноменология, символический интеракционизм;
 В) теория социального действия, этнометодология, феноменология, бихевиоризм;
 Г) теория социального действия, феноменология, символический интеракционизм.

Понятие общества представлено в современной социологии: А) в трёхосновных значениях;

Б) в одном основном значении; В) в двух основных значениях; Г) в пятиосновных значениях.

Наиболее важный вклад в разработку системной теории общества в XX в. внёс: А) К. Маркс; Б) Р. Дарендорф; В) Т. Парсонс; Г) Д. Лукач.

Логический квадрат функций и дисфункций социальных институтов был разработан и предложен: А) Р. Мертоном; Б) Ч.Р. Миллсом; В) Л. Козером; Г) К. Поппером.

Кто из эмигрировавших русских социологов внёс большой вклад в развитии социологии XX в. в мировом масштабе: А) М.М Ковалевский; Б) Е.В. Де Роберти; В) П.Б. Струве; Г) П.А. Сорокин

Критерии оценки решения тестов и терминологического диктанта

Процент корректно раскрытых терминов	Баллы
90-100 %	5
80-90 %	4
60-80 %	3
40-60 %	2
20-40 %	1
0-20 %	0

Темы рефератов

«Социология знания»: основное содержание концепции и перспективы её развития.

«Цветные» революции как проявление технологий управления конфликтами в политической сфере.

Алкоголизм в современной России.

Беспризорность в России.

Болонская декларация и проблема высшего образования в России.

Брак и развод в России.

Бюрократия в России: история и современность.

Вклад О. Конта в развитии социологии.

Г. Спенсер: взгляд на общество.

Девиантное поведение в молодёжной среде.

Демографическая ситуация в России: состояние, тенденции (медицинский аспект).

Депопуляция и фактор здоровья.

Жизнедеятельность семьи: тенденции и проблемы.

Концепции общества в древневосточной и античной философии.

Личность в условиях радикальных социальных перемен.

Личность и проблема социальной идентификации.

Маргиналы в России.

Массовая культура: состояние, образцы и тенденции развития.

Межнациональные конфликты в современной России.

Мировая система и процессы глобализации.

Мода как социальное явление: история и современность.

Наркомания в современной России.

Неформальные социальные организации в современной России.

Образ жизни и здоровье.

Основные виды и структура социальных изменений.

Основные подходы к проблеме личности в гуманитарных науках.

Основные тенденции состояния здоровья населения России (медико-социологический аспект).

П. Сорокин – жизнь и творческая деятельность.

Политическая культура России.

Преступная субкультура.

Преступность в современной России.

Проблемы взаимоотношений между поколениями в современной России.

Проституция в современной России.

Развитие культуры в современной России: достижения, противоречия и перспективы.

Религиозные конфликты в современной России.

Российская семья: особенности, проблемы и перспективы развития.

Современная западная социология.

Современная молодёжная субкультура.

Социальная технология «Окно Овертона»: сущность, реализация, последствия.

Социальное неравенство, бедность в России.

Социальные конфликты в обществе. Виды и формы.

Социальный прогресс: его особенности и противоречия.

Социокультурная теория П. Сорокина

Социология В. Парето.
Социология Г. Зиммеля.
Социология М. Вебера.
Средний класс в современной России.
Становление и развитие социологии в России.
Стратификация в современной России.
Студенческая семья в России: история и современность.
Студенческая субкультура.
Субкультура и ее разновидности.
Теории девиации в социологии.
Теория К. Маркса в социологии.
Технологии управления конфликтами.
Футурологические теории в социологии (Д. Белл, М. Понятовский, О.Тоффлер)
Чикагская социологическая школа и её вклад в развитие социологии.
Э. Дюркгейм и проблема суицида. Суицид в современном обществе.
Экология и здоровье населения (медико-социологический аспект).
Элита в России: история и современность.

Критерии оценки реферата:

Оценка **«отлично»** ставится, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка **«хорошо»** – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка **«удовлетворительно»** – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. Оценка

«неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Вопросы для зачёта

Социология как самостоятельная наука. Объект и предмет социологического познания.

Структура, функции и методы социологии.

Предпосылки возникновения социологии. Вклад О. Конта в развитие социологии.

Натуралистическое направление в социологии.

Психологическое направление в социологии.

Классические социологические теории (Г. Зиммель, Э. Дюркгейм, М. Вебер, В. Парето, Ф. Теннис).

Эмпирическое направление в социологии.

Основные школы и теории современной социологии.

Понятие общества в социологии. Структура общества.

Социологические анализ и теории общества. Современные подходы к изучению общества.

Общество как система. Системный подход к изучению общества.

Социально-исторический детерминизм.

Типология обществ в социологии.

Понятие культуры в социологии. Основные подходы к понятию культуры.

Сущность культуры.

Структура культуры.

Типология культуры в социологии.

Функции культуры.

Понятие личности в социологии. Соотношение понятий «человек» и «личность».

Основные факторы развития личности.

Социальное поведение личности: понятие, сущность и виды.

Понятие и сущность девиантного поведения. Теории девиантного поведения.

Понятие социального статуса. Виды социального статуса.

Понятие социальной роли. Классификация социальных ролей.

Понятие, сущность и значение социализации.

Структура и этапы социализации.

Образование как институт социализации.

Естественная и социальная дифференциация общества. Причины социального неравенства.

Марксистское учение о социальных классах. Системообразующие признаки класса.

Понятие социальной структуры. Ее основные элементы.

Понятие социальной стратификации. Модели стратификационных систем.

Типы социальных структур.

Социальная мобильность.

Социальные нормы и ценности. Социальная маргинальность.

Социальный контроль: понятие, виды и функции.

Понятие, причины, виды и функции социальных конфликтов.

Динамика социального конфликта: основные стадии. Пути разрешения социальных конфликтов

Социальные институты: проблематика понятия и признаки

Условия возникновения и развития, динамика и системность социальных институтов.

Типы социальных институтов. Функции и дисфункции социальных институтов.

Понятие брака, его типы и функции.

Социальный институт здравоохранения.

Понятие социальной общности, виды социальных общностей, проблемы их взаимодействия.

Понятие социальной группы, типология социальных групп.

Понятие, виды и функции социальных организаций.
Семья как социальный институт: понятие, типы и функции.
Развитие социологической мысли в России.
Понятие, виды и факторы социальных изменений.
Понятие и виды социальных процессов.
Общая характеристика социологических исследований.

Задачи к зачетным вопросам

Задача № 1 Укажите соответствие понятий и их определений: 1. Понятия: а) аномия; б) структурный функционализм; в) позитивизм; г) постиндустриальное общество; д) военное общество; е) социальный дарвинизм; ж) символический интеракционизм; з) ценностно-рациональное действие; и) органическая солидарность; к) понимающая социология; л) социальные факты; м) общественно-экономическая формация. 2. Определения: а) социологическая концепция, в основе которой лежит тезис о том, что социология должна строиться по образу и подобию естественных наук и открывать законы, которым подчиняются социальные явления; б) стадия социальной эволюции, тип общественного развития, характеризующийся жесткой, малоподвижной структурой и патерналистским менталитетом; в) способы чувствования, мышления и деятельности, которые возникают в коллективном сознании, не зависят от воли и сознания отдельных индивидов и оказывают на это сознание принудительное воздействие; г) по Г. Дюркгейму, стадия общественного развития, на которой люди в большей степени отличаются друг от друга по индивидуальным качествам и характеру труда; д) состояние упадка нравственных ценностей и норм в определенном обществе; е) социологическая концепция, согласно которой познание социальных явлений предполагает исследование мотивов поступков людей; ж) социальное действие, мотивом которого выступает желание соблюсти нормы морали и нравственные устои, разделяемые индивидом; з) принятие обществом действующей власти, основанное на безличном подчинении букве закона; и) определенный уклад производственных отношений, оказывающий влияние на социальную структуру, а также политическую и духовную сферу жизни общества; к) направление в социологии, кладущее в основу анализа социальных явлений межличностные взаимодействия; л) приложение эволюционной теории и концепции выживания самых приспособленных к жизни общества; м) этап общественного развития, на котором ведущую роль в экономике стала играть сфера услуг.

Задача № 2 Один из представителей социал-дарвинизма, американский социолог У. Самнер, считал, что начальным импульсом к появлению новых социальных норм и институтов являются модели поведения, которые складываются в умах наиболее сильных и прогрессивных людей под воздействием инстинктов, а затем копируются большинством и с помощью идеологии становятся общепринятыми социально одобряемыми нормами. Попробуйте согласиться с данной точкой зрения или опровергнуть ее, опираясь на пример социальных норм и институтов, появившихся относительно недавно, в последние десятилетия.

Задача № 3 Укажите соответствие понятий и их определений: 1. Понятия: а) валидность информации; б) вторичные данные; в) генеральная совокупность; г) качественные методы; д) контент-анализ; е) лонгитюдное исследование; ж) первичные данные; з) пилотажное исследование; и) релевантность информации; к) репрезентативность информации; л) случайная выборка; м) социологическая информация; н) социологическое наблюдение; о) триангуляция. 2. Определения: а) совокупность всех объектов (единиц), относительно которых социолог намерен делать выводы при изучении конкретной проблемы; б) информация, полученная в результате прямого наблюдения или опроса, на основе непосредственной регистрации совершающихся событий; в) информация, представленная в упорядоченной, обобщенной и свернутой форме: в виде описаний, протоколов, таблиц, графиков, уравнений, коэффициентов и иных показателей, удобных для последующих теоретических обобщений и выводов; г) достоверность, общая точность и полнота, свойство информации быть правильно воспринятой; д) информация о социальных явлениях и процессах, полученная с помощью специальных социологических инструментов – опросов, анкетирования, наблюдения, эксперимента, применения специальных социологических методик; е) статистический расчет различных объективных характеристик текста с целью извлечь из документальных источников социологическую информацию, необходимую для решения исследовательских задач; ж) длительное периодическое изучение одних и тех же лиц и влияния на них определенных событий; з) вариант поискового исследования с целью отработки технических процедур и приемов, апробации вопросника; и) методы сбора данных, нацеленные на получение информации о своеобразии конкретного социального объекта, о новых явлениях или процессах, не имеющих массового распространения; к) свойство отобранной информации отражать характеристики изучаемой генеральной совокупности, что позволяет распространить полученные результаты социологического исследования на свойства всей проверяемой совокупности; л) использование нескольких исследовательских методов, их комбинация с целью получения более достоверных эмпирических данных по сравнению с результатами, полученными в случае применения какого-либо одного метода; м) смысловое соответствие между информационным запросом и полученным сообщением; н) число респондентов, отобранное из общего списка генеральной совокупности через равные промежутки; о) метод сбора первичной социологической информации путем непосредственного восприятия и прямой регистрации конкретных действий людей или событий в режиме реального времени.

Задача № 4 Сформулируйте и впишите в таблицу сильные и слабые стороны основных методов сбора социологической информации: Метод исследования, Возможности, Ограничения, Анкетный опрос, Индивидуальное интервью, Фокус-группа, Наблюдение, Эксперимент, Контент-анализ, Кейс-стади, Этнографический метод.

Задача № 5 Программа социологического исследования обязательно включает методологический и методический разделы. Укажите, к какому разделу следует отнести перечисленные ниже действия: а) разработка рабочих гипотез; б) определение обследуемой совокупности; в) определение целей и задач исследования; г) операционализация основных понятий; д) выбор переменных; е) определение объекта и предмета исследования; ж) выбор методов сбора первичной информации; з) формулировка проблемы исследования.

Задача № 6 Сформулируйте рабочие гипотезы к следующим темам: 1. Роль социальной рекламы в современном обществе. 2. Американцы глазами русских. 3. Благотворительность как культурный феномен. 4. Особенности миграционных потоков в современной России. 5. Взаимодействие крупных компаний и региональной власти. 6. Воздействие добрых сексуальных отношений на институт брака. 7. Работающий студент. 8. Взаимодействие науки и искусства.

Задача № 7 Прочитайте отрывок из книги современного британского социолога Э. Гидденса «Введение в социологию» «Социология занимает первое место в группе дисциплин (включая антропологию, экономику и политологию), которые обычно называют общественными науками. Но можем ли мы в действительности изучать общественную жизнь людей «научным» образом? Для ответа на этот вопрос нужно рассмотреть основные характеристики науки как формы интеллектуальной деятельности. Что же такое наука? Наука – это использование систематических методов исследования, теоретического мышления и логической оценки аргументов с целью развития знаний об определенном предмете. Научная работа состоит из смеси очень смелого мышления и тщательного подбора данных для доказательства или опровержения гипотез и теорий. Информация и озарения, полученные в результате научных поисков и дискуссий, всегда до некоторой

степени предварительны и открыты для пересмотра, а в некоторых случаях даже для полного отказа от них. Когда мы спрашиваем, «является ли социология наукой», то имеем в виду два момента: «может ли эта дисциплина быть построена согласно процедурам естественных наук» и «может ли социология достичь такого же уровня точного и хорошо обоснованного знания, которое разработали естественные науки в отношении физического мира». Эти моменты всегда были в некоторой степени спорны, но в течение долгого времени большинство социологов отвечало на них утвердительно. Они считали, что социология может и должна быть уподоблена естественным наукам как по своим процедурам, так и по характеру получаемых данных. Сейчас такой взгляд выглядит наивно. Подобно другим общественным «наукам», социология является научной дисциплиной в том смысле, что она располагает систематическими методами сбора и анализа данных, методами оценки теорий в свете доказательств и логических аргументов. Тем не менее, изучение человеческих существ отличается от изучения событий физического мира, и поэтому ни логическое обращение, ни выводы социологии не могут быть верно поняты в простых сравнениях с естествознанием. При изучении общественной жизни социолог сталкивается с действиями, значимыми для людей их совершающих. В отличие от объектов природы, люди обладают самопознанием, они видят смысл и цель в том, что они делают. Точно описать общественную жизнь невозможно, если мы прежде всего не уловим смысл, который люди вкладывают в свою деятельность. Например, чтобы описать смерть как «самоубийство», необходимо располагать знанием о том, какие намерения были у человека в момент смерти. «Самоубийство» имеет место только в том случае, если индивид сам активно добивается саморазрушения. Человек, нечаянно шагнувший под автомобиль и погибший, не может считаться самоубийцей: смерть не была его целью. Тот факт, что мы не можем изучать человеческие существа абсолютно тем же путем, что и объекты природы, с одной стороны, дает социологии преимущества, а с другой – создает трудности, которые отсутствуют у естествоиспытателей.

Преимущество заключается в том, что социологи могут задавать вопросы тем, кого они изучают, – другим человеческим существам. С другой стороны, люди, которые знают, что их действия тщательно изучаются, часто начинают вести себя не так, как обычно. Например, когда индивид заполняет опросник, он может сознательно или несознательно дать о себе представление, отличающееся от реального. Он может даже пытаться «помочь» исследователю, давая ответы, которые, как ему кажется, от него ждут». (Э. Гидденс. Введение в социологию). 2. Укажите сходства и отличия социологии и естественных наук по представлению Э. Гидденса 3. Ответьте, в чём Э. Гидденс видит преимущества социологии как науки перед естественными науками?

Задача № 8 Случайная выборка предполагает, что при ее формировании любой представитель рассматриваемой группы населения имеет одинаковую вероятность быть в нее включенным. Для построения случайной выборки осуществляется выбор единиц опроса через определенный интервал. Определите шаг отбора (т. е. через какое количество единиц совокупности будет происходить выбор): если величина генеральной совокупности 2000 чел, а величина выборочной совокупности 50 чел. В каких случаях применим данный вид выборки?

Задача № 9 В самом общем виде процедура социологического наблюдения предусматривает следующий порядок исследовательских действий: 1. Определение цели и задач наблюдения (для чего наблюдать и с какой целью). 2. Выбор объекта и предмета наблюдения (что наблюдать). 3. Выбор ситуации наблюдения (в каких условиях наблюдать). 4. Выбор способа (вида) наблюдения. 5. Определение единиц наблюдения и индикаторов изучаемых аспектов поведения. 6. Выбор способа регистрации наблюдаемого события (карточки, бланки протоколов, кодировочные бланки; ведение записи). Выберите социально значимый вопрос, в изучении которого можно использовать метод наблюдения. Например: «Транспортные пробки в городе»; «Работа с клиентами в банке»; «Фанаты на стадионе»; «Посетители городских кафе или ночных клубов»; «Инвалид и городская среда»; «Разговоры по мобильному в общественном транспорте».

Задача № 10 Прочитайте приведенное ниже описание известного в социологии эксперимента на выявление факторов, влияющих на готовность людей оказывать бескорыстную помощь (альтруистическая мотивация). Разберите этот пример с точки зрения ключевых для подготовки и проведения любого социального эксперимента вопросов: 1. Цели, гипотезы и задачи эксперимента. 2. Выбор экспериментальной группы. 3. Выбор контрольных, факторных и нейтральных признаков. 4. Условия проведения эксперимента и создания экспериментальной ситуации. 5. Выбор индикаторов и способа контроля протекания эксперимента. 6. Эффективность эксперимента. Описание эксперимента На идею этого эксперимента Джона Дарли и Даниела Бэтсона [J. M. Darley, C. D. Batson, 1973] натолкнула библейская притча о добром самаритянине, в которой священник и левит проходят мимо раненого странника, оставляя его заботам скромного и небогатого самаритянина. Авторы эксперимента поставили перед собой вопрос: что могло удержать от оказания помощи священника и левита? Они предположили, что оба, в отличие от самаритянина, были очень занятыми людьми и, пребывая в постоянной спешке, должны были поспевать сразу во много мест. Преследование своих целей в условиях дефицита времени является одной из форм сосредоточенности на себе, препятствующей акту оказания помощи. Затем авторы предположили, что священник и левит были глубоко погружены в религиозные размышления, и это также снизило их готовность к помощи. Для проверки своей гипотезы Дарли и Бэтсон провели эксперимент, построенный по образцу рассматриваемой притчи. Студенты-теологи получали (каждый отдельно) задание быстро подготовить первую в своей жизни проповедь продолжительностью 3–5 минут, с которой нужно выступить в здании, находящемся в нескольких кварталах от учебного корпуса. Для одной половины испытуемых темой проповеди была притча о добром самаритянине, для второй профессиональная деятельность священнослужителя, не связанная с выполнением функций духовника. При подготовке доклада испытуемые в разной мере ставились в ситуацию дефицита времени (он мог быть сильным, умеренным или вовсе отсутствовать). Одну группу семинаристов напутствовали словами: «Вы опаздываете, вас ждут уже несколько минут, так что лучше поторопиться», а другой сообщали: «У вас в запасе некоторое время, но ничего не случится, если вы придете к самому началу». По дороге к месту выступления испытуемые проходили мимо человека, лежащего в разодранной одежде, физическое состояние которого было 25 очевидно плачевным. Как ожидалось, по мере ужесточения дефицита времени помощь становилась все более редкой. Из тех, кому было рекомендовано поторопиться, лишь 10 % пришли на помощь несчастному (который, естественно, был сообщником психологов). Среди семинаристов, считавших, что времени у них в избытке, таких оказалось 63 %. Однако вопреки ожиданиям авторов поглощенность размышлениями на тему помощи оказалась по сравнению с размышлениями на нейтральную тему более благоприятной для осуществления действий помощи.

Задача № 11 Укажите соответствие понятий и их определений: Понятия: а) общество; б) социальная структура; в) социальная солидарность; г) традиционное общество; д) индустриальное общество; е) постиндустриальное общество. Определения: а) тип общества, в котором основным фактором производства становится капитал, возникает товарное производство промышленных изделий, начинает доминировать городской, промышленный, механизированный труд, а основная часть населения переселяется в города; б) устойчивая и крупная совокупность людей, объединенных на одной территории естественно-исторически сложившимися формами совместной жизнедеятельности и способами совместного удовлетворения своих коллективных нужд, интересов и потребностей на основе выработанных ими ценностей, норм, институтов, характеризующаяся самоорганизацией, самовоспроизводством, саморегуляцией и саморазвитием; в) тип общества, в котором материальным базисом становится информационно-технологический способ организации производства, а основным фактором производства становится не земля или капитал, а научные знания, информация. Ключевым товаром становятся наукоемкие, высокотехнологические продукты; г) устойчивая совокупность элементов социума, включающая его внутреннюю организацию и строение, законы связи расположения социальных элементов и подсистем в составе общества; д) выражение коллективного сознания человеческих общностей, противостоящее природному эгоизму отдельных индивидов; е) тип общества, в котором основным фактором производства является земля, главным продуктом – предметы потребления, доминирует ручной, преимущественно сельскохозяйственный труд, преобладает сельское население с низкими показателями продолжительности жизни и уровня благосостояния людей.

Задача № 12 Назовите мыслителей (О. Конт, М. Вебер, К. Маркс, Т. Гоббс, Т. Парсонс, Аристотель, Э. Дюркгейм), которым принадлежат следующие высказывания об обществе: 1. Возникновение общества объясняется естественной для людей потребностью общения друг с другом. 2. Общество – продукт общественного договора, соучастники которого – индивиды, отчуждающие часть своих прав в пользу государства и соглашающиеся тем самым пребывать в гражданском состоянии. 3. Общество – органическое единство всего человечества, консолидированное солидарностью, основанной на согласованности функций всех его элементов. 4. Общество не просто совокупность людей, а нечто особое, sui generis, социальная реальность, созданная солидарностью людей. 5. В производстве люди вступают в отношение не только с природой. Они не могут производить, не соединяясь известным образом для совместной деятельности для взаимного обмена своей деятельностью. Чтобы производить, люди вступают в определенные связи и отношения, и только в рамках этих общественных связей и отношений существует их отношение к природе... Производственные отношения в своей совокупности образуют то, что называют общественными отношениями, обществом. 6. За общностями, которыми оперирует социолог, нужно уметь увидеть действующих индивидов, имеющих самые различные мотивы действий, ориентированных на значимый для них в силу традиции или воодушевления, или в силу

его законности, общественный порядок. 7. Общество – социальная система, обладающая способностью к самоорганизации и саморазвитию, которая реализуется за счет выполнения фундаментальных функциональных требований: приспособления к меняющимся условиям среды, целеполагания, интеграции и поддержания образца (самосохранения)

Задача № 13 Г. Спенсер считал, что общество подобно живому организму, оно имеет определенные органы-системы, взаимодействующие между собой. Объясните, почему ученый использовал подобное сравнение. Попробуйте предложить интерпретацию общества как организма и соответствующие аналогии.

Задача № 14 Укажите соответствие понятий и их определений: Понятия: а) восходящая мобильность; б) групповая мобильность; в) социальная структура; г) статусная группа; д) горизонтальная мобильность; е) социальная стратификация; ж) престиж; з) вертикальная мобильность; и) социальная мобильность; к) социальная маргинальность; л) нисходящая мобильность; м) класс. Определения: а) изменение социальной позиции, сопровождающееся сохранением социального статуса; б) особым образом организованное неравенство между различными социальными слоями и общностями; в) перемещение, связанное с изменением социального статуса; г) промежуточное положение в социальной структуре, которое характеризуется не только отсутствием четко определенной позиции, но и утратой определенных социальных норм, правил и моделей поведения; д) мобильность, связанная с понижением социального статуса; е) мобильность, связанная с изменением статуса целых социальных групп; ж) степень уважения определенного статуса; з) совокупность индивидов, занимающих схожие позиции по трем признакам: богатство, престиж, власть; и) изменение положения индивида или группы в социальном пространстве, т. е. переход от одной социальной позиции к другой; к) совокупность статусных групп, занимающих схожие рыночные позиции и обладающих схожими жизненными шансами; л) определенный порядок взаимосвязей между элементами социальной системы; м) социальное перемещение, связанное с повышением социального статуса.

Задача № 15 Прокомментируйте приводимые ниже определения классов. Какие теоретические подходы к анализу стратификации они отражают? В чем заключаются различия между ними? Попробуйте, основываясь на каждом определении, представить стратификационную систему. Сравните полученные результаты. Какой из подходов к определению классов кажется вам наиболее корректным и теоретически перспективным? Класс – это совокупность агентов со сходной позицией в социальном пространстве (П. Бурдьё). Класс – это совокупность статусных групп, занимающих схожие рыночные позиции и обладающих схожими жизненными шансами (М. Вебер). Класс определяется... его местом в общественном разделении труда в целом. Что включает также политический и идеологический отношения... (Н. Пуланс). Класс обозначает конфликтные группы, которые возникают в результате дифференцированного распределения авторитета в императивно координированных ассоциациях (Р. Дарендорф). Говоря о классе, мы имеем в виду не слишком строго определенную группу людей, разделяющих общие интересы, социальный опыт, традиции и системы ценностей, людей, predisposed вести себя как класс, определять себя в своих действиях и в своем сознании как класс по отношению к другим группам людей (Э. Томпсон). Определяющей чертой класса является способ коллективного действия (Ф. Паркин). Основанием для выделения класса может служить критерий наличия или отсутствия экономической власти, признаками которого выступают: возможности контроля (распоряжения экономическими ресурсами), размеры собственности (юридическое владение ресурсами), рыночные позиции (способности и квалификация). (У. Рансимен.)

Задача № 16 Укажите соответствие понятий и их определений: Понятия: а) структура социального института б) социальный институт; в) универсальные функции социальных институтов; г) критерии классификации; социальных институтов; д) семья; е) церковь; ж) государство. Определения: а) устойчивая структура стандартизированных социальных действий и практик упорядоченного удовлетворения базисных потребностей людей; б) закономерный порядок взаиморасположения и взаимосвязи социальных субъектов и других компонентов стандартизированных социальных действий и практик упорядоченного удовлетворения базисных потребностей людей; в) микроинститут социальной сферы общества, удовлетворяющий фундаментальные потребности мужчин и женщин в совместной комфортной жизнедеятельности и воспроизводстве потомства; г) макроинститут политико-правовой надстройки общества, выражающий всенародную волю и общенародные интересы, закрепляющий политический статус народа на определенной территории и осуществляющий посредством императивной власти управление обществом, нормотворчество и правоприменение; д) консолидация людей в сплоченные сообщества на основе удовлетворения их базисных потребностей; е) макроинститут духовной сферы общества, объединяющий единомышленников единой церковной организацией, религиозными церемониями, ритуалами, предметами культа и удовлетворяющий их базисные потребности обретения смысла жизни; ж) сфера общественной жизнедеятельности, в которой функционирует устойчивая структура стандартизированных социальных действий и практик людей.

Задача № 17 Американские социологи П. Бергер и Т. Лукман в качестве одного из важнейших условий функционирования социальных институтов называли необходимость их легитимации, т. е. признания их значимости на основе предложенных объяснений. В процессе социализации представители новых поколений усваивают идеи и интерпретации, оправдывающие сложившийся институциональный порядок. Эти оправдания могут иметь вид рациональных аргументов, исторических объяснений, обращаться к народной мудрости, традициям, верованиям. Представления людей об институтах оказываются важным элементом институционального порядка. Попробуйте привести объяснения, легитимирующие следующие социальные институты: регистрация брака, выбор депутатов, общенациональные праздники, мировой суд, местное самоуправление.

Задача № 18 Укажите соответствие понятий и их определений. Понятия: а) групповая структура; б) групповая динамика; в) малая группа; г) референтная группа; д) вторичная группа; е) групповая сплоченность; ж) социальная группа; з) аутсайдер. Определения: а) индивид с наименьшим авторитетом; б) совокупности людей, характеризующихся общими интересами, ценностями и установками, совместным пространственно-временным бытием, совместной деятельностью; в) степень взаимной привлекательности членов группы, группы как целого; г) группа, взаимодействие в которой обусловлено стремлением ее членов к достижению определенных целей, где основное значение придается умению выполнять определенные функции, где между людьми отсутствуют глубокие эмоциональные связи; д) группа, к которой человек не принадлежит, но ориентируется на свойственные ее членам ценности и образ жизни; е) небольшая по численности совокупность людей, объединенных общими целями, интересами, ценностями, нормами и правилами поведения, а также постоянным взаимодействием; ж) система иерархически расположенных внутригрупповых отношений; з) развитие или движение группы во времени, обусловленное взаимодействием членов группы, а также внешним воздействием на группу

Задача № 19 Социальный психолог Э. Янис описал феномен «огруппления мышления». Групповое мышление может негативно сказываться на процессе принятия решений в группах с очень тесными связями, члены которых настолько озабочены сохранением единодушия, что оказывают давление на сомневающихся и даже выполняют роль цензоров по отношению к самим себе. Снижение критических способностей создает иллюзию добровольности принимаемых решений, порождает самоуверенность и излишнюю готовность идти на риск. Изолированность группы, отсутствие информации, директивный стиль руководства усиливают негативные эффекты группового мышления. Приведите примеры «огруппленного мышления», опираясь на личный опыт и знание истории. Попробуйте сформулировать правила, следование которым позволит противостоять негативному влиянию группового мышления.

Задача № 20 Социальные агрегаты, сочетая в себе черты реальных и номинальных групп, представляют собой случайное скопление людей. Распределите черты, характерные для публики и толпы: 1. Психическое единство создано физическим контактом. 2. Духовная общность на основе сходства интересов. 3. Обладает разрушительной силой. 4. К ней адресованы средства массовой информации. 5. Личность нивелируется, отсутствует возможность выражения индивидуальности. 6. Личность получает возможность самовыражения через общие интересы.

Задача № 21 Укажите соответствие понятий и их определений: Понятия: а) личность; ж) ролевой конфликт; б) ролевая дистанция; з) «обобщенный другой». в) социализация первичная; и) ресоциализация; г) социальный статус; к) статус приписанный; д) социальная роль; л) статус достигаемый. Определения: а) положение, приобретаемое индивидом в обществе благодаря его собственным усилиям; б) позиция личности, приобретаемая вне зависимости от ее усилий или выбора; в) система социально значимых черт, характеризующих индивида. г) совокупность общих ожиданий, норм и ценностей, распространенных или принятых в данном обществе; д) занимаемая индивидом позиция в обществе, связанная с

определенными правами и обязанностями; е) формирование у ребенка речи, мышления, сознания, усвоение социальных норм и ценностей; ж) переживаемые индивидом противоречивые чувства, связанные с одновременным выполнением нескольких ролей; з) поведение, предписанное определенными обстоятельствами и ожидаемое другими участниками взаимодействия; и) термин, используемый для обозначения способности человека отличать свои разные роли от самого себя; к) усвоение правил и образцов поведения, социальных норм и культурных ценностей, необходимых для жизнедеятельности в новых условиях.

Задача № 22 В одной из школ психолог с помощью тестов исследовал уровень развития интеллекта учеников. После завершения тестирования объявил ученикам и учителям имена «наиболее способных». Среди названных им имен был ряд учеников с весьма невысоким IQ, поскольку в действительности отбор был случайным. Итак, все «узнали», кто в классе самый перспективный. Эти знания сместили оценки поведения и учеников, и учителей. Через год, придя в ту же школу, психолог обнаружил, что все, кому он создал репутацию «наиболее умных», являются лучшими учениками класса. Как вы можете объяснить этот случай с позиции теории «зеркального Я»? Что не объясняет эта теория? Какие еще объяснения вы могли бы предложить?

Задача № 23 Укажите соответствие понятий и их определений: Понятия: а) закон; б) ценности; в) массовая культура; г) обычай; д) традиция; е) нравы; ж) ценностные ориентации; з) народная культура; и) этикет; к) доминирующая культура; л) жаргон; м) субкультура; н) манеры; о) привычки; п) контркультура; р) элитарная культура. Определения: а) традиционно установившийся порядок поведения, закрепленный коллективными привычками; б) обычай, приобретающий моральное значение; в) нормативный акт, принятый высшим органом государственной власти в установленном конституцией порядке; г) механизм воспроизводства и передачи из поколения в поколение компонентов культуры: символов, языка, обычаев, манер, этикета, законов, нравов; д) социально одобряемые и разделяемые большинством людей представления: добро, справедливость, патриотизм, любовь, дружба; е) индивидуальное отношение и выбор комплекса взаимосогласованных конкретных ценностей в качестве норм поведения; ж) культура привилегированной части общества, созданная членами этого слоя или по его заказу; з) культура, создаваемая анонимными творцами независимо от наличия у них той или иной профессиональной подготовки; и) культура, состоящая из компонентов культуры: символов, верований, традиций и обычаев, которыми руководствуется большинство членов общества; л) видоизмененная часть общей культуры, носителями которой является большая социальная группа в данном обществе; м) культура социальной группы, противостоящая доминирующей культуре на основе конфликта с господствующими ценностями; н) закрепившиеся в подсознании в результате многократного повторения образцы поведения; о) стилизованные схемы (стереотипы) привычного поведения; п) принятый в особых социальных группах (слоях) комплекс правил стилизованного поведения; р) лингвистическое проявление субкультуры, порождаемое стремлением дать обычным словам необычные синонимы для языкового обозначения принадлежности субъекта к данной социальной группе.

Задача № 24 Ознакомьтесь со следующими определениями культуры:

1. Совокупность приспособления человека к условиям его существования. Приспособление обеспечивается путем варьирования, селекции и передачи по наследству. 2. Культура – это выход избыточной человеческой энергии в постоянной реализации высших способностей человека. 3. Социологическое обозначение для научного поведения, т. е. поведения, не данного человеку по рождению, а должного усваиваться каждым новым поколением заново путем обучения у взрослых людей. 4. Культура – это социально унаследованный комплекс способов деятельности и убеждений, составляющих ткань нашей жизни. 5. Культура – это материальные и социальные ценности любой группы людей (институты, обычаи, установки, поведенческие реакции) независимо от того, дики они или цивилизованные люди. 6. Культура и цивилизация в широком этнографическом смысле складывается в своем целом из знаний, верований, искусства, нравственности, законов, обычаев и некоторых других способностей и привычек, усвоенных человеком как членом общества. 7. Образ жизни, которому следует община или племя. Культура племени есть совокупность стандартов, верований и практик, которым следует племя. 8. Относительно постоянное нематериальное содержание, передаваемое в обществе посредством процесса обществования. 9. Организованные, повторяющиеся реакции всего общества, сочетающие научное поведение и поведенческие результаты, компоненты которых разделяются и передаются по наследству членами данного общества. 10. Совокупность всего, что создано или модифицировано сознательной или бессознательной деятельностью индивидов, взаимодействующих друг с другом или воздействующих на поведение друг друга. 11. Формы привычного поведения, общие для группы, общности или общества, состоящие из материальных и нематериальных элементов. 12. Культура состоит из материальных объектов (орудий, орнаментов, амулетов), а также действий, верований, установок, функционирующих в контексте символизации. Опираясь на классификацию определений культуры, предложенную А. Кребером и К. Клакхоном, отнесите приведенные выше высказывания к соответствующему типу определений: а) описательные; б) исторические; в) нормативные; г) психологические; д) структурные; е) генетические.

Задача № 25 Укажите соответствие понятий и их определений: Понятия: а) социальное изменение; е) эволюционные социальные изменения; б) социальное развитие; ж) революционные изменения; в) социальный прогресс; з) морфогенезис; г) модернизация; и) социальные движения; д) социальный цикл; Определения: а) процесс необратимых, направленных, закономерных социальных изменений; б) социальные изменения, имеющие положительное значение для существования и развития личности и общества; в) переход социального объекта из одного состояния в другое; любое преобразование социальной организации общества или группы, социальных институтов и социальной структуры, образцов поведения, установленных в обществе или группе; г) импортирование традиционными обществами новых социальных ролей и политических институтов, собственных рациональному обществу; д) коллективные действия с целью поддержки социальных изменений в обществе или препятствия им; ж) замкнутый цикл подъема, расцвета и упадка общества, вновь повторяющийся после завершения; з) коренное изменение общества и всех его сфер в ключевых аспектах, ведущих к изменению характера этого общества; и) социальные изменения, приводящие к фундаментальным новшествам; к) постепенное распространение новых ценностей, норм, институтов, правил поведения, ролей и функций.

Критерии оценивания дифференцированного зачёта:

Уровень качества ответа студента на экзамене определяется с использованием следующей системы оценок:

Оценка «отлично»

Устный ответ. Оценку «отлично» заслуживает студент, показавший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение устанавливать взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.

Задача. Студент обнаруживает понимание специфики задания: аргументировано отвечает на вопрос, выдвигая необходимые тезисы, приводя развивающие их доводы, оригинальным способом решает возникшую проблему.

Оценка «хорошо»

Устный ответ. Оценку «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание учебного материала, систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Задача. Студент обнаруживает понимание специфики задания, но при ответе не демонстрирует достаточную обоснованность суждений, предлагает стандартный, типовой способ решения проблемы.

Оценка «удовлетворительно»

Устный ответ. Оценку «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, допустивший погрешности в ответе на вопросы.

Задача. при выполнении заданий студент допустил недочёты, но имеет необходимые знания для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно»

Устный ответ. Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно- программногo материала,

Задача. допущены принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
<p>Знание 1: основные признаки и свойства социально значимых профессий (в том числе медицинских)</p> <p>Знание 2: причины, особенности основания социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий, сущность и значение толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий</p> <p>Знание 3: основные нормы и правила эффективного социального взаимодействия</p> <p>Знание 4: содержание и особенности информационных ресурсов социологического характера, отражающих проблемы и процессы происходящие в современном здравоохранении</p>	<p>Вопросы: 6, 7, 9, 10, 11, 12, 19, 21, 23, 24, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 38, 40, 42, 45</p> <p>Вопросы: 3, 4, 5, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 28, 30, 32, 36, 37, 43, 44, 47, 48, 49</p> <p>Вопросы: 25, 26, 27, 34, 35, 36, 37, 46, 38, 48, 49</p> <p>Вопросы: 1, 2, 8, 10, 11, 12, 48, 49, 50</p>
<p>Умение 1: соотносить общие признаки и свойства социально-значимых профессий применительно к своей, объяснять социальную значимость своей профессии</p> <p>Умение 2: выделять социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p> <p>Умение 3: использовать различные способы социального взаимодействия с коллегами для решения профессиональных задач, использовать различные способы социального взаимодействия с потребителями для эффективного осуществления профессиональных должностных полномочий и функций</p>	<p>Задачи: 14, 17</p> <p>Задачи 6, 19, 22, 24</p> <p>Задачи: 10, 21</p>
<p>Умение 4: отбирать и анализировать информационные ресурсы</p>	<p>Задачи: 4, 5</p>

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «БИОЭТИКА»

Модуль. Введение в биоэтику.

Тема: Биоэтика как область междисциплинарных исследований.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Предмет и специфика биоэтики.

Предпосылки возникновения биоэтики.

Развитие нормативной базы биоэтики.

Биоэтика в России.

Достижения современной медицины и новые моральные проблемы.

Правозащитные движения в сфере охраны здоровья граждан.

Ван Ренселер Поттер – «идеолог» биоэтики.

Международные и российские нормативные акты и документы в области биоэтики и их значение.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Задание для проверки знаний: подготовьте сообщение на одну из предложенных тем.

Темы:

Достижения современной медицины и новые этические проблемы.

Врач и общество в эпоху развития новых биомедицинских технологий.

У истоков биоэтики.

Биоэтика как область познания и социальный институт.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Практические задания для проверки умений:

Приведите примеры значения идеологии экологического движения для развития биоэтики.

Приведите примеры значения идеологии правозащитного движения для развития биоэтики.

Приведите примеры значения признание в обществе ценностно-мировоззренческого плюрализма для развития биоэтики.

Приведите примеры значения новейших достижений медицинской науки и практики для развития биоэтики.

Сравните два подхода к определению предмета биоэтики.

Форма текущего контроля: письменная (работа с документами).

Задание для проверки умений: ознакомьтесь с текстом «Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины. Конвенция о правах человека и биомедицине» (Совет Европы, 1997). Ответьте на вопросы и составьте конспект:

Какую цель ставит данная конвенция?

Какие обязательства принимают на себя государства, подписавшие данную конвенцию?

Как определены приоритеты в конвенции?

Какие принципы оказания медицинской помощи заложены в этом документе?

Что является основанием осуществления медицинского вмешательства?

Как защищаются права лиц, не способных дать согласие на медицинское вмешательство?
Какими правами обладает человек при получении медицинской помощи?
Какие допускаются/не допускаются вмешательства в геном человека?
Каковы основные положения о проведении научных исследований?
Каковы основные принципы изъятия органов и тканей у живых доноров в целях трансплантации?

Форма текущего контроля: устная (решение ситуационных задач).

Задание для проверки умений: решите ситуационные задачи.

Задача №1. В 1891г. профессор Новицкий рассказал случай, свидетелем которого он был в молодости. Речь шла об 11-летней крестьянской девочке, лицо которой было поражено так называемым «водяным раком», в течение 4-5 дней уничтожившим половину лица вместе со скелетом носа и одним глазом. Разрушенные ткани распространяли такое зловоние, что не только медицинский персонал, но и мать не могли долго находиться в палате. Один Федор Петрович Гааз, приведенный к больной девочке, пробыл при ней более трех часов и сидя на ее кровати, обнимал ее и успокаивал. Такие посещения продолжались и в следующие дни, а на третий день девочка скончалась.

Каковы моральные основания поступка Ф.П.Гааза?

Задача №2. Большой резонанс имел конфликт профессора Г.А.Захарьина (1827-1897) с молодым врачом Боевым, который привел к нему на консультацию своего пациента, профессор определил действия молодого врача как неквалифицированные и посоветовал больному обратиться к другому специалисту. После этого 70 врачей подписали письмо, в котором назвали поступок Захарьина неэтичным. Также известен другой случай, когда Г.А.Захарьин отменил назначения молодого врача, а затем признал свою неправоту перед родственниками больной и изъяснил готовность письменно извиниться перед самим врачом.

Дайте оценку поступкам профессора? Из чьих интересов он исходил?

Задача №3. Комитет по этическим и юридическим вопросам Американской медицинской ассоциации, рассмотрев этические аспекты отношений между врачами и пациентами в 1991г. принял специальное решение, согласно которому интимные отношения между врачом и пациентом, возникающие в период лечения признано считать аморальными, а интимная связь с бывшим пациентом в определенных случаях также может считаться неэтичной.

Дайте объяснение этому решению, исходя из социальных и культурных представлений о характере отношений «врач-пациент».

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

По идеи В.Р.Поттера биоэтика должна была объединить:

Медицину и биологию

+Биологическое знание и общечеловеческие ценности

Мир сущего и мир должного

Науку и религию

Основная цель биоэтики:

+Защита достоинства и прав человека

Защита прав исследователя

Создание благоприятных условий для развития медицины

Снятие ограничений для экспериментов на человеке

* Ценность человеческой жизни в биомедицинской этике определяется следующими основаниями:

Возрастом

Социальным положением, финансовой состоятельностью

Психологической и физической полноценностью

+Уникальностью и неповторимостью личности

+Признанием бесценности человеческой жизни

#Биоэтика – это:

Этика жизни

Наука о выживании человека в условиях современного общества

+Дисциплина, изучающая моральные проблемы современной медицины, возникающие в связи с бурным развитием медико-биологических наук и применением новейших биомедицинских технологий

Синоним деонтологии

Биоэтика как самостоятельная дисциплина возникла:

В начале 20 века

В 40-ые годы 20века

+В 60-70-ые годы 20 века

В 90-ые годы 20 века

Биоэтика первоначально возникла:

В Европе

+В США

В России

В Азии

Биоэтика в России начала развиваться:

В начале 20 века

В 40-ые годы 20века

В 60-70-ые годы 20 века

+В 90-ые годы 20 века

Первым документом в области биоэтики можно считать:

Всеобщую декларацию прав человека

+Нюрнбергский кодекс

Клятву Гиппократ

Хельсинскую декларацию

Автором термина «биоэтика» является:

+Ван Ренселер Поттер

Гиппократ

Парацельс

Андре Хеллегерс

* Основными предпосылками возникновения биоэтики являются:

+Развитие идеологии экологического движения

Авторитет ценностей религиозной культуры

+Развитие правозащитного движения

Международная деятельность ВМА

+Бурное развитие биомедицинских наук и внедрение в практику новейших биомедицинских технологий во второй половине 20 века

+Признание в обществе ценностно-мировоззренческого плюрализма

+Коммерциализация медицинской деятельности

* Особенности биоэтики являются:

Монодисциплинарный характер
 +Мультидисциплинарный характер
 Регулирует только отношения между врачом и пациентом
 +Рассматривает глобальные вопросы: допустимость манипулирования жизнью и смертью человека, последствия вмешательства в природу человека, влияние современной медицины на жизнь человека и общество
 +Проблемы обсуждаются на широкой социальной основе (обсуждение идет на различных уровнях, активно участвует общество)
 Проблемы обсуждаются исключительно на корпоративной основе (обсуждение идет «за закрытыми дверями» внутри медицинского сообщества)
 * Формами развития биоэтики являются:
 +Образовательная деятельность
 Экспериментальная деятельность
 +Мультидисциплинарная область научных исследований
 +Развивающийся социальный институт
 Законодательная деятельность
 * Основные отличия биомедицинской этики от традиционной медицинской этики:
 Нарушение принципов биоэтики влечет за собою уголовную ответственность
 +Биоэтика закрепляет приоритет прав пациента
 +В биоэтике применяется междисциплинарный подход
 +Обсуждение проблем ведется на широкой социальной основе, а не на корпоративной
 Обсуждаемые проблемы в биоэтике ограничиваются рамками отношений «врач-пациент»
 # Биоэтика как социальный институт представлена:
 Научно-исследовательскими центрами
 +Широкой сетью этических комитетов
 Правительственными организациями
 Медицинскими ассоциациями
 # Мультидисциплинарный характер биоэтики означает:
 Проблемы обсуждаются на широкой социальной основе
 + Проблемы обсуждаются представителями различных дисциплин
 Проблемы носят дискуссионный характер
 # Автор термина «биоэтика» Ван Ренселер Поттер написал книгу:
 «Биоэтика»
 «Биоэтика – путь вперед»
 +«Биоэтика – мост в будущее»
 # Проблемы биоэтики являются:
 Догматичными
 Неопределенными
 +Дискуссионными
 Индивидуальными
 # В проблемное поле биоэтики не включены:
 Моральные проблемы вмешательства в репродукцию
 Моральные проблемы смерти и умирания
 Моральные проблемы вмешательства в геном человека
 +Все включены
 # Коммерциализация медицина –
 Это платные медицинские услуги
 Это норма современной медицины
 +Это явление современной жизни, когда отношения в сфере медицины выстраиваются по законам рынка
 # Медикализация жизни-
 Это потребление большого количества лекарственных средств
 + Это явление современной жизни, когда медицина оказывает значимое влияние на жизнь человека
 Это продажа лекарственных средств без рецепта врача
 # Биоэтика в России стала преподаваться в медицинских вузах как обязательная дисциплина с:
 +2000г.
 1991г.
 1999г.
 1993г.
 # Научные исследования по биоэтике имеют характер:
 Монодисциплинарный
 +Междисциплинарный
 # Задержка развития биоэтики в СССР связана с:
 Нежеланием ученых заниматься этим направлением
 Отставанием медицины СССР от западных стран
 +Отсутствием сформированного комплекса предпосылок
 # Задержка формирования комплекса предпосылок для развития биоэтики в СССР была обусловлена:
 + Идеологией
 +Политическим режимом
 Плохой организацией здравоохранения
 Низким качеством медицинской помощи
 # Стимулом формирования комплекса предпосылок для развития биоэтики в СССР стали:
 Улучшение качества медицинской помощи населению
 Сухой закон
 +Демократические процессы
 Распад СССР
 # «Талидомидовая катастрофа» является доказательством:
 Низкого качества лекарственных средств
 +Значения идеологии экологического движения в медицине
 Безразличия фармацевтических производителей
 # Главной причиной возникновения моральных проблем современной медицины является:
 Глобализация
 Коммерциализация
 +Развитие медицины
 # Ценностно-мировоззренческий плюрализм предполагает:
 Наличие одной системы ценностей в обществе
 +Наличие множества систем ценностей в обществе с разными основаниями
 Отрицание возможности существования множества систем ценностей в обществе

Толчком для развития правозащитного движения в сфере оказания медицинской помощи стал:

+Нюрнбергский процесс

Окончание второй мировой войны

Начало холодной войны

Прикладное значение биоэтики:

Помогает разобраться в сути моральных проблем

Биоэтика имеет теоретический характер

+Разрабатывает систему моральных и правовых норм

Автором одного из первых учебников по биоэтике в России в 90-ые годы 20 века «Биоэтика в России: ценности и законы» является:

Б.Г.Юдин

П.Д.Тищенко

+И.В.Силуянова

А.Я.Иванюшкин

Первой исследовательской организацией, начавшей систематическое междисциплинарное обсуждение моральных проблем современной медицины, стал созданный в 1969 году врачом-психиатром Виллардом Гейлином и философом Дэниэлом Кэллахеном стал:

+«Хейстингский центр»

Этический комитет

Медицинская ассоциация

Какой орган был создан при Центре «Искусственная почка» в городе Сиетл в 1961г., который занимался отбором первых пациентов для искусственного гемодиализа:

Консилиум

Симпозиум

+Этический комитет

Медицинская ассоциация

В ходе Нюрнбергского процесса был принят документ:

Хельсинская декларация

Лисабонская декларация

Токийская декларация

+Нюрнбергский кодекс

Придал новое звучание термину «Биоэтика», рассматривая биоэтику как диалог медицины и философии / этики:

Ван Ренселер Поттер

Гиппократ

Парацельс

+Андре Хеллегерс

Вопросы для самоконтроля:

Кем и когда было впервые введено понятие «биоэтика»? Какое значение было вложено в это понятие первоначально?

Как эволюционировал термин «биоэтика»? Дайте определение.

Каковы предпосылки возникновения биоэтики?

В чем суть моральных проблем в современной медицинской науке и практике?

Объясните междисциплинарный характер биоэтики.

Назовите направления развития биоэтики.

В чем специфика биоэтики?

Каковы особенности биоэтики как современной формы профессиональной медицинской этики?

Назовите наиболее значимые документы в области биоэтики?

Какое значение имело принятие Советом Европы конвенции «О правах человека и биомедицине» (1997)? Какое значение имеет данный документ для России?

Тема: Исторические основания биоэтики.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Особенности развития медицинской этики в Европе в период Античности и Средневековья.

Основные тенденции развития медицинской этики в Европе в Новое и Новейшее время.

Развитие врачебной этики в России до революции.

Медицинская этика в СССР.

Традиции врачебного искусства древнего и средневекового Востока.

Гиппократ – «отец медицины».

Флоренс Найтингейл – основательница сестринского дела.

Великий русский врач Н.Н. Пирогов.

Н.Н. Петров - основоположник советской медицинской деонтологии.

Форма текущего контроля: письменная (работа с документами).

Задание для проверки умений: ознакомьтесь с текстом и проведите сравнительный анализ «Клятвы Гиппократа» и «Клятвы врача России». Заполните таблицу:

Критерии сравнения	Клятва Гиппократа	Клятва врача России
Статус клятвы (моральный, правовой)		

Общие положения		
Различия		
Основные принципы и правила, закрепленные в клятве		

Форма текущего контроля: письменная (терминологический диктант).

Задание для проверки знаний: дайте определение.

Биоэтика;

Профессиональная этика;

Медицинская этика;

Деонтология (медицинская);

Патернализм (в медицине).

Форма текущего контроля: устная (решение ситуационных задач).

Задание для проверки умений: решите ситуационные задачи.

Задача №1. В «Наставлениях» Гиппократ советует своему ученику: «И я, советую, чтобы ты не слишком негуманно вел себя, но чтобы обращал внимание на обилие средств (у больного) и на их умеренность, а иногда лечил бы и даром, считая благодарную память выше минутной славы. Если же случай представится оказать помощь чужестранцу или бедняку, то таким в особенности должно ее доставить...»

Как расставлены нравственные приоритеты в этом совете?

Задача №2. Одним из символов медицины является горящая свеча.

Объясните, что это символизирует. Какие этические представления являются основой этого символа.

Задача №3. В 1526г. в городе Базеле известный врач Парацельс (1493-1543) публично сжег основной учебник студентов-медиков того времени «Канон врачебной науки» Авиценны. Кроме того, одно из его высказываний гласит: «Из сердца растет врач, из Бога происходит он, и высшей степенью врачевания является любовь».

Соотнесите поступок с высказыванием и объясните, в чем его значение.

Задача №4. Основоположник отечественной терапии М.Я.Мудров умер летом 1831г. во время эпидемии холеры. Он заразился после многомесячной борьбы с эпидемией сначала в Поволжье, а затем в Петербурге. Надпись на могильной плите гласит: «Под сим камнем погребено тело Матвея Яковлевича Мудрова... окончившего земное поприще свое после долговременного служения человечеству на христианском подвиге подавания помощи зараженным холерою в Петербурге и павшего от оной жертвой своего усердия».

Можно ли считать смерть М.Я.Мудрова нравственным подвигом? Обоснуйте.

Задача №5. Н.И.Пирогов в предисловии своего отчета «Аналы хирургического отделения клиники императорского Дерптского университета2(1837) написал: «Я считал... своим священным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнаружить свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих»

Какую профессиональную этическую норму в отношении врачебных ошибок сформулировал Н.И.Пирогов?

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

* Аналогами «Клятвы Гиппократа» являются:

+Факультетское обещание

Нюрнбергский кодекс

+Клятва Флоренс Найтингейл

Лиссабонская декларация

+Клятва врача России

+Женевская декларация

Клятва врача России имеет статус:

Морально-этический

+Официальный, правовой

Личностный

Декларативный

Филантропия в медицине - это:

Получение вознаграждения после оказания помощи

Получение вознаграждения еще до оказания помощи

+Безвозмездное оказание неотложной помощи

Личное обогащение врача

Проявление уважения и почтения к своим учителям было провозглашено как обязанность ученика:

Парацельсом

Персивалем

Авиценной
+Гиппократом
Основополагающий принцип этики Гиппократа:
«Делай добро»
+«Не навреди»
«Соблюдай долг»
«Уважения автономии пациента»
Этика Гиппократа сформировалась в период:
Возвышения лекарей-жрецов
Распада Римской империи
+Становления светской медицины в Древней Греции
Распространения христианства в Европе
Этика Гиппократа направлена на:
+Завоевание социального доверия к профессии врачей
Повышение личностного статуса врача
Привлечение к уголовной ответственности врачей
Приобретение врачами жреческого статуса
* В «Клятве Гиппократа» впервые были сформулированы требования:
+Обязательство сохранения врачебной тайны
Руководство интересами врача
+Запрет на аборт
+Запрет на эвтаназию
Получение вознаграждения от пациента
+Обязательство не причинения вреда пациенту
На развитие медицинской этики в средние века в Европе оказало сильнейшее влияние:
Развитие науки
+Христианство
Развитие искусства и литературы
Ислам
Основополагающий принцип врачебной этики Парацельса:
+«Делай добро»
«Не лжесвидетельствуй»
«Не укради»
«Знание–сила»
Современники называли этого врача «рыцарем врачебной этики»:
Ф.И.Гааза
М.Я.Мудрова
Н.И.Пирогова
+В.А.Манассеина
Врач и литератор, автор повести «Записки врача», в которой были предвосхищены многие проблемы, рассматриваемые современной биоэтикой:
А.П.Чехов
М.А.Булгаков
+В.В.Вересаев
Развитие медицинской этики в России после революции затормозилось в связи:
Лишение врачей права профессиональной автономии и самоуправления
Признание медицинской этики буржуазным пережитком
Перевод врачей на положение государственных служащих
Монополия одной идеологии в советском государстве
Тоталитарная политическая система
+Все выше перечисленное
Термин «медицинская деонтология» в СССР был введен:
Н.А.Семашко
+Н.Н.Петровым
Б.В.Петровским
* Специфическим чертами патернализма в медицине являются:
Вся информация предоставляется пациенту
+Руководящая роль в отношениях с пациентом принадлежит врачу
Все решения принимает пациент
+Врач заботиться о нуждах пациента, подобно тому, как отец заботится о своем ребенке
+Ответственность за решения о здоровье пациента врач берет на себя
Автор «Молитвы врача»:
Авиценна
+Маймонид
Неизвестный автор
Гиппократ
Автор первого учебника по медицинской этике, вышедшего в 1803году в Великобритании:
Парацельс
Ф.Бекон
И.Бентам
+Т.Персиваль
Какой из перечисленных принципов является основным для деонтологии:
+«Исполняй долг»
«Не прелюбодействуй»
«Храни врачебную тайну»
«Помоги коллеге»
Первый переводчик трудов Гиппократа на русский язык и яркий пропагандист его учения:
Ф.И.Гааз
+М.Я.Мудров
Н.И.Пирогов
В.А.Манассеин
Этому врача в народе прозвали «святым доктором»:
+Ф.И.Гааз
М.Я.Мудров
Н.И.Пирогов

В.А.Манассеин

Этот врач впервые в России публично признался в своих врачебных ошибках, считая, что тем самым он предотвращает их повторение, чем заслужил еще больший авторитет своих коллег:

Ф.И.Гааз

М.Я.Мудров

+Н.И.Пирогов

В.А.Манассеин

Основным принципом биоэтики является:

Принцип «не навреди»

Принцип «делай благо»

+Принцип «уважения автономии личности»

Принцип «соблюдай долг»

Основоположником традиционной медицинской этики был:

Парацельс

+Гиппократ

Аристотель

Авиценна

Какая из перечисленных форм профессионального этического сознания не относится к историческим моделям биомедицинской этики:

Модель Гиппократа

Модель Парацельса

Деонтологическая модель

Биоэтическая модель

+Фашистская медицина

* Модель Парацельса направлена на:

Служение Богу

Завоевание социального доверия к профессии врачей

+Завоевание духовного доверия пациента к врачу

Поддержание авторитета врача

+Установление личностных эмоционально-духовных контактов врача с пациентом

+Проявление врачом милосердия и сострадания к больному

Патерналистическая модель взаимоотношений врача с пациентом окончательно оформилась:

В Античности

+В Средние века

В Новое Время

В 20 веке

«Я не вручу никакой женщине абортивного пессария» - говорится в:

Клятве врача России

Присяге советского врача

Женевской декларации

+Клятве Гиппократа

Принцип «не навреди» является основополагающим в:

Модели Парацельса

+ Модели Гиппократа

Деонтологической модели

Биоэтике

Принцип «соблюдай долг» является основополагающим в:

Модели Парацельса

Модели Гиппократа

+Деонтологической модели

Биоэтике

Принцип «делай благо» является основополагающим в:

+Модели Парацельса

Модели Гиппократа

Деонтологической модели

Биоэтике

Принцип «уважения автономии пациента» является основополагающим в:

Модели Парацельса

Модели Гиппократа

Деонтологической модели

+Биоэтике

Клятва врача России запрещает:

Производство аборта

Клонирование человека

Трансплантацию органов и тканей человека

+Эвтаназию

Наркомздрав РСФСР Н.А.Семашко предлагал отказаться от:

+Врачебной тайны

Принудительного лечения

Абортов

Эвтаназии

Работа Н.И.Пирогова, в которой он впервые в России поднял вопрос о врачебных ошибках, называлась:

О врачебных ошибках

Записки врача

+Анналы хирургического отделения клиники Императорского Дерптского университета

Трактат о врачебных ошибках

Записки молодого хирурга

Какого обещания нет в «Клятве» Гиппократова сборника:

Не делать сечения каменной болезни

Не разглашать врачебной тайны

+Приступая к лечению не думать о гонораре

Уважать учителя наравне с родителями

Чисто и непорочно проводить свою жизнь и свое искусство

Как называлась клятва, которую давали выпускники медицинских факультетов России во 2-ой половине XIX века:

Клятва Гиппократа

- +Факультетское обещание
- Обещание Российского врача
- Клятва Российского врача
- Клятва выпускника
- # Работа М.Я. Мудрова, посвященная медицинской этике называлась:
- Слово о благоприличном поведении
- О нравственных качествах российского врача
- О медицинской деонтологии
- +Слово о благочестии и нравственных качествах Гиппократова врача
- Наставления начинающим врачам
- # Афоризм: «Здоровье –это ещё не всё, но все без здоровья – ничто» принадлежит:
- Платону
- +Сократу
- Канту
- Гиппократу
- # Врач, занимавшейся в 19 веке в России проблемой улучшения условий содержания заключенных:
- +Ф.И.Гааз
- М.Я.Мудров
- Н.И.Пирогов
- В.А.Манассеин
- # Наиболее древняя, традиционная модель взаимоотношений между врачом и пациентом:
- Совещательная
- +Патерналистическая
- Информационная
- Экспертная
- Конвенциальная.
- # Источник моральных норм в древнеиндийской медицине:
- +Аюрведа
- Буддизм
- Кришнаизм
- Йога
- # Автор «Канона врачебной науки»:
- +Авиценна
- Маймонид
- Неизвестный автор
- Гиппократ
- # Сравнил врачебную тайну с тайной исповедью:
- Ф.И.Гааз
- М.Я.Мудров
- Н.И.Пирогов
- +В.А.Манассеин
- # Одна из старейших медицинских ассоциаций, возникшая в 1847 году и существующая по сей день:
- Ассоциация врачей России
- Всемирная медицинская ассоциация
- +Американская медицинская ассоциация
- # Бог медицины и врачевания в древнегреческой мифологии:
- +Асклепий
- Аполлон
- Юпитер
- Зевс
- # От имени древнегреческой богини Панакеи образовался термин:
- Пальпация
- +Панацея
- Пандемия
- Панкреатит
- # От имени древнегреческой богини Гигиен образовался термин:
- Гайморит
- Гамета
- +Гигиена
- Габитус

Вопросы для самоконтроля:

- Каковы исторические предпосылки формирования этики Гиппократата?
- Назовите основные этические позиции этики Гиппократата.
- В чем значение исторической модели медицинской этики, сформулированной Гиппократом?
- Почему, на Ваш взгляд, «Клятва Гиппократата» до сих пор считается эталоном профессиональной этической позиции врача?
- Какую клятву дают выпускники российских медицинских вузов? Какой у нее юридический статус?
- Какова историческая роль христианства в развитии врачебной этики в Европе?
- Что такое «патернализм» в медицине? Объясните этимологию данного термина.
- Какую роль в модели Парацельса занимает моральный характер взаимоотношений между врачом и пациентом?
- Какой вклад внес Авиценна в формирование профессиональной этики?
- Чем отличалась корпоративная этика Персиваля от характера профессиональных взаимоотношений распространенных в то время?
- Кем из выдающихся русских врачей начато рассмотрение врачебных ошибок как элемента нравственной культуры врача? Какое это имело значение?
- Расскажите об этических воззрениях основоположника отечественной терапии М.Я.Мудрова.
- Как Вы считаете, можно ли назвать нравственным подвигом смерть великого русского врача М.Я.Мудрова?
- Почему Ф.П.Гааза в народе называли «святым доктором»?
- Каковы нравственные установки земской медицины?
- Охарактеризуйте деятельность и взгляды врача и общественного деятеля В.А.Манассеина .
- Какие изменения произошли в развитии медицинской этики в СССР после революции?
- Кто является первым разработчиком деонтологической модели врачебной этики в СССР? Для какой врачебной специальности была разработана эта модель?
- Какое понятие является основополагающим для деонтологии? Какие требования формируются на основе этого понятия к врачу?

Назовите особенности деонтологических требований.

Дайте характеристику присяги врача Советского Союза 1971г.

В чем проявился кризис отечественного здравоохранения в постсоветский период, и как это повлияло на морально-нравственные устои профессии?

Объясните значение Нюрнбергского процесса в формировании биомедицинской этики.

Какую роль играет Всемирная медицинская ассоциация?

Какое значение имеют документы ВМА?

Тема: Теоретические основы биоэтики.

Принципы биомедицинской этики.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Мораль и право как регуляторы общественных отношений. Этика как наука о морали.

Идеалистическо-деонтологический тип этических теорий. Консерватизм в биоэтике.

Натуралистическо-прагматический тип этических теорий. Либерализм в биоэтике.

Роль этических принципов в медицине.

Принцип «не навреди!» и его значение в формировании социального доверия к профессии врача.

Принцип «делай благо!» как призыв к позитивному действию.

Принцип уважения автономии пациента как основополагающий принцип биоэтики.

Принцип справедливости как залог социальной стабильности.

Форма текущего контроля: письменная (работа с учебной литературой).

Задание для проверки умений: ознакомьтесь с текстом учебника и проведите сравнительный анализ типов этических теорий: идеалистическо-деонтологический и натуралистическо-прагматический. Заполните таблицу:

Критерии сравнения	Идеалистическо-деонтологический тип	Натуралистическо-прагматический тип
Примеры теорий и авторов, относящихся к данному типу		
Основа классификации типов (ключевые понятия, принципы и подходы к оценке выбора и действия)		

Возможные негативные проявления применения данных этических теорий		
Позиции в биоэтике, сформировавшиеся на основе данных типов этических теорий		

Форма текущего контроля: письменная (терминологический диктант).

Задание для проверки знаний: дайте определение.

Этика;

Мораль;

Нравственность;

Либерализм (в биоэтике);

Консерватизм (в биоэтике);

Идеалистическо-деонтологическая этика;

Натуралистическо-прагматическая этика;

Право;

Деонтология;

Утилитаризм;

Гедонизм;

Прагматизм;

Нигилизм;

Принцип «не навреди»;

Принцип «делай благо»;

Принцип уважения автономии пациента;

Принцип справедливости.

Форма текущего контроля: устная (решение ситуационных задач).

Задание для проверки умений: решите ситуационные задачи.

Задача №1. В 1886г медицинская общественность была шокирована самоубийством профессора-хирурга Петербургской военно-медицинской академии С.П.Коломнина. Он оперировал женщину по поводу язвы прямой кишки и использовал в качестве анестезии раствор кокаина, пациентка скончалась через 3 часа после операции, вскрытие показало отравление кокаином. В медицинской науке на тот момент не было достаточно сведений по определению доз кокаина для анестезии, Коломнин определил дозу, основываясь на медицинской литературе, однако ситуация усугублялась, тем, что он не правильно поставил диагноз и операция вообще не была показана пациентке. Через 5 дней после операции он застрелился, известен его ответ на уговоры друзей не придавать особого значения этому случаю: «У меня есть совесть, я сам себе судья».

Как проявляются понятия честь и долг в поступке С.П.Коломнина?

Задача №2. В.А.Манассеин (1841-1901) славился как бессребреник, став профессором он оставил частную практику, но дважды в неделю он принимал на дому малоимущих студентов и рабочих, зачастую эти приемы заканчивались раздачей денег на лекарства.

Какая характерная черта профессиональной медицинской этики проявилась в действиях этого врача?

Задача №3. Согласно древнему афоризму: «Не будет хорошим врачом тот, кто не является хорошим человеком».

Зависит ли профессиональное поведение врача от его нравственных качеств?

Задача №4. Бригада «скорой помощи» выехала на вызов: женщине 40 лет оторвало 2 пальца правой кисти, которые висят на кожном лоскуте (на руку упала бетонная плита). Врач «скорой помощи», будучи сам нездоров, естественно, хотел закончить работу побыстрее. Но, когда женщину привезли в больницу, и оказалось, что там не производят микрохирургию кисти, он отказался оставить женщину в этом стационаре и, преодолевая собственное не здоровье, дал указание ехать в другую больницу, где женщина могла получить действительную помощь.

Какие морально-этические представления лежали в основе действий врача?

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

Этикет - это форма поведения, означающая:

+Признание значения особых правил поведения в социальных отношениях

Особая условная вежливость

Способность человека к социальной адаптации

Признание значения социальной субординации

* Мораль – это:
Философское учение
+Совокупность принципов и способов взаимодействия людей
+Система общепризнанных норм поведения;
Всеобщие законы развития общества
+Регулятор общественных отношений
Право – это:
+Система общеобязательных норм поведения, установленных государством
Система наказания, за нарушение закона
Строгое соблюдение законов
Способ оценки правильности поведения человека
* К основным формам социальной регуляции медицинской деятельности относятся:
+мораль
политика
+право
искусство
Основным отличительным признаком профессиональной этики врача является:
право на отклоняющееся поведение
+осознанный выбор моральных принципов и этических правил поведения
уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм
Биомедицинская этика и медицинское право должны находиться в состоянии:
независимости
медицинское право–приоритетно
должен быть выдержан приоритет биомедицинской этики
+биомедицинская этика – критерий корректности медицинского права
Какое из перечисленных оснований формирует медицинскую профессию:
Экономическое
Познавательное (гносеологическое);
+Моральное
Термин «утилитаризм» ввел:
И.Кант
Ф.Ницше
+И.Бентам
Ф.Бекон
Термин «деонтология» ввел:
Ф.Ницше
+И.Бентам
Ф.Бекон
И.Кант
Выражение: «Делай, что должен и будь, что будет» характерно для:
Натуралстическо-прагматического типа этических теорий
+Идеалистическо-деонтологического типа этических теорий
Выражение: «Цель оправдывает средства» характерно для:
+Натуралстическо-прагматического типа этических теорий
Идеалистическо-деонтологического типа этических теорий
Профессиональная медицинская этика традиционно относилась к:
Натуралстическо-прагматическому типу этических теорий
+Идеалистическо-деонтологическому типу этических теорий
Либерализм в биоэтике основывается на:
+Натуралстическо-прагматическом типе этических теорий
Идеалистическо-деонтологическом типе этических теорий
Консервативная позиция в биоэтике основывается на:
Натуралстическо-прагматическому типу этических теорий
Идеалистическо-деонтологическому типу этических теорий
Высокие требования, предъявляемые обществом к врачам обусловлены:
Опасностью медицинских вмешательств
Врачебными ошибками
+Значимой социальной ролью врачебной профессии в обществе
#Что отличает моральное регулирование медицинской деятельности от правового:
+Свобода выбора действия
Произвольность мотива деятельности
Уголовная безнаказанность
Социальное одобрение
Долг–это то, что исполняется в силу:
Профессиональных обязанностей
+Требования совести и следствия морального идеала
Приказа начальника
Требования близких людей
Медицину и этику объединяет:
+Человек как предмет изучения
Методы исследования
Овладение приемами преодоления конфликтов в человеческих отношениях
Стремление к знанию механизмов человеческого поведения
Этика – это наука:
Об отношении живых существ между собой
+О природе и смысле явлений и норм морали и нравственности
О минимизировании зла в человеческих отношениях
Об умении правильно себя вести в обществе
Нравственность–это понятие, определяющее:
+Совокупность субъективных реакций и форм поведения человека
Склонность к добру
Часть философии
Способность человека оказывать помощь другому человеку.
Термин «этика» был введен:

+Аристотелем
Гиппократом
Парацельсом
Персивалем
Термин «этика» был введен:
+В IV веке
В XX веке
В X веке
В V веке
* Консервативную этическую традицию в биомедицинской этике формируют два основных учения:
Гедонизм
+Традиционное христианское мировоззрение
Прагматизм
+Этика Канта
Фрейдизм
* Либеральная позиция в биомедицинской этике опирается на:
ветхозаветную мораль
+Учение Ф. Ницше
+Прагматизм
Стоицизм
Платонизм.
Нравственный идеал – это:
+образ высшего личного совершенства
образец профессионального мастерства
герой, пожертвовавший собой ради спасения другого человека
Благотворительность – это:
+бескорыстная деятельность в целях удовлетворения интересов людей, нуждающихся в содействии
проявление равенства в жизнедеятельности
языческая добродетель
* Проявление милосердия заключается в следующем:
+обладании чувством и способностью к состраданию
+готовности оказать помощь тому, кто в ней нуждается
Выполнение профессиональных обязанностей
Гедонизм - учение, которое отождествляет благо с:
+Удовольствием
Счастьем
Пользой
Свободой
Согласно натуралистической концепции поведение человека определяется:
Интересами социальной группы
Волей Бога
+Биологическими потребностями
Национальными интересами
Учение, которое отождествляет благо с удовольствием:
Плюрализм
+Гедонизм
Детерминизм
Скептицизм
* Профессиональная этика – это:
Принадлежность к определенной профессии
+Нравственное самосознание, психология и идеология профессиональной группы
+Совокупность моральных норм, обеспечивающих нравственный характер взаимоотношений между людьми в определенной профессии
Регулятор поведения
Медицинская этика – это:
Особая этика
+Отрасль профессиональной этики, регулирующая деятельность медицинских работников
Этика врача
Преференции для медицинских работников
Медицинская деонтология –это:
+Совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников, сформированных на основе представлений о долге
Медицинская этика
Раздел этики, в котором рассматриваются представления о долге
Патернализм (в медицине) – это:
+Модель взаимоотношений между врачом и пациентом, при которой пациент полностью полагается на квалификацию и опыт лечащего врача
Отцовская забота врача о пациенте
Обязанность пациента подчиняться врачу подобно ребенку
Соотношение добра и зла заключается в том, что:
+добро самодостаточно и самозначимо
зло самодостаточно
добро и зло имеют взаимную обусловленность
* Совесть – это:
+способность переживать неисполненность долга
продукт разума
+внутреннее знание добра и зла
+способность распознавать качество поступка
* Свобода отличается от произвола тем, что она:
+ ограничивает возможности человека делать всё, что хочешь
+ определяет возможность человека к нравственному совершенствованию
определяет сущность человека
* Свобода является:
законом природы

законом общественной жизни
 +осознанной возможностью и способностью к нравственному совершенствованию
 +свойством человеческой природы
 освобождением от всех морально-этических ограничений
 # Для исламской морально-религиозной традиции характерно:
 +ориентация на Коран и свод канонических законов ислама
 приоритет свободной воли человека
 доминанта социально-политических интересов государства
 # Основанием мусульманского законодательства, регулирующего деятельность в области здравоохранения, являются:
 общие национальные интересы
 +свод канонических законов ислама
 способность и право интерпретации специалиста
 интересы науки
 # «Должное» морали – это:
 +идеальная сторона морали
 ее практическое воплощение в жизнь
 ее историческое лицо
 философская сущность
 # «Сущее» морали – это:
 идеальная сторона морали
 + воплощение моральных положений в практике
 ее историческое лицо
 философская сущность
 # Основное содержание врачебного долга:
 квалифицированное выполнение врачом своих профессиональных обязанностей
 +обязанность врача ставить интересы пациента выше своих личных интересов
 соблюдение врачебной тайны
 соблюдение норм морально-этического и правового регулирования медицинской деятельности
 # Определяющим регулятором решения сложных этических проблем в профессиональной деятельности является:
 +принципы профессиональной этики
 экономических интересов
 благополучия индивидуальной карьеры

Вопросы для самоконтроля:

Какова связь между понятиями «мораль» и «нравственность»?
 Всегда ли нравственный выбор человека соответствует общепризнанным нормам морали? (приведите примеры)
 Можно ли оправдать отклонение в поведении человека от общепризнанных моральных В норм? (приведите примеры)
 От чего зависит моральный авторитет личности в обществе?
 Происходит ли изменение моральных норм во времени? Чем это обусловлено? (с примерами)
 В чем отличие/общее между моральными и правовыми нормами?
 Достаточно ли правовых норм для регулирования общественных отношений?
 В каких профессиях традиционно используется понятие «профессиональная этика»? что объединяет эти профессии?
 Что является отличительными признаками профессиональной этики?
 Охарактеризуйте идеалистическо-деонтологический тип этических теорий. Приведите примеры подобных этических теорий.
 Охарактеризуйте натуралистическо-прагматический тип этических теорий. Приведите примеры подобных этических теорий.
 В соответствии с каким типом этических теорий традиционно формировались принципы медицинской этики?
 На каких типах этических теорий базируются либеральная и консервативная позиции в биоэтике? Объясните различия этих позиций на примерах.
 Как вы считаете, в какую сторону происходит трансформация моральных норм в современном обществе?
 Какие последствия, по Вашему мнению, может иметь смена морально-нравственных приоритетов в медицине и науке для общества?
 Какова роль этических принципов в медицинской практике?
 Дайте характеристику принципа «не навреди».
 Кому дает обязательства Гиппократ в своей клятве? В чем суть этих обязательств?
 В чем отличие/общее между обязательствами врача в клятве Гиппократа и клятве врача России?
 Какой вред можно считать правомерным/неправомерным в действиях врача?
 Дайте характеристику принципа «делай благо».
 Как, Вы считаете, принцип «делай благо» относится только к профессиональной деятельности врача или к его жизни в целом?
 Какой ключевой этический принцип отличает биоэтику? Раскройте данный принцип.
 Как определял справедливость Аристотель?
 Как связаны вопросы организации и финансирования учреждений здравоохранения с этикой?
 Какие критерии справедливости можно считать этическими?

Тема: Медицинское сообщество и общество.
 Права пациента и правила биомедицинской этики.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Медицинское сообщество и общество. Нравственное самосознание медицинского сообщества.
 Права и обязанности медицинского работника.
 Дефекты медицинской помощи. Этико-юридические аспекты проблемы врачебных ошибок.
 Права пациента, как элемент концепции прав и свобод человека. Права пациента в законодательстве РФ.
 Правило правдивости и право пациента на информацию.
 Правило информированного добровольного согласия и право пациента на согласие и отказ от медицинского вмешательства.
 Правило конфиденциальности и право пациента на врачебную тайну.
 Модели взаимоотношений врача и пациента (по Р. Витчу): сакрального, инженерного, коллегиального и контрактного типов.

Форма текущего контроля: письменная (работа с научной литературой).

Задание для проверки умений: прочитайте текст и проанализируйте модели взаимоотношений врача и пациента, описанным в статье Р.Витча «
 Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений». Заполните таблицу.

Критерии сравнения	Модель сакрального типа	Модель инженерного типа	Модель коллегиального типа	Модель контрактного типа
--------------------	-------------------------	-------------------------	----------------------------	--------------------------

Характеристика данного типа				
Положительные черты				
Негативные черты				
Рекомендации к применению (по врачебным специальностям, категориям пациентов)				

Форма текущего контроля: письменная (работа с документами).

Задание для проверки умений: прочитайте текст и дайте характеристику прав и обязанностей врача в соответствии с «Этическим кодексом российского врача» (АВР, 1994). Заполните таблицу:

Критерии сравнения	Перед обществом	Перед пациентом	Перед коллегами
--------------------	-----------------	-----------------	-----------------

Обязанности врача			
Права врача			

Форма текущего контроля: письменная (терминологический диктант).

Задание для проверки знаний: дайте определение.

Этикет, корпоративность, коллегиальность, субординация, нравственное самосознание, медицинская ассоциация, этический кодекс, права человека, охрана здоровья, здоровье, права пациента, дееспособность, недееспособность, компетентный и некомпетентный пациент, модель информированного согласия, врачебная ошибка, преступление, ятрогения, правовая ответственность правило правдивости, врачебная тайна, правило конфиденциальности, правило добровольного согласия, модели взаимоотношений врач-пациент: сакральная, инженерная, коллегиальная и контрактная.

Форма текущего контроля: устная (решение ситуационных задач).

Задание для проверки умений: решите ситуационные задачи.

Задача№1. У 35-летней больной с доброкачественной опухолью шейного отдела спинного мозга во время операции произошел полный перерыв спинного мозга. У больной действуют только черепно-мозговые нервы и полостью сохранено сознание. В течение 2 лет продолжается искусственная вентиляция легких (ИВЛ), и больная категорически настаивает на ее прекращении. Врач принимает решение не продолжать ИВЛ.

Какими этическими представлениями определялось решение врача?

Задача№2. Врач-реаниматолог рекомендует родителям для улучшения состояния новорожденного с респираторным дистресс-синдромом приобрести сурфактант импортного производства, за которое получил материальное вознаграждение от представителей фирмы-производителя. При этом он не сообщает родителям информацию о существовании других столь же эффективных и более дешевых аналогов отечественного производства.

Какие стимулы определяют рекомендации врача?

Задача№3. Объем средств выделяемых на обследование и лечение больных лимитирован рамками закона об обязательном медицинском страховании. В ряде случаев это приводит к тому, что пациент не может пройти такое обследование. Этот закон ограничивает также и действия врача, который вынужден либо отказаться от назначения необходимого, с его точки зрения, обследования, либо искать пути, как обойти этот закон. Особенно негативно он отражается на пациентах больших больниц, куда приезжают люди со всех городов страны.

Каковы этические основания этого закона?

Задача№4. В приемном отделении больницы с места ДТП машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии доставлена девушка 25 лет. Во время операции была констатирована клиническая смерть, проведение реанимационных мероприятий не приносило положительного эффекта. Из донорского центра поступило предложение об изъятии неповрежденных органов для трансплантации, однако реаниматологи продолжали реанимационные мероприятия.

Какими морально-этическими взглядами руководствовались врачи реаниматологи?

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Практические задания для проверки умений:

Выделите наиболее значимые положения ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (от 21 ноября 2011 №323-ФЗ), связанные с развитием

биоэтики.

Дайте характеристику прав пациентов в соответствии с законодательством РФ.

Дайте характеристику прав и обязанностей медицинских работников в соответствии с законодательством РФ.

Объясните особенности квалификации врачебной ошибки в свете российского законодательства.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

* Исходя из правила информированного согласия на медицинское вмешательство пациент должен быть ознакомлен:

+С диагнозом и прогнозом заболевания

+С ожидаемыми последствиями лечения

+С альтернативными способами лечения

+С правом на отказ от медицинского вмешательства

* Правило информированного согласия на медицинское вмешательство сформировалось на основе:

+Признания плюрализма мнений

Оплаты за лечения за счет личных средств пациента

+Уважения автономии человека

Освобождения от ответственности врача за принятие решений

В соответствии с законодательством РФ в случае неблагоприятного диагноза и прогноза заболевания обязан ли врач сообщать об этом пациенту:

Да

+Да, если этого потребует пациент

Нет

По усмотрению врача

В соответствии с законодательством РФ в случае неблагоприятного диагноза и прогноза заболевания имеет ли право врач сообщить об этом родственникам пациента:

Да

По усмотрению врача

С согласия пациента

+Да, если пациент не запретил этого делать или не указал конкретных лиц, кому может быть передана информация

В соответствии с законодательством РФ врачебную тайну, обязаны соблюдать:

Врачи

Весь медперсонал

Все работники лечебного учреждения

+Все лица, кому стали известны сведения при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных обязанностей

Правило конфиденциальности призвано:

Защитить интересы и права пациента

Повысить доверие к врачу

Поддержать авторитет врача

+Все выше названное

Главной целью профессиональной деятельности врача является:

+Спасение и сохранение жизни человека

Социальное доверие к личности врача

Уважение коллег

Материальная выгода

В соответствии с законодательством РФ пациент имеет право самостоятельно дать согласие или отказаться от медицинского вмешательства:

С 14 лет

+С 15 лет

С 16 лет

С 18 лет

* В соответствии с «Конвенцией о правах человека и биомедицине» (Совет Европы, 1997) государство должно гарантировать предоставление всем гражданам медицинской помощи на следующих условиях:

+Без какой-либо дискриминации

С учетом финансовых возможностей потребителя

+Равного доступа для всех граждан

+Помощь должна быть приемлемого качества

* «Конвенция о правах человека и биомедицине» (Совет Европы, 1997г.) при использовании достижений биологии и медицины обязуется защищать и гарантировать:

+уважение достоинства человека

+защиту индивидуальности каждого человеческого существа

+уважение целостности и неприкосновенности личности

+соблюдение прав человека

обеспечение экономической выгоды исследователя

В соответствии с «Конвенцией о правах человека и биомедицине» (Совет Европы, 1997) вмешательство в сферу здоровья человека может осуществляться только на основании:

+свободного, осознанного и информированного согласия пациента

медицинских показаний

редкости картины заболевания и его познавательной ценности

требования родственников

извлечения финансовой выгоды

* В соответствии с «Конвенцией о правах человека и биомедицине» (Совет Европы, 1997) каждый человек имеет право:

+На уважение своей частной жизни, в сфере, касающейся сведений о его здоровье

+Ознакомиться с любой собранной информацией о состоянии своего здоровья

Ознакомиться с любой собранной информацией о состоянии здоровья членов своей семьи

+Отказаться от ранее данного согласия на медицинское вмешательство;

+По желанию не быть информированным о своем здоровье

* В соответствии с «Конвенцией о правах человека и биомедицине» (Совет Европы, 1997) в целях защиты лиц, не способных дать согласие: (несколько вариантов)

+Согласие дает их законный представитель, либо органы власти, лица и учреждения, предусмотренные законом

Вмешательство осуществляется по решению врача

+Вмешательство осуществляется непосредственно во благо данного пациента

+Мнение лица учитывается соразмерно возрасту и степени правоспособности

Информация о состоянии здоровья данного лица не является конфиденциальной

* Исходя из правила правдивости, информация, сообщаемая пациенту должна быть:

+Полной

В объеме, который определяет врач

+Правдивой

В завуалированных выражениях, скрывающих суть этой информации

+В корректной и деликатной форме

+В доступной форме

* Правило добровольного согласия основывается:

+На признании уникальности и неповторимости каждой личности

+На признании автономии личности

+На признании плюрализма мнений и ценностных суждений

На желании врач самоустраниться в решении вопроса о здоровье пациента

В соответствии с законодательством РФ в случае, если пациент не в состоянии выразить свое согласие или отсутствуют в настоящий момент законные представители, но требуется срочное медицинское вмешательство, то решение принимают:

+Консилиум, либо дежурный, либо лечащий врач

Родственники больного

Надо дожидаться, когда пациент или законный представитель сами смогут решить

В соответствии с законодательством РФ для раскрытия врачебной тайны в учебных целях (для обучения студентов) необходимо ли получать согласие пациента:

+Обязательно

На усмотрение врача

Необязательно

* Р.Витч выделил несколько моделей морального взаимодействия врача с пациентом:

+Инженерная

Открытая

Закрытая

+Сакральная

+Коллегиальная

Информативная

+Контрактная

Коммерческая

В какой модели морального взаимодействия врача с пациентом (по Р.Витчу) врач выступает в роли «водопроводчика»:

+Инженерной

Открытой

Закрытой

Сакральной

Коллегиальной

Информативной

Контрактной

Коммерческой

В какой модели морального взаимодействия врача с пациентом (по Р.Витчу) есть опасность, что отношения перейдут в отношения «начальник-подчиненный»:

Инженерной

Открытой

Закрытой

+Сакральной

Коллегиальной

Информативной

Контрактной

Коммерческой

Какая модель морального взаимодействия врача с пациентом (по Р.Витчу) наиболее соответствует современным этико-правовым нормам:

Инженерная

Открытая

Закрытая

Сакральная

Коллегиальная

Информативная

Контрактная

+Коммерческая

Какая модель морального взаимодействия врача с пациентом (по Р.Витчу) близка к идеалу, но утопична:

Инженерная

Открытая

Закрытая

Сакральная

+Коллегиальная

Информативная

Контрактная

Коммерческая

Обязательным условием осуществления медицинского вмешательства является:

Добровольное согласие

Информированное согласие

+Добровольное информированное согласие

Согласие

Законные представители несовершеннолетних и недееспособных должны действовать:

По своему усмотрению

+В интересах лиц, которых представляют

Из корысти

Как скажет врач

Законный представитель имеет право отказаться от оказания медицинской помощи его подопечному:

Нет

+Да

Иногда

Пациент (или его законный представитель) имеют право ознакомиться со всей медицинской документацией, содержащей сведения о состоянии своего здоровья:

+Да

Нет

По усмотрению врача

* При отказе пациента или законного представителя от медицинского вмешательства обязательно:

Разрешение главврача

+Оформление отказа письменно

+Разъяснение пациенту последствий отказа

Согласие лечащего врача

Современные этические и правовые нормы закрепили в медицине:

Патерналистическую модель

+Модель информированного согласия

Модель равноправия

Контрактную модель

Правило правдивости этически обосновывается:

Безразличием к чувствам пациента

Необходимостью получить письменное согласие

+Признанием автономии личности

* Правило правдивости является:

Гарантом доверия пациента к врачу

Основой социальных взаимоотношений в обществе

Проявлением уважения к человеку

Способом реализации прав человека и пациента

+Все выше перечисленное

«Конвенция о правах человека и биомедицине» (Совет Европы, 1997) при использовании достижений биологии и медицины объявляет приоритетным:

Интересы общества

+Интересы личности

Интересы науки

Другие интересы

Допустимо ли разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования в учебном процессе:

+Недопустимо

Допустимо, если это не угрожает здоровью пациента

Допустимо, но лица, которым стала известна врачебная тайна должны ее сохранять

Недопустимо, за исключением тех случаев, когда под угрозой находится здоровье или жизнь пациента

Допустимо в указанных в вопросе целях

До какого возраста возможно сообщение сведений о ребенке, составляющих врачебную тайну, его родителям или законному представителю (без согласия пациент1):

До 14 лет

+До 15 лет

До 16 лет

До 18 лет

Зависит от уровня развития ребенка

В каком из указанных случаев невозможно разглашение врачебной тайны без согласия больного:

При угрозе распространения инфекционных заболеваний

+При публикациях в научной литературе

По запросу органов дознания и следствия

При нанесении пациенту ущерба в результате противоправных действий

В случае бессознательного состояния больного

В каком документе Всемирной медицинской ассоциации описаны обязанности врача:

Лиссабонская декларация о правах пациента

Хельсинкская декларация

Клятва Гипократа

Факультетское обещание

+Международный кодекс медицинской этики

В каком случае пациенту может быть не предоставлена правдивая информация о состоянии его здоровья:

В случае, если эта информация может нанести существенный вред данному больному

+В случае, если больной сам отказывается от данной информации

В случае тяжелой неизлечимой болезни

В случае неуравновешенного характера больного

В случае, если родственники больного не дают на это разрешение

В каком из указанных случаев врач может отказаться от работы с пациентом, если это не угрожает жизни последнего, согласно «Этическому кодексу Российского врача»:

В случае алкогольного опьянения больного

Если считает, что этому пациенту уже ничем невозможно помочь

+Если не может установить терапевтическое сотрудничество

Если боится заразиться от больного

Если это угрожает здоровью самого врача

В каком документе Всемирной медицинской ассоциации провозглашены основные права пациентов:

Декларация о защите прав пациентов в Европе

+Лиссабонская Декларация о правах пациента

Заявление о защите прав пациентов

Хельсинкская Декларация

Конвенция о защите прав пациентов

Что такое ятрогенные заболевания:

Разновидность инфекционных заболеваний

Разновидность психических заболеваний

Любые неизлечимые заболевания

+Заболевания, возникшие в результате профессиональной деятельности медицинских работников

Заболевания, возникшие в следствие деонтологических ошибок медицинских работников

Врачебная ошибка – это:

Любое действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента

+Неправильное действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента, при добросовестном отношении врача к своим профессиональным обязанностям

Неправильное действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента, при недобросовестном отношении врача к своим профессиональным обязанностям

Халатные действия врача, нанесшие ущерб здоровью пациента

Неосторожные действия врача, нанесшие ущерб здоровью пациента

Какое право пациента не предусмотрено законодательством РФ:

Свободно выбирать врача

Получение информации о своем здоровье

Отказ от медицинского вмешательства

+ На достойную смерть

Возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью

Генеральная стратегия ВОЗ в области здравоохранения:

доступность и качество медицинской помощи

гарантия справедливости в области охраны здоровья

+ достижение здоровья для всех

профилактическая направленность здравоохранения

первичная медико-санитарная помощь

Основные положения политики достижения здоровья для всех:

+ достижение справедливости в области охраны здоровья, обеспечение полноценного здоровья и качества жизни

обеспечение более здоровой жизни путем снижения заболеваемости, инвалидности и смертности населения

увеличение продолжительности полноценной жизни

обеспечение населения доступными службами профилактики, лечения и ухода

пропаганда и поддержка благоприятных для здоровья форм поведения

Основной целью системы здравоохранения является:

обеспечение общедоступной, высококвалифицированной медицинской помощи

первичная профилактика, диагностика и лечение заболеваний

+ обеспечение соответствующего уровня индивидуального и общественного здоровья населения

обеспечение высокого уровня и технологии медицинской помощи

обеспечение высокой эффективности и качества медицинской помощи

ВОЗ является организацией:

неправительственной

+ правительственной

благотворительной

коммерческой

некоммерческой, частной

* Выбор стиля руководства зависит от:

+ личностных качеств руководителя

+ профессионализма руководителя

+ ситуации

указаний свыше

+ уровня развития коллектива

Основным недостатком авторитарного стиля руководства является:

выраженный конформизм сотрудников

+ подавление инициативы сотрудников, приводящее к застою в работе

субъективизм в управлении

излишняя централизация руководства коллективом

несвоевременность решения проблем

Основным недостатком либерального стиля руководства является:

выраженный конформизм сотрудников

коллективом фактически руководят неформальные лидеры

коллективом фактически управляют руководители структурных подразделений

коллективом руководят заместители руководителя

+ обстоятельства управляют руководителем, а не он коллективом

Состояние полного душевного, физического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов:

+ здоровье

жизнь

смерть

Лицо, получающее медицинскую помощь и связанные с ней услуги независимо от наличия или отсутствия у него заболеваний:

+ пациент

клиент

гражданин

В патерналистской модели главную роль играет:

+ врач

больной человек

родственники больного

близкие люди

Модель информированного согласия предусматривает:

+ равноправие врача и больного в вопросах обследования и лечения

в вопросах обследования и лечения превалируют права больного

права больного не учитываются

врач остается главной фигурой в обследовании и лечении

* Информированное согласие предполагает:

+ сообщение больному всей правды о его болезни

сокрытие от больного правды о его болезни

+ согласование с больным вопросов обследования и лечения

согласование вопросов обследования и лечения с родственниками больного

Ятрогения – это:

- полноценное врачевание

- неполноценное врачевание

+ заболевание, связанное с дефектами врачевания

В возникновении ятрогении имеют значение:

+ только действия медицинского персонала

тип нервной системы больного

обстановка в больничном учреждении

действия технического персонала

* Несовместимым с врачебной этикой является:

оказание платных медицинских услуг

принятие благодарности от пациентов и его близких

+самореклама в любой форме
критика профессиональных действий коллег
+отказ в оказании медицинской помощи при возникновении острых состояний, травм
* Врачебная тайна - это получение врачом сведений о:
+диагнозе больного и прогнозе болезни
+результатах обследования больного
+состоянии больного
материальном благосостоянии больного
Врач обязан соблюдать тайну сведений о больном в следующих случаях:
во всех случаях без исключения
лишь в отдельных случаях
+во всех случаях, но имеются исключения
Сведения, составляющие врачебную тайну:
могут быть разглашены врачом без каких-либо условий
не могут быть разглашены ни при каких условиях
+могут быть разглашены врачом при определенных условиях
Сведения о болезни и жизни больного:
могут быть разглашены
не могут быть разглашены, потому, что этим можно нанести вред больному
+не могут быть разглашены, так как это нарушает автономию пациента
могут быть предоставлены родственникам и близким больного
Нарушение конфиденциальности допускается в случае, когда к врачу обращается больной:
иностранец
бомж
болеющий ВИЧ-инфекцией
не допускается

Вопросы для самоконтроля:

В каких международных и российских правовых актах закреплены права и свободы человека? Назовите основные права и свободы человека.

Раскройте содержание права на охрану здоровья человека в РФ?

Дайте определение «здоровье» согласно документам ВОЗ.

В каком законе впервые в России были определены права пациента?

Назовите основные права пациента в соответствии с законодательством РФ.

С какого возраста в РФ гражданин может самостоятельно реализовывать права пациента при обращении в ЛПУ?

Какой пациент может считаться компетентным?

Назовите категории пациентов, чьи интересы при обращении за медицинской помощью представляют их законные представители.

Раскройте смысл понятия «информированное согласие».

Какую информацию имеет право получить пациент? Существуют ли пределы информативности пациента?

Когда возникает обязанность врача проинформировать пациента?

Каковы этические критерии процедуры передачи информации пациенту?

Раскройте смысл правила правдивости в деятельности врача. Какое значение имеет правдивость в отношениях между врачом и пациентом?

Имеет ли врач моральное право на «святую ложь» при неблагоприятном прогнозе развития заболевания. Приведите доводы сторонников и противников патернализма.

В каких случаях врач имеет право передать информацию о состоянии здоровья пациента его родственникам?

Нарушается ли право пациента на информацию при использовании плацебо?

Раскройте смысл понятия «добровольное согласие».

В каких случаях гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства? Как оформляется подобное решение?

В чем различие процедурного и морального содержания правила добровольного согласия в деятельности врача.

В каких случаях решение о необходимости медицинского вмешательства принимает непосредственно сам врач (консилиум)?

В каких случаях закон в РФ предусматривает оказание медицинской помощи без согласия гражданина или его законного представителя?

Какими должны быть действия врача (ЛПУ) в случае отказа от медицинского вмешательства законных представителей за несовершеннолетних и недееспособных пациентов, если этот отказ влечет ухудшение здоровья данного лица и угрозу его жизни?

Раскройте смысл правила конфиденциальности в деятельности врача.

Какая информация составляет врачебную тайну?

Какие проблемы обеспечения сохранения врачебной тайны наиболее часто возникают? (приведите примеры)

Какие этические проблемы возникают при обучении студентов у постели больного?

В каких случаях закон допускает разглашение врачебной тайны?

Какая юридическая ответственность предусмотрена за нарушение конфиденциальности лицом обязанным ее соблюдать?

В чем суть конфликтов между общественными и личными интересами при рассмотрении вопроса о неприкосновенности частной жизни человека?

Какие моральные и юридические коллизии могут возникать при оказании медицинской помощи несовершеннолетним старше 15 лет?

Почему забота о профессиональном авторитете, имидже профессии является моральным долгом каждого врача?

Чем должен руководствоваться врач в ситуации нравственного выбора?

Как Вы считаете, личностные нравственные качества врача влияют на его профессионализм? Может ли безнравственный человек быть хорошим врачом?

Какими личностными качествами должен обладать врач, на Ваш взгляд?

Какова социальная роль врача в обществе?

Каковы значение и функции медицинских ассоциаций?

Когда в России было закреплено право на создание профессиональных медицинских ассоциаций?

Какое значение имеют этические кодексы в медицине?

Объясните действие принципов корпоративности и коллегиальности в профессиональном взаимодействии.

Какие негативные проявления принципов корпоративности и коллегиальности могут иметь место в медицине? Кто/что может пострадать от этих проявлений?

Какое значение имеет профессиональная автономия врача?

Сформулируете требования к внешнему виду медицинских работников.

На каких этических позициях должны выстраиваться отношения между врачами и средним медицинским персоналом?

Этично ли говорить о «праве» врача на врачебную ошибку? Какому этическому принципу противоречит подобное утверждение?

В чем различие между преступлением и врачебной ошибкой?

Этично ли называть все дефекты медицинской помощи, включая преступления, врачебной ошибкой?

Дайте определение врачебной ошибки. Какая ответственность наступает за совершение врачебной ошибки?

Раскройте значение права врача на страхование врачебной ошибки.

Допустимо ли принятие врачом материальной благодарности от пациента? Чем отличается благодарность пациента от взятки?

На каких этических позициях должно основываться сотрудничество врачей с производителями и продавцами лекарственных средств?

Дайте моральную и правовую оценку действиям врача, занимающегося распространением БАДов?

Как должны соотноситься цели маркетинга и цели врачевания в частной медицинской практике?
 Какая конкуренция может считаться этической?
 Каковы критерии этической рекламы медицинской деятельности?
 Какие процессы в современной медицине провоцируют рост популярности целительства и народной медицины?

Модуль. Актуальные проблемы биоэтики.

Тема: Моральные проблемы экспериментальной медицины и медицинских вмешательств в генетику человека.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Моральные проблемы проведения биомедицинских исследований и экспериментов с участием человека и животных в историческом контексте.
 Правовые и этические принципы проведения биомедицинских исследований с участием человека, закрепленные в международных и российских документах.

Этические комитеты: цели и функции.

Специфика моральных проблем исследований и медицинских вмешательств в генетику человека. Этические принципы медицинской генетики.

Международные и российские нормативные акты и документы, регламентирующие проведение биомедицинских исследований и экспериментов с участием человека.

Этико-правовое регулирование в области исследований и медицинских вмешательств в генетику человека.

Моральные проблемы генетической диагностики и генной терапии.

Моральные проблемы генной инженерии и клонирования человека.

Форма текущего контроля: письменная (терминологический диктант).

Задание для проверки знаний: дайте определение.

Медицинские исследования, доклиническое исследование, клиническое исследование, эксперимент, этическая экспертиза, этический комитет, надлежащая клиническая практика, медицинская генетика, прогностическая медицина, генная инженерия, генетическая диагностика, генная терапия, перinataльная диагностика, клонирование, евгеника, биополитика, биовласть.

Форма текущего контроля: письменная (работа с документами).

Задание для проверки умений: ознакомьтесь с текстом и проведите сравнительный анализ и проведите сравнительный анализ Нюрнбергского кодекса (1946г.) и Хельсинской декларации (по состоянию на 2008г.). Заполните таблицу:

Критерии сравнения	Нюрнбергский кодекс	Хельсинская декларация
Общие положения		
Различия		
Значение		

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Практические задания для проверки умений:

Охарактеризуйте функции этических комитетов в соответствии с законодательством РФ.

Дайте правовую оценку применения генных технологий в медицине и биологии.

Сравните аргументы либеральной и консервативной точек зрения по вопросу вмешательств в геном человека.

Форма текущего контроля: устная (решение ситуационных задач).

Задание для проверки умений: решите ситуационные задачи.

Задача №1. Женщина 80 лет, инвалид детства, без родственников, больна раком матки, проявляющимся периодическими кровотечениями, которые укорачивают жизнь больной. Профессор решает оперировать ее и тем самым продлить жизнь, несмотря на доводы других врачей о

неперспективности этой операции. Совершенно очевидно, что ни о какой материальной заинтересованности в данном случае не может быть и речи. С какой морально-этической традицией связано решение профессора?

Задача №2. На прием в платную неврологическую клинику приходит пациентка 20 лет с жалобами на головную боль, приступы которой участились во время подготовки к экзаменационной сессии. При клиническом обследовании никакой соматической и неврологической патологии не выявляется. Для получения максимальной прибыли врач настойчиво рекомендует больной пройти большое количество исследований, в том числе и не оправданных, хотя и безвредных для пациентки.

Какие интересы определяют рекомендации врача?

Задача №3. Диссертационная работа врача является клинико-экспериментальной. Экспериментальную часть возможно выполнить как на грызунах, так и на собаках. Однако если проводить опыты с грызунами, то окончание эксперимента сопровождалось бы их умерщвлением, оперативное вмешательство на них более травматично. Собакам же наносится незначительный вред здоровью, умерщвление их не требуется. Почему выбор врачей пал на собак?

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

Первый международный документ, закрепивший основные принципы проведения экспериментов на человеке:

+Хельсинская декларация

Конституция РФ

Нюрнбергский кодекс

Конвенция Совета Европы о правах человека и биомедицине

Основным принципом проведения экспериментов на человеке является:

Интересы науки

+Добровольное информированное согласие участника эксперимента

Научная обоснованность эксперимента

Социальная значимость эксперимента

Допустимо ли проведение экспериментов на животных:)

Да

Нет

+Да, но с обязательным соблюдением этических и правовых норм

Зависит от сути эксперимента

* Основными правилами проведения эксперимента на животных являются:

+Использование минимума животных и более примитивных видов с быстрым восполнением популяции

Не обязательны научная обоснованность и социальная значимость эксперимента

+Гуманное отношение к животным, использование анестезии и обезболивания

+Допускается эвтаназия в случае если по окончании эксперимента животное обречено на мучения и страдания

* Моральные проблемы медицинских вмешательств в геном человека можно разделить по уровням:

+Уровень интересов индивида и интересов членов его семьи

Уровень интересов исследователя

Уровень интересов государства

+Уровень интересов общества

Уровень общепризнанного понимания природы человека

В вопросах, связанных с развитием медицинской генетики запрещается вмешательство:

В соматические клетки человека

+В половые клетки человека

* Вмешательство в геном человека возможно:

По усмотрению врача

В эвгенических целях

+Только в медицинских целях

+В интересах пациента при исключении последствий вмешательства в геном его потомков;

В интересах общества

+При добровольном согласии человека

* При проведении вмешательств в геном человека запрещается:

+Дискриминация по факту генетического заболевания

+Изменение генома наследников пациента

Информировать пациента о диагнозе и прогнозе заболевания

+Использование генетической информации в немедицинских целях

+Выбор пола ребенка при использовании вспомогательных репродуктивных технологий

* Генетическая пренатальная диагностика морально обоснована при условии:

+Добровольного информированного согласия беременной женщины

+Признания права матери самостоятельно решать вопрос о сохранении беременности, в случае выявления патологий плода

+Отсутствия эвгенических целей данного исследования

Обязательного прерывания беременности в случае выявления патологий плода

* В соответствии с современными этическими нормами использование генетической диагностики в целях сокращения рождения людей с наследственными генетическими заболеваниями:

+Признается нарушением прав человека

+Считается недопустимым, т.к. может привести к серьезным моральным конфликтам и негативным последствиям в обществе

Оправдывается, т.к. может избавить общество от груза наследственных заболеваний

+Осуждается как проявление эвгеники

Оправдывается как экономически целесообразное действие

Негативными последствиями генетической паспортизации может стать:

Нарушение прав человека

Использование данной информации в немедицинских целях

Различные злоупотребления

Социальную дискриминацию

+Все выше названное

Клонирование человека в России законодательно:

+Запрещено

Разрешено

Вопрос не решен

Общепризнанным международным документом, регулирующим проведение экспериментов на человеке и послужившим основой для многих национальных законодательных актов, является:

+Хельсинская декларация

Нюрнбергский кодекс

Всеобщая декларация о правах человека

Конвенция Совета Европы о правах человека и биомедицине

- * Функции этического комитета:
 - +Проводит этическую экспертизу эксперимента
 - Защищает интересы спонсоров исследования
 - +Защищает права участников эксперимента
 - Защищает интересы исследователя
 - +Является контролирующим органом за проведением экспериментов
- # Ограничено участие в экспериментах:
 - Лиц с психическими расстройствами
 - Детей
 - Военнослужащих
 - Заклоченных
 - Беременных женщин
 - +Всех выше перечисленных
- * Недееспособные и несовершеннолетние лица могут участвовать в эксперименте при условии:
 - +Согласия их законных представителей
 - Защиты интересов общества
 - +Защиты интересов данных лиц
 - +Одобрения Этического комитета
- # В России в соответствии с законодательством было разрешено создание Этических комитетов:
 - В 1947г.
 - В 1971г.
 - +В 1993г.
 - В 2001г.
- # Информированное согласие на участие в эксперименте должно быть оформлено:
 - Нотариально
 - Устно
 - В зависимости от сложности эксперимента
 - +Письменно
- * Особенности моральных проблем медицинских вмешательств в геном человека обусловлены:
 - Непониманием общества значения данных вмешательств
 - +Возможностью влиять на будущее потомство человека
 - +Пролонгированностью последствий данных вмешательств
 - Недостатком финансовых вложений в эту отрасль
 - +Возможностью проявления негативных последствий данных вмешательств
- # Либеральная точка зрения на медицинские вмешательства в геном человека использует аргументы:
 - Необходимо гарантировать свободу исследователя
 - Данные вмешательства открывают большие перспективы
 - Прогресс науки не остановить
 - +Все выше названное
- # Консервативная точка зрения на медицинские вмешательства в геном человека использует аргументы:
 - Человек не должен брать на себя «функцию бога»
 - Последствия могут быть негативными для человека
 - Человек может нарушить законы эволюции
 - Мнение исследователя субъективно
 - +Все выше названные
- # В связи с тем, что темпы развития геномной диагностики опережают развитие геномной терапии, возникает проблема:
 - Воспользоваться новыми методами лечения могут только богатые люди
 - +Диагностировать заболевание уже имеем возможность, а лечение еще отсутствует
 - Геномная терапия слишком опасна и непредсказуема

Вопросы для самоконтроля:

- В чем значение создания этических комитетов в здравоохранении?
- Каковы функции этических комитетов?
- Может ли развиваться наука без этики науки?
- Должна ли быть ограничена свобода исследования?
- В чем заключается проблема соотношения цели и средств исследований на человеке?
- Каковы особенности моральных проблем экспериментальной медицины?
- Каковы этические принципы проведения экспериментов на животных?
- В чем значение создания этических документов, регулирующих проведение клинических испытаний на человеке?
- Что является приоритетным при проведении клинических исследований на человеке?
- Как защищаются права испытуемого?
- Что является обязательным условием участия человека в эксперименте?
- Какую информацию имеет право получить испытуемый?
- Кто может стать участником медицинского эксперимента?
- При каких условиях могут принимать участие в научных медицинских исследованиях несовершеннолетние и недееспособные?
- Какие категории граждан не могут участвовать в медико-биологических экспериментах?
- Какие виды клинических исследований с участием человека являются наиболее этически обоснованными?
- При каких условиях этично использование плацебо?
- Что означает «рандомизированное» исследование?
- Какова роль этического комитета при проведении клинических исследований с участием человека?
- В чем специфика моральных проблем медицинской генетики?
- Какие уровни этических проблем медицинской генетики можно выделить?
- Почему с развитием медицинской генетики актуализировались идеи евгеники?
- В чем значение международного проекта «Геном человека»?
- Дайте этическую оценку патентованию генов человека? Кто заинтересован в приобретении данных патентов? С какой целью?
- Назовите основные положения международных документов о геноме человека.
- Сформулируйте этические принципы исследования генома человека.
- Какие моральные проблемы возникают в связи с расширением применения генетической диагностики?
- Какие перспективы и угрозы связывают с развитием прогностической медицины?
- В чем состоит морально-этическая недопустимость «искусственного отбора» в отношении человека?
- Назовите виды геномной терапии и охарактеризуйте их.
- На чем основывается этическая аргументация недопустимости генотерапии половых клеток?
- В чем расхождение мировоззренческих установок сторонников и противников клонирования человека?

Тема: Моральные проблемы медицинских вмешательств в репродукцию человека.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

История проблемы медицинского аборта. Многоаспектность проблемы аборта.

Проблема определения статуса человеческого эмбриона: медико-биологический, правовой, эτικο-философский подходы.

Либеральный и консервативный подходы в рассмотрении проблемы аборта. Аборт и религиозная мораль.

Моральные проблемы новых репродуктивных технологий.

Законодательство об искусственном прерывании беременности в России и мире. Медицинские и социальные показания к искусственному прерыванию беременности.

Аргументы либерального и консервативного подходов в рассмотрении проблемы аборта. Оценка аборта с позиций религиозной морали.

Моральные проблемы гетерологической и гомологической искусственной инсеминации, экстракорпорального оплодотворения с последующим переносом эмбриона (ЭКО с ПЭ) и суррогатного материнства.

Этические проблемы контрацепции и стерилизации.

Форма текущего контроля: письменная (терминологический диктант).

Задание для проверки знаний: дайте определение.

Репродукция, искусственный аборт, статус эмбриона, репродуктивные права, репродуктивный выбор, репродуктивное здоровье пре-эмбрион, эмбрион, зародыш, плод, новые репродуктивные технологии, гетерологическая и гомологическая искусственная инсеминация, донорство половых клеток, экстракорпоральное оплодотворение с переносом эмбриона, суррогатное материнство, криоконсервация, контрацепция, стерилизация.

Форма текущего контроля: письменная (работа с документами).

Задание для проверки умений: ознакомьтесь с текстом документа «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Глава 12.

Биоэтика» (2000). Составьте конспект в соответствии с планом:

Отношение РПЦ к аборту.

Отношение РПЦ к контрацепции.

Отношение РПЦ к искусственному оплодотворению.

Отношение РПЦ к генетической диагностике, пренатальной диагностике.

Отношение РПЦ к клонированию.

Отношение РПЦ к нетрадиционной сексуальной ориентации и транссексуализму.

Отношение РПЦ к трансплантации органов и тканей.

Отношение РПЦ к эвтаназии.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Практические задания для проверки умений:

Дайте правовую оценку применения новых репродуктивных технологий.

Сравните аргументы либеральной и консервативной точек зрения по вопросу вмешательств в репродукцию человека.

Форма текущего контроля: устная (решение ситуационных задач).

Задание для проверки умений: решите ситуационные задачи.

Задача №1. Молодой врач оперирует больного с диагнозом «рак желудка II стадии». На операции обнаруживаются множественные метастазы в брыжейку. Пришедший на операцию более опытный врач говорит, что опухоль не операбельна. Однако молодой врач оперирует больного, удалив по возможности все раковые метастазы. В результате больной жил 4 года после операции, работал, у него родилась дочь.

Каковы нравственные основания молодого и более опытного врача?

Задача №2. Женщина, проживающая на территории РФ, приехала в гости к родственникам в Москву. У нее возникло кровотечение, угрожающее жизни. При осмотре в стационаре была выявлена миома матки. Ей предложили срочную операцию по удалению матки, так как симптоматическая терапия по купированию кровотечения не имела успеха. Женщина вначале отказалась. Однако грамотная и корректная беседа с ней врача, включающая пациента в процесс принятия решения, связанного с медицинским вмешательством убедила ее в необходимости операции. При гистологическом исследовании был выявлен рак в начальной стадии. Таким образом, женщине была спасена не только жизнь от острой потери большого количества крови, но и продлена жизнь в связи с ранним устранением ракового заболевания.

Чем были мотивированы усилия врача по преодолению отказа пациентки?

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

Согласно официальному документу Русской Православной Церкви «Основы социальной концепции РПЦ» (2000г.) аборт признается грехом, содеянным:

Женщиной, прерывающей беременность

Мужем женщины, прерывающей беременность

Врачом, производящим аборт

+Всеми выше названными лицами

В традициях религиозной морали, как христианства, так и ислама, определение статуса плода связано:

+С одушевлением

С двигательной активностью

С чувствительностью плода

Согласно традициям ислама, аборт не допустим ни при каких обстоятельствах, если срок беременности:

Более 40 дней

Более 80 дней

+Более 120 дней

Моральное осуждение донорства мужских половых клеток связано:

С коммерциализацией данного вида донорства

С отсутствием социальной и моральной ответственности у донора за судьбу будущих детей

С неприятием применения селекционного отбора (т.к. донор обязан пройти медицинское освидетельствование) к отношениям между мужчиной и женщиной в вопросах рождения детей

С несовпадением биологического и социального отцовства и возможных последующих проблем в семье и в обществе

С возможностью прибегнуть к искусственному оплодотворению донорским материалом одиноких женщин, в том числе нетрадиционной сексуальной ориентации, что способствует распаду института брака и семьи

+Все выше названное

При рассмотрении специфики новых репродуктивных технологий особо не вызывает моральных проблем только один вид:

Экстракорпоральное оплодотворение с переносом эмбриона

Суррогатное материнство

+Гомологичная искусственная инсеминация

Гетерологичная искусственная инсеминация

Наиболее обсуждаемые моральные проблемы ЭКО связаны:

С дороговизной данной процедуры

+С вопросом о «лишних эмбрионах»

С угрозой здоровья женщины

Либеральная позиция оправдывает применение новых репродуктивных технологий в первую очередь:

Наличием финансовых возможностей

+Наличием медицинских показаний

Личным выбором

Возможностями медицины

* Противники суррогатного материнства выдвигают следующие аргументы:

+Возникает проблема, кого считать матерью ребенка

+Происходит коммерциализация суррогатного материнства

Суррогатное материнство – это способ борьбы с женским бесплодием

+Суррогатная мать может не отдать ребенка

+НРТ нарушают процессы естественного зачатия и рождения человека, что порождает большое количество моральных и психологических проблем

* Противники новых репродуктивных технологий (НРТ) обращают внимание на то, что:

+НРТ способствуют распаду института брака и семьи и легализации нетрадиционных семей

НРТ дает надежду бесплодным семьям иметь ребенка

+НРТ нарушают процессы естественного зачатия и рождения человека, что порождает большое количество моральных и психологических проблем

НРТ – это прогресс медицины, который мы не в силах остановить

Дети, рожденные в результате использования НРТ, ничем не отличаются от детей, рожденных естественным путем, и все проблемы являются надуманными

* Странники новых репродуктивных технологий (НРТ) обращают внимание на то, что:

НРТ способствуют распаду института брака и семьи и легализации нетрадиционных семей

+НРТ дает надежду бесплодным семьям иметь ребенка

НРТ нарушают процессы естественного зачатия и рождения человека, что порождает большое количество моральных и психологических проблем

+НРТ – это прогресс медицины, который мы не в силах остановить

+Дети, рожденные в результате использования НРТ, ничем не отличаются от детей, рожденных естественным путем, и все проблемы являются надуманными

* Отрицательное отношение религиозной морали к контрацепции определяется следующими факторами:

+Нарушается одно из предназначений семьи и супружества

+Контрацепция способствует блуду и прелюбодеянию

Каждая личность самостоятельна в вопросах своей сексуальной жизни

+Подавляется функция продления рода

Первая страна, легализовавшая искусственное прерывание беременности по просьбе женщины:

США

+Советская Россия

Германия

Великобритания

В какой стране в 20 веке в целях реализации «расовой теории» проводилась принудительная стерилизация людей:

США

Россия

+Германия

Великобритания

* Медицинские показания, предусмотренные законодательством РФ, для искусственного прерывания беременности связаны:

С экспериментами на эмбрионах поздних сроков беременности

+С угрозой жизни женщины

+С внутриутробными патологиями развития плода

+С целью получения фетального материала

В результате законодательного сокращения социальных показаний к аборт, на сегодняшний день в России сохраняются только одно социальное показание:

Смерть мужа во время беременности

Нахождение женщины в местах лишения свободы

+Изнасилование

* Либеральная точка зрения по вопросу допустимости аборта основывается на:

+Признание права женщины распоряжаться собственным телом

Признание морального статуса человеческого эмбриона

+Признание права на жизнь только после рождения

+Признание эмбриона частью тела женщины

Отрицание права женщины распоряжаться жизнью другого человеческого существа

Приравнение аборта к убийству человека

* Консервативная точка зрения по вопросу допустимости аборта основывается на:

Признание права женщины распоряжаться собственным телом

+Признание морального статуса человеческого эмбриона

Признание права на жизнь только после рождения

Признание эмбриона частью тела женщины

+Отрицание права женщины распоряжаться жизнью другого человеческого существа

+Приравнение аборта к убийству человека

+Признание уникальности и неповторимости каждой личности

В соответствии с законодательством РФ аборт разрешен:

По желанию женщины до 12 недель

По социальным показаниям до 22 недель

По медицинским показаниям независимо от срока беременности

+Все выше названное

Медико-биологический подход к определению статуса эмбриона направлен на выявление критериев самостоятельности и независимости жизни плода, среди которых особое практическое значение для пренатальной медицины имеет:

Начало сердцебиения

Начало электрофизиологической активности ствола головного мозга

+Формирование легочной системы

Начало двигательной активности

Слияние мужской и женской половых клеток

Согласно рекомендациям ВОЗ, признается жизнеспособным плод:

+При сроке беременности от 22 недель и массой тела от 500гр

При сроке беременности от 28 недель и массой тела от 1000гр

Моральный статус эмбриона определяется:

Чувствительностью к внешним раздражителям

Решением матери сохранить беременность
+Включением в систему нравственных взаимоотношений между людьми
Правом на жизнь
Отрицательное отношение к аборту в христианстве связано с:
Нарушением заповеди «не убий»
Нарушением заповеди любви
Вмешательством в промысел Божий
Отказом от дара материнства, данного Богом
+Все выше названное

Вопросы для самоконтроля:

Как изменялось отношение общества к абортам в различные исторические периоды?
Что послужило основанием разрешения аборт по медицинским показаниям?
Какая страна первой разрешила проведение аборта по просьбе женщины?
Как изменялось законодательство об искусственном прерывании беременности в России?
Охарактеризуйте современное отечественное законодательство об абортах?
Проследите эволюцию социальных показаний к искусственному прерыванию беременности в России. Влияет ли расширение перечня социальных показаний на рост числа аборт?
Объясните понятия «абортивная психология» и «абортивная индустрия» применительно к России. Чем обусловлено, на Ваш взгляд, развитие данных тенденций в современном обществе?
Как связана проблема аборт с демографической ситуацией в стране?
Приведите примеры, как решается вопрос о допустимости аборт в различных странах.
Назовите основные аргументы сторонников аборт.
Что означают: репродуктивные права, репродуктивное здоровье, репродуктивный выбор?
Как Вы считаете, повлияла ли смена этических принципов и ценностей в современном обществе на либерализацию отношения к вопросу об абортах?
Как определяется начало человеческой жизни с различных позиций (медико-биологической, этико-философской, правовой, религиозной)?
Как изменялись критерии жизнеспособности плода с развитием медицины и биологии?
Как обостряется проблема искусственного прерывания беременности на поздних сроках? Каково содержание медицинских показаний к аборту?
Может ли быть морально оправдана абсолютизация данных пренатальной диагностики как основания проведения аборта?
В чем заключается моральный конфликт при определении целей развития пренатальной медицины и пренатальной диагностики?
Дайте характеристику морального статуса эмбриона.
Как на законодательном уровне в разных странах защищаются права эмбриона?
Назовите контраргументы противников аборт.
Чем обосновывается запрет на аборт в христианстве?
Изложите позицию РПЦ на аборт.
Как решается вопрос об аборте с позиций ислама?
Имеет ли российский врач юридическое право отказаться от проведения искусственного аборта на основании своих нравственных и религиозных убеждений?
В чем отличие «Клятвы Гиппократ» и «Клятвы врача России» по вопросу об аборте?
Какая связь существует между абортами и репродуктивными технологиями?
Назовите моральные проблемы, возникающие при проведении искусственной инсеминации.
Какие доводы приводятся в пользу этической недопустимости использования донорского материала в репродуктивных технологиях?
Может ли незамужняя женщина воспользоваться методиками искусственного оплодотворения? В чем разница правовой и этической оценок данной возможности?
Перечислите основные этические проблемы ЭКО с ПЭ. Почему противники аборт выступают и против экстракорпорального оплодотворения с переносом эмбриона?
Охарактеризуйте позицию РПЦ по вопросу применения методик искусственного оплодотворения. Какие альтернативы предлагаются супругам при бесплодии?
Какие этические и правовые проблемы возникают при применении сурrogатного материнства?
Как в исламе рассматривается возможность использования различных технологий искусственного оплодотворения?
Как оценивается использование контрацепции религиозной моралью?
Какие социально-политические последствия могут возникать в связи с распространением контрацепции и стерилизации?
Когда и в какой стране стерилизация населения стала применяться в массовом порядке? К каким последствиям это привело?

Тема: Моральные проблемы смерти, умирания и трансплантации органов и тканей человека.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

История и философия отношения к смерти и умирающему больному.

Понятие и виды эвтанази.

Либеральный и консервативный подходы к проблеме эвтаназии. «За» и «против» эвтаназии.

Моральные и правовые проблемы трансплантации органов и тканей человека.

Проблема критериев смерти человека. Клиническая и биологическая смерть. «Смерть мозга».

Правовое решение вопроса эвтаназии в России и мире. Паллиативная медицина.

Аргументы либерального и консервативного подходов в рассмотрении проблемы эвтаназии. «За» и «против» эвтаназии.

Моральные и правовые проблемы трансплантации органов и тканей от живого донора. Права донора.

Моральные и правовые проблемы трансплантации органов и тканей от мертвого донора. Презумпция согласия и несогласия.

Форма текущего контроля: письменная (терминологический диктант).

Задание для проверки знаний: дайте определение.

Инкурабельные больные, терминальное состояние, клиническая смерть, биологическая смерть, смерть мозга, стойкие вегетативные состояния, реанимация, паллиативная помощь, хосписы, активная и пассивная эвтаназия, аутопсия, трансплантация, донор, реципиент, презумпция согласия, презумпция несогласия.

Форма текущего контроля: письменная (работа с учебной литературой).

Задание для проверки умений: проанализируйте текст учебника и подготовьте письменный тезисный план-конспект на тему «Трансплантация органов и тканей человека в России: этические и юридические проблемы». Алгоритм выполнения:

Запишите название темы.

Составьте план и раскройте кратко (5-7 предложений) содержание каждого пункта плана.

Укажите и раскройте основные понятия темы.

Изобразите графически (таблица, схема, рисунок и т.п.) основное содержание текста.

Выделите в одном-двух предложениях главные этические и юридические дилеммы в анализируемом вопросе.

Составьте 2-3 вопроса по теме.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Практические задания для проверки умений:

Дайте правовую оценку эвтаназии, определения смерти человека и проведения реанимационных действий.

Сравните аргументы либеральной и консервативной точек зрения по вопросу эвтаназии.

Дайте правовую оценку трансплантации органов и тканей человека.

Сравните аргументы либеральной и консервативной точек зрения по вопросу трансплантации органов и тканей человека.

Форма текущего контроля: устная (решение ситуационных задач).

Задание для проверки умений: решите ситуационные задачи.

Задача №1. В травматологическом отделении больницы находилась пятилетняя девочка со сложной травмой нижней конечности. Врачи предприняли все доступные методы лечения для спасения ноги ребенка, но успеха не достигли. Тогда коллектив больницы обратился в научный центр, специализирующийся на подобной патологии, т.к. операцию такой сложности можно было провести только там. В противном случае речь шла об ампутации ноги.

Оценив ситуацию, врачи научного центра отказали в проведении лечения, т.к. шансов на успех было очень мало, и это могло испортить репутацию клиники.

Какой тип морального сознания доминировал у врачей института?

Задача №2. Врач оказывает медицинскую помощь, вне зависимости от социального положения пациента, а также независимо от своего собственного состояния (исключая те случаи, когда врач сам тяжело болен). В непредвиденных ситуациях вне медицинского учреждения врач не должен уклоняться от оказания медицинской помощи, в том числе по месту жительства, учебы и отдыха, при обращении к нему за экстренной медицинской помощью или советом.

Какие этические традиции формируют такое поведение врача?

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

Эвтаназия в РФ законодательно:

Разрешена

Запрещена активная эвтаназия

Разрешена пассивная эвтаназия

+ Запрещена

Первая страна, официально легализовавшая эвтаназию:

Россия

США

+ Нидерланды

Бельгия

Люксембург

* Консервативное отношение к эвтаназии определяется:

+ Нарушением заповеди «не убий»

+ Нарушением важнейшего принципа медицинской этики «не навреди»

Автономией личности в вопросах жизни и смерти

+ Возможностью криминализации эвтаназии

+ Нарушением морального стимула развития медицинского знания и средств борьбы за жизнь человека

Признанием эвтаназии проявлением милосердия и сострадания к безнадежно больному человеку

* Либеральное отношение к эвтаназии определяется:

+ Нарушением важнейшего принципа медицинской этики «не навреди»

+ Автономией личности в вопросах жизни и смерти

+ Правом тяжело больного человека проявить альтруизм по отношению к своим близким и освободить их от обязанности ухаживать за ним

+ Правом на достойную смерть

Возможностью криминализации эвтаназии

+ Признанием эвтаназии проявлением милосердия и сострадания к безнадежно больному человеку

Возникновение диагноза смерти головного мозга связано:

С развитием знаний о нейрофизиологии человека

С развитием реаниматологии и анестезиологии

С развитием трансплантологии

+ Со всем перечисленным

В соответствии с законодательством РФ донором органов и тканей человека при жизни может стать:

Лицо, достигшее 18 лет

Лицо, давшее добровольное письменное согласие

Лицо, являющееся прямым родственником реципиента

+ Все выше перечисленное

В соответствии с законодательством РФ согласие реципиента на трансплантацию органов и тканей является:

Не обязательным

На усмотрение врача

На усмотрение родственников

+ Обязательным

Забор органов и тканей человека после его смерти в РФ осуществляется на основе:

Презумпции несогласия

+ Презумпции согласия

Рутинного забора

В соответствии с законодательством РФ согласие на трансплантацию органов и тканей в отношении несовершеннолетнего реципиента дают:

Врачи

Данный пациент

+ Законные представители

* Либеральное отношение к эвтаназии аргументируется:

+ Нарушением заповеди «не убий»

+ Автономией личности в вопросах жизни и смерти

+ Правом тяжело больного человека проявить альтруизм по отношению к своим близким и освободить их от обязанности ухаживать за ним

+ Правом на достойную смерть

Возможностью криминализации эвтаназии

+ Нарушением морального стимула развития медицинского знания и средств борьбы за жизнь человека

+ Признанием эвтаназии проявлением милосердия и сострадания к безнадежно больному человеку

Основной идеей современных этических и правовых международных и национальных документов в области психиатрии является:

Принудительное оказание психиатрической помощи

Приоритет интересов общества

Патерналистическое отношение к пациентам психическими расстройствами

+ Защита прав и интересов душевнобольных людей

* В 50-ые-60-ые годы 20 века в США и Европе в психиатрии развернулись антипатерналистические движения:

Движение приютов

+Антипсихиатрическое движение
+Антигоспитальное движение
Правозащитное движение

Вопросы для самоконтроля:

Как понимается смерть и умирание в различных культурно-философских традициях?

Как развитие реаниматологии повлияло на изменение представлений о критериях смерти? В чем различие между клинической и биологической смертью человека?

По каким критериям осуществляется констатация смерти человека в настоящее время? Какие моральные проблемы при этом возникают?

Какие моральные проблемы возникают в связи с возможностями медицины по «управлению умиранием» на разных стадиях заболевания и в различных состояниях пациента?

Что является основанием прекращения реанимационных действий и жизнеподдерживающей терапии?

Дайте этическую и юридическую оценку права пациента на информацию о неблагоприятном диагнозе и прогнозе заболевания.

Перечислите основные стадии и формы реакции пациента на сообщение о неблагоприятном диагнозе (по Е.Кюблер-Росс).

Дайте определение эвтаназии и охарактеризуйте различные виды эвтаназии.

Как законодательно решается вопрос об эвтаназии в разных странах?

Как законодательно решается вопрос об эвтаназии в России?

Назовите основные аргументы сторонников добровольной активной эвтаназии.

В чем суть спора вокруг понятия «право на смерть»? Дайте этическую и правовую оценку.

Когда и в какой стране проводилась принудительная эвтаназия? Какие последствия это имело?

Приведите контраргументы противников эвтаназии.

Какие особенности восприятия смерти с позиции религиозного мировоззрения? Каково отношение религиозных конфессий к эвтаназии?

Охарактеризуйте позицию РПЦ по проблеме эвтаназии и отношению к умирающим больным.

Что отличает хосписы от других медицинских учреждений?

Что означает «паллиативная помощь»? Какие проблемы возникают при оказании паллиативной помощи в России.

Что является этическим обоснованием использования донорского материала от живого донора?

Каковы этические принципы пересадки органов и тканей от живого донора?

Как юридически защищены права живого донора в России? Кто может стать донором органов и тканей в России?

Дайте этическую и юридическую оценку купле-продаже донорских органов и тканей.

Что такое презумпция согласия и презумпция несогласия донора? Какой вид презумпции действует в России?

Насколько логически и этически обоснованно суждение о праве человека на свое тело и после смерти? Каково отношение к телу мертвого человека в обществе?

Назовите основные этические и организационные принципы, которыми необходимо руководствоваться при констатации смерти человека с целью использования органов для трансплантации?

Дайте этическую оценку возможности использованию фетальных тканей в трансплантологии.

Каковы морально-этические проблемы аутопсии?

Тема: Моральные проблемы лечения социально опасных и социально значимых заболеваний.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Эволюция этических и правовых стандартов психиатрической помощи.

Наркомания и алкоголизм, как социальная и медицинская проблема.

Морально-этические проблемы эпидемиологии. ВИЧ-инфекция.

Специфика моральных проблем в различных системах здравоохранения.

Этические и правовые гарантии обеспечения прав пациентов при оказании психиатрической помощи.

Этико-правовые проблемы лечения наркомании и алкоголизма.

СПИД – морально-этические проблемы.

Моральные проблемы справедливого распределения дефицитных ресурсов в здравоохранении.

Форма текущего контроля: письменная (терминологический диктант).

Задание для проверки знаний: дайте определение.

Психиатрия, психология, психотерапия, психопатология, принудительная госпитализация, «антигоспитализм», антипсихиатрическое движение, «карательная психиатрия», сексология, сексопатология, наркомания, алкоголизм, эпидемиология, вакцинация, СПИД, ВИЧ-инфекция, спидофобия, социальная опасность, противоэпидемические мероприятия, венерология, справедливость, микрораспределение, макрораспределение, система здравоохранения, медицинское страхование, коррупция, частная медицинская практика, целительство, альтернативная медицина.

Форма текущего контроля: устная (решение ситуационных задач).

Задание для проверки умений: решите ситуационные (профессиональные) задачи.

Задача №1.

Врач-реаниматолог рекомендует родителям для улучшения состояния новорожденного с респираторным дистресс-синдромом приобрести сурфактант импортного производства, за которое получил материальное вознаграждение от представителей фирмы-производителя. При этом он не сообщает родителям информацию о существовании других столь же эффективных и более дешевых аналогов отечественного производства.

Какие стимулы определяют рекомендации врача?

Дайте этическую и правовую оценку поступка врача.

Задача №2.

На прием в платную неврологическую клинику приходит пациентка 20 лет с жалобами на головную боль, приступы которой участились во время подготовки к экзаменационной сессии. При клиническом обследовании никакой соматической и неврологической патологии не выявляется. Для получения максимальной прибыли врач настойчиво рекомендует больной пройти большое количество исследований, в том числе и не оправданных, хотя и безвредных для пациентки.

Какие интересы определяли рекомендации врача?

Дайте этическую и правовую оценку поступка врача.

Задача №3.

В «Наставлениях» Гиппократ советует своему ученику: «И я, советую, чтобы ты не слишком негуманно вел себя, но чтобы обращал внимание на обилие средств (у больного) и на их умеренность, а иногда лечил бы и даром, считая благодарную память выше минутной славы. Если же случай представится оказать помощь чужестранцу или бедняку, то таким в особенности должно ее доставить...»

Как расставлены нравственные приоритеты в этом совете?

Охарактеризуйте современные этические и правовые основания безвозмездного оказания медицинской помощи.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Практические задания для проверки умений:

Проанализируйте законодательные гарантии соблюдения прав граждан при оказании им психиатрической помощи.

Проанализируйте законодательные гарантии соблюдения прав ВИЧ-инфицированных граждан.

Сравните аргументы либеральной и консервативной точек зрения по вопросу лечения социально значимых и социально опасных заболеваний.
Вопросы для самоконтроля:
В чем значение социокультурного контекста для психиатрии и психотерапии?
В чем отличие психиатрии от других медицинских дисциплин?
Что означает «патернализм» и «антипатернализм» в психиатрии?
Охарактеризуйте «антигоспитальное» и «антипсихиатрическое» движения.
Как защищаются права граждан при оказании психиатрической помощи в соответствии с законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1993)?
В каких случаях допускается принудительное лечение? Как при этом защищаются права пациентов?
Какие социальные и правовые последствия возникают при лечении и диспансерном учете в специализированном медицинском учреждении?
С чем связан стигматизирующий характер диагнозов в психиатрии?
Какое значение имело принятие «Кодекса профессиональной этики психиатров» (Российское общество психиатров, 1994)?
Какие особенности складываются во взаимоотношениях врача и пациента в психиатрии?
Каковы этические принципы взаимодействия врача с пациентами в психиатрии?
Какие виды злоупотреблений проявляются в психиатрии?
Что значит «политическая психиатрия»?
Что значит «независимая психиатрия»?
Как современная массовая культура влияет на уровень наркомании в обществе? Достаточно ли только правовых механизмов противодействия распространению наркотиков?
Каковы особенности взаимодействия врача с лицами, страдающими алкогольной и наркотической зависимостью?
Какое влияние оказывает алкоголизм на здоровье нации в России?
Какую роль играют морально-мировоззренческие ориентации в понимании «нормы» и «патологии» сексуального поведения?
Какое значение имели пересмотры классификаций болезней для формирования понятия «сексуальная свобода»?
В чем отличие понятий «половые извращения» и «половые предпочтения»?
Каковы особенности инфекционных заболеваний? Какие социальные последствия они имеют?
Что означает санитарно-эпидемиологическое благополучие населения? Как соотносятся интересы личности с интересами общества?
Возможно ли принудительное лечение лиц, страдающих социально-опасными заболеваниями? На каких условиях?
Какие медицинские и моральные проблемы возникают при вакцинации населения?
Какие этические проблемы возникают в связи с распространением ВИЧ-инфекции?
Каковы основные пути передачи ВИЧ-инфекции и направления ее профилактики?
Имеет ли врач право отказаться от оказания помощи ВИЧ-инфицированному?
Что такое спидофобия? Какие проблемы социализации ВИЧ-инфицированных возникают?
Каковы особенности врачебной тайны при ВИЧ-инфекции?
Какие моральные проблемы возникают при распределении дефицитных ресурсов здравоохранения?
Какие критерии справедливости могут использоваться на разных уровнях распределения?
Должно ли управление и организация здравоохранения иметь морально-этические основания?
В чем отличие национально-государственной системы здравоохранения от страховой модели здравоохранения?
Какая система здравоохранения существует в России?
Является ли доступность медицинской помощи показателем социальной справедливости в государстве?
Какие моральные дилеммы возникают в частной медицине?
Каковы критерии этической конкуренции на рынке медицинских услуг?

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

Критерии оценки за устный ответ при проверке знаний:

Оценка "ОТЛИЧНО" выставляется обучающемуся, если ответ дан аргументированный и изложен последовательно, грамотно и логически стройно на основе анализа учебного материала, показано знание теории вопроса, понятийного аппарата и программного материала в целом.
Оценка "ХОРОШО" выставляется обучающемуся, если требования задания в целом выполнены, ответ дан достаточно аргументированный и изложен достаточно последовательно, грамотно и логически стройно на основе анализа учебного материала, не допущено существенных неточностей в знании теории вопроса, понятийного аппарата и программного материала в целом.
Оценка "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется обучающемуся, если требования задания выполнены не полностью, ответ плохо аргументирован и изложен недостаточно последовательно, грамотно и логически стройно, отсутствует анализ учебного материала, допущены неточности в знании теории вопроса, понятийного аппарата и программного материала в целом.
Оценка "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется обучающемуся, если требования задания не выполнены, не показаны знания по значительной части программного материала.

Критерии оценки за устный ответ при проверке умений:

Оценка "ОТЛИЧНО" выставляется обучающемуся, если требования задания выполнены в полном объеме, продемонстрировано умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни, продемонстрированы навыки работы с документами, учебной и научной литературой, решения ситуационных задач, систематизации и обобщения полученных сведений.
Оценка "ХОРОШО" выставляется обучающемуся, если требования задания в целом выполнены, достаточно продемонстрировано умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни, достаточно продемонстрированы навыки работы с документами, учебной и научной литературой, решения ситуационных задач, систематизации и обобщения полученных сведений.
Оценка "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется обучающемуся, если требования задания выполнены не полностью, не в полном объеме продемонстрировано умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни, не в полном объеме продемонстрированы навыки работы с документами, учебной и научной литературой, решения ситуационных задач, систематизации и обобщения полученных сведений.
Оценка " НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется обучающемуся, если требования задания не выполнены, отсутствует умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни, отсутствуют навыки работы с документами, учебной и научной литературой, решения ситуационных задач, систематизации и обобщения полученных сведений.

Критерии оценки за выполнение письменных заданий при проверке знаний и/или умений:

Оценка "ОТЛИЧНО" выставляется обучающемуся, если требования задания выполнены в полном объеме, ответ дан аргументированный и изложен последовательно, грамотно и лаконично, продемонстрированы навыки работы с документами и терминологией, учебной и научной литературой.
Оценка "ХОРОШО" выставляется обучающемуся, если требования задания в целом выполнены, ответ дан достаточно аргументированный и изложен достаточно последовательно, грамотно и лаконично, достаточно продемонстрированы навыки работы с документами и терминологией, учебной и научной литературой.
Оценка "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется обучающемуся, если требования задания выполнены не полностью, ответ плохо аргументирован и

изложен недостаточно последовательно, грамотно и лаконично, не в полном объеме продемонстрированы навыки работы с документами и терминологией, учебной и научной литературой.

Оценка " НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется обучающемуся, если требования задания не выполнены, отсутствуют навыки работы с документами и терминологией, учебной и научной литературой.

Критерии оценки за тестирование:

- 71-80% правильно отвеченных тестов – оценка «3» (удовлетворительно);
- 81-90% правильно отвеченных тестов – оценка «4» (хорошо);
- 91-100% правильно отвеченных тестов – оценка «5» (отлично).

ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ

Форма промежуточной успеваемости: дифференцированный зачет.

Форма проведения промежуточной аттестации: устно. В зачетный билет включается вопрос, направленный на проверку знаний, и задание, направленное на проверку умений.

Перечень вопросов для проверки знаний:

Предпосылки возникновения, предмет и специфика биоэтики.

Международные и российские нормативные акты в области биоэтики и их значение.

История развития медицинской этики в Европе: Античность, Средние века.

История развития медицинской этики в Европе: Новое и Новейшее время.

История развития врачебной этики в России: дореволюционный период.

История развития врачебной этики в России: советский и постсоветский периоды.

Мораль и право, как регуляторы общественных отношений. Этика как наука о морали.

Типы этических теорий: идеалистическо-деонтологический тип. Консерватизм в биоэтике.

Типы этических теорий: натуралистическо-прагматический тип. Либерализм в биоэтике.

Роль этических принципов в медицинской практике: принцип «не навреди!».

Роль этических принципов в медицинской практике: принцип «делай благо!».

Роль этических принципов в медицинской практике: принцип уважения автономии пациента.

Роль этических принципов в медицинской практике: принцип справедливости.

Права пациента, как элемент концепции прав и свобод человека и гражданина. Права пациентов в законодательстве РФ. Модель информированного согласия.

Права пациента и правила биомедицинской этики: право пациента на согласие и отказ от медицинского вмешательства, и правило добровольного согласия.

Права пациента и правила биомедицинской этики: право пациента на информацию и правило правдивости.

Права пациента и правила биомедицинской этики: право пациента на врачебную тайну и правило конфиденциальности.

Модели взаимоотношений врача и пациента (по Р. Витчу): сакрального, инженерного, коллегиального и контрактного типов.

Медицинское сообщество и общество. Нравственное самосознание медицинского сообщества. Права и обязанности медицинских работников.

Этико-правовые аспекты проблемы врачебных ошибок.

Моральные проблемы проведения биомедицинских экспериментов с участием человека. Правовые и этические принципы проведения клинических исследований и экспериментов на человеке, закрепленные в международных и российских документах.

Этические комитеты: функции и значение. Этические комитеты в России.

Моральные проблемы проведения экспериментов на животных. Этико-правовые основания проведения экспериментов на животных.

Особенности моральных проблем вмешательств в геном человека. Международные и российские нормативные акты, регулирующие деятельность в сфере генетики.

Моральные проблемы геной диагностики, геной терапии.

Моральные проблемы геной инженерии и клонирования человека.

Проблема искусственного прерывания беременности в историческом и социальном контексте. Законодательство РФ об аборте. Медицинские и социальные показания к аборту.

Либеральный и консервативный подходы в рассмотрении проблемы аборта. Проблема определения статуса человеческого эмбриона.

Моральные проблемы контрацепции и стерилизации.

Моральные проблемы вспомогательных репродуктивных технологий. Донорство половых клеток. Криоконсервация половых клеток и эмбрионов.

Моральные проблемы экстракорпорального оплодотворения и сурrogатного материнства.

История и философия отношения к смерти и умирающему больному. Проблема критериев смерти человека: клиническая смерть, биологическая смерть, смерть мозга. Аутопсия.

Понятие и виды эвтаназии. Правовое решение вопроса эвтаназии в России и в мире.

Либеральный и консервативный подходы к проблеме эвтаназии. «За» и «против» эвтаназии.

Моральные и правовые проблемы трансплантации органов и тканей от живого донора. Права донора. Поиск альтернативных решений для трансплантологии.

Моральные и правовые проблемы трансплантации органов и тканей от мертвого донора. Презумпция согласия и несогласия. Проблема дефицита и справедливости распределения донорских органов.

Проблемы биоэтики через призму религиозной морали. Официальная позиция РПЦ по вопросам биоэтики.

Эволюция этических и правовых стандартов психиатрической помощи. Злоупотребления в психиатрии.

Моральные проблемы в психиатрии. Проблема обеспечения прав душевнобольных людей и законодательные гарантии их соблюдения.

Этика и эпидемиология. СПИД – морально-этические проблемы. Спидофобия и права ВИЧ-инфицированных.

Перечень заданий для проверки умений:

Приведите примеры значения идеологии экологического движения для развития биоэтики.

Приведите примеры значения идеологии правозащитного движения для развития биоэтики.

Приведите примеры значения признание в обществе ценностно-мировоззренческого плюрализма для развития биоэтики.

Приведите примеры значения новейших достижений медицинской науки и практики для развития биоэтики.

Сравните два подхода к определению предмета биоэтики.

Проанализируйте «Конвенцию о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины. Конвенция о правах человека и биомедицине» (Совет Европы, 1997).

Сравните «Клятву Гиппократа» и «Клятву врача России».

Проведите сравнительный анализ типов этических теорий: идеалистическо-деонтологический и натуралистическо-прагматический.

Сравните модели взаимоотношений врача и пациента, описанные в статье Р.Витча «Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений».

Дайте характеристику прав и обязанностей врача в соответствии с «Этическим кодексом российского врача» (АВР, 1994).

Проведите сравнительный анализ Нюрнбергского кодекса (1946г.) и Хельсинской декларации (по состоянию на 2008г.).

Проанализируйте «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Глава 12. Биоэтика» (2000).

Выделите наиболее значимые положения ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (от 21 ноября 2011 №323-ФЗ), связанные с развитием биоэтики.

Дайте характеристику прав пациентов в соответствии с законодательством РФ.

Дайте характеристику прав и обязанностей медицинских работников в соответствии с законодательством РФ.

Охарактеризуйте функции этических комитетов в соответствии с законодательством РФ.

Объясните особенности квалификации врачебной ошибки в свете российского законодательства.

Дайте правовую оценку применения генных технологий в медицине и биологии.

Сравните аргументы либеральной и консервативной точек зрения по вопросу вмешательства в геном человека.

Дайте правовую оценку применения новых репродуктивных технологий.

Сравните аргументы либеральной и консервативной точек зрения по вопросу вмешательства в репродукцию человека.

Дайте правовую оценку эвтаназии, определения смерти человека и проведения реанимационных действий.

Сравните аргументы либеральной и консервативной точек зрения по вопросу эвтаназии.

Дайте правовую оценку трансплантации органов и тканей человека.

Сравните аргументы либеральной и консервативной точек зрения по вопросу трансплантации органов и тканей человека.

Проанализируйте законодательные гарантии соблюдения прав граждан при оказании им психиатрической помощи.

Проанализируйте законодательные гарантии соблюдения прав ВИЧ-инфицированных граждан.

Сравните аргументы либеральной и консервативной точек зрения по вопросу лечения социально значимых и социально опасных заболеваний.

Критерии оценки:

- оценка «ОТЛИЧНО» выставляется обучающемуся глубоко и прочно усвоившему программный материал, последовательно, грамотно и логически стройно его излагающему, демонстрирующему прочные интегративные связи со смежными дисциплинами, продемонстрировавшему умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни.

- оценка «ХОРОШО» выставляется обучающемуся твердо знающему программный материал, грамотно и по существу излагающему его, который не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, показывает достаточно правильные знания смежных дисциплин, достаточно продемонстрировавшему умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни

- оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется обучающемуся слабо владеющему теоретическим материалом, который имеет знания основного материала, однако, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала, испытывает трудности при ответе на дополнительные вопросы, со значительным трудом показывает интегративные знания со смежными дисциплинами, не в полном объеме продемонстрировавшему умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни.

- оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, не может ответить на дополнительные вопросы, не показывает интегративные знания со смежными дисциплинами, у которого отсутствует умение применения теоретических положений к решению практических задач и умение выделения ключевых проблем в соответствующих сферах общественной жизни.

Таблица соответствия оценочных средств образовательным результатам

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание 1: значение признания ценностно-мировоззренческого плюрализма в обществе	Вопросы: 1,7,8,9,10,11,12,13,14,18,19,22,24,25, 26,27,28,29,30,31,32,34,35,36,37,38,40
Знание 2: о социальных и этических проблемах, связанных с развитием и использованием достижений науки, техники и технологий	Вопросы: 1,3,4,5,6,13,14,19,20,21,23,24,27,29, 30,32,35,36,39,40
Знание 3: международные и российские нормативные акты и документы в области биоэтики и их значение	Вопросы: 1,2,7,14,15,16,17,20,21,22,24,27,29, 30,31,33,35,36,37,39,40
Знание 4: о биоэтике, как области междисциплинарных исследований моральных проблем современной биомедицины и социальном институте	Вопросы: 1,2,12,14,15,16,17,19,20,21,22,23, 24, 25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36, 37,38,39,40
Умение 1: использовать аргументы сторонников либерального и консервативного подходов в биоэтической дискуссии	Задание: 1-4,8,12,19,21,23,25,28
Умение 2: анализировать учебную и научную литературу, правовые и этические документы	Задание:5-18, 20,22,24,26,27

8. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФОРМАТИКА»

Текущий контроль

Тестирование по 1-му модулю: «Теоретические основы информатики»

К ОБМЕНУ ИНФОРМАЦИЕЙ ОТНОСИТСЯ...

выполнение домашней работы;
просмотр телепрограммы;
наблюдение за состоянием пациента;
разговор по телефону;
составление конспекта.

ПРЕОБРАЗОВАНИЕ НЕПРЕРЫВНЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ И ЗВУКА ВНАБОР ДИСКРЕТНЫХ ЗНАЧЕНИЙ В ФОРМЕ КОДОВ НАЗЫВАЮТ кодированием;
дискретизацией;
декодированием;
информатизацией;
модуляцией.

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПРОЦЕСС

хранения информации;
передачи информации;
получения информации;
защиты информации;
использования информации.

ПЕРЕВОД ТЕКСТА С АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА НА РУССКИЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПРОЦЕСС хранения информации;
передачи информации;

защиты информации;
получения информации;
обработки информации.

ВАЖНАЯ СУЩЕСТВЕННАЯ ДЛЯ НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ ИНФОРМАЦИЯ НАЗЫВАЕТСЯ
достоверной;
полной;
актуальной;
полезной;
самовоспроизводимой.

ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

от источника приемнику посредством канала связи;
данные передаются к приемнику напрямую;
от источника приемнику напрямую;
в виде сигналов от приемника;
от приемника источнику посредством канала связи.

ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ ВО ВСЕХ ОБЛАСТЯХ
ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ

ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ДОСТИГАЕМОЕ ЗА СЧЕТ МАССОВОГО ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И
КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ – ЭТО...

глобализация производства;
информатизация общества;
автоматизация производства;
компьютеризация общества;
глобализация общества.

ДАННЫЕ – ЭТО...

мера устранения неопределенности в отношении исхода некоторого события;
зарегистрированные сигналы;
отрицание энтропии;
установление закономерностей;
вероятность выбора.

ВСЕВОЗМОЖНЫЕ УСТРОЙСТВА И СИСТЕМЫ, СОЗДАННЫЕ ЧЕЛОВЕЧЕСТВОМ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ –
ЭТО ...

механизмы обработки информации;
средства обработки информации;
информационные ресурсы;
математические модели;
информационные модели.

НАУЧНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ, ЗАНИМАЮЩЕЕСЯ ИЗУЧЕНИЕМ ЗАКОНОВ, МЕТОДОВ И СПОСОБОВ НАКАПЛИВАНИЯ, ОБРАБОТКИ И
ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ЭВМ И ДРУГИХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НАЗЫВАЕТСЯ:

теоретическая информатика;
программирование;
кибернетика;
информатика;
информационные ресурсы.

СФЕРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАПРАВЛЕННАЯ НА СОЗДАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ, ОПЕРАЦИОННЫХ СИСТЕМ И ПАКЕТОВ
ПРИКЛАДНЫХ ПРОГРАММ – ЭТО ...

теоретическая информатика;
программирование;
кибернетика;
информатика как наука;
информационные ресурсы.

НАУЧНАЯ ДИСЦИПЛИНА, ЗАНИМАЮЩАЯСЯ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРОЦЕССОВ ПОЛУЧЕНИЯ, ПЕРЕДАЧИ, ОБРАБОТКИ, ХРАНЕНИЯ,
РАСПРОСТРАНЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННОЙ ТЕХНИКИ И ТЕХНОЛОГИИ В
МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ЭТО – ...

нейро-лингвистическое программирование;
телемедицина;
медицинская информатика;
физиология человека;

медицинская кибернетика. 13. ИНФОРМАЦИЯ ТОЧНА, ЕСЛИ:

информация отражает истинное положение дел;
достаточна для принятия решения;
она важна для решения задачи или применения ее в дальнейшем;
достаточно близка к реальному состоянию объекта, процесса, явления;
получена к нужному моменту. 14. ИНФОРМАЦИЯ СВОЕВРЕМЕННА, ЕСЛИ:

отражает истинное положение дел;
достаточна для принятия решения;
важна для решения задачи или применения ее в дальнейшем;
достаточно близка к реальному состоянию объекта, процесса, явления;
получена к нужному моменту. 15. ИНФОРМАЦИЯ ДОСТОВЕРНА, ЕСЛИ:

отражает истинное положение дел;
своевременна и проверена;
ее достаточно для принятия решений;
ценна и кратка;

принесит ожидаемую пользу. 16. ИНФОРМАЦИЯ ПОЛНА, ЕСЛИ:

отражает истинное положение дел;
достаточна для принятия решения;
важна для решения задачи или применения ее в дальнейшем;
близка к реальному состоянию объекта, процесса, явления;
получена к нужному моменту.

СУЩЕСТВЕННУЮ И ВАЖНУЮ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ИНФОРМАЦИЮ НАЗЫВАЮТ:

полной;
полезной;
актуальной;
достоверной;

понятной.

ИНФОРМАЦИЮ, ИЗЛОЖЕННУЮ НА ДОСТУПНОМ ДЛЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ ЯЗЫКЕ, НАЗЫВАЮТ:

полной;

полезной;

актуальной;

достоверной;

понятной.

ИНФОРМАЦИЮ, ОТРАЖАЮЩУЮ ИСТИННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВЕЩЕЙ, НАЗЫВАЮТ:

полной;

полезной;

актуальной;

достоверной;

понятной.

СТЕПЕНЬ СООТВЕТСТВИЯ ИНФОРМАЦИИ ТЕКУЩЕМУ МОМЕНТУ ВРЕМЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ТАКОЕ ЕЕ СВОЙСТВО, КАК...

объективность;

содержательность;

полнота;

достоверность;

актуальность.

СВОЙСТВО ИНФОРМАЦИИ, ЗАКЛЮЧАЮЩЕЕСЯ В ДОСТАТОЧНОСТИ ДАННЫХ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ, ЕСТЬ...

достоверность;

объективность;

содержательность;

своевременность;

полнота.

ТЕРМИН «ИНФОРМАТИКА» В ПЕРВЫЕ ПОЯВИЛСЯ В:

начале 70-х годов XX века;

конце XIX века;3) 1945 году;

времена античности;

начале 90-х годов XX века.

НАУКА, ПРЕДМЕТОМ ИЗУЧЕНИЯ КОТОРОЙ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЦЕССЫ СБОРА, ПРЕОБРАЗОВАНИЯ, ХРАНЕНИЯ, ЗАЩИТЫ, ПОИСКА И ПЕРЕДАЧИ ВСЕХ ВИДОВ ИНФОРМАЦИИ И СРЕДСТВАМИ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ОБРАБОТКИ.

кибернетика;

информатика;

информационные технологии;

программирование;

искусственный интеллект.

В КАЧЕСТВЕ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАТИКИ ВЫДЕЛЯЮТ НАУКИ:

математика;

физика;

документалистика;

экономика;

юриспруденция.

В КАЧЕСТВЕ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАТИКИ ВЫДЕЛЯЮТ НАУКИ:

кибернетика;

искусственный интеллект;

информационные системы;

программирование;

астрофизика.

В КАЧЕСТВЕ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАТИКИ ВЫДЕЛЯЮТ НАУКИ:

приборостроение;

интернетика;

математика;

микрофизика;

радиоэлектроника.

УЧЕНЫЙ БЛЕЗ ПАСКАЛЬ СТАЛ ИЗВЕСТЕН БЛАГОДАРЯ СЛЕДУЮЩЕМУ ДОСТИЖЕНИЮ:

он предложил арифмометр, выполняющий четыре арифметических действия;

он определил кибернетику как науку об управлении в живой природе и в технических системах;

он предложил устройство, механически выполняющее сложение чисел;

он предложил аналитическую машину, которая могла работать без участия человека;

в предложенной классификации наук ввел несуществующую ещенуку кибернетику.

УЧЕНЫЙ ЧАРЛЬЗ БЭББИДЖ СТАЛ ИЗВЕСТЕН БЛАГОДАРЯ СЛЕДУЮЩЕМУ ДОСТИЖЕНИЮ:

он предложил арифмометр, выполняющий четыре арифметических действия;

он определил кибернетику как науку об управлении в живой природе и в технических системах;

он предложил устройство, механически выполняющее сложение чисел;

он предложил аналитическую машину, которая могла работать без участия человека;

в предложенной классификации наук ввел несуществующую ещенуку кибернетику.

УЧЕНЫЙ ГОТФРИД ВИЛЬГЕЛЬМ ЛЕЙБНИЦ СТАЛ ИЗВЕСТЕН БЛАГОДАРЯ СЛЕДУЮЩЕМУ ДОСТИЖЕНИЮ:

он предложил арифмометр, выполняющий четыре арифметических действия;

он определил кибернетику как науку об управлении в живой природе и в технических системах;

он предложил устройство, механически выполняющее сложение чисел;

он предложил аналитическую машину, которая могла работать без участия человека;

в предложенной классификации наук ввел несуществующую ещенуку кибернетику.

УЧЕНЫЙ АНДРЕ МАРИ АМПЕР СТАЛ ИЗВЕСТЕН БЛАГОДАРЯ СЛЕДУЮЩЕМУ ДОСТИЖЕНИЮ:

он предложил арифмометр, выполняющий четыре арифметических действия;

он определил кибернетику как науку об управлении в живой природе и в технических системах;

он предложил устройство, механически выполняющее сложение чисел;

он предложил аналитическую машину, которая могла работать без участия человека;

в предложенной классификации наук ввел несуществующую ещенуку кибернетику.

УЧЕНЫЙ НОРБЕРТ ВИНЕР СТАЛ ИЗВЕСТЕН БЛАГОДАРЯ СЛЕДУЮЩЕМУ ДОСТИЖЕНИЮ:

он предложил арифмометр, выполняющий четыре арифметических действия;

он определил кибернетику как науку об управлении в живой природе и в технических системах;

он предложил устройство, механически выполняющее сложение чисел;

он предложил аналитическую машину, которая могла работать без участия человека;

в предложенной классификации наук ввел несуществующую ещенауку кибернетику.

УЧЕНЫЙ ГОВАРД ЭЙКЕН СТАЛ ИЗВЕСТЕН БЛАГОДАРЯ СЛЕДУЮЩЕМУ ДОСТИЖЕНИЮ:

он построил первый компьютер на принципах Фон Неймана;
он разработчик счетной машины «Марк-1» на электромеханических реле;
он разработал первые интегральные схемы (чипы);
он опубликовал доклад о принципах функционирования универсального вычислительного устройства (компьютера);
он разработал вычислительную машину ENIAC на электронных лампах.

УЧЕНЫЙ ДЖОН МОЧЛИ СТАЛ ИЗВЕСТЕН БЛАГОДАРЯ СЛЕДУЮЩЕМУ ДОСТИЖЕНИЮ:

он построил первый компьютер на принципах Фон Неймана;
он разработчик счетной машины «Марк-1» на электромеханических реле;
он разработал первые интегральные схемы (чипы);
он опубликовал доклад о принципах функционирования универсального вычислительного устройства (компьютера);
он разработал вычислительную машину ENIAC на электронных лампах.

УЧЕНЫЙ ДЖОН ФОН НЕЙМАН СТАЛ ИЗВЕСТЕН БЛАГОДАРЯ СЛЕДУЮЩЕМУ ДОСТИЖЕНИЮ:

он построил первый компьютер на принципах Фон Неймана;
он разработчик счетной машины «Марк-1» на электромеханических реле;
он разработал первые интегральные схемы (чипы);
он опубликовал доклад о принципах функционирования универсального вычислительного устройства (компьютера);
он разработал вычислительную машину ENIAC на электронных лампах.

УЧЕНЫЙ МОРИС УИЛКС СТАЛ ИЗВЕСТЕН БЛАГОДАРЯ СЛЕДУЮЩЕМУ ДОСТИЖЕНИЮ:

он построил первый компьютер на принципах Фон Неймана;
он разработал счетную машину «Марк-1» на электромеханических реле;
он разработал первые интегральные схемы (чипы);
он опубликовал доклад о принципах функционирования универсального вычислительного устройства (компьютера);
он разработал вычислительную машину ENIAC на электронных лампах.

УЧЕНЫЙ РОБЕРТ НОЙС СТАЛ ИЗВЕСТЕН БЛАГОДАРЯ СЛЕДУЮЩЕМУ ДОСТИЖЕНИЮ:

он построил первый компьютер на принципах Фон Неймана;
он разработал счетную машину «Марк-1» на электромеханических реле;
он разработал первые интегральные схемы (чипы);
он опубликовал доклад о принципах функционирования универсального вычислительного устройства (компьютера);
он разработал вычислительную машину ENIAC на электронных лампах.

ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАТИКИ НА МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И СТУДЕНТОВ В ДОШКОЛЬНЫХ, ШКОЛЬНЫХ И

УНИВЕРСИТЕТСКИХ УСЛОВИЯХ ИЗУЧАЕТ НАУКА:

социальная информатика;

интернетика;

психологическая информатика;

педагогическая информатика;

вычислительная информатика.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ФОРМЫ ДВИЖЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИИ В ОБЩЕСТВЕ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ

ОБЩЕСТВО ИЗУЧАЕТ НАУКА:

социальная информатика;

интернетика;

психологическая информатика;

педагогическая информатика;

вычислительная информатика.

ВОПРОСЫ ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ИЗУЧАЕТ НАУКА:

социальная информатика;

интернетика;

психологическая информатика;

педагогическая информатика;

вычислительная информатика.

СВОЙСТВА, ЗАКОНОМЕРНОСТИ И СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЛОБАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СЕТИ ИНТЕРНЕТ ИЗУЧАЕТ НАУКА:

социальная информатика;

интернетика;

психологическая информатика;

педагогическая информатика;

вычислительная информатика.

ПЕРВЫМ ПРОЕКТОМ БОЛЬНИЧНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В США БЫЛ ПРОЕКТ:

MEDTECH;

MEDLINE;

MEDINET;

GLOBAL;

MEDLONGE.

ПЕРВЫМ ВОЗГЛАВИЛ НАПРАВЛЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНЫХ СИСТЕМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ (СССР) В 1967 ГОДУ:

Лебедев;

Амосов;

Файншмидт;

Гаспарян;

Берг.

ОСНОВАТЕЛЬ ПЕРВОЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ КАФЕДРЫ МЕДИЦИНСКОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ КИБЕРНЕТИКИ:

Амосов;

Лебедев;

Нейман;

Бэббидж;

Гаспарян.

СВЕДЕНИЯ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ЛЮДЬМИ УСТНЫМ, ПИСЬМЕННЫМ ИЛИ ДРУГИМ СПОСОБОМ (С ПОМОЩЬЮ

УСЛОВНЫХ СИГНАЛОВ, ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И Т. Д.):

данные;

информация;
символы;
импульсы;
свойства.

ПРОЦЕССЫ, МЕТОДЫ ПОИСКА, СБОРА, ХРАНЕНИЯ, ОБРАБОТКИ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ, РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ И СПОСОБЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТАКИХ ПРОЦЕССОВ И МЕТОДОВ:

информационные технологии;
данные;
электрические сигналы;
киберсистемы;
кибернетические автоматы.

ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННАЯ В ФОРМАЛИЗОВАННОМ ВИДЕ, ЧТО ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ЕЕ ХРАНЕНИЯ, ОБРАБОТКИ И ПЕРЕДАЧИ:

единицы информации;
информационные технологии;
информационная система;
параметры предметов;
данные в информатике.

РАЗЛИЧНЫЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ (РЕНТГЕНОГРАММЫ, ЭХОКАРДИОГРАММЫ И Т. Д.) ОТНОСЯТСЯ К СЛЕДУЮЩЕЙ КАТЕГОРИИ ИНФОРМАЦИИ:

визуальная информация;
графическая информация;
алфавитно-цифровая информация;
звуковая информация;
тактильная информация.

РЕЧЬ, ЕСТЕСТВЕННЫЕ ИЛИ УСИЛЕННЫЕ ЭЛЕКТРОННЫМ СПОСОБОМ ЗВУКИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА И ДРУГИЕ ОТНОСЯТСЯ К СЛЕДУЮЩЕЙ КАТЕГОРИИ ИНФОРМАЦИИ:

визуальная информация;
графическая информация;
алфавитно-цифровая информация;
звуковая информация;
тактильная информация.

ПОХОДКА ПАЦИЕНТА, МИМИКА ИЛИ СУДОРОГИ, СУХОЖИЛЬНЫЕ РЕФЛЕКСЫ, РЕАКЦИЯ ЗРАЧКА НА СВЕТ ОТНОСЯТСЯ К СЛЕДУЮЩЕЙ КАТЕГОРИИ ИНФОРМАЦИИ:

визуальная информация;
графическая информация;
алфавитно-цифровая информация;
звуковая информация;

Тестирование по 2-му модулю: «Технические средства реализации информационных процессов»

ГРУППА ИЗ ВОСЬМИ БИТОВ, РАССМАТРИВАЕМАЯ ПРИ ХРАНЕНИИ ДАННЫХ КАК ЕДИНОЕ ЦЕЛОЕ НАЗЫВАЕТСЯ...

мегабайт;
терабайт;
килобайт;
байт;
гигабайт.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ ЕДИНИЦ ИЗМЕРЕНИЯ, УКАЗАННОЙ В ПОРЯДКЕ ВОЗРАСТАНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ

гигабайт, килобайт, мегабайт, байт;
гигабайт, мегабайт, килобайт, байт;
мегабайт, килобайт, байт, гигабайт;
байт, килобайт, мегабайт, гигабайт;
байт, петабайт, гигабайт, килобайт, мегабайт.

НЕФРАГМЕНТИРОВАННЫМ НАЗЫВАЕТСЯ ФАЙЛ, КОТОРЫЙ ЗАНИМАЕТ:

несмежные дорожки;
разные диски;
несмежные кластеры;
разные цилиндры;
смежные кластеры.

МИНИМАЛЬНАЯ ЕДИНИЦА ИЗМЕРЕНИЯ В КОМПЬЮТЕРАХ – ЭТО...

бит;
байт;
мегабайт;
гигабайт;
терабайт.

В 8 БАЙТАХ СОДЕРЖИТСЯ

1 бит;
8 бит;
16 бит;
64 бит;
56 бит.

БАЙТ – ЭТО:

группа из 2 бит;
группа из 8 бит;
группа из 6 бит;
группа из 16 бит;
группа из 1024 бит.

ОБЪЕМЫ ПАМЯТИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ В ПОРЯДКЕ УБЫВАНИЯ, ЭТО:

1 Кбайт, 1010 байт, 20 бит, 2 байта, 10 бит;
1010 байт, 1 Кбайт, 2 байта, 20 бит, 10 бит;
1010 байт, 1 Кбайт, 20 бит, 10 бит, 2 байта;
1010 байт, 2 байта, 1 Кбайт, 20 бит, 10 бит;
10 бит, 20 бит, 1 Кбайт, 2 байта, 1010 байт.

ПРИ ФОРМАТИРОВАНИИ ДИСКЕТЫ ИЛИ ЖЕСТКОГО ДИСКА ПРОИСХОДИТ:

образование дорожек;

записывается нулевое значение в соответствующие элементы fat;
переписывание фрагментированных файлов на новое место;
образование кластеров ;
создание резервных копий файлов.

СИСТЕМА СЧИСЛЕНИЯ - ЭТО:

совокупность программных комплексов обеспечения правильной работы ЭВМ;
система правил выполнения вычислений на компьютере;
совокупность приемов наименования и записи чисел;
группа из восьми бит;
таблица умножения.

ПРОГРАММА И ДАННЫЕ В ПАМЯТИ КОМПЬЮТЕРА ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

в шестнадцатеричной системе счисления;

в двоичной системе счисления;

четырёхкратной системе счисления;

в восьмеричной системе счисления;

в десятичной системе счисления.

СИСТЕМОЙ СЧИСЛЕНИЯ, В КОТОРОЙ ДЛЯ ЗАПИСИ ЧИСЕЛ ИСПОЛЗУЮТСЯ ЦИФРЫ ОТ 0 ДО 9 И БУКВЫ ОТ А ДО F, ЯВЛЯЕТСЯ

восьмеричная;

шестеричная;

шестнадцатеричная;

двоичная;

десятичная.

ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ДЛЯ ЭВМ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

интегральные схемы;

мини лампы;

транзисторы;

биочипы;

кристаллы.

НАУКА, ПОЗВОЛИВШАЯ СОЗДАТЬ КОМПЬЮТЕРЫ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛЕНИЯ, ЭТО...

микроэлектроника;

микробиология;

схемотехника;

мультиинформатика;

инженеринг.

ПЕРИФЕРИЙНЫЕ УСТРОЙСТВА ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ

управление работой ЭВМ по заданной программе;

хранение информации;

ввод и вывод информации;

обработку информации;

удаление информации.

ДЛЯ ХРАНЕНИЯ БОЛЬШИХ ОБЪЕМОВ ИНФОРМАЦИИ В КОМПЬЮТЕРЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНО

видеокарта;

мышь;

процессор;

винчестер;

системная плата.

ОСНОВОЙ КОМПЬЮТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

оперативная память;

системная плата;

клавиатура;

CD-ROM;

мышь.

ДЛЯ ДОЛГОВРЕМЕННОГО ХРАНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ СЛУЖИТ:

оперативная память;

процессор;

flash-карта;

сканер;

клавиатура.

ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ХРАНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ НА ВНЕШНИХ НОСИТЕЛЯХ ОТ ХРАНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ В ОПЕРАТИВНОЙ ПАМЯТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В...

возможности хранения информации после отключения питания компьютера;

объеме хранения информации;

возможности парольной защиты информации;

способах доступа к хранимой информации;

возможности хранения информации только при наличии энергии. 19. ПЛОТТЕР – ЭТО УСТРОЙСТВО ДЛЯ ...

сканирования информации;

печати графической информации;

считывания графической информации;

ввода графической информации;

хранения больших объемов графической информации. 20. УСТРОЙСТВО, СЛУЖАЩЕЕ ДЛЯ ХРАНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ

ТОЛЬКО ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ КОМПЬЮТЕРА, ЭТО -

CD-ROM;

винчестер;

оперативная память;

монитор;

колонки.

УСТРОЙСТВОМ ВВОДА ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

монитор;

процессор;

мышь;

принтер;

колонки.

УСТРОЙСТВОМ ВЫВОДА НА БУМАГУ ТЕКСТОВОЙ И ГРАФИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НАЗЫВАЕТСЯ

принтер;

клавиатура;
монитор;
графический планшет;
диск.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВВОДА ТЕКСТОВОЙ И ЧИСЛОВОЙ ИНФОРМАЦИИ:

монитор;
клавиатура;
системный блок;
дисковод;
принтер.

УСТРОЙСТВОМ ВЫВОДА ИНФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

сканер;
клавиатура;
дигитайзер;
плоттер;
винчестер.

ОСНОВУ СОВРЕМЕННЫХ КОМПЬЮТЕРОВ СОСТАВЛЯЮТ:

диоды;
электрические лампы;
полупроводники;
катод;
транзисторы.

МОНИТОР КОМПЬЮТЕРА, РАБОТАЮЩИЙ НА ОСНОВЕ ПРИКОСНОВЕНИЙ ПАЛЬЦАМИ...

использует биометрический ввод;
снимает показания о температуре пользователя;
имеет сенсорный экран;
увеличивает пропускную способность экрана;
увеличивает цветопередачу экрана

.27. МОДЕМ СЛУЖИТ ДЛЯ:

печати графических файлов;
копирования документов;
соединения с интернетом;
разделения файловой системы на сектора;
отображения вводимой информации на мониторе.

FLASH-КАРТА ПОЗВОЛЯЕТ:

только считывать информацию;
кратковременно хранить информацию во время работы компьютера;
долговременно обеспечивать работу оперативной памяти;
только хранить цифровое видео;
использовать ее в портативных устройствах для хранения информации.

ПРИ ВЫКЛЮЧЕНИИ КОМПЬЮТЕРА СОДЕРЖИМОЕ ОПЕРАТИВНОЙ ПАМЯТИ:

рассылается по локальной сети;
очищается;
архивируется;
сохраняется до последующего включения;
дублируется.

РАЗРЯДНОСТЬЮ МИКРОПРОЦЕССОРА ЯВЛЯЕТСЯ...

ширина шины адреса микропроцессора;
количество бит, обрабатываемых микропроцессором за один такт работы;
физический объем регистров микропроцессора;
размер кэш-памяти;
объем хранимой информации.

ДЛЯ ЧИСЛА 10 ШЕСТНАДЦАТЕРИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ БУДЕТ СЛЕДУЮЩИМ:

- 1) 11;
- 2) A; 3) 09; 4) 1A;
- 5) AA.

К ИНТЕРФЕЙСАМ ОТНОСЯТСЯ

параллельные и последовательные;
параллельные и перпендикулярные;
последовательные и горизонтальные;
горизонтальные и параллельные;
многозадачные и однозадачные.

СОВОКУПНОСТЬ ВСЕХ УНИФИЦИРОВАННЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ И ПРОГРАММНЫХ СРЕДСТВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ИНФОРМАЦИОННОЕ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ВХОДЯЩИХ В СОСТАВ ИНФОРМАЦИИ, ЭТО -

мультимедийный компьютер;
интерфейс;
flash-карта;
любой программный продукт;
файлы и файловая система.

Тестирование по 3-му модулю: «Программные средства реализации информационных процессов»

ИМЯ ФАЙЛА НЕ МОЖЕТ СОДЕРЖАТЬ:

сочетание русских и латинских букв одновременно;
символов \ / : * ? ");
символов - _ , . ;
латинских букв;
символов { , } |.

К СИСТЕМНОМУ ПРОГРАММНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОТНОСЯТ:

графический редактор;
текстовый процессор;
экспертные системы;
систему управления базами данных;
операционную систему.

РАСШИРЕНИЕ ИМЕНИ ФАЙЛА СЛУЖИТ ДЛЯ...

обеспечения возможности передачи файла по электронной почте;
правильной записи файла на жесткий диск;
для защиты от несанкционированного доступа;
приведения в соответствие типа файла и операционной системы;
характеристики хранящейся в файле информации.

СОВОКУПНОСТЬ ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАБОТЫ КОМПЬЮТЕРА И СЕТЕЙ ЭВМ ЭТО - ...

системное программное обеспечение;
сервисное программное обеспечение;
базовое программное обеспечение;
функции операционной системы;
прикладное программное обеспечение.

ОПЕРАЦИОННАЯ СИСТЕМА – ЭТО...

программа, обеспечивающая управление базами данных;
антивирусная программа;
программный продукт, обеспечивающий управление аппаратными средствами компьютера;
язык программирования для Windows;
система организации файлов.
ФАЙЛ – ЭТО...

система хранения данных и рисунков;
логически связанная совокупность данных или программ;
последовательность команд, выполняемая компьютером;
утилита сервисного обслуживания;
система периферийных устройств.

ПОЛНОЕ ИМЯ ФАЙЛА СОСТОИТ ИЗ:

расширенных атрибутов файла и даты создания;
имени, атрибутов и расширения, разделенных точками;
имени и расширения, разделенных точкой;
имени, расширения и даты создания файла;
имени, расширения, даты создания и атрибутов файла.

СИСТЕМНОЕ ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ – ЭТО...

совокупность программных комплексов обеспечения работы компьютера и сетей ЭВМ;
программы, предназначенные для облегчения общения пользователя командами операционной системы;
программные комплексы, обеспечивающих технологию разработки, отладки и внедрения создаваемых программных продуктов;
программы, обеспечивающие обработку, передачу и хранение данных в сети;
логически связанная совокупность данных или программ.

К БАЗОВОМУ ПРОГРАММНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОТНОСЯТСЯ

программы обслуживания сети;
антивирусные программы;
операционные оболочки;
программы архивирования данных;
программы диагностики работоспособности.

К БАЗОВОМУ ПРОГРАММНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОТНОСИТСЯ:

все перечисленное;
операционная система;
антивирусные программы;
программы обслуживания дисков;
программы обслуживания сети.

К СЕРВИСНОМУ ПРОГРАММНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОТНОСИТСЯ:

средства Microsoft Office;
программы обслуживания сети;
операционная система;
операционная оболочка;
сетевая операционная система.

КОМПЛЕКС ПРОГРАММ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ОБРАБОТКУ, ПЕРЕДАЧУ И ХРАНЕНИЕ ДАННЫХ В СЕТИ — ЭТО...

инструментарий технологий программирования;
антивирусные программы;
пакет прикладных программ;
операционная оболочка;
сетевая операционная система.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ С КОМПЬЮТЕРНОЙ СИСТЕМОЙ – ЭТО ФУНКЦИЯ ...

оперативной памяти;
периферийных устройств;
операционной системы;
файловой системы;
устройств хранения информации.

СОВОКУПНОСТЬ ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАБОТЫ КОМПЬЮТЕРОВ И ЭВМ, ЭТО

системное программное обеспечение;
пакеты прикладных программ;
инструментарий технологии программирования;
программы диагностики работоспособности;
сервисное программное обеспечение.

ПРАВА ДОСТУПА К РЕСУРСАМ НА ПЕРСОНАЛЬНОМ КОМПЬЮТЕРЕ ВЫДАЕТ:

администратор;
пользователь компьютера;
контролер домена;
инженер по охране труда;
операционная система.

МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧЕЛОВЕКА С АППАРАТНЫМИ И ПРОГРАММНЫМИ СРЕДСТВАМИ НАЗЫВАЮТСЯ _____ ИНТЕРФЕЙСОМ

аппаратным;
пользовательским;
программным;
аппаратно-программным;

графическим.
ДЕФРАГМЕНТАЦИЮ ЖЕСТКОГО ДИСКА ПРОИЗВОДЯТ С ЦЕЛЮ:

очистки диска
копирования файлов на диск;
увеличения скорости обмена данными;
удаления файлов с диска;
удаления дублирующихся файлов.

В WINDOWS КОРЗИНА СЛУЖИТ ДЛЯ ХРАНЕНИЯ...

сетевых документов;
и сортировки файлов;
временных ненужных файлов;
удаленных файлов;
созданных документов.

«ГОРЯЧИЕ» КЛАВИШИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ КОПИРОВАНИЯ:

Tab;

Ctrl+V;

Ctrl+B;

Ctrl+C;

Shift.

«ГОРЯЧИЕ» КЛАВИШИ ДЛЯ ВСТАВКИ СКОПИРОВАННОГО ОБЪЕКТА:

Tab;

Ctrl+V;

Ctrl+B;

Ctrl+C;

Shift.

ВИДЕО ФАЙЛЫ ИМЕЮТ РАСШИРЕНИЕ:

com;

doc;

avi;

rar;

bas.

ИСПОЛНЯЕМЫЙ ФАЙЛ ИМЕЕТ РАСШИРЕНИЕ:

txt;

doc;

exe;

sys;

html.

ФАЙЛ ДОКУМЕНТОВ, СОЗДАНЫЙ В ПРОГРАММЕ MICROSOFTWORD, ИМЕЕТ РАСШИРЕНИЕ

dat;

doc;

xls;

dbf;

pdf.

ФАЙЛ ДОКУМЕНТОВ, СОЗДАНЫЙ В ПРОГРАММЕ EXCEL, ИМЕЕТ РАСШИРЕНИЕ

dat;

doc;

xls;

dbf;

pdf. 25. ЯРЛЫК – ЭТО...

название программы и документа;

указатель мыши;

ссылка на программу или документ;

временный файл;

часть файла.

ВНЕШНЕЕ ОТЛИЧИЕ ЯРЛЫКА ОТ НАСТОЯЩИХ ФАЙЛОВ В ТОМ, ЧТО...

на его значке есть пиктограмма;

на его значке есть треугольник;

на его значке есть буквы;

его значок полупрозрачный;

на его значке есть стрелочка. 27. WINDOWS XP – ЭТО...

операционная система со встроенными средствами для работы в локальной вычислительной сети;

однозадачная операционная система;

несетевая, многозадачная операционная система;

переносимая операционная система;

графическая оболочка для операционной системы. 28. ХРОНОЛОГИЧЕСКАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОЯВЛЕНИЯ

ОПЕРАЦИОННЫХ СИСТЕМ: 1) MS DOS, 2) WINDOWS XP, 3)

WINDOWS 7, 4) WINDOWS'98, 5) WINDOWS VISTA

1) 1, 4, 2, 3, 5;

2) 1, 4, 2, 5, 3;

3) 2, 3, 4, 1, 5;

4) 1, 2, 3, 4, 5;

5) 1, 3, 4, 5, 2.

ВРЕМЕННЫЙ ФАЙЛ ИМЕЕТ РАСШИРЕНИЕ

com;

tmp;

txt;

hlp;

html.

ФАЙЛ, СОЗДАНЫЙ В ПРОГРАММЕ БЛОКНОТ ИМЕЕТ РАСШИРЕНИЕ

com;

tmp;

txt;

hlp;

html.

ФАЙЛ – ТАБЛИЦА БАЗЫ ДАННЫХ ИМЕЕТ РАСШИРЕНИЕ

xls, xlsx;
mdb, accdb;
doc, docx;
pdf;
dat.

ФАЙЛ СПРАВОЧНОЙ СИСТЕМЫ ИМЕЕТ РАСШИРЕНИЕ

hlp;
pdf;
html;
ppt;
dat.

СИСТЕМА РАСПОЗНАЕТ ФОРМАТ ФАЙЛА ПО ЕГО...

расположению на диске;
расширению имени;
имени;
размеру;
содержимому.

ЕСЛИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЬ, РАБОТАЯ В ПРОВОДНИКЕ, НАЖМЕТ КОМАНДУ КОПИРОВАТЬ, ТОГДА ФАЙЛ ПЛАН2.PPT БУД

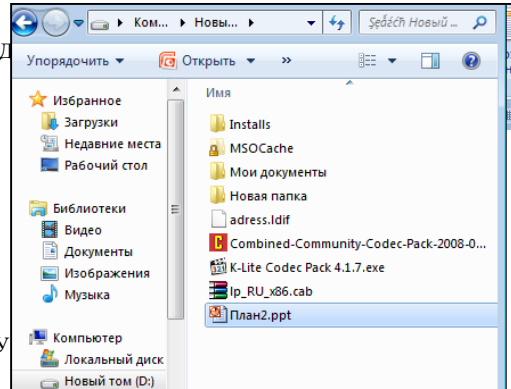
скопирован в буфер обмена;
вставлен в папку мои документы;
перемещен в корневой каталог диска C;
перемещен в каталог C:\temp;

скопирован на flash-карту.

ДЛИНА ИМЕНИ ФАЙЛА В MS WINDOWS

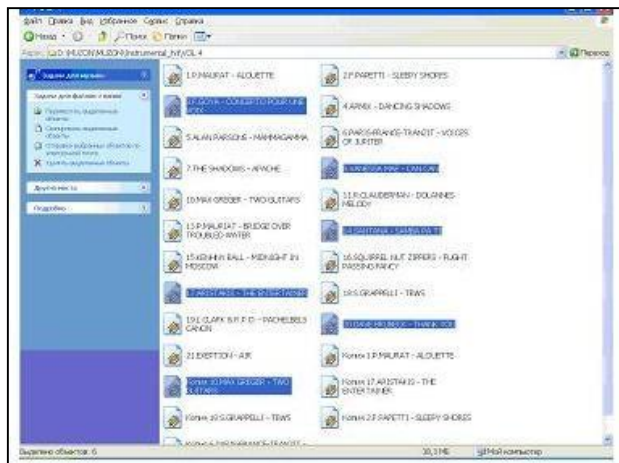
32 символа;
255 символов;
8 символов;
16 символов;
1024 символов.

УКАЗАННУЮ НА РИСУНКЕ ГРУППУ НАЖАТИЯ...



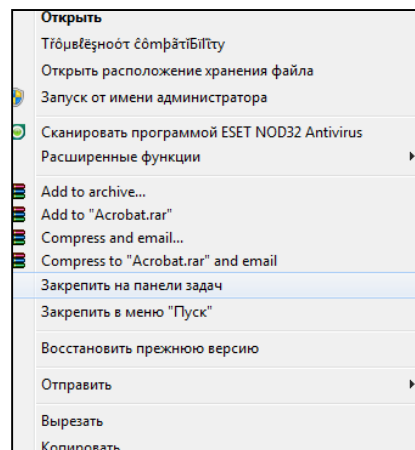
ВЫБЕРЕТ

ПОМОЩЬЮ



клавиши Ctrl и левой клавиши мыши;
клавиши Alt и левой клавиши мыши;
клавиши Shift и правой клавиши мыши;
клавиши Alt и правой клавиши мыши;
клавиши Ctrl и правой клавиши мыши.

СПИСОК КОМАНД, С КОТОРЫМИ В ДАННЫЙ МОМЕНТ



РАБОТАЕТ ПОЛЬЗОВАТЕЛЬ – ЭТО...

текущее меню;
панель инструментов;
каскадное меню;
дополнительное меню;
контекстное меню.

ФАЙЛ ПРЕЗЕНТАЦИЙ ИМЕЕТ РАСШИРЕНИЕ

hlp;
pdf;
html;
ppt;
dat.

СКАНИРОВАНИЕ КНИГИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЕЙ

удаления данных;
верификации;
транспортировки;
преобразования данных;

архивирования данных.

СПЕЦИАЛЬНЫМ ОБРАЗОМ ОРГАНИЗОВАННЫЙ ФАЙЛ, СОДЕРЖАЩИЙ В СЕБЕ ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ФАЙЛОВ В СЖАТОМ ИЛИ НЕ СЖАТОМ ВИДЕ – ЭТО...

вирус;

архивный файл;

архиватор;

временный файл;

многотомный файл.

ПОМЕЩЕНИЕ ИСХОДНЫХ ФАЙЛОВ В АРХИВНЫЙ ФАЙЛ В СЖАТОМ ИЛИ НЕ СЖАТОМ ВИДЕ – ЭТО

сжатие информации;

разархивация;

разделение на архивы;

архивация;

дефрагментация. 42.SFX-АРХИВ ЭТО:

самораспаковывающийся архив;

резервная копия файла;

временный файл;

файл, доступ к которому невозможен;

вирусный архив.

ПРОЦЕСС ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИИ, ХРАНЯЩЕЙСЯ В ФАЙЛЕ, К ВИДУ, ПРИ КОТОРОМ УМЕНЬШАЕТСЯ ИЗБЫТОЧНОСТЬ В ЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИИ И СООТВЕТСТВЕННО ТРЕБУЕТСЯ МЕНЬШИЙ ОБЪЕМ ДИСКОВОЙ ПАМЯТИ ДЛЯ ЕЕ ХРАНЕНИЯ – ЭТО...

сжатие информации;

архивный файл;

архиватор;

разархивация;

компиляция.

ПРОЦЕСС ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФАЙЛОВ ИЗ АРХИВА ТОЧНО В ТАКОМ ВИДЕ, КАКОЙ ОНИ ИМЕЛИ ДО ЗАГРУЗКИ В АРХИВ, - ЭТО

разархивация;

сжатие информации;

архивный файл;

архиватор;

верификация.

СЖАТЫЙ ФАЙЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ФАЙЛ...

скрытый системный файл;

защищенный от копирования;

упакованный с помощью программы winrar или 7z;

защищенный от несанкционированного доступа;

зараженный компьютерным вирусом.

РЕКОМЕНДУЕМОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОБСЛУЖИВАНИЯ КОМПЬЮТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

регулярно в конце рабочего дня;

регулярная проверка жесткого диска при обнаружении сбоев в работе операционной системы, но не реже раза в месяц;

перед каждым сеансом работы (в начале рабочего дня);

проверка жесткого диска должна проводиться по возможности раз в неделю, ночью (вне рабочего времени);

один раз в год.

СПЕЦИАЛЬНО НАПИСАННАЯ НЕБОЛЬШАЯ ПРОГРАММА, КОТОРАЯ МОЖЕТ "ПРИПИСЫВАТЬ" СЕБЯ К ДРУГИМ ПРОГРАММАМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ КАКИХ-ЛИБО ВРЕДНЫХ ДЕЙСТВИЙ — ПОРТИТ ФАЙЛЫ, "ЗАСОРЯЕТ" ОПЕРАТИВНУЮ ПАМЯТЬ – ЭТО...

html – программа;

компьютерный вирус;

драйвер для компьютера;

flash – анимация;

временный интернет файл.

ПРОГРАММЫ, ПРЕДОТВРАЩАЮЩИЕ ЗАРАЖЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫМ ВИРУСОМ И ЛИКВИДИРУЮЩИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

ЗАРАЖЕНИЯ – ЭТО...

архиваторы;

антивирусы;

программы защиты;

драйвера;

стримеры.

ПРОГРАММЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПОЛИФАГАМ:

Sql;

Bios Setup;

Dr.Web;

MS Word;

Блокнот.

ПРОГРАММЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К РЕВИЗОРАМ:

Adinf;

MS Access;

MySQL;

Scandisk;

Bios Setup.

ПРОГРАММЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К БЛОКИРОВЩИКАМ:

Finereader;

Safe'n'sec;

Php2b;

MS Outlook;

Far Manager.

САМЫЕ ОПАСНЫЕ ВИРУСЫ, РАЗРУШАЮЩИЕ ЗАГРУЗОЧНЫЙ СЕКТОР – ЭТО...

тройские вирусы;

паразитические вирусы;

вирусы черви;

сетевые вирусы;

вирусы-невидимки (стелс-вирусы). 53.РЕЗИДЕНТНЫЕ ВИРУСЫ АКТИВНЫ...

если включен компьютер;

какое-то ограниченное время;

нажать определенную комбинацию клавиш;

ввести ключевое слово;

если отключен интернет.

АНТИВИРУСНАЯ ПРОГРАММА DR. WEB – ЭТО...

программа-сторож;

программа-детектор;

программа-ревизор;

программа-доктор;

программа-вирус.

АНТИВИРУСНЫЕ ПРОГРАММЫ, КОТОРЫЕ ПОДАЮТ СИГНАЛ ТРЕВОГИ, НО ЛЕЧИТЬ НЕСПОСОБНЫ, ЭТО -

сторожа;

детекторы;

ревизоры;

доктора;

захватчики.

АНТИВИРУСНЫЕ ПРОГРАММЫ, КОТОРЫЕ СПОСОБНЫ ИДЕНТИФИЦИРОВАТЬ ТОЛЬКО ИЗВЕСТНЫЕ ИМ ВИРУСЫ И ТРЕБУЮТ

ОБНОВЛЕНИЯ АНТИВИРУСНОЙ БАЗЫ, ЭТО -

сторожа;

детекторы;

ревизоры;

провизоры;

доктора.

АНТИВИРУСНЫЕ ПРОГРАММЫ, КОТОРЫЕ СПОСОБНЫ ОБНАРУЖИВАТЬ И ЛЕЧИТЬ ЗАРАЖЕННЫЕ ФАЙЛЫ, ЭТО -

сторожа;

детекторы;

ревизоры;

захватчики;

доктора.

ПРОГРАММА, ОБЛАДАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬЮ КСАМОРАЗМНОЖЕНИЮ, – ЭТО

вирус;

антивирусная программа;

командный файл;

архивный файл;

временный файл.

ВИРУСЫ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕ ДЛЯ СВОЕГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРОТОКОЛЫ ИЛИ КОМАНДЫ КОМПЬЮТЕРНЫХ СЕТЕЙ, ЭТО -

макровирусы;

свободные вирусы;

сетевые вирусы;

исполняемые вирусы;

вирусы протоколов.

ВИРУСЫ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕ ДЛЯ ПЕРЕНОСКИ ДОКУМЕНТЫ MS WORD И MS EXCEL, ЭТО -

мега-вирусы;

микро-вирусы;

макровирусы;

документные вирусы;

резидентные вирусы.

ВИРУСЫ, КОТОРЫЕ ВНЕДРЯЮТСЯ В ИСПОЛНЯЕМЫЕ ФАЙЛЫ, ЭТО -

мега-вирусы;

свободные вирусы;

файловые вирусы;

исполняемые вирусы;

командные вирусы.

АНТИВИРУСНОЙ ПРОГРАММОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

MS Outlook;

Fine Reader;

Nod 32;4) 7z;

5) The Bat.

К МАКРО ВИРУСАМ ОТНОСЯТСЯ ВИРУСЫ...

использующие для своего распространения протоколы или команды компьютерных сетей и электронной почты;

заражающие файлы-документы и электронные таблицы нескольких популярных редакторов;

интернет – черви;

заражающие файлы какой-либо одной или нескольких ОС;

заражающие съемные носители информации. 64. К СЕТЕВЫМ ВИРУСАМ ОТНОСЯТСЯ ВИРУСЫ,...

записывающие себя в загрузочный сектор диска;

заражающие файлы Word и Excel;

использующие для своего распространения протоколы или команды компьютерных сетей и электронной почты;

системные вирусы;

использующие для своего распространения съемные носители. 65. ЕСЛИ НА ЭКРАНЕ МОНИТОРА ПОЯВЛЯЕТСЯ РЯБЬ

ИЛИ

ИЗОБРАЖЕНИЕ НАЧИНАЕТ "ПЛАВАТЬ", ЗНАЧИТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО...

увеличить разрешение монитора;

изменить настройки монитора;

выключить компьютер и включить его вновь;

ничего не делать, так как монитор ищет драйвера на винчестере;

проверить надежность подключения монитора к видеокарте; возможно, что неисправна видеокарта или монитор.

ЕСЛИ НЕ РАБОТАЕТ КЛАВИАТУРА...

выключите компьютер и проверьте надежность подключения клавиатуры к системному блоку;

перезагрузите компьютер;

отключите "мышь";

проверьте, включен ли компьютер в сеть;

выключите компьютер, проверьте сетевую розетку и сетевую кабель.

Сервисное программное обеспечение компьютера

СПЕЦИАЛЬНЫМ ОБРАЗОМ ОРГАНИЗОВАННЫЙ ФАЙЛ, СОДЕРЖАЩИЙ В СЕБЕ ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ФАЙЛОВ В СЖАТОМ ИЛИ НЕ СЖАТОМ ВИДЕ – ЭТО...

вирус;
архивный файл;
архиватор;
временный файл;
многотомный файл.

ПОМЕЩЕНИЕ ИСХОДНЫХ ФАЙЛОВ В АРХИВНЫЙ ФАЙЛ В СЖАТОМ ИЛИ НЕ СЖАТОМ ВИДЕ – ЭТО

сжатие информации;
разархивация;
разделение на архивы;
архивация;
дефрагментация.

SFX-АРХИВ ЭТО:

самораспаковывающийся архив;
резервная копия файла ;
временный файл;
файл, доступ к которому невозможен;
вирусный архив.

ПРОЦЕСС ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИИ, ХРАНЯЩЕЙСЯ В ФАЙЛЕ, К ВИДУ, ПРИ КОТОРОМ УМЕНЬШАЕТСЯ ИЗБЫТОЧНОСТЬ В ЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИИ И СООТВЕТСТВЕННО ТРЕБУЕТСЯ МЕНЬШИЙ ОБЪЕМ ДИСКОВОЙ ПАМЯТИ ДЛЯ ЕЕ ХРАНЕНИЯ – ЭТО...

сжатие информации;
архивный файл;
архиватор;
разархивация;
компиляция.

ПРОЦЕСС ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФАЙЛОВ ИЗ АРХИВА ТОЧНО В ТАКОМ ВИДЕ, КАКОЙ ОНИ ИМЕЛИ ДО ЗАГРУЗКИ В АРХИВ, - ЭТО

разархивация;
сжатие информации;
архивный файл;
архиватор;
верификация.

СЖАТЫЙ ФАЙЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ФАЙЛ...

скрытый системный файл;
защищенный от копирования;
упакованный с помощью программы winrar или 7z;
защищенный от несанкционированного доступа;
зараженный компьютерным вирусом.

РЕКОМЕНДУЕМОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ ОБСЛУЖИВАНИЯ КОМПЬЮТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

регулярно в конце рабочего дня;
регулярная проверка жесткого диска при обнаружении сбоев в работе операционной системы, но не реже раза в месяц;
перед каждым сеансом работы (в начале рабочего дня);
проверка жесткого диска должна проводиться по возможности раз в неделю, ночью (вне рабочего времени);
один раз в год.

СПЕЦИАЛЬНО НАПИСАННАЯ НЕБОЛЬШАЯ ПРОГРАММА, КОТОРАЯ МОЖЕТ "ПРИПИСЫВАТЬ" СЕБЯ К ДРУГИМ ПРОГРАММАМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ КАКИХ-ЛИБО ВРЕДНЫХ ДЕЙСТВИЙ — ПОРТИТ ФАЙЛЫ, "ЗАСОРЯЕТ" ОПЕРАТИВНУЮ ПАМЯТЬ – ЭТО...

html – программа;
компьютерный вирус;
драйвер для компьютера;
flash – анимация;
временный интернет файл.

ПРОГРАММЫ, ПРЕДОТВРАЩАЮЩИЕ ЗАРАЖЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫМ ВИРУСОМ И ЛИКВИДИРУЮЩИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАРАЖЕНИЯ – ЭТО...

архиваторы;
антивирусы
программы защиты;
драйвера;
стримеры.

ПРОГРАММЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПОЛИФАГАМ:

SQL;
Bios Setup;
Dr.Web;
MS Word;
блокнот.

ПРОГРАММЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К РЕВИЗОРАМ:

Adinf;
MS Access;
MYSQL;
Scandisk;
Bios Setup.

ПРОГРАММЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К БЛОКИРОВЩИКАМ:

Finereader;
Safe'n'sec;
PHP2b;
MS Outlook;

Far Manager.

САМЫЕ ОПАСНЫЕ ВИРУСЫ, РАЗРУШАЮЩИЕ ЗАГРУЗОЧНЫЙ СЕКТОР – ЭТО...

троянские вирусы;
паразитические вирусы;
вирусы черви;
сетевые вирусы;
вирусы-невидимки (стелс-вирусы). 14.РЕЗИДЕНТНЫЕ ВИРУСЫ АКТИВНЫ...
если включен компьютер;
какое-то ограниченное время;
нажать определенную комбинацию клавиш;
ввести ключевое слово;
если отключен интернет.

АНТИВИРУСНАЯ ПРОГРАММА DR. WEB – ЭТО...

программа-сторож;
программа-детектор;
программа-ревизор;
программа-доктор;
программа-вирус.

АНТИВИРУСНЫЕ ПРОГРАММЫ, КОТОРЫЕ ПОДАЮТ СИГНАЛ ТРЕВОГИ, НО ЛЕЧИТЬ НЕСПОСОБНЫ, ЭТО -

сторожа;
детекторы;
ревизоры;
доктора;
захватчики.

АНТИВИРУСНЫЕ ПРОГРАММЫ, КОТОРЫЕ СПОСОБНЫ ИДЕНТИФИЦИРОВАТЬ ТОЛЬКО ИЗВЕСТНЫЕ ИМ ВИРУСЫ И ТРЕБУЮТ ОБНОВЛЕНИЯ АНТИВИРУСНОЙ БАЗЫ, ЭТО -

сторожа;
детекторы;
ревизоры;
провизоры;
доктора.

АНТИВИРУСНЫЕ ПРОГРАММЫ, КОТОРЫЕ СПОСОБНЫ ОБНАРУЖИВАТЬ И ЛЕЧИТЬ ЗАРАЖЕННЫЕ ФАЙЛЫ, ЭТО -

сторожа;
детекторы;
ревизоры;
захватчики;
доктора.

ПРОГРАММА, ОБЛАДАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬЮ КСАМОРАЗМНОЖЕНИЮ, – ЭТО

вирус;
антивирусная программа;
командный файл;
архивный файл;
временный файл.

ВИРУСЫ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕ ДЛЯ СВОЕГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРОТОКОЛЫ ИЛИ КОМАНДЫ КОМПЬЮТЕРНЫХ СЕТЕЙ, ЭТО -

макровирусы;
свободные вирусы;
сетевые вирусы;
исполняемые вирусы;
вирусы протоколов.

ВИРУСЫ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕ ДЛЯ ПЕРЕНОСКИ ДОКУМЕНТЫ MSWORD И MS EXCEL, ЭТО -

мега-вирусы;
микро-вирусы;
макровирусы;
документные вирусы;
резидентные вирусы.

ВИРУСЫ, КОТОРЫЕ ВНЕДРЯЮТСЯ В ИСПОЛНЯЕМЫЕ ФАЙЛЫ, ЭТО -

мега-вирусы;
свободные вирусы;
файловые вирусы;
исполняемые вирусы;
командные вирусы.

АНТИВИРУСНОЙ ПРОГРАММОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

MS Outlook;
Fine Reader;
NOD 32;4) 7Z;
5) The Bat.

К МАКРО ВИРУСАМ ОТНОСЯТСЯ ВИРУСЫ...

использующие для своего распространения протоколы или команды компьютерных сетей и электронной почты;
заражающие файлы-документы и электронные таблицы нескольких популярных редакторов;
интернет – черви;
заражающие файлы какой-либо одной или нескольких ОС;
заражающие съемные носители информации. 25.К СЕТЕВЫМ ВИРУСАМ ОТНОСЯТСЯ ВИРУСЫ,...
записывающие себя в загрузочный сектор диска;
заражающие файлы Word и Excel;
использующие для своего распространения протоколы или команды компьютерных сетей и электронной почты;

системные вирусы;
используемые для своего распространения съемные носители. 26.ЕСЛИ НА ЭКРАНЕ МОНИТОРА ПОЯВЛЯЕТСЯ РЯБЬ
ИЛИ
ИЗОБРАЖЕНИЕ НАЧИНАЕТ "ПЛАВАТЬ", ЗНАЧИТЕЛЬНО ОБХОДИМО...
увеличить разрешение монитора;
изменить настройки монитора;
выключить компьютер и включить его вновь;
ничего не делать, так как монитор ищет драйвера на винчестере
проверить надежность подключения монитора к видеокарте; возможно, что неисправна видеокарта или монитор.
ЕСЛИ НЕ РАБОТАЕТ КЛАВИАТУРА...
выключите компьютер и проверьте надежность подключения клавиатуры к системному блоку;
перезагрузите компьютер;
отключите "мышь";
проверьте, включен ли компьютер в сеть;
выключите компьютер, проверьте сетевую розетку и сетевой кабель. 28. ПРИ ВКЛЮЧЕННОМ КОМПЬЮТЕРЕ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
отключать/подключать внутренние устройства;
перезагружать компьютер, нажимая на клавиши Ctrl+Alt+Del;
перезагружать компьютер, нажимая на кнопку Reset;
вставлять/вынимать дискету;
отключать/подключать flash-носители.

Тестирование по 4-му модулю: «Обработка информации средствами MSOffice»

К ФОРМАТИРОВАНИЮ ТЕКСТА ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ:
копирование фрагмента текста;
удаление символа;
установка режима выравнивания;
выделение фрагмента текста;
вставка нового текста.
ВИД ШРИФТА – ЭТО...
гарнитура;
интерлиньяж;
кегель;
колоннитул;
регистр.
ШИРИНА; СПОСОБ ВЫРАВНИВАНИЯ СТРОК; ПОЛОЖЕНИЕ НА СТРАНИЦЕ; ОТСТУП В ПЕРВОЙ СТРОКЕ;
МЕЖСТРОЧНОЕ
РАССТОЯНИЕ; ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ АБЗАЦАМИ — ВСЕ ЭТО ПАРАМЕТРЫ
символа;
блока;
абзаца;
текста;
строки.
МЕНЮ ТЕКСТОВОГО РЕДАКТОРА – ЭТО:
часть его интерфейса, обеспечивающая переход к выполнению различных операций над текстом;
подпрограмма, обеспечивающая управление ресурсами ПК при создании документов;
«окно», через которое пользователь может выходить в интернет;
своеобразное «окно», через которое текст просматривается на экране;
информация о текущем состоянии текстового редактора.
КОЛОНТИТУЛ – ЭТО:
текст или рисунок, который печатается внизу или сверху каждой страницы документа;
символ;
многоколоночный текст;
помощник в Microsoft Windows;
первая строка таблицы, содержащая номер текущей страницы.
РЕЖИМОМ, ОТОБРАЖАЮЩИМ ДОКУМЕНТ В ТОЧНОМ СООТВЕТСТВИИ С ТЕМ, КАК ОН БУДЕТ ВЫВЕДЕН НА ПЕЧАТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ
обычный;
Web-документ;
разметка страницы;
структура;
сортировщик.
СТИЛЬ ФОРМАТИРОВАНИЯ - ЭТО:
внешний вид текста;
панель инструментов;
степень растяжения или сжатия символов;
набор параметров (вид рисунка, его название, тип);
набор параметров (шрифта, абзаца и пр.), имеющий уникальное имя.

Форматирование текста

К ФОРМАТИРОВАНИЮ ТЕКСТА ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ:
копирование фрагмента текста;
удаление символа;
установка режима выравнивания;

выделение фрагмента текста;

вставка нового текста.

ВИД ШРИФТА – ЭТО...

гарнитура;

интерлиньяж;

кегель;

колонтитул;

регистр.

ШИРИНА; СПОСОБ ВЫРАВНИВАНИЯ СТРОК; ПОЛОЖЕНИЕ НА СТРАНИЦЕ; ОТСТУП В ПЕРВОЙ СТРОКЕ; МЕЖСТРОЧНОЕ РАССТОЯНИЕ; ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ АБЗАЦАМИ — ВСЕ ЭТО ПАРАМЕТРЫ

символа;

блока;

абзаца;

текста;

строки.

МЕНЮ ТЕКСТОВОГО РЕДАКТОРА – ЭТО:

часть его интерфейса, обеспечивающая переход к выполнению различных операций над текстом;

подпрограмма, обеспечивающая управление ресурсами ПК при создании документов;

«окно», через которое пользователь может выходить в интернет;

специальное «окно», через которое текст просматривается на экране;

информация о текущем состоянии текстового редактора.

КОЛОНТИТУЛ – ЭТО:

текст или рисунок, который печатается внизу или сверху каждой страницы документа;

символ;

многоколоночный текст;

помощник в Microsoft Windows;

первая строка таблицы, содержащая номер текущей страницы.

РЕЖИМОМ, ОТОБРАЖАЮЩИМ ДОКУМЕНТ В ТОЧНОМ СООТВЕТСТВИИ С ТЕМ, КАК ОН БУДЕТ ВЫВЕДЕН НА ПЕЧАТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

обычный;

Web-документ;

разметка страницы;

структура;

сортировщик.

СТИЛЬ ФОРМАТИРОВАНИЯ - ЭТО

внешний вид текста;

панель инструментов;

степень растяжения или сжатия символов;

набор параметров (вид рисунка, его название, тип);

набор параметров (шрифта, абзаца и пр.), имеющий уникальное имя.

Табличный процессор MS EXCEL

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ССЫЛКА – ЭТО...

используемая в формуле ссылка на ячейку с данными, которая автоматически изменяется при изменении положения ячейки формулой;

ссылка, всегда указывающая на одну и ту же ячейку, независимо от расположения формулы, её содержащей;

ссылка, указывающая на ячейку, расположенную в другом листе;

ссылка, указывающая на ячейку, расположенную в другой книге;

используемая в формуле ссылка на ячейку, содержащую название столбца с данными.

АБСОЛЮТНАЯ ССЫЛКА – ЭТО...

используемая в формуле ссылка на ячейку с данными, которая автоматически изменяется при изменении положения ячейки формулой;

ссылка, всегда указывающая на одну и ту же ячейку, независимо от расположения формулы, её содержащей;

ссылка, указывающая на ячейку, расположенную в другом листе;

ссылка, указывающая на ячейку, расположенную в другой книге;

используемая в формуле ссылка на ячейку, содержащую название столбца с данными.

ПРИ КОПИРОВАНИИ ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ АДРЕСА

изменяются;

не изменяются;

не изменяются, только если ячейки находятся на разных листах;

не изменяются, только если ячейки находятся в разных книгах;

изменяются в зависимости от длины ячейки.

ПРИ КОПИРОВАНИИ АБСОЛЮТНЫЕ АДРЕСА

изменяются;

не изменяются;

не изменяются, только если ячейки находятся на разных листах;

не изменяются, только если ячейки находятся в разных книгах;

изменяются в зависимости от длины ячейки.

ФОРМУЛА В MICROSOFT EXCEL НАЧИНАЕТСЯ

со знака равенства (=), за которым следует набор вычисляемых величин;

с абсолютной ссылки;

с имени встроенной функции;

со знака арифметической операции, за которым следует набор вычисляемых величин с относительной ссылки;

с названия ячейки.

ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДАННЫХ ИЗ СЕСМЕЖНЫХ ЯЧЕЕК ПРИ ПОСТРОЕНИИ ДИАГРАММЫ НЕОБХОДИМО УДЕРЖИВАТЬ КЛАВИШУ

Shift;

Ctrl;

Alt;

Shift + Alt;

Shift+Ctrl.

ЯЧЕЙКА A3 СОДЕРЖИТ ФОРМУЛУ =B1+C\$1; A3 ПЕРЕМЕСТИЛИ В A4. ФОРМУЛА В A4 ПРИМЕТ ВИД

1) =B1+C\$1;

2) =B2+C\$1;

3) =B1+C\$2;

4) =B2+C\$2;

5) в ячейке будет ошибка.

ДЛЯ ИЛЛЮСТРАЦИИ НЕПРЕРЫВНЫХ ДАННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ТИП ДИАГРАММ

гистограммы;

графики;

точечные диаграммы;

круговые диаграммы;

биржевые диаграммы.

ДИАГРАММАМИ, ДЕМОНИСТРИРУЮЩИМИ ДОЛЮ ОДНОГО ЭЛЕМЕНТА РЯДА ДАННЫХ В СУММЕ ЭЛЕМЕНТОВ ЭТОГО РЯДА, ЯВЛЯЮТСЯ...

гистограммы;

графики;

круговые диаграммы;

пузырьковые диаграммы;

биржевые диаграммы.

Фильтрация и сортировка

АВТОФИЛЬТР ПОЗВОЛЯЕТ...

выбрать значения из внешнего списка данных;

выбрать значения, отвечающие какому-либо условию;

сортировать данные таблицы;

сортировать данные таблицы последовательно по нескольким столбцам;

установить ограничение на вводимую формулу.

MICROSOFT EXCEL ПОЗВОЛЯЕТ РАБОТАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ВИДАМИ ФИЛЬТРОВ: а) автофильтр, б) расширенный фильтр, в)

пользовательский фильтр, г) активный фильтр

а, б, в;

б, в, г;

а, в, г;

а, б, г;

б, г.

ДЛЯ СОРТИРОВКИ ТАБЛИЦЫ ИЗ ДИАПАЗОНА А1:F7 ПО ДАННЫМ СТОЛБЦА С1:C7 НЕОБХОДИМО ВЫДЕЛИТЬ...

столбец С целиком и использовать кнопки сортировки на панели инструментов;

ячейки С1:C7 (ячейки, заполнения данными) и использовать кнопки сортировки на панели инструментов;

всю таблицу с данными и использовать кнопки сортировки на панели инструментов;

любую ячейку в диапазоне С1:C7 (ячейки, заполненные данными) и использовать кнопки сортировки на панели инструментов;

ячейки А1:F7 и использовать кнопки сортировки на панели инструментов.

ПРЕДСТАВЛЕННАЯ НА РИСУНКЕ ТАБЛИЦА MS EXCEL СОРТИРОВАНА ПО УБЫВАНИЮ ПО СТОЛБЦУ...

	A	B	C	D	E	F	G
1							
2	Ведомость заработной платы ООО "Рога и копыта" за октябрь м-ц 199 г.						
3	№	Ф.И.О.	Отдел	Оклад	Премия	Подох.нап	На руки
4	8	Шариков Н.Г.	2	650	200	100,98	772,78
5	5	Ефремова К.В.	3	500	150	77,22	576,34
6	6	Кречетова В.А.	3	470	150	73,66	555,85
7	1	Аксенова Е.О.	2	440	100	64,15	474,66
8	7	Мальшев С.Н.	1	400	150	65,34	496,54
9	4	Володина М.И.	1	350	100	53,46	398,92
10	2	Аксютин С.Н.	2	350	80	51,08	375,35
11	3	Бригаднова И.	1	340	120	54,65	460,00

подох. налог; 2) Ф.И.О.;

премия;

оклад;

на руки.

ДИАПАЗОН ЯЧЕЕК В MS EXCEL ЗАДАЕТСЯ...

указанием адресов первой и последней ячейки строки диапазона;

нажатием на кнопку, соответствующую блоку ячеек и указанием размеров блока;

адресами верхней левой и правой нижней ячеек блока, перечисленными через двоеточие;

указанием адресов первой и последней ячейки блока ячеек;

указанием адреса первой ячейки диапазона.

Базы данных

MS ACCESS – ЭТО...

язык программирования;

система управления базами данных;

графический редактор;

редактор для работы с электронными таблицами;

текстовый редактор.

ЗАПОЛНЕНИЕ ТАБЛИЦЫ ДАННЫМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В РЕЖИМЕ:

таблицы;

SQL запроса;

конструктора;

запроса;

предварительного просмотра.

ЗАПРОСЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ...

удобного представления и ввода информации на экране;

вывода данных на печать;

хранения данных в базе данных;
автоматического выполнения некоторых операций;
выборки, поиска и сортировки данных.
ПРИ РАБОТЕ С ТАБЛИЦЕЙ В РЕЖИМЕ ТАБЛИЦЫ ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ:

добавление записи;
установка условия назначения;
установка значения по умолчанию;
задание маски ввода;
задание формата поля.

РЕЖИМ КОНСТРУКТОРА НЕОБХОДИМ ДЛЯ:

заполнения таблицы записями;
создания кнопочной формы;
построения диаграмм;
создания структуры таблицы;
выполнения запросов.

Тестирование по 5-му модулю: «Применение информационных технологий в медицине».

МИС

ПРОЦЕСС ПРОВЕРКИ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ДОСТУПА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА К ЭЛЕКТРОННЫМ ДАННЫМ ПАЦИЕНТА В МИС НАЗЫВАЕТСЯ

идентификация;
аутентификация;
инициация;
персонализация;
персонификация.

ПРОЦЕСС УСТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ РАБОТНИКА, НАЧИНАЮЩЕГО СЕАНС РАБОТЫ С МИС НАЗЫВАЕТСЯ

идентификация;
аутентификация;
инициация;
персонализация;
персонификация.

ОТ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ ПОЛЕЗНЫЙ ЭФФЕКТ

простота и оперативность мониторинга показателей эффективности деятельности ЛПУ;
оперативный доступ к полной информации о пациенте в электронном виде;
упрощение сдачи отчетности в органы управления здравоохранением и фонд ОМС;
упрощение персонифицированного учета изделий медицинского назначения;
упрощение процедуры расчета стоимости медицинской услуги.

ОТ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ РУКОВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ:

простота и оперативность мониторинга показателей эффективности деятельности ЛПУ;
упрощение сдачи отчетности в органы управления здравоохранением и фонд ОМС;
упрощение персонифицированного учета изделий медицинского назначения;
упрощение процедуры расчета стоимости медицинской услуги;

все вышеперечисленное.

ОПЕРАТИВНУЮ РАБОТУ ПО ПОДДЕРЖКЕ РАБОТСПОСОБНОСТИ МИС В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ, КАК ПРАВИЛО, ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

администрация учреждения;
информационная служба;
врач - медицинский статистик;
лечащие врачи;

специалисты компании – поставщика МИС.

ОТ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ПОЛЕЗНЫЙ ЭФФЕКТ

простота и оперативность мониторинга показателей эффективности деятельности ЛПУ;
оперативный доступ к полной информации о пациенте в электронном виде;
упрощение сдачи отчетности в органы управления здравоохранением и фонд ОМС;
упрощение персонифицированного учета изделий медицинского назначения;
упрощение процедуры расчета стоимости медицинской услуги.

ИС, СОДЕРЖАЩИЕ БАНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И СЛУЖБ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ, - ЭТО...

медико-технологические ИС;
информационно-справочные системы;
статистические ИС;
научно-исследовательские ИС;
обучающие ИС.

ИС, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПАЦИЕНТОВ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, - ЭТО...

медико-технологические ИС;
информационно-справочные системы;
статистические ИС;
научно-исследовательские ИС;
обучающие ИС.

ИС, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ, - ЭТО...

медико-технологические ИС;
информационно-справочные системы;
статистические ИС;
научно-исследовательские ИС;
обучающие ИС.

ОСНОВНОЙ ЕДИНИЦЕЙ НАКОПЛЕНИЯ И ХРАНЕНИЯ ДАННЫХ В МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ ЯВЛЯЕТСЯ:
база данных;

ячейка или запись;
болезнь;
человек;
медицинское учреждение.

АРМ

ПРОГРАММНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЙ ДЛЯ АВТОМАТИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЕННОГО ВИДА автоматизированное рабочее место;
медицинская информационная система;
автоматизированное программное обеспечение;
автоматизированный комплекс;
медицинский программно-технический комплекс.

АППАРАТНО-ПРОГРАММНЫЕ АРМЫ (АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ РАБОЧЕЕ МЕСТО) И КОМПЛЕКСЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ, В ОСНОВНОМ В: операционной медицине;
исследовательской работе;
диагностической медицине;
научной работе;

области статистических расчетов.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБЕСПЕЧИВАЮТ:

информационное обеспечение принятия решений в профессиональной деятельности врачей разных специальностей;
решение задач отдельного подразделения медицинского учреждения в рамках задач учреждения в целом;
поиск и выдачу медицинской информации по запросу пользователя;
диагностику патологических состояний и выработку рекомендаций по способам лечения при заболеваниях различного профиля ;
проведение консультативно – диагностических обследований пациентов.

К ЗАДАЧАМ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМЫ (МИС) УРОВНЯ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

логистика;
формирование реестров за оказанную поликлиническую и стационарную помощь;
поиск и выдачу медицинской информации по запросу пользователя;
диагностика патологических состояний и выработка рекомендаций по способам лечения;

информационная поддержка деятельности врача соответствующей специальности.

К ОСНОВНЫМ БИЗНЕС-ПРОЦЕССАМ ЛАБОРАТОРНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ (ЛИС) ОТНОСЯТСЯ:

регистрация обращений пациентов;
регистрация биологического материала, поступающего в лабораторию;
принятие управленческих решений при организации работы;
передача в страховые медицинские организации информации об оказанной медицинской помощи;
передача в фонд омс запросов о страховых данных лиц, обратившихся за медицинской помощью.

НАЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ:

автоматизация труда сотрудников лаборатории;
выявление движения пациентов по лечебным отделениям;
персонифицированный учет лекарственных средств;
формирование реестров за пролеченных больных;
представление территориальным органам управления здравоохранением медицинской отчетности.

Информационная безопасность медицинских учреждений

СВЕДЕНИЯ (СООБЩЕНИЯ, ДАННЫЕ) НЕЗАВИСИМО ОТ ФОРМЫ ИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ:

информация;
информационные технологии;
информационная система;
информационно-телекоммуникационная сеть;
обладатель информации.

ПРОЦЕССЫ, МЕТОДЫ ПОИСКА, СБОРА, ХРАНЕНИЯ, ОБРАБОТКИ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ, РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ И СПОСОБЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТАКИХ ПРОЦЕССОВ И МЕТОДОВ:

информация;
информационные технологии;
информационная система;
информационно-телекоммуникационная сеть;
обладатель информации.

ЛИЦО, САМОСТОЯТЕЛЬНО СОЗДАВШЕЕ ИНФОРМАЦИЮ ЛИБО ПОЛУЧИВШЕЕ НА ОСНОВАНИИ ЗАКОНА ИЛИ ДОГОВОРА ПРАВО РАЗРЕШАТЬ ИЛИ ОГРАНИЧИВАТЬ ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ:

источник информации;
потребитель информации;
уничтожитель информации;
носитель информации;
обладатель информации.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА, ПРЕДНАЗНАЧЕННАЯ ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ ПО ЛИНИЯМ СВЯЗИ ИНФОРМАЦИИ, ДОСТУП К КОТОРОЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ ЭТО:

база данных;
информационная технология;
информационная система;
информационно-телекоммуникационная сеть;
медицинская информационная система.

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛИЦОМ, ПОЛУЧИВШИМ ДОСТУП К ОПРЕДЕЛЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ, ТРЕБОВАНИЕ НЕ ПЕРЕДАВАТЬ ТАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ БЕЗ СОГЛАСИЯ ЕЕ ОБЛАДАТЕЛЯ ЭТО:

электронное сообщение;
распространение информации;
предоставление информации;
конфиденциальность информации;
доступ к информации.

ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННЫМ КРУГОМ ЛИЦ ИЛИ ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННОМУ КРУГУ ЛИЦ ЭТО:

уничтожение информации;
распространение информации;

предоставление информации;
конфиденциальность информации;
доступ к информации.
ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ И ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭТО:
сохранение информации;
распространение информации;
предоставление информации;
конфиденциальность информации;
доступ к информации.

ИНФОРМАЦИЯ, ПЕРЕДАННАЯ ИЛИ ПОЛУЧЕННАЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ:

электронное сообщение;
информационное сообщение;
текстовое сообщение;
визуальное сообщение;
SMS-сообщение.

ВСЕ КОМПОНЕНТЫ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДПРИЯТИЯ, В КОТОРОМ НАКАПЛИВАЮТСЯ И ОБРАБАТЫВАЮТСЯ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЭТО:

информационная система персональных данных;
база данных;
централизованное хранилище данных;
система Статэкспресс;
сервер.

К СВЕДЕНИЯМ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА, СОГЛАСНО УКАЗУ ПРЕЗИДЕНТА РФ ОТ 6 МАРТА 1997 Г., ОТНОСЯТСЯ:

информация о распространении программ;
информация о лицензировании программного обеспечения;
информация, размещаемая в газетах, интернете;
персональные данные;
личная тайна.

ОТНОШЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ОБРАБОТКОЙ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, РЕГУЛИРУЮТСЯ ЗАКОНОМ...

«Об информации, информационных технологиях»;
«О защите информации»;

Федеральным законом «О персональных данных»;
Федеральным законом «О конфиденциальной информации»;

«Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера».

ДЕЙСТВИЯ С ПЕРСОНАЛЬНЫМИ ДАННЫМИ (СОГЛАСНО ЗАКОНУ), ВКЛЮЧАЯ СБОР, СИСТЕМАТИЗАЦИЮ, НАКОПЛЕНИЕ, ХРАНЕНИЕ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, РАСПРОСТРАНЕНИЕ И Т. Д ЭТО:

«исправление персональных данных»;
«работа с персональными данными»;
«преобразование персональных данных»;
«обработка персональных данных»;
«изменение персональных данных».

ДЕЙСТВИЯ, В РЕЗУЛЬТАТЕ КОТОРЫХ НЕВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ КОНКРЕТНОМУ СУБЪЕКТУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ:

выделение персональных данных;
обеспечение безопасности персональных данных;
деаутентификация;
деавторизация;
деперсонификация.

ПО РЕЖИМУ ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

многопользовательские;
однопользовательские;
без разграничения прав доступа;
с разграничением прав доступа;
системы, не имеющие подключений.

ПРОЦЕСС СООБЩЕНИЯ СУБЪЕКТОМ СВОЕГО ИМЕНИ ИЛИ НОМЕРА, С ЦЕЛЬЮ ПОЛУЧЕНИЯ ОПРЕДЕЛЁННЫХ ПОЛНОМОЧИЙ (ПРАВ ДОСТУПА) НА ВЫПОЛНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ(РАЗРЕШЕННЫХ ЕМУ) ДЕЙСТВИЙ В СИСТЕМАХ С ОГРАНИЧЕННЫМ ДОСТУПОМ:

авторизация;
аутентификация;
обезличивание;
деперсонализация;
идентификация.

ПРОЦЕДУРА ПРОВЕРКИ СООТВЕТСТВИЯ СУБЪЕКТА И ТОГО, ЗА КОГО ОН ПЫТАЕТСЯ СЕБЯ ВЫДАТЬ, С ПОМОЩЬЮ НЕКОЙ УНИКАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ:

авторизация;
обезличивание;
деперсонализация;
аутентификация;
идентификация.

ПРОЦЕСС, А ТАКЖЕ РЕЗУЛЬТАТ ПРОЦЕССА ПРОВЕРКИ НЕКОТОРЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ И, ПРИ УСПЕШНОСТИ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЕМУ ОПРЕДЕЛЁННЫХ ПОЛНОМОЧИЙ НА ВЫПОЛНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ (РАЗРЕШЕННЫХ ЕМУ) ДЕЙСТВИЙ В СИСТЕМАХ С ОГРАНИЧЕННЫМ ДОСТУПОМ

авторизация;
идентификация;
аутентификация;
обезличивание;
деперсонализация.

ПРОСТЕЙШИМ СПОСОБОМ ИДЕНТИФИКАЦИИ В КОМПЬЮТЕРНОЙ СИСТЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВВОД ИДЕНТИФИКАТОРА ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ НАЗВАНИЕ:

токен;
password;
пароль;
login;

смарт-карта.
ОСНОВНОЕ СРЕДСТВО, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ, ПОСЫЛАЕМОЙ ПО ОТКРЫТЫМ КАНАЛАМ ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ, В ТОМ ЧИСЛЕ – ПО СЕТИ ИНТЕРНЕТ:

идентификация;
аутентификация;
авторизация;
экспертиза;
шифрование.

ДЛЯ БЕЗОПАСНОЙ ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ ПО КАНАЛАМ ИНТЕРНЕТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТЕХНОЛОГИЯ:

WWW;
DICOM;
VPN;
FTP;
XML.

КОМПЛЕКС АППАРАТНЫХ И/ИЛИ ПРОГРАММНЫХ СРЕДСТВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЙ КОНТРОЛЬ И ФИЛЬТРАЦИЮ СЕТЕВОГО ТРАФИКА В СООТВЕТСТВИИ С ЗАДАННЫМИ ПРАВИЛАМИ И ЗАЩИЩАЮЩИЙ КОМПЬЮТЕРНЫЕ СЕТИ ОТ НЕСАНКЦИОНИРОВАННОГО ДОСТУПА:

антивирус;
замок;
брандмауэр;
криптография;
экспертная система.

НЕСАНКЦИОНИРОВАННЫЙ ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ ЭТО:

доступ к информации, не связанный с выполнением функциональных обязанностей и не оформленный документально;

работа на чужом компьютере без разрешения его владельца;

вход на компьютер с использованием данных другого пользователя;

доступ к локально-информационной сети, связанный с выполнением функциональных обязанностей;

доступ к субд под запрещенным именем пользователя. 23. «ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ» ЭТО:

любая информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу;

фамилия, имя, отчество физического лица;

год, месяц, дата и место рождения, адрес физического лица;

адрес проживания физического лица;

сведения о семейном, социальном, имущественном положении человека, составляющие понятие «профессиональная тайна».

СОТРУДНИК УЧРЕЖДЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИВЛЕЧЕН К ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НАРУШЕНИЯ ПРАВИЛ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СЛУЧАЕ:

выхода в интернет без разрешения администратора;

при установке компьютерных игр;

установки нелицензионного ПО;

не выхода из информационной системы;

в любом случае неправомерного использования конфиденциальной информации при условии письменного предупреждения сотрудника об ответственности.

ПРОЦЕДУРА, ПРОВЕРЯЮЩАЯ, ИМЕЕТ ЛИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЬ С ПРЕДЪЯВЛЕННЫМ ИДЕНТИФИКАТОРОМ ПРАВО НА ДОСТУП К РЕСУРСУ ЭТО:

идентификация;
аутентификация;
стратификация;
регистрация;
авторизация.

НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ИСТОЧНИКОМ УГРОЗЫ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

другие предприятия (конкуренты);

сотрудники информационной службы предприятия, имеющие полный доступ к его информационным ресурсам;

рядовые сотрудники предприятия;

возможные отказы оборудования, отключения электропитания, нарушения в сети передачи данных;

хакеры.

ЭЛЕКТРОННЫЙ АДРЕС (ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК), ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЙ НА ОБЩЕДОСТУПНОМ ПОЧТОВОМ СЕРВЕРЕ, НАПРИМЕР НА MAIL.RU, ИСПОЛЬЗОВАТЬ :

нельзя, не при каких обстоятельствах;

нельзя, но для отправки срочных и особо важных писем можно;

можно, если по нему пользователь будет пересылать информацию, не содержащую сведений конфиденциального характера;

можно, если информацию предварительно заархивировать с помощью программы winrar с паролем;

можно, если других способов электронной передачи данных на предприятии или у пользователя в настоящий момент нет, а информацию нужно переслать срочно.

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ, ДОСТУП К КОТОРОЙ ОГРАНИЧИВАЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ:

информация, составляющая государственную тайну;

информация, составляющая коммерческую тайну;

персональная;

конфиденциальная информация;

документированная информация.

ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ СНИЗИТЬ ВЕРОЯТНОСТЬ УТРАТЫ ИНФОРМАЦИИ НЕОБХОДИМО:

регулярно производить антивирусную проверку компьютера;

регулярно выполнять проверку жестких дисков компьютера на наличие ошибок;

регулярно копировать информацию на внешние носители (сервер, компакт-диски, флэш-карты);

защитить вход на компьютер к данным паролем;

проводить периодическое обслуживание ПК. 30. ПАРОЛЬ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ ДОЛЖЕН

содержать цифры и буквы, знаки препинания и быть сложным для угадывания

содержать только цифры;

содержать только буквы;

иметь явную привязку к владельцу (его имя, дата рождения, номер телефона и т.п.);

быть простым и легко запоминаться, например «123», «111»,

«qwerty» и т.д.

ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ОБЕСПЕЧИВАЕТ...

блокирование информации;
искажение информации;
сохранность информации;
утрату информации;
подделку информации.

ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «О ГОСУДАРСТВЕННОЙ ТАЙНЕ» БЫЛ ПРИНЯТ В СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ:

- 1) 1982;
- 2) 1985;
- 3) 1988;
- 4) 1993;
- 5) 2005.

ДОКУМЕНТИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ, ДОСТУП К КОТОРОЙ ОГРАНИЧЕН В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ, НАЗЫВАЕТСЯ

конфиденциальная;
персональная;
документированная;
информация, составляющая государственную тайну;
информация, составляющая коммерческую тайну.

Критерии оценивания тестовых заданий

«5» - 86-100% правильных ответов на вопросы;

«4» - 71-85% правильных ответов на вопросы;

«3» - 61-70% правильных ответов на вопросы;

«2» - 0-60% правильных ответов на вопросы.

Промежуточная аттестация

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет
Форма проведения: комбинированная (устно и решение задач на компьютере).

Перечень вопросов для дифференцированного зачета:

Информация (определение). Свойства и виды информации.

Формула Шеннона. Единицы измерения количества информации. Определение единиц измерения информации (бит, байт).

Представление числовой информации с помощью систем счисления. Позиционные и непозиционные системы счисления. Перевод чисел из двоичной, восьмеричной, шестнадцатеричной системы счисления в десятичную систему счисления.

Представление числовой информации с помощью систем счисления. Позиционные и непозиционные системы счисления. Перевод чисел из десятичной системы счисления в двоичную, восьмеричную, шестнадцатеричную системы счисления.

Логические основы устройства компьютера. Логические операции: конъюнкция, дизъюнкция, отрицание и их смысл.

Электронно-вычислительная машина как система. Структура и архитектура современного компьютера. Принципы Джона фон Неймана.

Классификация современных компьютеров.

Базовая аппаратная конфигурация персонального компьютера. Системный блок: понятие и виды. Внутренние устройства системного блока.

Материнская плата компьютера: понятие и назначение, основные характеристики и логическая схема.

Структура и основные характеристики процессора как основной микросхемы компьютера. Связь процессора с другими устройствами. Компоненты магистрали компьютера.

Внутренняя память компьютера: оперативная и кэш-память; микросхема ПЗУ и система BIOS; энергонезависимая память CMOS. Носители и устройства внешней памяти.

Конструкция, принцип действия, основные параметры жесткого диска. 12. Классификация устройств ввода и вывода информации, порты компьютера для подключения периферийных устройств.

Виды и основные пользовательские характеристики современных мониторов.

Принтеры: понятие и назначение, виды, принципы работы, основные характеристики.

Клавиатура: основные группы клавиш, назначение клавиш.

Виды, принцип действия, регулируемые параметры мыши. Дополнительные устройства компьютера: модем, ТВ-тюнер, звуковая карта.

Понятие и структура программного обеспечения персонального компьютера.

Назначение, типы, ведущие функции операционной системы персонального компьютера. Основные компоненты операционной системы: ядро, интерфейс, драйверы устройств.

Понятие и типы файлов. Файловая структура компьютера.

Обслуживание файловой структуры персонального компьютера.

Прикладное программное обеспечение: понятие и значение, структура, виды и конкретные варианты программ.

Назначение и виды языков программирования, составные компоненты системы программирования.

Назначение и классификация служебных программных средств. 23. Компьютерный вирус. Признаки вирусного заражения ЭВМ.

Классификация вирусов.

Виды антивирусных программ. Меры по защите ЭВМ от заражения вирусами.

Понятие архивации. Методы и форматы сжатия информации. Основные идеи алгоритмов RLE, Лемпеля-Зива, Хаффмана.

База данных. Классификация. Модели баз данных. Достоинства и недостатки.

СУБД. Виды. Основные принципы создания СУБД. 29. Автоматизированное рабочее место медицинского специалиста:

понятие и назначение, основные требования и принципы разработки.

Совокупность решаемых с помощью автоматизированного рабочего места задач и основные направления применения автоматизированных рабочих мест медицинским персоналом.

Структурные компоненты и функциональные модули автоматизированных рабочих мест медицинских работников. Классификация автоматизированных рабочих мест сотрудников медицинских организаций.

Знания как основа функционирования экспертной системы. Понятие, свойства и виды знаний.

Экспертная система: понятие, назначение и структурные компоненты.

Основные этапы разработки экспертной системы.

Базовые функции экспертных систем и требования к работе медицинских экспертных систем.

Режимы функционирования и виды современных экспертных систем. Экспертная система и специалист: сравнительные преимущества и недостатки.

Понятие компьютерной сети. Основные требования, предъявляемые к современным компьютерным сетям.

Основные компоненты компьютерных сетей. 38. Классификация компьютерных сетей. Топология КС. Виды.

Преимущества и недостатки.

Глобальная сеть Интернет. История создания. Общая характеристика Интернет. Принцип коммутации пакетов.

Протоколы сети Интернет. Возможности сети. «Всемирная паутина».

Язык HTML.

Телемедицина, задачи телемедицины. История развития. Основные направления телемедицины.

Предмет, цели и задачи медицинской информатики. Виды медицинской информации.

Классификация медицинских информационных систем (МИС). Задачи МИС.

Информационные технологии. Информационные системы.

Виды технологических информационных медицинских систем. Уровни развития МИС.

История развития ЭВМ. Поколения ЭВМ. Современный этап развития вычислительной техники и ее перспективы.

Математическая статистика и ее метод. Основные этапы статистической работы.

Генеральная совокупность и выборка Способы формирования выборки. 49. Вариационный ряд и его наглядное изображение. Построение гистограммы (алгоритм).

Характеристики статистического распределения: характеристики положения; характеристики формы; характеристики рассеяния.

Оценка параметров генеральной совокупности. Точечная и интервальная оценка. Доверительный интервал. Уровень значимости.

Дисперсионный анализ. Градации факторов и их анализ. Простейшая схема варьирования при различии по одному фактору.

Дисперсионный анализ. Рабочие формулы для вычисления средних квадратов.

Вычисление F-критерия для определения влияния изучаемого фактора.

Количественная оценка влияния отдельных факторов.

Понятие корреляции. Функциональная и корреляционная зависимость.

Графики рассеяния.

Коэффициент корреляции и его свойства. 57. Регрессионный анализ. Линейная регрессия.

Ряды динамики. Понятие временного ряда. Виды рядов. Определение тренда.

Выравнивание динамических рядов: метод скользящей средней 60. Выравнивание динамических рядов: метод наименьших квадратов

61. Выравнивание динамических рядов: метод удлинения периодов 62. Анализ динамических рядов. Хронологическая средняя. Абсолютный прирост ряда. Коэффициент роста.

63. Анализ динамических рядов. Хронологическая средняя. Темп роста.

Темп прироста.

Перечень типовых задач для дифференцированного зачета:

Задача 1. Создать таблицу из 3 столбцов и 6 строк и заполнить ее (информация из текста «Из истории Оренбургского Государственного медицинского университета»). Текст прилагается.

Научное направление	Кафедра	Руководитель
Сердечно-сосудистая патология	Госпитальная терапия	Проф. Р.Г.Межебовский

Добавить столбец слева № п/п., дать название таблицы, отредактировать.

Задача 2. Создать таблицу «Студенты ... группы» на 5 столбцов (№ п/п, Фамилия, Имя, Отчество, Телефон) и 3 строк. Добавить еще три строки снизу и заполнить их.

Добавить столбец «Дата рождения» после столбца «Отчество» и заполнить его, при необходимости изменив ширину столбцов и размер шрифта. 14. Добавить столбец «Домашний адрес» после столбца «Дата рождения» и заполнить его. Добавить строку выше фамилии первой по списку и заполнить её. Удалить столбец «Телефон». Восстановить столбец «Телефон». Изменить цвет шрифта в таблице, разный для заголовков и текста. Сохраните таблицу в отдельном файле под именем Документ 3.doc.

Задача 3. Нарисовать подобную таблицу, используя карандаш для рисования таблицы. Копировать содержание клеток предыдущей таблицы в новую таблицу в новом файле.

Задача 4. Создать таблицу расписания занятий по 1-й и 2-й неделе.

Создать в редакторе Word с использованием панели значков ВУЗа. При этом использовать элементы – Звезды и ленты. Группировать элементы.

Осуществить вращение знака на 90°. Создать копию знака и текста (из истории ВУЗа). Сохранить рисунок вместе с данным текстом в файле.

Задача 5. Наберите текст с учетом форматирования. И оформите его

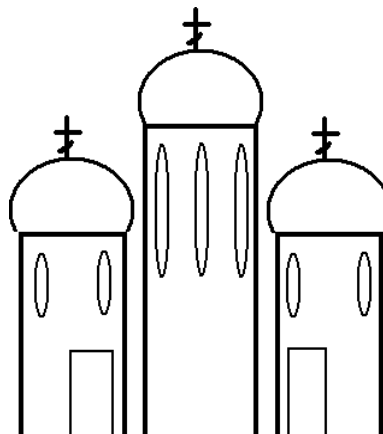
«водяными знаками» (т. е. рисунок помещается за текстом).

Нет России другой

авт. Е. Сеницын

Берегите Россию – Нет России другой. Берегите ее Тишину и покой, Это небо и солнце Это хлеб на столе И родное оконце

В позабытом селе... Берегите Россию Чтобы сильной была. Чтобы нас от беды



В трудный час
сберегла. Ей
неведомы
страхи,
И крепка ее
сталь, И
последней
рубашки
Ей для друга не
жаль.
Берегите Россию
– Всею жизнью
своей От
заклятых врагов,
От неверных
друзей.
Пусть в
распахнутой
сини Светят ярко
над ней
Той звезды
негасимой Пять
горячих лучей!
Берегите Россию
– Без нее нам не
жить. Берегите
ее,
Чтобы вечно ей
быть Нашей
правдой и силой,
Нашей горькой
судьбой...
Берегите Россию
–
Нет России
другой.

величины и
обозначение
единицы желтым
цветом.
Ячейки с
величинами и
единицами
оформите
зеленым цветом.
Задача 7.
Подготовьте
таблицу по
предложенному
образцу.
Формулы
механического
движения

$$y = 0$$

$$y = nx^{-n-1}$$

$$y = \sin x$$

$$y = \cos x$$

		Виды механического движения			
		Равномерное прямолинейное	Равноускореннопрямолинейное	Равномерное движение по окружности	
			Любое	Свободнопадение	
Ускорение	$a=0$	$a=(V-V_0)/t$	$g=9,8m/c^2$	$a=V^2/T$	
Мгновенная скорость	$V=const$ $V=S/T$	$V=V_0+at$	$V=V_0+gt$	$V=l/t$	
Перемещение	$S=VT$	$S=V_0T+at^2/2$	$H=v_0+gt^2/2$	Находят геометрически путем	
Путь	$L=S$ При движении в одну сторону	$L=S$	$L=H$	$L=VT$	
Траектория	Прямая линия	Прямая линия	Прямая линия	окружность	

Задача 6.
Подготовьте
таблицу по
предложенному
образцу.
Единицы
некоторых
физических
величин

Величина	Обозначение	Единицы	Обозначение
Частота	величины		единицы
Масса	Текст заголовков оформите желтым цветом. Горизонтальные и	m	Килограмм грамм $1кг=10^3г$
Грузо-Подъемность	вертикальные линии оформите синим цветом	m	Миллиграмм тонна $1мг=10^{-3}г$ $1т=10^3кг$
Сила	Вс формулы оформите зеленым цветом. Задача 8. С	F	Ньютон Килоньютон мега ньютон $1кН=10^3Н$ $1МН=10^6Н$
Работа	помощь	$W, (A)$	Джоуль Дж
Энергия	редакто формул создайт е таблиц	$E, (W)$	Килоджоуль Мегаджоуль $1кДж=10^3Дж$ $1МДж=10^6Дж$
Мощность	у основн ыхпроизводных Таблица производных у = С у = x ⁿ	P, N	Ватт Киловатт мегаватт $1Вт=10^3Вт$ $1МВт=10^6Вт$

Ячейки с
заголовками
оформите синим
цветом.
Ячейки с
обозначением

$$y' = \cos x \quad y'' = -\sin x$$

$$3. y = C \cdot x \quad y' = C$$

$$8. y = \operatorname{tg} x$$

$$y' = 1$$

$$4. y = |x| \quad y' = |x|$$

$$9. y = \operatorname{ctg} x$$

$$y' = -\frac{\cos^2 x}{1}$$

$$5. y = \ln x \quad y' = \frac{1}{x}$$

$$\frac{1}{\sin^2 x}$$

Таблица должна иметь вид.

Функция	Производная

Задача 9. С помощью редактора формул создайте таблицу интегралов

Таблица интегралов

$$1. \int x^n dx = \frac{x^{n+1}}{n+1} + C \quad \int \cos x dx = \sin x + C$$

$$2. \int \frac{dx}{x} = \ln|x| + C \quad \int \operatorname{tg} x dx = -\ln|\cos x| + C$$

$$3. \int l^x dx = \frac{l^x}{\ln l} + C \quad \int \operatorname{ctg} x dx = \ln|\sin x| + C$$

$$4. \int \sin^2 x dx = \frac{x - \sin 2x}{4} + C$$

Таблица должна иметь вид.

Интеграл	Первообразная

Задача 10. Написать формулы.

1. Доверительный интервал. 2. Коэффициент корреляции

$$R = \frac{\sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2 \sum (y_i - \bar{y})^2}}$$

$$\bar{x} \pm t_p \cdot \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \quad \frac{\sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2 \sum (y_i - \bar{y})^2}}$$

Нормальный закон распределения

$$f(x) = \frac{1}{\sigma \sqrt{2\pi}} e^{-\frac{(x-\mu)^2}{2\sigma^2}}$$

$$F(x) = \frac{1}{\sigma \sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^x e^{-\frac{(t-\mu)^2}{2\sigma^2}} dt$$

$$P(a < x < b) = \Phi\left(\frac{b-\mu}{\sigma}\right) - \Phi\left(\frac{a-\mu}{\sigma}\right)$$

Задача 11. Наберите по образцу следующий текст, используя редактор формул.

Самолет Ил-62 имеет четыре двигателя, сила тяги каждого 103кН. Какова полезная мощность двигателей при полете самолета со скоростью 864 км/ч?

Решение.

$$V=864 \text{ км/ч}=240 \text{ м/с}$$

Полезная мощность N двигателей $F=103 \text{ кН}=1,03 \cdot 10^5 \text{ Н}$

равна отношению механической

$N - ?$

работы A ко времени t : $N = \frac{A}{t}$.

—

Механическая работа равна $A = Fs$ \square $N = \frac{A}{t}$

\square

—

$N = \frac{Fs}{t}$

Так как при равномерном движении $V = \frac{S}{t}$ \square $N = FV$.
 $N = 240 \text{ м/с} \square 1,03 \square 10^5 \text{ Н} \square 2,5 \square 10^7 \text{ Вт} = 250 \text{ кВт}$.
 Ответ: 250 кВт.

Задача 12. Построить температурные кривые больных А. и Б. по следующим данным (температура в °С):

дни	1	3	5	7	9
Больной А	37,2	38,4	38,9	37,7	36,8
Больной Б	36,9	37,3	37,8	38,5	39,3

Задача 13. Построить гистограмму изменения первичной заболеваемости населения Санкт-Петербурга социально-значимыми болезнями (кол-во на 100 000 человек)

Годы	2003	2004	2005	2006
Рак	355,6	348,2	350,6	374,5
Гонорея	438,0	341,5	259,6	178,4
Сифилис	76,0	173,0	267,8	239,6
Туберкулез	34,5	41,9	40,3	43,0

Задача 14. Построить гистограмму рождаемости и смертности в Оренбургской области (количество на 1000 человек).

Годы	2007	2008	2009	2010	2011
Рождаемость	12,1	12,7	13,3	14,1	13,8
Смертность	14,6	14,6	13,8	14,5	14,3

Задача 15. Построить круговую диаграмму заболеваемости населения социально значимыми болезнями в Санкт-Петербурге:

Заболевание	Кол-во на 100
Туберкулез	43
Рак	374,5
Сифилис	239,6
Дизентерия	72,2
Гепатит	143,6

Задача 16. Имеются данные по распределению численности занятого населения Российской Федерации по уровню образования в 1998 году (в процентах).

Население	Мужчины	Женщины	Всего
Высшее образование	19,0	22,7	20,7
Средне специальное общее	56,6	60,4	58,6
Не имеют среднего	24,4	16,9	20,7

Построить диаграмму по данным.

Задача 17. Имеются данные по распределению численности занятого населения Российской Федерации по уровню образования в 1998 году (в процентах).

Население	Мужчины	Женщины
Высшее образование	19,0	22,7

Средне специальное общее	56,6	60,4
Не имеют среднего	24,4	16,9

Построить круговые диаграммы показателей мужчин и для женщин.

Задача 18. Дана динамика смертности от туберкулеза в Оренбургской области и Российской Федерации за 2009-2013 годы (в %)

Годы	2009	2010	2011	2012	2013
Оренбургская обл.	12,1	10,3	9,5	9,9	11,2
Российская федерация	13,7	12,5	11,6	10,1	9,5

Построить гистограмму.

Задача 19. Даны прогнозы заболеваемости и смертности туберкулезом в Оренбургской области (на 100 тыс. населения)

Годы	2014	2015	2016	2017	2018
Смертность	10,42	10,31	10,3	10,29	10,18
Заболеваемость	52,8	51,1	49,5	47,8	46,2

Построить диаграмму динамики.

Задача 20. Построить диаграмму заболеваемости населения по некоторым классам болезней среди всего населения в Оренбургской области (2009 год)

Заболевание	Количество
Инфекционные	33,8
Новообразования	13,4
Болезни нервной системы	14,8
Психические расстройства	9,8
Болезни системы кровообращения	27,1

Задача 21. Построить диаграмму заболеваемости населения по некоторым классам болезней среди всего населения в Оренбургской области (2009-2011 годы)

Годы	2009	2010	2011
Инфекционные болезни	33,8	30,0	29,9
Новообразования	13,1	12,6	14,0
Болезни уха	28	26,2	28,5
Болезни глаза	48,9	41,3	45,3

Задача 22. Построить график функции $y=4x-1$

Задача 23. Построить график функции $y=\sin(x+3)$

Задача 24. В первом столбце посредством операции Заполнить введите числа от 1 до 180. Во втором столбце используя функцию РАДИАНЫ() переведите значения из первого столбца из градусов в радианы. В третьем столбце на основании радианного угла (2-ой столбец) просчитайте значения функции $y=4\sin 2x$ и постройте ее график.

Задача 25. Построить таблицу, содержащую следующие данные: Частота заболеваний гриппом в младших классах школы № 171.

Классы	Число учащихся	Число заболевших	Коэффициент
Первые	105	40	
Вторые	96	31	

Третьи	90	36	
Четвертые	87	23	
Итого			

В столбце «Коэффициент» вписать формулу, которая позволяет вычислять так называемый интенсивный коэффициент, когда число заболевших делится на число учащихся в соответствующих классах. Скопировать формулу в ячейки всех классов и графы «Всего». В графе «Всего» получить общее число учащихся, число заболевших и значение интенсивного коэффициента по всем младшим классам. Отформатировать таблицу (рамки, ширина столбцов). Построить гистограмму, отражающую частоту заболеваемости по классам.

Задача 26. Построить таблицу, содержащую следующие данные:

Структура тяжести течения дизентерии

Форма болезни	Число больных	Коэффициент
Легкая	47	
Средняя	22	
Тяжелая	15	
Весьма тяжелая	6	
Итого		

Получить общее число больных в графе «Итого», а в столбце «Коэффициент» вписать формулу, которая позволяет вычислять так называемый экстенсивный коэффициент, когда число больных соответствующей формы болезни делится на общее число больных. Скопировать формулу в ячейки всех форм болезни. Отформатировать таблицу (рамки, ширина столбцов). Построить круговую диаграмму, отражающую процентный состав форм дизентерии.

Задача 27. В два столбца электронной таблицы введите 10 четных и 10 нечетных чисел (соответственно 1 и 2 столбец), в третьем столбце просчитайте посредством формул их произведение за вычетом числа из первого столбца, в четвертом – разность их кубов.

Задача 28. Пусть имеется список больных, содержащий их некоторые характеристики.

Ф.И.О.	Пол	Возраст	Вес	Врач
Иванов	М	64	81	Орлов
Петрова	Ж	27	64	Орлов
Сидоров	М	53	75	Орлов
Козлова	Ж	32	67	Соколова
Власов	М	45	74	Соколова
Смирнова	Ж	44	70	Соколова
Силин	М	37	72	Соколова

Сортировать список так, чтобы в начале списка оказались больные лечащего врача Соколовой, а затем Орловой, причем у обоих врачей в начале были легкие по весу.

Сортировать больных по алфавиту.

Задача 29.

Пусть имеется список больных, содержащий их некоторые характеристики.

Ф.И.О.	Пол	Возраст	Вес	Врач
Иванов	М	64	81	Орлов
Петрова	Ж	27	64	Орлов
Сидоров	М	53	75	Орлов
Козлова	Ж	32	67	Соколова
Власов	М	45	74	Соколова
Смирнова	Ж	44	70	Соколова
Силин	М	37	72	Соколова

Найти всех больных моложе 40 лет.

Найти всех больных старше 45 лет.

Найти всех мужчин тяжелее 75 кг.

Найти всех женщин легче 70 кг.

Найти всех больных с фамилиями, начинающимися на букву «С».

Задача 30.

Составить таблицу, содержащую информацию о десяти абитуриентах, поступающих в вуз. Для каждого абитуриента известны результаты ЕГЭ (математика, физика или информатика), результаты сдачи экзамена по русскому языку («зачет» «незачет»).

Определить:

сумму набранных баллов по результатам ЕГЭ, сумму баллов у допущенных к участию в конкурсе на основании результатов экзамена по русскому языку, процент набранных каждым участником баллов по отношению к максимальному значению набранных баллов. Построить гистограмму сумм набранных абитуриентами баллов по результатам сдачи ЕГЭ.

средний балл, максимальный и минимальный баллы по предметам и по сумме набранных баллов по результатам ЕГЭ.

количество абитуриентов, сдававших ЕГЭ по каждому предмету, количество имеющих «зачет» по русскому языку.

При решении задачи не допускается использование в MS Excel автофильтра и расширенного фильтра.

Задача 31.

Замеры систолического давления у больных гипертонической болезнью 3 степени по выборке (мм. рт. ст.):

227	219	215	230	218	223	220	222	218	219
222	221	227	226	226	209	211	215	218	220
216	220	220	221	225	224	212	217	219	220

Построить гистограмму.

Задача 32

Измерена частота пульса (уд в мин) у здоровых людей. Построить гистограмму согласно полученным данным.

70	69	72	73	71	66	73	67	68	73	71	67	69	74	71	70
70	67	71	69	70	70	70	71	69	71	74	74	71	69	72	71

Задача 33

Значения временного интервала между зубцами R (сек) ЭКГ:

0,74	0,76	0,76	0,76	0,77	0,76	0,76	0,72	0,72	0,69	0,7	0,76	0,77
0,77	0,79	0,78	0,8	0,69	0,71	0,76	0,76	0,78	0,76	0,77	0,72	0,79
0,75	0,82	0,86	0,91	0,9	0,84	0,82	0,83	0,82	0,76	0,74	0,7	0,8
0,78												

Построить гистограмму.

Задача 34

Рост новорожденных (см). Построить гистограмму.

47	51	49	54	48	53	54	52	50	50	50	52	50	55	50
51	50	46	50	51	49	51	51	53	51	49	51	51	49	49

Задача 35

Систолическое давление (мм. рт. ст.) у практически здоровых людей:

127	119	115	130	132	123	120	122	118	119	122	121	127	126	126
109	111	115	118	120	116	120	120	121	125	124	112	117	120	119

Построить гистограмму.

Задача 36

Диастолическое давление (мм. рт. ст.) у практически здоровых людей:

67	71	69	74	68	73	74	70	70	72	70	75	71	70	69	71	71
	72	70														
69	69	71	70	66	70	71	71	73								
	69	71														

Построить гистограмму.

Задача 37

Вес животных при рождении (в кг):

27	32	32	31	32	28	37	35	32	39	34	30	37	26	27	40
		26	28										35		
37	28	43	26	35	45	26	35	35	35	28	32	36	32	36	
		32	32									37	33		
28	31														

Построить гистограмму.

Задача 38

Содержание кальция (мг %) в сыворотке крови обезьян. Построить гистограмму.

13,60	12,90	12,30	9,90	12,73	11,72	10,83	10,42	10,91	10,21	13,10	10,91
11,96	11,13	13,52	13,53	11,25	10,10	13,96	10,00	11,94	10,82	11,05	12,57
12,98	10,27	12,67	11,81	12,07	10,65	12,67	10,49	11,18	11,86	9,66	10,05
9,55	12,50	8,99	12,30								

Задача 39

Даны значения роста студентов (см) 1 курса. Построить гистограмму.

164	170	164	165	174	180	182	176	169	175	170	169	170	174	156
168	170	174	167	168	171	182	180	173	178	172	180	168	169	158
169	169	170	168	172	169	162	167							

Задача 40

Содержание кальция (мг %) в сыворотке крови обезьян:

12,30	14,20	12,60	11,70	12,20	12,30	11,60	12,00	12,50	13,50	11,60	11,90
11,40	12,00	14,70	11,25	14,20	13,20	12,50	13,80	13,60	12,90	12,30	9,90
12,73	11,72	10,83	10,42	10,91	10,21	13,10	10,91	11,96	11,13	13,52	13,53
11,25	10,10	13,96	10,00								

Постройте гистограмму.

Задача 41

Имеются следующие результаты тестирования (в баллах) 10-ти студентов. Первый тест проверяет память (x), второй способность к логическому мышлению(y). Построить график рассеяния. Найти коэффициент корреляции между X и Y. Найти уравнение регрессии.

X	5	8	7	10	4	7	9	6	8	6
Y	7	9	6	9	6	7	10	7	6	8

Задача 42

В анализах крови определяли: X-содержание гемоглобина(%), Y-оседание крови за 24 часа(мм). Построить график рассеяния. Найти уравнение регрессии. Найти коэффициент корреляции.

X	77	80	82	79	84	75	82	79	87	87	87	90	97	96	92
Y	32	33	33	34	34	34	34	35	36	37	37	38	40	40	40

Задача 43

В анализах крови определяли: X-число эритроцитов (в миллионах), Y-содержание гемоглобина (в %). Построить график рассеяния. Найти уравнение регрессии. Найти коэффициент корреляции.

X	3,46	3,32	3,11	3,28	3,66	3,90	4,33	3,8	3,82	3,81	4,20	4,47	3,71
Y	77	80	82	79	84	75	82	79	87	87	87	90	97

Задача 44

Определить коэффициент корреляции между весом обезьян и содержанием гемоглобина в крови. Построить график рассеяния. Найти уравнение регрессии.

X(кг) вес	18	17	19	18	19	22	21	20	30
Y(%) Hb	70	74	72	80	77	80	89	76	86

Задача 45

Определить коэффициент корреляции между весом обезьян и содержанием кальция (мг%) в сыворотке крови. Построить график рассеяния. Найти уравнение регрессии.

X(кг) вес	18	17	19	18	19	22	21	20	30	18	23	25
Y(мг%) Ca	13,6	14,7	13,1	11,6	11,9	12,2	12,7	11,5	14,5	11,6	12,9	13,5

Задача 46

При облучении фермента гамма лучами наблюдается падение его активности. Найти коэффициент корреляции между дозой облучения и активностью фермента. Построить график рассеяния. Найти уравнение регрессии.

X(доза)	0	3	7,5	15	30	45	60
Y(активность)	100	83	77	39,9	21,8	10,7	4,43

Задача 47

Определить коэффициент корреляции между температурой внешней среды X и количеством потребляемого крысами кислорода Y в (мл/г) веса крысы. Построить график рассеяния и найти уравнение регрессии

X	0	5	10	15	20	25	30
Y	3,8	3,4	2,6	2,0	1,7	1,4	1,3

Задача 48

На белых крысах была показана следующая зависимость между температурой внешней среды-X (в град.) и количеством поглощенного кислорода-Y (в мл/г веса). Определить коэффициент корреляции.

Построить график рассеяния и найти уравнение регрессии

X	0	5	10	15	20	25	28	29	30	31	32	33	34
Y	3,83	3,35	2,6	2,02	1,69	1,42	1,39	1,38	1,29	1,39	1,39	1,45	1,65

Задача 49

В эксперименте на 13 кошках получены следующие данные обинтрасклеральном (x) и внутриглазном давлении (y):

X	19,8	7,8	12,7	13,4	10,3	13,7	16,2	15,4	21,5	8,1	11,7	7,6	6,1
Y	32,5	16,1	21,3	26,8	23,4	19,7	22,9	22,2	22,6	17,6	14,3	18,6	21,4

Установить, имеется ли корреляционная связь между этими величинами, какова ее теснота. Построить график рассеяния и найти уравнение регрессии

Задача 50

Выявить тенденцию развития данного ряда используя:

Графический метод

Метод удлинения периодов

Метод скользящей средней

Метод наименьших квадратов

Сделать вывод о тенденции развития динамического ряда. Дать заключение о наиболее эффективном методе выравнивания данного динамического ряда.

Изменение числа работников, занятых в системе районного аптекоуправления (чел.)

ГОД	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Y	34	28	36	32	28	22	24	26	20

Уменьшение дефицита спазмолитиков по аптекоуправлению (тыс.руб.)

ГОД	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Y	40	36	42	34	38	20	32	26	20

Заготовка лекарственного сырья по аптекоуправлению (тыс.руб.)

ГОД	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Y	50	46	52	44	48	32	42	36	39

Изменение потребления желчегонных препаратов по аптеке (тыс.руб.)

ГОД	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Y	1,1	0,9	1,7	1,5	1,7	1,5	2,1	2,5	3,6

Артериальное давление у больных артериальной гипертензией через время t, после приема лекарственного препарата.

Время	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
АД	172	161	159	155	152	160	163	166	173	173	168	170

Динамика содержания белка в моче (в г/сут.) у больной красной волчанкой в процессе лечения преднизолоном и циклофосфаном.

1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
10	15	4,5	1	5,5	4	1,5	1	3,5	6	2,2	1,5

Изменение суммарного балла по шкале тревоги Гамильтона в процессе 6-недельной терапии пароксетином у больных с паническими расстройствами.

Дни	1	7	14	21	28	35	42	56	70
Суммарный бал	26	24	19	15	13	10	9	8	9

Типовой билет к зачету по информатике.

Подготовить ответ на вопросы

Логические основы устройства компьютера. Логические операции: конъюнкция, дизъюнкция, отрицание и их смысл.

Понятие архивации. Методы и форматы сжатия информации. Основные идеи алгоритмов RLE, Лемпеля-Зива, Хаффмана.

Решить задачи:

Задача 1.

В текстовом редакторе Microsoft Office Word написать формулу:

$$a = \frac{\sum_{i=1}^n x_i y_i - \sum_{i=1}^n x_i \sum_{i=1}^n y_i / n}{\sum_{i=1}^n x_i^2 - (\sum_{i=1}^n x_i)^2 / n}$$

Задача 2.

Используя средства табличного процессора Microsoft Excel, построить диаграмму заболеваемости населения по некоторым классам болезней среди всего населения в Оренбургской области (2014 год)

Заболевание	Количество
Инфекционные	33,8
Новообразования	13,4

Болезни нервной системы	14,8
Психические расстройства	9,8
Болезни системы кровообращения	27,1

Задача 3.

Используя средства табличного процессора Microsoft Excel, построить гистограмму (по алгоритму) по данным.

Даны значения роста студентов (см) 1 курса.

164	170	164	165	174	180	182	176	169	175	170	169	170	174	156
168	170	174	167	168	171	182	180	173	178	172	180	168	169	158
169	169	170	168	172	169	162	167							

Критерии оценивания результатов дифференцированного зачета.

Зачет включает в себя теоретическую и практическую часть. Ответ на вопросы студент дает устно. Предварительно дается время на подготовку ответов. Задачи решаются на компьютере. Общее время на решение задач и подготовку ответов составляет 3 академических часа. По результатам решения задач и устного ответа на вопрос выставляется оценка 3, 4 или 5 баллов.

Содержание критерия		оценка
Ответы на вопросы	полно раскрыл содержание материала в объеме, предусмотренном программой и теоретическим материалом; изложил материал грамотным языком, точно используя математическую терминологию и символику, в определенной логической последовательности; показал умение иллюстрировать теорию конкретными примерами; отвечал самостоятельно, без наводящих вопросов учителя; возможны одна – две неточности при освещении второстепенных вопросов или в выкладках, которые были легко исправлены после замечания преподавателя.	5
Решение задач	задачи решены полностью; в логических рассуждениях и обосновании решения нет пробелов и ошибок; - в решении нет ошибок (возможна одна неточность, описка, которая не является следствием незнания или непонимания учебного материала).	
Ответы на вопросы	<i>ответ удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом имеет один из недостатков:</i> - в изложении допущены небольшие пробелы, не исказившее математическое	4

	<p>содержание ответа;</p> <ul style="list-style-type: none"> - допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные после замечания преподавателя; - допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов или в выкладках, легко исправленные после замечания преподавателя. 	
Решение задач	<p>задачи решены полностью, но обоснования шагов решения недостаточны;</p> <p>допущены одна ошибка или есть два – три недочёта в выкладках, графиках.</p>	
Ответы на вопросы	<ul style="list-style-type: none"> - неполно раскрыто содержание материала (содержание изложено фрагментарно, не всегда последовательно), но показано общее понимание; - имелись затруднения или допущены ошибки в определении терминологии, выкладках, исправленные после нескольких наводящих вопросов преподавателя; 	3
Решение задач	<p>допущено более одной ошибки или более двух – трех недочетов в выкладках, графиках, но обучающийся обладает обязательными умениями по проверяемой теме.</p>	
Ответы на вопросы	<p>не раскрыто основное содержание учебного материала;</p> <p>обнаружено незнание студентом большей или наиболее важной части учебного материала;</p> <ul style="list-style-type: none"> - допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, в рисунках, схемах или графиках, в выкладках, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов преподавателя. 	2
Решение задач	<p>верно решена одна задача, две другие задачи не решены полностью.</p> <p>предприняты попытки решения трех задач, но при решении допущены грубые ошибки, показавшие, что обучающийся не обладает обязательными умениями в полной мере.</p>	

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
- Знание методов и средств сбора, обработки, хранения, передачи информации - Знание основ взаимодействия с операционной системой персонального компьютера и пакеты прикладных программ - Знание автоматизаций рабочих мест медицинского персонала с использованием компьютеров; - Знание использования компьютерных технологий в приборах и аппаратуре медицинского назначения, в клинике ортопедической стоматологии и в технологиях изготовления зубных протезов;	- вопросы 1-6, 46-63 - вопросы 7-22 - вопросы 23-35 - вопросы 36-45
Умение использовать компьютерные технологии в профессиональной и повседневной деятельности	Задачи 1-50.7

9. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МАТЕМАТИКА»

Материалы текущего контроля успеваемости студентов.

Тема 1: Дифференциальное исчисление

Форма контроля: письменная работа по теоретическому материалу.

Вопросы входного контроля:

Что называется производной функции

Таблица производных

План исследования функции на экстремум

Что называется дифференциалом функции

Что называется критическими точками

Критерии оценивания

«отлично»- 5 правильных ответов

«хорошо»- 4 правильных ответов или 5 неполных ответов

«удовлетворительно» 3 правильных ответов или 4 неполных ответа

«неудовл.»- правильных ответов 2 и меньше

Тема 2: Интегральное исчисление

Форма контроля: письменная работа по теоретическому материалу.

Вопросы входного контроля:

Что называется первообразной функции

Таблица интегралов

Что называется определенным интегралом

Что называется неопределенным интегралом

Формула Ньютона-Лейбница

Критерии оценивания

«отлично»- 5 правильных ответов

«хорошо»- 4 правильных ответов или 5 неполных ответов

«удовлетворительно» 3 правильных ответов или 4 неполных ответа

4.«неудовл.»- правильных ответов 2 и меньше

Тема 3: Контрольная работа по высшей математике

Форма контроля: письменная работа по решению задач.

Вариант 1.

1. Найти производные следующих функций:

1. $y = 3x + 5x^2 - 3$

2. $y = x^2 \cdot \ln x$

3. $y = \cos(x^2 + 3)$

4. $y = \frac{2\cos x}{\sin x}$

2. Исследуйте функцию на экстремум

$y = \frac{1}{3}x^3 + x^2$

3. Найдите приращение функции

$y = x^3 - 2x + 3$ при изменении аргумента от $x_1 = 2$ до $x_2 = 2.02$

4. Вычислить интегралы:

1. $\int (4x^2 - 3x + 2)dx$ 2. $\int \frac{\sin^2 x + 2}{\sin^2 x} dx$

3. $\int \frac{\ln x}{x} dx$ 4. $\int_1^4 \sqrt{x} dx$

Критерии оценивания

«отлично»- все задания решены верно, возможен недочет в одном из заданий

«хорошо»- в первом задании и в 4 задании решены по 3 примера, или

Нет второго или третьего задания

«удовлетворительно» в первом задании и в 4 задании решены по 1-2 примера или Нет второго и третьего задания

«неудовл.»- в 1 и 4 задании решено по одному примеру и нет решения 2 и 3 задания

Тема 3: Теория вероятностей

Форма контроля: письменная работа по теоретическому материалу.

Вопросы входного контроля:

Дать определение невозможного события.

Дать определение вероятности события.

В каких пределах изменяется вероятность события?

Формула и смысл статистической вероятности события.

Формулы вероятности суммы событий.

Критерии оценивания

«отлично»- 5 правильных ответов

«хорошо»- 4 правильных ответов или 5 неполных ответов

«удовлетворительно» 3 правильных ответов или 4 неполных ответа

«неудовл.»- правильных ответов 2 и меньше

Форма контроля: контрольная работа.

Вариант 1

В клетке 5 белых и 4 серые мыши. Случайно выбирают 3-х мышей, не возвращая их обратно. Найдите вероятность события $A = \{\text{две белые одна серая}\}$.

В некоторой большой популяции число черноволосых и рыжих одинаково. Замечено, что у 30% людей с черными волосами глаза голубые, также, как и у 50% людей с рыжими волосами. Из тех, у кого черные или рыжие волосы, случайно выбирают одного человека и оказывается, что у него голубые глаза. Какова вероятность того, что у этого человека черные волосы?

Критерии оценивания

«отлично»- все задания решены верно, возможен недочет в одном из заданий

«хорошо»- неверно записано дано, не правильно выбраны события

«удовлетворительно» не верно решена одна из задач контрольной работы

«неудовл.»- не верно решены 2 задачи

Тема 3: Законы распределения случайных величин

Форма контроля: письменная работа по теоретическому материалу.

Вопросы входного контроля:

Определение дискретной случайной величины (пример).

Перечислить числовые характеристики случайной величины.

Что позволяет рассчитать биномиальный закон распределения? Формула закона биномиального распределения.

Определение и формула математического ожидания.

5. Написать уравнение, по которому вычисляется вероятность того, что заданное значение x случайной непрерывной величины X находится в интервале $\alpha - \beta$

Критерии оценивания

«отлично»- 5 правильных ответов

«хорошо»- 4 правильных ответов или 5 неполных ответов

«удовлетворительно» 3 правильных ответов или 4 неполных ответа

«неудовл.»- правильных ответов 2 и меньше

Форма контроля: контрольная работа.

Вариант 1

Лечение одного заболевания приводит к выздоровлению в 70% случаев. Лечилось пять больных. Какова вероятность, что выздоровят четверо.

Предположим, что редкое заболевание встречается у 0,01% большой популяции. Из популяции производят случайную выборку в 10000 человек, которых проверяют на это заболевание. Каково ожидаемое число людей с заболеванием в этой выборке Какова вероятность, что заболевание окажется у трех человек.

Средний рост 1000 солдат 1,81м со стандартным отклонением 50мм. Предположить, что рост подчиняется нормальному закону, оцените число солдат в группе, рост которых лежит между 1,75 и 1,83м.

Критерии оценивания

«отлично»- все задания решены верно, возможен недочет в одном из заданий

«хорошо»- неверно решена одна из задач контрольной работы
«удовлетворительно» неверно решены две задачи контрольной работы
«неудовл»- неверно решены три задачи

Тема 4: Математическая статистика

Форма контроля: письменная работа по теоретическому материалу.

Вопросы входного контроля:

Дать определение генеральной совокупности.

Перечислите характеристики положения статистического распределения.

Напишите формулу коэффициента вариации.

Назовите виды оценки параметров генеральной совокупности.

Напишите формулу необходимого объема выборочной совокупности.

Критерии оценивания

«отлично»- 5 правильных ответов

«хорошо»- 4 правильных ответов или 5 неполных ответов

«удовлетворительно» 3 правильных ответов или 4 неполных ответа

«неудовл»- правильных ответов 2 и меньше

Тема 5: Корреляция и регрессия

Форма контроля: письменная работа по теоретическому материалу.

Вопросы входного контроля:

Дать определение функциональной зависимости .

Напишите, что называется графиком рассеяния.

Укажите свойства коэффициента корреляции

Укажите в каких случаях применяется коэффициент ранговой корреляции .

Записать уравнение прямой линейной регрессии

Критерии оценивания

«отлично»- 5 правильных ответов

«хорошо»- 4 правильных ответов или 5 неполных ответов

«удовлетворительно» 3 правильных ответов или 4 неполных ответа

«неудовл»- правильных ответов 2 и меньше

Тема 6: Критерии достоверности

Форма контроля: письменная работа по теоретическому материалу.

Вопросы входного контроля:

Сущность нулевой гипотезы

Виды статистических критериев

Перечислить параметрические критерии

Формула F – критерия Фишера, смысл

Перечислите этапы работ для X -критерия Ван-дер-Вардена

Критерии оценивания

«отлично»- 5 правильных ответов

«хорошо»- 4 правильных ответов или 5 неполных ответов

«удовлетворительно» 3 правильных ответов или 4 неполных ответа

«неудовл»- правильных ответов 2 и меньше

Тема 7: Ряды динамики

Форма контроля: письменная работа по теоретическому материалу.

Вопросы входного контроля:

Дать определение интервального динамического ряда.

Дать определение коэффициента роста динамического ряда.

Дать определение темпа роста динамического ряда..

Описать суть графического метода выравнивания рядов динамики.

Описать суть метода скользящей средней выравнивания рядов динамики.

Критерии оценивания

«отлично»- 5 правильных ответов

«хорошо»- 4 правильных ответов или 5 неполных ответов

«удовлетворительно» 3 правильных ответов или 4 неполных ответа

«неудовл»- правильных ответов 2 и меньше

Материалы для промежуточной аттестации

Зачет состоит из двух частей:

1. теоретическая часть

2. практическая часть

Форма промежуточной аттестации : зачет

Форма проведения: 1 часть письменно, 2 часть устно

Теоретическая часть :

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ ПО МАТЕМАТИКЕ.

Дифференциальное исчисление. Понятие производной функции. Правило нахождения производной функции. Таблица производных.

Физический и биологический смысл производной функции.

Дифференциал функции и его применение в приближенных вычислениях.

Применение производной первого порядка к исследованию функций на экстремум.

Функции двух или нескольких аргументов. Частные производные. Полный дифференциал функции нескольких переменных.

Интегральное исчисление. Первообразная функция. Геометрический смысл неопределённого интеграла. Таблица неопределённых интегралов.

Простейшие методы интегрирования.

Определённый интеграл. Геометрический смысл определённого интеграла. Физический, биологический, химический смысл определённого интеграла. Формула Ньютона-Лейбница.

Понятие о дифференциальных уравнениях. Использование дифференциальных уравнений для описания динамики биологических процессов.

Решение дифференциального уравнения (общее, частное). Дифференциальные уравнения с разделяющимися переменными.

Линейные дифференциальные уравнения первого порядка, их решение.

Составление и решение дифференциальных уравнений в задачах физики, химии и биологии.

Предмет теории вероятности. Основные понятия и определения теории вероятности.

Вероятность события. Классическая и статистическая вероятность.

Алгебра событий: а) сумма двух событий;

б) произведение двух событий;

Основные формулы теории вероятности:

а) формула сложения вероятностей;

б) формула произведения вероятностей.

Полная вероятность. Формула Байеса.

Случайные величины. Дискретные случайные величины. Законы распределения дискретных случайных величин:

а) биномиальное распределение;

б) распределение Пуассона.

Непрерывные случайные величины. Определение функции распределения непрерывной случайной величины. Закон распределения непрерывной случайной величины. Нормальный закон распределения. График нормального закона. Правило трёх сигм.

Числовые хар-ки распределения дискретной случайной величины. (математическое ожидание, дисперсия, среднеквадратическое отклонение). Числовые хар-ки распределения непрерывной случайной величины.

Математическая статистика и ее метод. Основные этапы статистической работы. Генеральная совокупность и выборка. Способы формирования выборки.

Вариационный ряд и его наглядное изображение. Построение гистограммы.

Характеристики статистического распределения:

а) характеристики положения, расчет моды и медианы;

б) характеристики формы, расчет коэффициента асимметрии и эксцесса;

в) характеристики рассеяния.

Оценка параметров генеральной совокупности. Точечная и интервальная оценка. Доверительный интервал. Уровень значимости.

Интервальная оценка при малой выборке. Нормированное отклонение (коэффициент Стьюдента).

Понятие о планировании экспериментов. Определение необходимого объема выборочной совокупности.

Статистические гипотезы и их проверка. Параметрические и непараметрические критерии.

t-критерий Стьюдента. Проверка гипотез относительно средних.

F-критерий Фишера. Проверка гипотез для дисперсий.

X-критерий Ван-дер-Вардена.

Угловой критерий Фишера.

Критерий Манна-Уитни.

Проверка гипотез о законах распределения. Критерий χ^2 -хи квадрат.

Дисперсионный анализ. Градации факторов и их анализ. Простейшая схема однофакторного дисперсионного анализа.

Дисперсионный анализ. Рабочие формулы для вычисления средних квадратов.

Вычисление F-критерия для определения влияния изучаемого фактора. Количественная оценка влияния отдельных факторов.

Схема двухфакторного дисперсионного анализа. Вычисление F-критерия для определения влияния факторов. Количественная оценка влияния отдельных факторов.

35. Понятие корреляции. Функциональная и корреляционная зависимость. Графики рассеяния.

36. Коэффициент корреляции и его свойства.

37. Коэффициент корреляции рангов. Проверка гипотезы о значимости выборочного коэффициента линейной корреляции.

38. Регрессивный анализ. Линейная регрессия. Криволинейная регрессия.

39. Линейная регрессия. Метод наименьших квадратов.

40. Ряды динамики. Понятие временного ряда. Виды рядов. Определение тренда.

41. Анализ динамических рядов. Абсолютный прирост ряда. Коэффициент роста. Темп роста. Темп прироста.

42. Выравнивание динамических рядов:

а) графический метод

б) метод наименьших квадратов

43. Выравнивание динамических рядов:

а) метод удлинения периодов

б) метод скользящей средней

Практическая часть

Стоит из задач, которые решаются на практическом занятии и в ходе самостоятельной работы студентов.

Пример билета:

В некоторой большой популяции число черноволосых и рыжих одинаково. Замечено, что у 30% людей с черными волосами глаза голубые, так же, как и у 50% людей с рыжими волосами. Из тех, у кого черные или рыжие волосы, случайно выбирают одного человека и оказывается, что у него голубые глаза. Какова вероятность того, что у этого человека черные волосы?

С помощью случайной выборки, состоящей из 16 витаминных драже, исследовалось содержание витамина Е. Среднее значение оказалось равным 18,1 весовой единицы, а стандартное отклонение 1,2. Найдите границы 95 процентного интервала содержания витамина Е во всей совокупности витаминных драже.

Определить коэффициент корреляции между весом обезьян и содержанием кальция (мг%) в сыворотке крови. Построить график рассеяния.

Найти уравнение регрессии.

X(кг)вес	18	17	19	18	19	22	21	20	30	18	23	25
Y(мг%) Ca	13,6	14,7	13,1	11,6	11,9	12,2	12,7	11,5	14,5	11,6	12,9	13,5

Критерии оценивания

«отлично»- все задания решены верно, возможен недочет в одном из заданий

«хорошо»- неверно решена одна из задач контрольной работы

«удовлетворительно» неверно решены две задачи контрольной работы

«неудовл»-

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание 1: основы интегрального и дифференциального исчисления	1-9
Знание 2: основные понятия и методы теории вероятностей и математической статистики;	10-20
Знание 3: основные математические методы решения прикладных задач в области профессиональной деятельности	21-24, 31-32,35-36,40
Знание 4: значение математики в профессиональной деятельности и при освоении ППСЗ	25-30, 33-34,37-39, 41-43

Умение1: решать прикладные задачи в области профессиональной деятельности;

Задачи 1,2,3

10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФИЗИКА»

Материалы текущего контроля успеваемости студентов

Алгоритм решения задач по физике:

Прочтите материал в учебнике, просмотрите лекционные записи и все то, что вам поможет в усвоении материала.

Прочтите задачу очень внимательно, чтобы убедиться, что физическую ситуацию задачи вы поняли верно. Часто именно в этом - первый шаг к успеху.

Выпишите все величины, как данные, так и то, что следует определить. В некоторых задачах ряд данных можно взять из таблиц, справочников.

Выберите неизвестную величину и попытайтесь представить, как она связана с приведенными величинами в задаче либо через физические законы, либо известным уравнением. Выбор нужного уравнения для определения неизвестной обусловлен пониманием физической ситуации. Сведите все формулы, прежде чем подставлять числовые значения, к наиболее простейшему виду.

Когда получите окончательное выражение, проверьте его правильность с помощью размерностей. Подставляя числовые данные, убедитесь в их соответствии «СИ».

В большинстве задач данные приводятся с двумя-тремя значащими цифрами. Ответ также должен соответствовать этому.

Прочтите еще раз задачу и убедитесь в физической разумности ответа.

Помните! Лучший способ научиться решать задачи - решать много задач! Затраченное на это время окупится в конце семестра, когда время особенно ценно.

Тема: Акустика. Звук.

Связь интенсивности звука и звукового давления для плоской волны

$$I = \frac{p^2}{2\rho v}, \quad (2.60)$$

где ρ — плотность среды, в которой распространяется звук,
 v — его скорость.

Закон Вебера-Фехнера

Если увеличивать раздражение в геометрической прогрессии, то ощущение этого раздражения возрастает в арифметической прогрессии.

$$L_B = \lg \frac{I}{I_0}$$

Интенсивность волны (плотность потока энергии)

$$I = \omega_\rho v, \quad (2.56)$$

где ω_ρ — объемная плотность энергии колебательного движения, v — скорость волны.

Объемная плотность энергии упругой волны, распространяющейся в веществе,

$$\omega_\rho = \frac{\rho A^2 \omega_0^2}{2}, \quad (2.57)$$

где ρ — плотность вещества.

Коэффициент проникновения звука β при переходе из одной среды в другую определяется по формуле Рэлея:

$$\beta = 4 \frac{v_1 \rho_1 / v_2 \rho_2}{(v_1 \rho_1 / (v_2 \rho_2) + 1)^2}, \quad (2.66)$$

где v_1 и v_2 — скорости звука в соответствующих средах, ρ_1 и ρ_2 — величины плотностей сред, $v_1 \rho_1$ и $v_2 \rho_2$ — волновое сопротивление сред.

Задачи

Известно, что человеческое ухо воспринимает упругие волны в интервале частот $\nu_1 = 20$ Гц до $\nu_2 = 20$ кГц. Каким длинам волн соответствует этот интервал в воздухе? в воде? Скорости звука в воздухе и воде равны соответственно $v_1 = 340$ м/с и $v_2 = 1400$ м/с.

Определите среднюю силу, действующую на барабанную перепонку человека (площадь $S = 66$ мм²) для двух случаев: а) порог слышимости; б) порог болевого ощущения. Частота $\nu = 1$ кГц.

На сколько увеличилась громкость звука, если интенсивность звука увеличилась от порога слышимости в 100 раз. Частота звука равна 1 кГц. Звук частотой $\nu = 200$ Гц проходит некоторое расстояние в поглощающей среде. Интенсивность звука при этом уменьшается с $I_1 = 10^{-4}$ Вт/м² до $I_2 = 10^{-8}$ Вт/м². На сколько при этом уменьшится уровень громкости?

Источник ультразвука создает в воздухе длиной 4,4 мкм. Как изменится длина волны при переходе ультразвука в воду, если принять скорость распространения ультразвука в воде равной 1500 м/с, а в воздухе 330 м/с?

Сравните длины волн в воздухе для ультразвука частотой 1 МГц и звука частотой 1 кГц. Чем определяется нижняя граница длин волн ультразвука в среде?

Определите плотность мышечной ткани, если её волновое сопротивление равно $1,6 \cdot 10^6$ кг/(м² · с), а скорость распространения ультразвука в ткани составляет 1500 м/с.

Человек с нормальным слухом способен ощущать различие в громкости звуков в 1 дБ. Во сколько раз изменяется при этом интенсивность звука частотой 1 кГц?

Громкость звука частотой 1 кГц уменьшилась на 30 дБ при прохождении через тонкую фанерную перегородку. Какой стала интенсивность звука, если до прохождения перегородки она составляла 10^{-8} Вт/м²?

Сложный звук состоит из основного и двух обертонов. Амплитуды компонент гармонического спектра соотносятся между собой как 5 : 2 : 3. Чему равны интенсивности обертонов, если интенсивность основного тона равна 10^{-10} Вт/м²?

Решение.

Решение задачи № 1

Дано:

$$\nu_1 = 20 \text{ Гц}$$

$$\nu_2 = 20 \text{ кГц}$$

$$v_1 = 340 \text{ м/с}$$

$$v_2 = 1400 \text{ м/с}$$

Найти:

$$\lambda_1 = ? \quad \lambda_2 = ?$$

Решение:

$$S = v \cdot t; \quad \lambda_1 = v_1 / \nu_1;$$

$$\lambda_1 = 20 / 340 = 0.06 \text{ (м)}$$

$$v = 1/t; \quad \lambda_2 = v_2 / \nu_2;$$

$$\lambda_2 = 20000 / 1400 = 14.3 \text{ (м)}$$

Решение задачи № 2

Дано:

$$p_1 = 0,00002 \text{ Па}$$

$$p_2 = 64 \text{ Па}$$

$$S = 0,000066 \text{ (м}^2\text{)}$$

$$\nu = 1000 \text{ Гц}$$

Найти: $F = ?$

а) порог слышимости;

б) порог болевого ощущения.

Решение: $p = F/S$

$$F_1 = p_1 \cdot S$$

$$F_1 = 0,00002 \text{ Па} \cdot 0,000066 \text{ м}^2 = 132 \cdot 10^{-11} \text{ Н} = 1,3 \cdot 10^{-9} \text{ Н}$$

$$F_2 = 64 \text{ Па} \cdot 0,000066 \text{ м}^2 = 4224 \cdot 10^{-6} \text{ Н} = 4,2 \cdot 10^{-3} \text{ Н}$$

Тема 2: Биофизика мембран

1. Чему равен поток формамида через плазматическую мембрану Chara ceratophylla толщиной 8 нм, если коэффициент диффузии его составляет $1,4 \cdot 10^{-8}$ см² · с⁻¹, концентрация формамида в начальный момент времени снаружи была равна $2 \cdot 10^{-4}$ М*, а внутри в десять раз меньше?

2. Бислойная липидная мембрана (БЛМ) толщиной 10 нм разделяет камеру на 2 части. Поток метиленового синего через БЛМ постоянен и равен $3 \cdot 10^{-4}$ М · см/с, причем концентрация его с одной стороны мембраны равна 10^{-2} М, а с другой $2 \cdot 10^{-3}$. Чему равен коэффициент диффузии этого вещества через БЛМ?

3. Найдите коэффициент плазматической мембраны Mucor plasma для формамида, если при разнице концентраций этого вещества внутри и снаружи мембраны, равной $0,5 \cdot 10^{-4}$ М плотность потока его через мембрану равен $8 \cdot 10^{-4}$ М · см/с.

4. Потенциал покоя нервного волокна кальмара равен -60 мВ, потенциал действия +35 мВ. Вследствие чего происходит такое изменение мембранного потенциала?

5. Определите равновесный мембранный потенциал митохондрий, если при 37°C внутри митохондрий рН=9, а в окружающей среде 7? Температура равна 20°C.

6. Определите равновесный мембранный потенциал на мембране при отношении концентраций натрия снаружи и внутри клетки: 1) 1 : 1; 2) 10 : 1; 3) 100 : 1.

7. Как изменится основное электродиффузное уравнение при отсутствии внешнего электрического поля?

8. Покажите, что уравнение Фика для диффузии является частным случаем уравнения Теорелла.
 9. Определите равновесный мембранный потенциал, создаваемый на бислоевой липидной мембране ионами калия при температуре 20°C, если концентрация каждого с одной стороны мембраны равна 10^{-3} М, а с другой- 10^{-5} М.
 10. Каков электрический заряд мембраны, если её ёмкость $1 \text{ мкФ} \cdot \text{см}^{-1}$, а равновесный мембранный потенциал такой же, как в задаче 3.41.?
 11. Рассчитайте потенциал покоя гигантского аксона кальмара, если известно, что концентрация ионов натрия снаружи равна 440 мМ, а внутри его 49 мМ (температура равна 20°C).
 12. Потенциал покоя нерва конечности краба равен 89 мВ. Чему равна концентрация ионов калия внутри нерва, если снаружи она составляет 12 мМ? Принять температуру равной 20°C.

Тема 3: Гемодинамика

Сила внутреннего трения, действующая между слоями жидкости площадью S (уравнение Ньютона),

$$F_{\text{тр}} = \eta \frac{dv}{dx} S,$$

где η - вязкость, $\frac{dv}{dx}$ -градиент скорости.

Объем жидкости, переносимый за t с через сечение цилиндрической трубы радиуса R (формула Пуазейля):

$$Q = \frac{\pi R^4 (p_1 - p_2)}{8\eta l}$$

где l — длина участка трубы, на концах которого поддерживается разность давлений ($p_1 - p_2$).

Гидравлическое сопротивление: $X = \frac{8\eta l}{\pi R^4}$

Число Рейнольдса для трубы: $R_e = \frac{\rho_{\text{жс}} v D}{\eta}$

где v — скорость жидкости для гладких цилиндрических труб.

Критическое число Рейнольдса приблизительно равно 2300.

Скорость распространения пульсовой волны в крупных сосудах

$$v = \sqrt{\frac{Eh}{2\rho r}},$$

где ρ - плотность крови.

Связь объёмной Q и линейной $v_{\text{кр}}$ скоростей кровотока в сосуде

$$Q = v_{\text{кр}} S$$

Работа, которая совершается левым желудочком сердца при каждом сокращении: $A = V_0 (p + \rho \frac{v^2}{2})$,

где p -среднее давление, под которым кровь выбрасывается в аорту; V_0 -ударный объём крови; ρ -плотность крови; V - скорость движения крови.

Задачи

Скорость течения воды в некотором сечении горизонтальной трубы $v = 5$ см/с. Найдите скорость течения в той части трубы, которая имеет:

а) вдвое меньший диаметр;

б) вдвое меньшую площадь поперечного сечения.

Наблюдая под микроскопом движение эритроцитов в капилляре, можно измерить скорость течения крови ($v_{\text{кр}} = 0,5$ мм/с). Средняя скорость тока крови в аорте составляет $v_a = 40$ см/с. На основании этих данных определите, во сколько раз сумма поперечных сечений всех функционирующих капилляров больше сечения аорты.

Вычислите силу, действующую на $S = 2 \text{ м}^2$ дна русла, если по нему перемещается поток воды высотой $h = 2$ м. Скорость верхнего слоя воды $v = 30$ см/с, скорость нижних слоев постепенно уменьшается и равна нулю у дна.

Определите максимальное количество крови, которое может пройти через аорту в 1 с, чтобы течение сохранялось ламинарным. Диаметр аорты $D = 2$ см, вязкость крови $\eta = 5 \text{ мПа} \cdot \text{с}$.

В каких сосудах системы кровообращения (крупных или мелких) существует большая вероятность перехода ламинарного течения крови в турбулентное?

Определите среднюю линейную скорость кровотока в сосуде радиуса 1,5 см, если во время систолы через него протекает 60 мл крови.

Считать длительность систолы равной 0,25 с.

Почему при порезе пальца кровь вытекает из раны равно мерной струей?

Скорость течения воды в некотором сечении горизонтальной трубы равна 5 см/с. Найдите скорость течения в той части трубы, которая имеет вдвое меньший диаметр.

Определите работу, совершаемую сердцем при сокращении левого желудочка, если в аорту со скоростью 0,5 м/с выбрасывается 60 мл крови против давления 13 кПа.

Найдите кинетическую энергию объема крови, протекающего за одну минуту со скоростью 0,4 м/с через артерию диаметром 3 мм.

Найдите мощность, развиваемую сердцем человека при сокращении длительностью 0,3 с. Ударный объем крови равен 60 мл, скорость крови в аорте 0,5 м/с. Среднее давление, при котором кровь выбрасывается в аорту левым желудочком, равно 13,3 кПа. Учтите, что работа правого желудочка составляет 20% работы левого.

Каково гидравлическое сопротивление кровеносного сосуда длиной 0,12 м и радиусом 0,1 мм?

Найдите объёмную скорость кровотока в аорте, если радиус просвета аорты равен 1,75 см, а линейная скорость крови в ней составляет 0,5 м/с.

Средняя линейная скорость кровотока в сонной артерии диаметром 3 см равна 5 мм/с. Какова объёмная скорость кровотока в этом сосуде?

При некоторых заболеваниях критическое число Рейнольдса в сосудах становится равным 1160. Найдите скорость движения крови, при которой возможен переход ламинарного течения в турбулентное в сосуде диаметром 2 мм.

Скорость течения крови в капиллярах составляет 0,005 м/с. Чему равна скорость в аорте, если суммарная площадь сечения капилляров в 800

раз больше площади сечения аорты?

Задачи по теме «Электрокардиография»

Задача 1.

Рассчитать длительность интервала QRS в секундах если в миллиметрах этот интервал составляет 1.75 мм. Скорость записи ЭКГ 25мм/с.

Дано

Решение

$$V=25 \text{ мм/с}$$

$$t = \frac{s}{v} = \frac{1.75}{25} = 0.07 \text{ с}$$

$$S=1.75 \text{ мм}$$

Найти:

t=?

Задача 2.

Рассчитать длительность интервала Q-T в секундах если в миллиметрах этот интервал составляет 20 мм. Скорость записи ЭКГ 50 мм/с.

Задача 3.

Рассчитать амплитуду зубца Р (мВ) если в миллиметрах амплитуда составляет 2 мм. Высота калибровочного импульса 10мм.

Задача 4.

Рассчитать амплитуду зубца R (мВ) если в миллиметрах амплитуда составляет 18 мм. Высота калибровочного импульса 10мм.

Задача 5

Расстояние между зарядами 3,2нКл равно 12см. Найти потенциал поля, созданного диполем в точке, удаленной от диполя на 8см.

Тема: Физиотерапия

1. Плотность тока (j):
$$j = \frac{I}{S}$$
, где I=сила тока, S= площадь электродов

2. Электроемкость конденсатора (C):
$$C = \frac{\epsilon \epsilon_0 S}{d}$$

d-расстояние между пластинами

ϵ - диэлектрическая проницаемость среды

$\epsilon_0=8,85 \cdot 10^{-12}$ Ф/м - диэлектрическая постоянная вакуума

3. Связь между напряжением(U) и напряженностью электрического поля(E):

$$E = \frac{U}{d}$$

4. Количество тепла выделяемое в единицу времени в единице объема электролита: $q=E^2/\rho$, где ρ - удельное сопротивление электролита.

5. Количество тепла, выделяемое в единице объема диэлектрика в единицу времени: $q=\omega^2 \epsilon \epsilon_0 E^2 \text{tg}\delta$, где δ -угол диэлектрических потерь.

6. Формула Томпсона:
$$T = 2\pi \cdot \sqrt{L \cdot C}$$
,

где L-индуктивность катушки,

C-ёмкость конденсатора

7. Частота электромагнитных колебаний:
$$\nu = \frac{1}{2\pi \sqrt{LC}}$$

Задачи

Каков электрический заряд мембраны, если её ёмкость 1мкФ·см⁻¹,

равновесный мембранный потенциал 130мВ?

Электрическое напряжение на мембране равноU=60мВ, толщина мембраны L=10нм. Найдите напряжённость электрического поля в мембране (E).

Колебательный контур аппарата для терапевтической диатермии состоит из катушки индуктивности и конденсатора ёмкостью 30пФ. Определите индуктивность катушки, если частота генератора равна 1МГц.

Индуктивное сопротивление терапевтического контура аппарата УВЧ-терапии составляет 27мкГн, частота 40МГц. Определите период колебаний в контуре и ёмкость конденсатора.

Рассчитать количество тепла, которое выделяется в диэлектрических тканях организма при воздействии электромагнитного поля аппарата УВЧ-терапии частотой 40МГц при угле диэлектрических потерь в 30°, если диэлектрическая проницаемость ткани равна 81, а напряжённость электрического поля равна 6·10⁶В/м.

Рассчитать количество тепла, которое выделяется в проводящих тканях организма при воздействии электромагнитного поля аппарата УВЧ-терапии частотой 40МГц, если удельное сопротивление мышечной ткани 2 Ом·м, а напряжённость электрического поля равна 6·10⁶В/м.

Допустимая плотность тока при местной гальванизации не должна превышать 0,1мА·см⁻². Определить силу тока, которая необходима для проведения данной процедуры и заряд, проходящий через ткани пациента за время процедуры равное 15 мин. Площадь электрода равна 16см².

При общих сегментарных воздействиях допустимая плотность тока 0,01-0,05 мА·см⁻². Определить силу тока, которая необходима для проведения данной процедуры и заряд, проходящий через ткани пациента за время процедуры равное 15 мин. Площадь электрода равна 16см².

Определить допустимую плотность тока при общих сегментарных воздействиях, если данная процедура проводится при силе тока 0,8мА при площади электрода 16см². Найти заряд, проходящий через ткани пациента за время процедуры равное 20 мин.

Найти количество тепла, за счёт которого происходит увеличение диаметра капилляра в 10раз при высокочастотной индуктотермии при нагревании на 5⁰С. Плотность крови равна 1050кг/м³, удельная теплоёмкость крови равна 5000Дж/кг·К, длина капилляра 12мм, его начальный диаметр 20мкм.

Используя данные предыдущей задачи рассчитать напряжённость электрического поля образующаяся в тканях организма при воздействии электромагнитного поля аппарата УВЧ-терапии частотой 40МГц при угле диэлектрических потерь в 30⁰, если диэлектрическая проницаемость ткани равна 81, электрическая постоянная вакуума равна 8.85·10⁻¹²Ф/м.

Задачи по теме «Оптика»

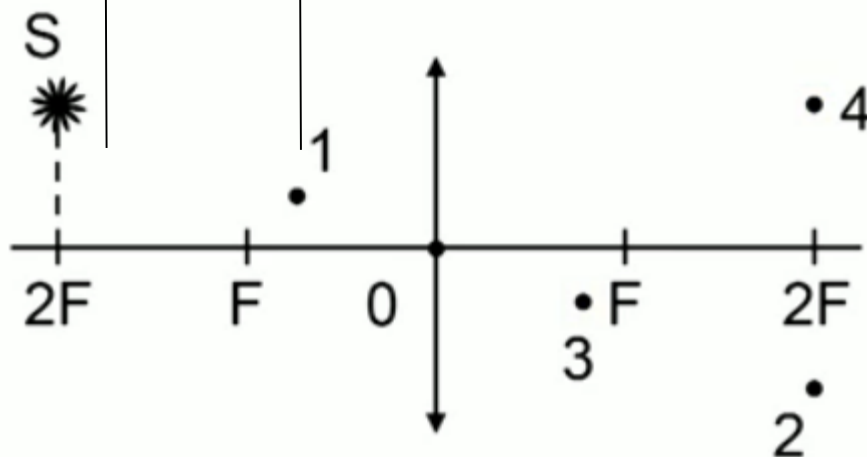
Задача 1

Предмет высотой 3 сантиметра находится на расстоянии 40 сантиметров от собирающей тонкой линзы. Определить высоту изображения, если известно, что оптическая сила линзы составляет 4 диоптрии

Дано:	СИ	Решение
h= 3см	0.03м	$\frac{1}{F} = \frac{1}{d} + \frac{1}{f}$
d=40см	0.4м	$\Gamma = \frac{H}{h}$
D=4дпт		$H = h \cdot \frac{1}{D \cdot d - 1} = 0.05\text{м}$
H=?		

Задача 2.

Представлена тонкая линза, у которой указана главная оптическая ось, и указано, что в плоскости, проходящей через двойной фокус, располагается светящаяся точка. Необходимо определить, какая из четырех точек на чертеже соответствует правильному изображению этого предмета, то есть светящейся точке.



Задача 3

Перед тонкой собирающей линзой поместили предмет, в результате такого размещения увеличение получилось равным 2. Когда предмет передвинули относительно линзы, то увеличение стало равно 10. Определить, на сколько передвинули предмет и в каком направлении, если первоначальное расстояние от линзы до предмета составляло 6 сантиметров.

Задача 4.

Определить оптическую силу стеклянной линзы, находящейся в воздухе, если линза двояковыпуклая с радиусом кривизны поверхностей R₁ = 50 см; R₂ = 30 см;

Задача 5.

Человек, сняв очки, читает книгу, держа ее на расстоянии 16 см от глаз. Какой оптической силы у него очки?

Тема: Ионизирующее излучение. Основы дозиметрии

Рентгеновское излучение

1. Коротковолновая граница спектра тормозного рентгеновского излучения: $\lambda_{\min} = \frac{1.23}{U}$, где U- напряжение в рентгеновской трубке, кВ;

λ_{\min} , нм.

2. Поток рентгеновского излучения: $\Phi = kIU^2Z$, где I и U-сила тока и напряжение в рентгеновской трубке, Z-порядковый номер элемента вещества анода, $k=10^{-9}\text{В}^{-1}$.

3. Массовый коэффициент ослабления рентгеновского излучения: $\mu_m = k\lambda^2 Z^3$, где k- коэффициент пропорциональности, λ - длина волны, Z- порядковый номер элемента вещества-поглотителя.

4. Линейный коэффициент ослабления рентгеновского излучения: $\mu = \mu_m \rho$, где ρ -плотность вещества.

5. Закон ослабления потока рентгеновского излучения: $\Phi = \Phi_0 \cdot e^{-\mu d}$, где Φ_0 -падающий поток, Φ -прошедший поток, μ - линейный коэффициент ослабления, d-толщина слоя вещества.

ЗАДАЧИ

1. Найдите границу тормозного рентгеновского излучения (частоту и длину волны) для напряжения U₁=2кВ и U₂=20кВ. Во сколько раз энергия фотонов этих излучений больше энергии фотона, соответствующего $\lambda = 760\text{нм}$ (красный цвет) ?

В каком случае произойдет большее увеличение потока рентгеновского излучения при: при увеличении вдвое силы тока, но сохранении напряжения или, наоборот, при увеличении вдвое напряжения, но сохранении силы тока? Как можно увеличить силу тока, не изменяя

напряжения в рентгеновской трубке? Проанализируйте процессы, которые происходят при изменении силы тока, при изменении напряжения.

При прохождении потока рентгеновского излучения через костную ткань произошло его ослабление в два раза. Учитывая, что толщина слоя костной ткани составляла 20мм, найдите линейный коэффициент ослабления.

Почему характеристические рентгеновские спектры разных атомов однотипны?

Чему равна энергия кванта рентгеновского излучения, если соответствующая ему длина волны равна 0,005 нм?

Меняется ли спектральный состав рентгеновского излучения при изменении тока накала катода рентгеновской трубки? Почему?

Почему спектр тормозного рентгеновского излучения является сплошным?

Как влияет на спектр тормозного рентгеновского излучения увеличение напряжения на трубке? Почему?

Во сколько раз уменьшится поток рентгеновского излучения, если вольфрамовый антикатод заменить молибденовым, а напряжение и ток накала в трубке оставить неизменными?

Тело поглотило фотоны рентгеновского излучения с энергией 100эВ, что значительно превышает энергию ионизации атомов данного вещества. Считая основным эффектом взаимодействия рентгеновского излучения с веществом некогерентное рассеяние, найдите длину волны вторичного рентгеновского излучения, если вторичные электроны движутся со скоростью $3,7 \cdot 10^6$ м/с.

Найдите поток рентгеновского излучения при $U=10$ кВ, $I=1$ мА. Анод изготовлен из вольфрама. Скольким фотонам в секунду соответствует этот поток, если допустить, что излучается электромагнитная волна, длина которой равна $3/2$ от длины волны, соответствующей границе спектра тормозного рентгеновского излучения?

Для рентгенодиагностики мягких тканей применяют контрастные вещества. Например, желудок и кишечник заполняют кашеобразной массой сульфата бария $BaSO_4$. сравните массовые коэффициенты ослабления сульфата бария и мягких тканей (воды).

2. Радиоактивность

1. Основной закон радиоактивного распада: $N=N_0e^{-\lambda t}$
где N_0 - начальное число радиоактивных ядер, N -их число к моменту времени t .

2. $\lambda = \frac{\ln 2}{T_{1/2}}$ - постоянная распада, $T_{1/2}$ - период полураспада.

3. Изменение активности препарата со временем: $A = \lambda N_0 e^{-\lambda t}$

4. Удельная активность источника: $A_m = \frac{A}{m}$, где m – масса препарата.

ЗАДАЧИ

Период полураспада радиоактивного фосфора $^{30}_{15}P$ равен 3 мин. чему равна постоянная распада этого элемента?

Вычислите число ядер $^{130}_{53}I$, распавшихся в течение первых суток, если первоначальное число ядер $N_0=10^{22}$.

Изотоп калия $^{40}_{19}K$ радиоактивен с периодом полураспада $4,5 \cdot 10^8$ лет. На долю калия приходится 0,35% веса человека. Вычислить активность калия, находящегося в теле человека, если атомы K^{40} составляют в природе 0,012% от общего числа атомов калия. Вес человека принять равным 75 кг.

Какова активность препарата, если в течение 10 мин распадается 10000 ядер этого вещества?

Возраст древних деревянных предметов можно приближенно определить по удельной массовой активности изотопа $^{14}_6C$ в них. Сколько лет тому назад было срублено дерево, которое пошло на изготовление предмета, если удельная массовая активность углерода в нем составляет $3/4$ от удельной массы активности растущего дерева?

В каком случае α - распад сопровождается излучением γ - квантов?

Почему закон радиоактивного распада называют статистическим?

Препарат фосфора $^{32}_{15}P$ содержит нерадиоактивные примеси. Определите процентное соотношение радиоактивного и нерадиоактивного фосфора в 10мг препарата, если его активность равна 25мкКи.

В 1 мл морской воды содержит 10^{-15} г радона $^{226}_{88}Rn$. Какое количество воды имеет активность, равную 10мКи?

Для исследования щитовидной железы больному ввели 20мл 10%-ного раствора глюкозы с радиоактивным йодом. Удельная активность йода в момент введения составляла 0,08 мкКи/мл. Найдите массу йода в растворе. Учесть, что каждая молекула глюкозы связывает один йод.

В источнике минеральной воды активность радона составляет 100Бк на 1л. Какое количество атомов радона попадет в организм пациента, выпившего стакан минеральной воды объемом 0,2л?

Через какой промежуток времени после радиоактивного заражения местности стронцием можно будет использовать земли для возделывания на них различных культур, если расчеты показывают, что количество радиоактивного препарата должно уменьшиться в 100 раз?

В ампуле находится радиоактивный йод $^{131}_{53}I$ активностью 100мкКи. Чему будет равна активность препарата через сутки?

В кровь человека ввели небольшое количество раствора, содержащего радиоизотоп натрия $^{24}_{11}Na$ с активностью $1,2 \cdot 10^5$ Бк. Удельная активность крови взятой через 5 часов после инъекции, оказалась равной $1,6 \cdot 10^7$ Бк/см³. Определить по этим данным объем крови человека.

3. Основы дозиметрии

Связь поглощенной и экспозиционной доз: $D_n = f \cdot D_0$

где f – переходный коэффициент (для воды и мягких тканей человека $f=1$), если D_n измеряется в рэдах, а D_0 в рентгенах.

Связь эквивалентной и поглощенной доз: $D_e = KK \cdot D_n$, где KK – коэффициент качества, или относительная биологическая эффективность (ОБЭ).

Коэффициент качества для рентгеновского и γ - излучения равен 1, α – излучения он равен 20.

Предельно допустимая эквивалентная доза для населения составляет

0,05 бэр в год, а для профессионалов она равна 5 бэр в год.

Связь между активностью радиоактивного препарата (A) и мощностью экспозиционной дозы D_0/t : $\frac{D_0}{t} = k_\gamma \frac{A}{r^2}$, где k_γ – постоянная,

которая характерна для данного радионуклида; r – расстояние от источника ионизирующего излучения.

Экспозиционная доза измеряется в Кл/кг и рентгенах (P):

$1P = 2,58 \cdot 10^{-4} \text{ Кл/кг}$

ЗАДАЧИ

Телом массой $m=60\text{ кг}$ в течение $t=6\text{ ч}$ была поглощена энергия $E=1\text{ Дж}$. Найдите поглощенную дозу и мощность поглощенной дозы в единицах СИ и внесистемных единицах.

В $m=10\text{ г}$ ткани поглощается 10^9 α - частиц с энергией около $E=5\text{ МэВ}$. Найдите поглощенную и эквивалентную дозы. Коэффициент качества для α - частиц равен 20.

Мощность экспозиционной дозы γ – излучения на расстоянии $r=1\text{ м}$ от точечного источника составляет $P=2,15 \cdot 10^{-7} \text{ Кл/кг}$. Определите минимальное расстояние от источника, на котором можно ежедневно работать по 6 ч без защиты. Предельно допустимой эквивалентной дозой при профессиональном облучении считать $5 \cdot 10^{-2} \text{ Дж/кг}$ в течение года. Поглощение γ - излучения воздухом не учитывать.

Средняя мощность экспозиционной дозы облучения в рентгеновском кабинете равна $6,45 \cdot 10^{-12} \text{ Кл/(кг}\cdot\text{с)}$. Врач находится в течение дня 5ч в этом кабинете. Какова его доза облучения за шесть рабочих дней?

Смертельная доза для человека массой 70 кг при облучении всего тела рентгеновскими или γ - лучами равна 600 рад. На сколько градусов от нормальной поднимается температура тела человека при таком облучении, если считать его однородным фантомом с удельной теплоемкостью $3,33 \text{ кДж/(кг}\cdot\text{К)}$?

При исследовании радиочувствительности живых организмов крыс облучали рентгеновскими лучами в течение 4 ч. При этом полученная ими суммарная доза составила 300 бэр. Найдите мощность экспозиционной и поглощенной дозы в этом эксперименте (в единицах СИ).

Почему ничтожное тепловое действие ионизирующего излучения дает большой биологический эффект?

Мощность экспозиционной дозы γ - излучения на расстоянии 1 м от источника составляет 0,1P/мин. рабочий находится 6 ч в день на расстоянии 10 м от источника. Какую эквивалентную дозу облучения он получает за один рабочий день?

Почему снижение парциального давления кислорода во время облучения уменьшает радиочувствительность живых организмов?

Интенсивность γ - излучения уменьшилась в шесть раз при прохождении через слой вещества толщиной 5см. найдите линейный коэффициент ослабления вещества.

На каком расстоянии от препарата с радием активностью 100МКи можно находиться, чтобы эквивалентная доза за шестичасовой рабочий день не превышала допустимую за сутки для профессионалов?

Почему ОБЭ для α - частиц существенно больше, чем для β - частиц?

Мощность экспозиционной дозы на расстоянии 10см от источника составляет 85мP/ч. На каком расстоянии от источника можно находиться без защиты, если допустимая мощность дозы равна 0,017мP/ч.

Мышь весом 50 г получила от рентгеновского излучения 10000 эрг. Сколько рад она получила и погибнет ли, если смертельная доза 500 рад? Собака массой в 10 кг получила 10^{11} α -частиц с энергией 4,79 МэВ. Выразить поглощенную энергию в рэдах.

Система оценки задач:

Оценка «5» (отлично) выставляется, если задача решена полностью; все данные переведены в систему СИ; студент обосновал применение соответствующих законов, проведена проверка размерности; правильно рассчитан результат.

Оценка «4» (хорошо) выставляется, если задача решена полностью; не все данные переведены в систему СИ; студент обосновал применение соответствующих законов, проведена проверка размерности; не правильно рассчитан результат.

Оценка «3» (удовлетворительно) выставляется, если задача решена не полностью; не все данные переведены в систему СИ; студент обосновал применение соответствующих законов, не проведена проверка размерности; не правильно рассчитан результат.

Оценка «2» (не удовлетворительно) выставляется, если задача не решена полностью; данные не переведены в систему СИ; студент не обосновал применение соответствующих законов, не проведена проверка размерности; не правильно рассчитан результат.

ТЕСТЫ-1-Й МОДУЛЬ

ТЕМА: МЕМБРАНОЛОГИЯ И БИОЭЛЕКТРОГЕНЕЗ

Фосфолипидные молекулы мембран состоят из:

1. полярной гидрофильной «головки» и неполярного гидрофобного хвоста
2. неполярной гидрофобной «головки» и полярного гидрофильного хвоста
3. неполярной гидрофильной «головки» и неполярного гидрофобного хвоста
4. полярной гидрофобной «головки» и полярного гидрофильного хвоста

Физическое состояние вещества, при котором есть дальний порядок в расположении молекул, но агрегатное состояние жидкое, называется:

1. жидким
2. кристаллическим
3. плазмой
4. жидкокристаллическим

Ультратонкая биомолекулярная пленка фосфолипидов, которая «инкрустирована» белками и полисахаридами – это:

1. рибосома
2. биологическая мембрана
3. цитоплазма
4. аппарат Гольджи

Функция мембраны, которая обуславливает определенное взаимное расположение и ориентацию мембранных белков, называется:

1. матричной
2. барьерной
3. механической
4. энергетической

Функция мембраны, которая обуславливает автономность клетки, селективный, регулируемый обмен с окружающей средой, является:

1. матричной
2. барьерной
3. механической
4. энергетической

Функция мембраны, которая реализуется в синтезе АТФ на внутренних мембранах митохондрий и фотосинтезе в мембранных хлоропластах, является:

1. матричной
2. барьерной
3. механической
4. энергетической

Функция мембраны, которая определяет прочность и автономность клетки и внутриклеточных структур, называется:

1. матричной
2. барьерной
3. механической
4. энергетической

Основу структуры биологических мембран составляют:

1. слой белков
2. двойной слой фосфолипидов, белки
3. полисахариды
4. аминокислоты

Принятая сегодня модель клеточной мембраны представляет собой:

1. наружный липидный слой, слой белков и полисахаридов, внутренний липидный слой
2. липидный слой и слой белков
3. липидный бислой, в который погружены белки
4. белковый бислой, слой полисахаридов и липидов

Электрической моделью биологической мембраны можно считать электрическую цепь, состоящую из:

1. резистора
2. катушки индуктивности
3. генератора
4. конденсатора и резистора

Для мембранной структуры характерна:

1. абсолютная симметрия
2. анизотропия
3. изотропия
4. полная хаотичность

Липидный состав клеточной мембраны

1. одинаковый во всех клетках
2. различается в разных биологических мембранах
3. зависит от изменения температуры клеточной мембраны
4. стабилен на протяжении жизни клетки

Белки клеточной мембраны по расположению принято классифицировать на:

1. легкие и тяжелые
2. периферические и интегральные
3. полноценные и неполноценные
4. глобулярные и фибриллярные

Интегральные белки:

1. погружены в липидный бислой биологической мембраны
2. находятся на наружной поверхности биологической мембраны
3. находятся на внутренней поверхности биологической мембраны
4. перемещаются между биологической мембраной и органеллами клетки

Вязкость липидного слоя мембран близка к вязкости:

1. воды
2. этанола
3. ацетона

4. растительного масла

Фосфолипидные молекулы, лишённые одного из хвостов:

1. становятся полностью гидрофильны
2. усиливают барьерную функцию мембраны
3. образуют поры в бислоевой мембране
4. препятствуют пассивному транспорту

Перемещение молекулярных компонентов мембраны в пределах своего слоя называется:

1. дрейф
2. флюктуация
3. латеральная диффузия
4. флип-флоп переход

При латеральной диффузии за секунду наблюдается:

1. десятки перестановок молекул вдоль мембраны
2. сотни перестановок молекул вдоль мембраны
3. десятки миллионов перестановок молекул вдоль мембраны
4. тысячи перестановок молекул вдоль мембраны

Среднее квадратичное перемещение молекулы при латеральной диффузии за некоторое время:

1. прямо пропорционально данному времени
2. обратно пропорционально данному времени
3. пропорционально квадрату данного времени
4. пропорционально корню квадратному из данного времени

Флип-флоп диффузией молекул в мембранах называется:

1. вращательное движение молекул
2. перескок молекул поперек мембраны
3. перемещение молекул вдоль мембраны
4. активный транспорт молекул через мембрану

ТЕМА: БИОФИЗИКА СЛУХА

Звук представляет собой:

1. электромагнитные волны с частотой выше 20 кГц
2. механические волны с диапазоном частот от 20 Гц до 20 кГц
3. механические волны с частотой менее 20 Гц
4. электромагнитные волны с диапазоном частот от 20 Гц до 20 кГц

Совокупность объективных характеристик звука, воспринимаемого человеком, составляют:

1. громкость, частота
2. частота, интенсивность, акустический спектр
3. акустический спектр, высота
4. акустическое давление, тембр

К совокупности субъективных характеристик звука относятся:

1. громкость, высота, тембр
2. интенсивность, частота, акустический спектр
3. акустический спектр, громкость
4. акустическое давление, высота

Тембр звука как физиологическая характеристика определяется таким физическим параметром, как:

1. частота
2. амплитуда, интенсивность
3. акустический спектр

Тембр звука определяется:

1. частотой основного тона
2. амплитудой основного тона
3. обертонами

Высота звука как физиологическая характеристика определяется таким физическим параметром, как:

1. частота
2. амплитуда, интенсивность
3. акустический спектр

Отличие сложных тонов по гармоническому спектру при одинаковой основной частоте воспринимается ухом как:

1. тембр звука
2. шум
3. громкость звука

Громкость звука как физиологическая характеристика определяется таким физическим параметром, как:

1. частота
2. амплитуда, интенсивность
3. акустический спектр

Звуки будут отличаться по оберточной окраске, если они имеют:

1. разную частоту

2. разную длину волны
3. разную интенсивность
4. разные акустические спектры

В медицинской практике индивидуальное восприятие звука человеком характеризуется:

1. порогами слышимости и болевого ощущения
2. тембром звука
3. громкостью и интенсивностью звука
4. высотой и частотой звука

Порогом слышимости принято называть:

1. минимальную частоту воспринимаемых звуков
2. максимальную частоту воспринимаемых звуков
3. минимальную воспринимаемую интенсивность звуков
4. максимальную воспринимаемую интенсивность звуков

Порог болевого ощущения - это:

1. максимальная частота звука, при которой еще не возникает болевое ощущение
2. максимальная интенсивность звука, при которой еще не возникает болевое ощущения
3. максимальная длина волны звука, при которой возникает болевое ощущение
4. максимальная высота звука, при которой отсутствует болевое ощущение

Закон Вебера-Фехнера устанавливает соответствие между:

1. физическими и физиологическими параметрами звука
2. громкостью и амплитудой звука
3. интенсивностью звука и порогом слышимости
4. интенсивностью звука и порогом болевого ощущения

Закон Вебера-Фехнера раскрывает связь между:

1. громкостью и амплитудой звука
2. громкостью и интенсивностью звука
3. интенсивностью звука и порогом слышимости
4. интенсивностью звука и порогом болевого ощущения

Единица изменения уровня громкости тона частотой 1000 Гц при изменении интенсивности звука в 10 раз называется:

1. фоном
2. белом
3. децибелом
4. соном

Один бел – это изменение уровня громкости тона частотой 1000 Гц при изменении интенсивности звука в:

1. 2 раза
2. 10 раз
3. 100 раз
4. 50 раз

Децибел равен:

1. 0,1 бел
2. 1 бел
3. 100 бел
4. 0,01 бел

Наибольшая чувствительность уха человека лежит в области частот:

1. 20-20000 Гц
2. 1000-5000 Гц
3. 5000-8000 Гц
4. 8000-20000 Гц

Один фон равняется одному децибелу тона частотой:

1. 20 Гц
2. 100 Гц
3. 1000 Гц
4. 10000 Гц

Порогу слышимости соответствует уровень громкости звука:

1. 0 дБ
2. 130 дБ
3. 10 дБ
4. 110 дБ

ТЕМА: БИОФИЗИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГЕМОДИНАМИКИ

Свойство жидкости оказывать сопротивление перемещению её слоев относительно друг друга называется:

1. капиллярным явлением
2. текучестью
3. турбулентностью

4. вязкостью

Коэффициент пропорциональности в формуле Ньютона для расчета силы трения между слоями жидкости называется коэффициентом:

1. относительной вязкости
2. кинематической вязкости
3. динамической вязкости
4. ньютоновской вязкости

Вектор, указывающий направление максимального увеличения скорости, называется:

1. ускорением
2. градиентом скорости
3. угловой скоростью
4. центростремительным ускорением

Градиент скорости в формуле Ньютона определяет:

1. изменение скорости течения жидкости во времени
2. изменение скорости течения жидкости по направлению вдоль сосуда
3. изменение скорости течения жидкости по направлению, которое перпендикулярно потоку жидкости

Согласно формуле Ньютона, сила внутреннего трения:

1. прямо пропорциональна градиенту скорости
2. обратно пропорциональна градиенту скорости
3. пропорциональна второй степени градиента скорости
4. обратно пропорциональна второй степени градиента скорости

Площадь, которая присутствует в формуле Ньютона для силы трения между слоями жидкости - это:

1. площадь соприкосновения слоев
2. площадь сечения трубы
3. площадь внутренней поверхности трубы
4. площадь внешней поверхности трубы

Жидкости, коэффициент вязкости которых зависит от режима их течения, называются:

1. ньютоновскими
2. неньютоновскими
3. идеальными
4. чистыми жидкостями

Жидкости, коэффициент вязкости которых не зависит от режима их течения, называются:

1. ньютоновскими
2. неньютоновскими
3. идеальными
4. растворами

С увеличением температуры вязкость:

1. уменьшается только у ньютоновских жидкостей
2. уменьшается только у неньютоновских жидкостей
3. уменьшается у любых жидкостей
4. возрастает у любых жидкостей

Кинематическая вязкость жидкости равна:

1. отношению плотности жидкости к ее динамической вязкости
2. отношению динамической вязкости жидкости к ее плотности
3. произведению динамической вязкости на плотность жидкости
4. величине, являющейся обратной произведению динамической вязкости на плотность жидкости

Методом Стокса измеряют:

1. коэффициент поверхностного натяжения жидкости
2. коэффициент вязкости жидкости
3. плотность жидкости
4. смачивающую способность жидкости

При помощи капиллярного вискозиметра измеряют:

1. абсолютную вязкость
2. силу внутреннего трения
3. относительную вязкость
4. градиент скорости

Характер течения жидкости по трубе определяется:

1. уравнением Ньютона
2. числом Рейнольдса
3. формулой Пуазейля
4. законом Стокса

Режим течения жидкости турбулентный, если число Рейнольдса:

1. больше или равно критическому значению
2. намного меньше критического значения
3. равно критическому значению
4. меньше критического значения

Режим течения жидкости ламинарный, если число Рейнольдса:

1. больше критического значения
2. меньше критического значения
3. равно критическому значению
4. намного больше критического значения

Критическое значение числа Рейнольдса при течении жидкости по гладкой цилиндрической трубе равно:

1. 1000
2. 970
3. 2300
4. 1970

В случае ламинарного течения жидкости:

1. слои не перемешиваются, течение не сопровождается характерными акустическими шумами
2. слои не перемешиваются, течение сопровождается характерными акустическими шумами
3. слои перемешиваются, течение не сопровождается характерными акустическими шумами
4. слои перемешиваются, течение сопровождается характерными акустическими шумами

В случае турбулентного течения жидкости:

1. слои не перемешиваются, течение не сопровождается характерными акустическими шумами
2. слои не перемешиваются, течение сопровождается характерными акустическими шумами
3. слои перемешиваются, течение не сопровождается характерными акустическими шумами
4. слои перемешиваются, течение сопровождается характерными акустическими шумами

При турбулентном течении жидкости скорость ее частиц в каждой точке:

1. является одинаковой
2. непрерывно и хаотически меняется
3. возрастает в соответствии с линейной зависимостью от времени
4. равняется нулю

С увеличением скорости движения тела в жидкости сила сопротивления:

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется

ТЕМА: ФИЗИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ

Электрическим полем называется:

1. особый вид материи, посредством которого осуществляется не зависящее от скорости движения взаимодействие частиц, обладающих электрическим зарядом
2. особый вид материи, посредством которого взаимодействуют все движущиеся и неподвижные тела, обладающие гравитационной массой
3. особый вид материи, посредством которого взаимодействуют все элементарные частицы

Напряжённость электрического поля это:

1. энергетическая характеристика поля, величина скалярная
2. энергетическая характеристика поля, величина векторная
3. силовая характеристика поля, величина скалярная
4. силовая характеристика поля, величина векторная

Силовые линии электрического поля - это:

1. геометрическое место точек с одинаковой напряжённостью
2. линии, в каждой точке которых касательные совпадают с направлением вектора напряжённости
3. линии, соединяющие точки с равной напряжённостью

Потенциал электрического поля - это:

1. энергетическая характеристика поля, величина скалярная
2. энергетическая характеристика поля, величина векторная
3. силовая характеристика поля, величина скалярная
4. силовая характеристика поля, величина векторная

В каждой точке электрического поля, созданного несколькими отдельными зарядами, напряжённость равняется:

1. алгебраической разности напряжённостей полей каждого из зарядов
2. алгебраической сумме напряжённостей полей каждого из зарядов
3. геометрической сумме напряжённостей полей каждого из зарядов
4. скалярной сумме напряжённостей полей каждого из зарядов

В каждой точке электрического поля, созданного несколькими отдельными зарядами, потенциал электрического поля равняется:

1. алгебраической разности потенциалов полей каждого из зарядов
2. алгебраической сумме потенциалов полей каждого из зарядов
3. геометрической сумме потенциалов полей каждого из зарядов
4. произведению модулей потенциалов полей каждого из зарядов

Под эквипотенциальными линиями понимаются:

1. линии, выходящие из положительного заряда
2. линии равного потенциала
3. линии, выходящие из отрицательного заряда
4. линии, вдоль которых потенциал уменьшается

Эквипотенциальные поверхности электрического поля – это:

1. поверхности, каждая из точек которых обладает одинаковым потенциалом
2. траектории движения зарядов в электрическом поле
3. поверхности, нигде не пересекающие линии напряженности электрического поля
4. поверхности, при движении вдоль которых происходит наиболее быстрое изменение потенциала

Силовые линии и эквипотенциальные линии электрического поля:

1. взаимно перпендикулярны
2. направлены в одну сторону
3. направлены в противоположные стороны
4. направлены под острым углом друг другу

Электрическим диполем называется:

- система, состоящая из двух макрозарядов, равных по величине, противоположных по знаку, расположенных на небольшом расстоянии друг от друга
- система, состоящая из двух точечных зарядов равных по величине, одинаковых по знаку, расположенных на некотором расстоянии друг от друга
- система, состоящая из двух точечных зарядов равных по величине, противоположных по знаку, расположенных на некотором расстоянии друг от друга
- система, состоящая из двух точечных зарядов разных по величине, одинаковых по знаку, расположенных на некотором расстоянии друг от друга

Токовый диполь - это:

1. двухполюсная система, состоящая из истока и стока тока
2. система, состоящая из двух точечных зарядов равных по величине, противоположных по знаку, расположенных на расстоянии друг от друга
3. система, состоящая из комплекса точечных зарядов

Электрический момент диполя:

1. вектор, модуль которого равен произведению заряда на плечо диполя
2. скалярная величина, равная произведению заряда на плечо диполя
3. скалярная величина, равная отношению заряда к величине плеча диполя

Электрический момент диполя направлен:

1. от положительного заряда к отрицательному
2. от отрицательного заряда к положительному
3. перпендикулярно оси диполя

Электрический момент токового диполя – это:

1. вектор, равный произведению заряда на плечо диполя
2. скалярная величина, равная произведению заряда на плечо диполя
3. вектор, равный произведению силы тока на плечо диполя

Электрический момент токового диполя направлен:

1. от стока тока к его истоку
2. от истока тока к его стоку
3. перпендикулярно оси диполя

Потенциал, создаваемый электрическим диполем:

1. пропорционален электрическому моменту диполя
2. обратно пропорционален электрическому моменту диполя
3. определяется второй степенью модуля электрического момента диполя
4. обратно пропорционален моменту электрического диполя в третьей степени

Потенциал, создаваемый токовым диполем:

1. обратно пропорционален произведению удельного сопротивления среды на дипольный момент токового диполя
2. пропорционален произведению удельного сопротивления среды на дипольный момент токового диполя
3. определяется второй степенью модуля дипольного момента токового диполя
4. обратно пропорционален дипольному моменту токового диполя в третьей степени

Электрический диполь может существовать сколь угодно долго в:

1. диэлектрике
2. проводящей среде
3. полупроводнике

Токовый диполь может существовать сколь угодно долго в:

1. диэлектрике
2. проводящей среде
3. вакууме

Суммарная сила, действующая на электрический диполь в однородном электрическом поле:

1. равняется нулю
2. направлена по линиям напряженности поля
3. направлена против линий напряженности поля
4. зависит от ориентации диполя в пространстве

ТЕМА: ФИЗИОТЕРАПИЯ. МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ

Физиотерапия – это:

1. область медицины, которая изучает внутренние болезни, а также методы их профилактики и лечения
2. область медицины, изучающая физиологическое и лечебное действие природных и искусственно создаваемых физических факторов и разрабатывающая методы использования их с профилактическими и лечебными целями
3. наука, изучающая жизнедеятельность целостного организма и его частей – систем, органов, тканей и клеток
4. наука, изучающая физические свойства биологически важных молекул, молекулярных комплексов, клеток и сложных биологических систем, а также протекающие в них физические и физико-химические процессы

Сила тока представляет собой:

1. силу, действующую на заряд со стороны электрического поля
2. количество заряда, прошедшее сквозь поперечное сечение проводника в единицу времени
3. общее количество свободных носителей заряда в проводнике
4. среднюю энергию упорядоченного движения зарядов в проводнике

Величина плотности тока определяется:

1. силой тока при единичном напряжении
2. величиной, обратной силе тока
3. изменением силы тока за единицу времени
4. отношением силы тока к площади сечения проводника

Сила тока в однородном участке цепи:

1. прямо пропорциональна напряжению, приложенному к участку, и обратно пропорциональна его электрическому сопротивлению
1. прямо пропорциональна его электрическому сопротивлению и обратно пропорциональна напряжению, приложенному к участку
1. прямо пропорциональна произведению напряжения, приложенного к участку, на величину его электрического сопротивления
1. обратно пропорциональна произведению напряжения, приложенного к участку, на величину его электрического сопротивления

Полное электрическое сопротивление катушки индуктивности с увеличением частоты переменного тока:

1. возрастает
2. не изменяется
3. уменьшается
4. сначала возрастает, а потом уменьшается

Удельное сопротивление проводника зависит от:

1. материала и температуры проводника
2. материала и длины проводника
3. материала и площади поперечного сечения проводника
4. длины и площади поперечного сечения проводника

Сопротивление последовательно соединенных проводников будет:

1. меньше меньшего из сопротивлений проводников
2. больше большего из сопротивлений проводников
3. меньше большего из сопротивлений проводников
4. больше меньшего, но меньше большего из сопротивлений проводников

Сопротивление параллельно соединенных проводников будет:

1. меньше меньшего из сопротивлений проводников
2. больше большего из сопротивлений проводников
3. меньше большего из сопротивлений проводников
4. больше меньшего, но меньше большего из сопротивлений проводников

Электрический ток, который с течением времени не изменяется по величине и направлению, называется:

1. переменным
2. импульсным
3. постоянным
4. произвольно изменяющимся

Электрический ток, периодически изменяющий свое значение с течением времени, но не изменяющий направления – это ток:

1. переменный
2. импульсный
3. постоянный
4. произвольно изменяющийся

Электрический ток, величина и направление которого периодически изменяются во времени, принято называть:

1. переменным
2. импульсным
3. постоянным
4. произвольно изменяющимся

Электрическая емкость конденсатора с увеличением частоты переменного тока:

1. возрастает
2. не изменяется
3. уменьшается
4. сначала возрастает, а потом перестает изменяться

Индуктивность катушки при увеличении частоты переменного тока:

1. возрастает

2. не изменяется
3. уменьшается
4. сначала возрастает, а потом уменьшается

Емкостное сопротивление конденсатора с ростом частоты переменного тока:

1. возрастает
2. не изменяется
3. уменьшается
4. сначала не изменяется, а потом уменьшается

Активное сопротивление катушки индуктивности с ростом частоты переменного тока:

1. возрастает
2. не изменяется
3. уменьшается
4. сначала возрастает, а потом уменьшается

При увеличении емкости конденсатора колебательного контура, частота электромагнитных колебаний:

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется

При уменьшении индуктивности катушки колебательного контура, частота электромагнитных колебаний:

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется

Если емкость конденсатора в колебательном контуре возросла в девять раз, то период электромагнитных колебаний:

1. увеличился в девять раз
2. уменьшился в девять раз
3. увеличился в три раза
4. уменьшился в три раза

Если индуктивность катушки в колебательном контуре уменьшилась в двадцать пять раз, то период электромагнитных колебаний:

1. увеличился в двадцать пять раз
2. уменьшился в двадцать пять раз
3. увеличился в пять раз
4. уменьшился в пять раз

Если емкость конденсатора в колебательном контуре возросла в восемь раз, а индуктивность катушки уменьшилась в два раза, то период электромагнитных колебаний:

1. увеличился в восемь раз
2. уменьшился в шестнадцать раз
3. увеличился в два раза
4. уменьшился в два раза

МОДУЛЬ-2

ТЕМА: ОПТИКА

По своей физической природе свет - это:

1. ионизирующее излучение
2. форма материи, обладающая исключительно волновыми свойствами
3. форма материи, проявляющая только корпускулярными свойствами
4. электромагнитное излучение, выступающее и как поток фотонов и как электромагнитные волны

Волновая природа света являет собой:

1. упругие продольные волны
2. упругие поперечные волны
3. электромагнитные поперечные волны
4. электромагнитные продольные волны

Электромагнитные волны светового диапазона обладают длиной волны:

1. от 400 до 10 нм
2. от 1000 до 0,78 мкм
3. от 10 до 50 дм
4. от 780 до 400 нм

В оптике под световым лучом понимается:

1. электромагнитная волна
2. поток фотонов определенной частоты
3. направление распространения энергии световой волны

Величина, характеризующая линзу, называется:

1. оптической силой
2. коэффициентом рассеяния
3. показателем поглощения

4. коэффициентом отражения

Оптическая сила линзы:

1. прямо пропорциональна фокусному расстоянию
2. обратно пропорциональна фокусному расстоянию
3. пропорциональна квадрату фокусного расстояния
4. обратно пропорциональна квадрату фокусного расстояния

Оптическая сила линзы измеряется в:

1. радианах
2. стерадианах
3. метрах
4. диоптриях

Диоптрия – это оптическая сила такой линзы, фокусное расстояние которой равно:

1. одному сантиметру
2. одному метру
3. одному миллиметру
4. одному дециметру

Линзы, у которых средняя часть толще краёв, являются:

1. собирающими
2. рассеивающими
3. вогнутыми

Линзы, у которой средняя часть тоньше краёв, являются:

1. собирающими
2. рассеивающими
3. двояковыпуклыми

Точка тонкой линзы, проходя через которую луч света не изменяет своего направления, называется:

1. оптическим центром линзы
2. главным фокусом линзы
3. мнимым фокусом линзы

Точку, в которой собираются лучи, падающие на линзу параллельно главной оптической оси, принято называть:

1. побочным фокусом
2. оптическим центром
3. главным фокусом

Прямая, которая проходит через центры кривизны поверхностей, ограничивающих линзу, называется:

1. побочной оптической осью
2. главной оптической осью
3. световым лучом

Тонкая линза обладает:

1. одной оптической осью
2. двумя оптическими осями
3. тремя оптическими осями
4. неограниченным множеством оптических осей

Изображение предмета, расположенного на двойном фокусном расстоянии от тонкой линзы является:

1. перевернутым и увеличенным
2. прямым и увеличенным
3. прямым и равным по размерам предмету
4. перевернутым и равным по размеру предмету

Изображение предмета, находящегося от собирающей линзы на расстоянии, большем фокусного, но меньшем двойного фокусного, будет:

1. мнимое и находится между линзой и фокусом
2. действительное и находится между линзой и фокусом
3. действительное и находится за двойным фокусом
4. действительное и находится между фокусом и двойным фокусом

Предмет, расположенный на двойном фокусном расстоянии от тонкой собирающей линзы, передвигается к фокусу линзы, а его изображение при этом:

1. приближается к линзе
2. удаляется от фокуса линзы
3. приближается к фокусу линзы
4. приближается к двойному фокусу линзы

Для того, чтобы изображение, полученное с помощью собирающей линзы, было действительное, предмет нужно поместить на расстоянии:

1. большем, чем фокусное расстояние
2. меньшем, чем фокусное расстояние
3. произвольном, потому что изображение всегда будет действительным

4. нельзя указать на каком, потому что при любом расстоянии изображение будет мнимым

Если предмет расположен между собирающей линзой и ее фокусом, то изображение предмета:

1. мнимое, перевернутое
2. действительное, перевернутое
3. действительное, прямое
4. мнимое, прямое

Если предмет расположен на тройном фокусном расстоянии от тонкой линзы, то его изображение является:

1. перевернутым и увеличенным
2. прямым и уменьшенным
3. прямым и увеличенным
4. перевернутым и уменьшенным

ТЕМА: РАДИОАКТИВНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ

Радиоактивностью принято называть свойство ядер элементов превращаться:

1. под воздействием внешнего магнитного поля в ядра других элементов
2. под воздействием внешнего электрического поля в ядра других элементов
3. самопроизвольно в ядра других элементов с испусканием излучения
4. в ядра других элементов с поглощением радиоактивного излучения

Явление радиоактивности было открыто:

1. Джозефом Томсоном
2. Эрнстом Резерфордом
3. Анри Беккерелем
4. Марией Склодовской-Кюри

Открытие явления радиоактивности произошло:

1. в 1887 году
2. в 1896 году
3. в 1908 году
4. в 1915 году

Ядро атомов состоит из:

1. электронов и позитронов
2. нейтронов и электронов
3. протонов и электронов
4. протонов и нейтронов

Количество протонов в ядре равно:

1. массовому числу элемента
2. атомному номеру элемента
3. сумме массового числа и атомного номера элемента
4. разности массового числа и атомного номера элемента

Массовое число атомного ядра равняется:

1. числу нейтронов
2. числу протонов
3. сумме количества нейтронов и протонов
4. модулю разности количества нейтронов и протонов

Изотопами принято называть химические элементы, атомы которых имеют одинаковое число:

1. электронов
2. протонов
3. нейтронов

Нуклоны в ядре атома связаны:

1. силами кулоновского притяжения
2. силами кулоновского отталкивания
3. ядерными силами

Свойство ядерных сил действовать только на малых расстояниях, сравнимых по порядку величины с размерами самих нуклонов, называется:

1. короткодействием
2. насыщением
3. зарядовой независимостью

Свойство ядерных сил, состоящее в том, что любой нуклон ядра взаимодействует не со всеми другими нуклонами, а лишь с ограниченным числом непосредственных соседей – это:

1. короткодействие
2. насыщение
3. зарядовая независимость

Свойство ядерных сил, проявляющееся в том, что на равных расстояниях два протона, два нейтрона или протон с нейтроном взаимодействуют одинаково, называется:

1. короткодействием
2. насыщением
3. зарядовой независимостью

По своей величине ядерные силы притяжения между нуклонами в ядре:

1. во много раз превосходят электромагнитные и гравитационные силы, действующие между этими нуклонами
2. больше гравитационных, но меньше электромагнитных сил, действующих между этими нуклонами
3. существенно меньше как электромагнитных, так и гравитационных сил, действующих между этими нуклонами

При увеличении расстояния между нуклонами ядерные силы по величине:

1. возрастают
2. уменьшаются
3. не изменяются
4. сначала уменьшаются, а затем возрастают

Энергия, которую необходимо затратить для полного расщепления ядра на отдельные частицы, называется:

1. энергией связи ядра
2. гравитационной энергией системы нуклонов
3. энергией электромагнитного поля системы нуклонов

Энергия связи ядра в соответствии с законом сохранения энергии:

1. существенно превосходит энергию, которая выделяется при образовании ядра из отдельных свободных нуклонов
2. равняется энергии, которая выделяется при образовании ядра из отдельных свободных нуклонов
3. во много раз меньше энергии, которая выделяется при образовании ядра из отдельных свободных нуклонов

Энергия покоящегося ядра:

1. меньше суммарной энергии соответствующих невзаимодействующих покоящихся нуклонов
2. больше суммарной энергии соответствующих невзаимодействующих покоящихся нуклонов
3. равняется суммарной энергии соответствующих невзаимодействующих покоящихся нуклонов

Энергия связи ядра равняется:

1. дефекту массы ядра, умноженному на величину скорости света в вакууме
2. дефекту массы ядра, деленному на величину скорости света в вакууме
3. дефекту массы ядра, умноженному на квадрат скорости света в вакууме
4. дефекту массы ядра, деленному на квадрат скорости света в вакууме

При увеличении удельной энергии связи нуклонов в ядре стабильность атомных ядер:

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется

Излучение, взаимодействие которого со средой приводит к отделению электронов от нейтрального атома или молекулы, называется:

1. ионизирующим
2. радиоволновым
3. тепловым
4. оптическим

Радиоактивное излучение, представляющее собой поток ядер гелия, – это:

1. альфа-излучение
2. бета-излучение
3. гамма-излучение
4. рентгеновское излучение

ТЕМА: РЕНТГЕНОВСКОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ

Электромагнитные волны, частоты которых лежат между частотами волн ультрафиолетового диапазона и гамма-излучения, были открыты:

1. Вильгельмом Рентгеном

2. Эрнстом Резерфордом
3. Анри Беккерелем
4. Марией Склодовской-Кюри

Излучение, названное позже рентгеновским, было открыто:

1. в 1885 году
2. в 1895 году
3. в 1905 году
4. в 1915 году

Установил волновую природу рентгеновского излучения в результате проведенной экспериментальной работы:

1. Эрнст Резерфорд
2. Фредерик Содди
3. Макс Лауэ
4. Анри Беккерель

По своей физической природе рентгеновское излучение представляет собой:

1. ионизирующее электромагнитное излучение
2. поток электронов
3. радиоактивное излучение в форме многозарядных ионов
4. радиоактивное излучение в форме быстрых нейтронов

Рентгеновским излучением принято называть:

1. электромагнитное излучение, испускаемое всеми телами, температура которых выше нуля по шкале Кельвина
2. электромагнитные волны с длиной волны от восьмидесяти нанометров до одной десятитысячной нанометра
3. электромагнитное излучение, занимающее спектральную область между красной границей видимого света и коротковолновым радиоизлучением
4. электромагнитное излучение, занимающее спектральную область от фиолетовой границы видимого света до ста нанометров

Длина волны рентгеновского излучения:

1. больше длины волны инфракрасного излучения
2. меньше длины волны гамма-излучения
3. меньше длины волны инфракрасного излучения, но больше длины волны ультрафиолетового излучения
4. меньше длины волны ультрафиолетового излучения и больше длины волны гамма-излучения

Возможность рентгеновских лучей без существенного поглощения проходить сквозь значительные слои вещества, непрозрачного для видимого света – это:

1. проникающая способность

2. невидимость
3. фотографическое действие
4. ионизационное действие

Способность рентгеновских лучей разлагать галоидные соединения серебра, в том числе находящиеся в фотоэмульсиях, называется:

1. проникающей способностью
2. невидимостью
3. фотографическим действием
4. ионизационным действием

Свойство рентгеновских лучей, обусловленное тем, что длина их волны меньше, чем у воспринимаемого света, и заключающееся в том, что на них клетки сетчатки глаза человека не реагируют – это:

1. проникающая способность
2. невидимость
3. фотографическое действие
4. ионизационное действие

Способность рентгеновских лучей вызывать распад нейтральных атомов на положительно и отрицательно заряженные частицы называется:

1. проникающей способностью
2. невидимостью
3. фотографическим действием
4. ионизационным действием

Характеристическому рентгеновскому излучению соответствует:

1. появление линейчатого спектра на фоне сплошного, в случае увеличения напряжения на рентгеновской трубке
2. непрерывный спектр рентгеновского излучения, образующийся при торможении большого числа электронов
3. сплошной спектр рентгеновского излучения
4. ускоренное движение электронов при торможении и в соответствии с классической теорией появление электромагнитной волны

Тормозному рентгеновскому излучению соответствует:

1. появление линейчатого спектра на фоне сплошного в случае увеличения при увеличении напряжения на рентгеновской трубке
2. проникновение ускоренных электронов вглубь атома и выбивание электронов из внутренних слоев
3. непрерывный спектр рентгеновского излучения, образующийся при торможении большого количества электронов
4. переход электронов с верхних энергетических уровней на нижние, результатом чего является высвечивание фотонов рентгеновского излучения

В спектре излучения рентгеновской трубки тормозное и характеристическое излучения:

1. взаимно гасят друг друга
2. накладываются друг на друга
3. многократно усиливают друг друга

Характеристическое рентгеновское излучение обладает:

1. сплошным спектром
2. линейчатым спектром
3. полосатым спектром

Тормозное рентгеновское излучение обладает:

1. сплошным спектром
2. линейчатым спектром
3. полосатым спектром

Тормозное рентгеновское излучение возникает при резком изменении скорости движения электронов:

1. в поле атомов анода
2. в поле атомов катода
3. в пространстве, между анодом и катодом

Тормозное рентгеновское излучение:

1. ограничено со стороны коротких волн
2. ограничено со стороны длинных волн
3. имеет неограниченный спектр

Минимальной длине волны рентгеновского излучения соответствует случай, когда:

1. вся энергия электрона идет на нагревание вещества анода
2. часть энергии электрона идет на нагревание вещества анода
3. часть энергии электрона переходит в энергию кванта рентгеновского излучения
4. вся энергия электрона переходит в энергию кванта рентгеновского излучения

Коротковолновая граница спектра рентгеновского излучения зависит от:

1. силы тока в трубке
2. атомного номера вещества анода
3. атомного номера вещества катода
3. напряжения между анодом и катодом

Более жестким рентгеновское излучение становится, если:

1. длина волны уменьшается, при этом энергия фотона увеличивается
2. длина волны увеличивается, при этом энергия фотона уменьшается
3. длина волны уменьшается, при этом энергия фотона уменьшается
4. длина волны увеличивается, при этом энергия фотона увеличивается

Система оценки тестовых заданий:

- оценка- 5 за 91%-100 % тестовых заданий.
- оценка- 4 за 71-90% тестовых заданий,
- оценка- 3 за 61-70% тестовых заданий,

оценка- 2 за 0-60% тестовых заданий,

Промежуточная аттестация

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет

Форма проведения: устно по билетам. Билет содержит 2 устных вопроса и 2 задачи-одну качественную и одну количественную.

Вопросы по физике к дифференцированному зачету

Клеточная мембрана: определение, функции мембран, физические свойства.

Жидкостно-кристаллическая модель клеточной мембраны. Функции мембранных белков, липидов, углеводов. Латеральная диффузия и флип-флоп переход липидов. Искусственные мембраны. Липосомы.

Транспорт неэлектролитов через клеточные мембраны. Простая диффузия, её виды. Уравнение Фика. Облегчённая диффузия: механизмы, транспорта (подвижные, фиксированные переносчики), отличия от простой диффузии.

Пассивный транспорт ионов через клеточные мембраны. Электрохимический потенциал. Уравнение Теорелла. Уравнение Нернста-Планка. Смысл уравнений.

Ионный канал, виды, свойства. Молекулярная конструкция. Селективный фильтр. Механизм транспорта иона через ионный канал.

Активный транспорт ионов. Мембранный насос. Определение. Молекулярная конструкция натриево-калиевого насоса. Ионообменный механизм транспорта ионов натрия, калия.

Мембранный потенциал, определение, величина. Способы измерения МП. Условия и механизм возникновения мембранного потенциала. Роль пассивных и активных сил.

Уравнение Нернста. Потенциал Нернста, его природа. Стационарный мембранный потенциал, уравнение Гольдмана-Ходжкина.

Потенциал действия, определение, кривая ПД. Фазы ПД, ионные механизмы их возникновения.

Механический сердечный цикл. Ударный, минутный объем крови. Работа, мощность сердца.

Механизм преобразования импульсного выброса крови из сердца в непрерывный кровоток в артериальных сосудах. Теория "пульсирующей камеры". Пульс, пульсовая волна. "Периферическое сердце".

Гемодинамика в одиночном сосуде. Уравнение Пуазейля. Гидравлическое сопротивление. Законы общесистемной гемодинамики.

Уравнение Ньютона для жидкостей. Коэффициент вязкости жидкости, единицы измерения. Ньютоновские и неньютоновские жидкости. Вязкость крови. Медицинский вискозиметр, принцип работы.

Ламинарное, турбулентное течение жидкости. Число Рейнольдса. Измерение артериального давления по Короткову: физические основы метода, физическая природа тонов Короткова.

Механические колебания: виды колебаний, параметры. Гармонические колебания. Шкала механических колебаний.

Механические волны, виды. Уравнение волны. Интенсивность волны. Вектор Умова.

Звук. Тон простой и сложный. Акустический спектр. Физические и физиологические параметры звука, связь между ними.

Психофизический закон Вебера-Фехнера. Шкалы оценки ощущений громкости (децибельная и фоновая). Единицы измерения уровня громкости, их определение.

Акустическая среда. Определение. Распространение звука в различных акустических средах. Акустическое сопротивление, коэффициент проникновения через границу раздела сред. Реверберация.

Строение и функции наружного и среднего уха. Роль барабанной перепонки, слуховых косточек и евстахиевой трубы в звукопроведении.

Строение улитки (поперечный разрез) Распространение звуковых волн в замкнутых гидромеханических системах. Механизм звукопроведения в улитке.

Физические основы звуковых методов исследования в клинике: перкуссия, аускультация, аудиометрия. Построение кривой порога слышимости и аудиограммы с помощью аудиометра-АА-02.

Инфразвук: естественные и искусственные источники, свойства, механизм влияния на ЦНС человека.

Ультразвук: способы получения (обратный пьезоэффект, магнитострикция), свойства, механизм влияния на биообъекты. Применение в медицине.

Электрогенез миокарда сердца: потенциал действия миоцитов желудочков. Механизм их возникновения, форма кривой, фазы.

Основные функции сердца: автоматизм, возбудимость, проводимость, сократимость. Конструкция автоматической (проводящей) системы сердца, роль в формировании дипольных свойств сердца.

Электрический диполь. Определение. Электрический момент диполя. Токовый диполь. Определение. Механизм формирования дипольных свойств живого сердца.

Физические основы электрокардиографии. Теория Эйнтховена, основные положения. Распределение эквипотенциальных линий на поверхности тела. Стандартные отведения.

Электрокардиограмма здорового сердца: кривая, формы и виды зубцов. Информационное значение зубцов, интервалов и сегментов ЭКГ.

Вектор ЭДС сердца, его построение, клиническое значение. Техника измерения амплитудных (мВ) и временных (сек) параметров, зубцов и

интервалов ЭКГ по электрокардиограмме.

Электрокардиография. Блок-схема электрокардиографа. Назначение блоков. Виды электрокардиографов.

Ионизирующее излучение. Виды, физическая характеристика. Естественные и искусственные источники. Принципы защиты от ионизирующего излучения.

Рентгеновское излучение и его свойства. Рентгеновская трубка и принцип её работы.

Виды рентгеновского (тормозное, характеристическое) излучения и механизм их возникновения. Спектры тормозного и характеристического излучений.

Поток рентгеновского излучения. Коэффициент полезного действия рентгеновской трубки.

Первичные механизмы взаимодействия рентгеновского излучения с веществом (когерентное рассеяние, фотоэффект и некогерентное рассеяние).

Закон ослабления потока рентгеновского излучения. Линейный и массовый коэффициент ослабления. Физические основы рентгенодиагностики.

Рентгеновская компьютерная томография: принцип метода, области применения в медицине.

Радиоактивность. Альфа-распад. Характеристика альфа-излучения. Взаимодействие альфа излучения с веществом.

Радиоактивность. Бетта-распад. Характеристика бетта-излучения. Взаимодействие бетта-излучения с веществом. Характеристика гамма излучения.

Радиоактивность. Закон радиоактивного распада. Период полураспада.

Радиоактивность. Активность радиоактивного элемента, закон изменения активности, единицы измерения активности.

Взаимодействие ионизирующего излучения с веществом на атомарном уровне. Понятие о радикалах. Механизмы прямого и косвенного действия ионизирующего излучения на биологические объекты. Биофизические механизмы повреждения клеток ионизирующим излучением.

Радионуклиды. Физические основы радионуклидной диагностики и терапии.

Дозиметрия ионизирующего излучения. Поглощённая доза. Единицы измерения. Экспозиционная доза. Единицы измерения. Ионизационная камера, принцип работы. Связь между поглощённой и экспозиционной дозами.

Качественная оценка биологического действия ионизирующего излучения. Эквивалентная (биологическая) доза. Определение, единицы измерения. Коэффициент качества. Связь между эквивалентной и поглощённой дозами.

Эффективная эквивалентная доза. Единицы измерения. Коэффициент радиационного риска. Связь между эффективной эквивалентной и эквивалентной дозами. Коллективная эффективная эквивалентная доза. Полная коллективная эффективная эквивалентная доза.

Мощность дозы. Принцип работы измерителя мощности дозы индикатора радиоактивности «РАДЭКС РД 1503». Определение воздушного слоя половинного и полного поглощения β излучения источника. Определение процентного соотношения β и γ излучений в радиоактивном источнике.

Классификация методов физиотерапии. Физико-химические эффекты, возникающие в тканях организма под действием физического фактора (электрический ток, электромагнитное поле, электромагнитная волна).

Идеальный колебательный контур. Процессы, происходящие в колебательном контуре. Механизм образования электромагнитных волн. Формула Томсона.

Электромагнитные волны. Уравнение электромагнитной волны. Скорость распространения. Вектор Умова - Пойтинга.

Блок-схема генератора незатухающих колебаний. Аппарат УВЧ-терапии. Терапевтический контур.

Физические процессы, происходящие в тканях организма под воздействием электрической составляющей переменного электромагнитного поля высокой частоты. УВЧ-терапия. Изобразить графически влияние электромагнитного поля на растворы электролитов и жидкие диэлектрики.

Физические процессы, происходящие в тканях организма под воздействием постоянного тока. Гальванизация и электрофорез. Блок-схема аппарата.

Физические процессы, происходящие в тканях организма под воздействием постоянного тока в импульсном режиме. Электродиагностика. Электростимуляция.

Физические процессы, происходящие в тканях организма под воздействием тока средней частоты. Местная дарсонвализация. Принцип работы аппарата для местной дарсонвализации «ДЕ-212 КАРАТ».

Эволюция взглядов о строении атома. Модель Томсона, опыт Резерфорда.

Модель атома Бора. Постулаты Бора.

Лазеры. Виды лазеров. Спонтанное и индуцированное излучение. Свойства лазерного излучения.

Блок-схема лазера. Принцип работы гелий-неонового и рубинового лазера.

Механизмы биологического действия лазерного излучения. Основные направления использования лазерного излучения в медицине.

Магнитный момент электронов, протонов и ядер атомов. Теоретические основы метода ЯМР. Прецессия, Ларморова частота.

Блок-схема установки ЯМР. Спектр ЯМР. Химический сдвиг. ЯМР-томография. Применение в медицинской практике.

Линзы. Построение изображения в линзах. Фокус линзы и оптическая сила. Недостатки оптической системы глаза и физические основы их исправления.

Оптическая система глаза. Виды билинз и их характеристики. Редуцированный глаз. Угол зрения. Острота зрения.

Морфо-функциональные слои сетчатки глаза. Первичные механизмы свето- и цветовосприятия. Понятие о "первичных зрительных образах".

Основные фотометрические характеристики: световой поток, сила света, освещенность и единицы их измерения.

Устройство, назначение и принцип работы люксметра. Определение освещенности (естественной и искусственной) и расчет необходимого количества светильников для создания заданного уровня искусственной освещенности в помещении.

Физическая природа света. Поглощение света. Закон Бугера. Закон Бугера-Бера. Коэффициент светопропускания, оптическая плотность вещества.

Фотоэлектроколориметрия: принцип метода, применение. Оптическая схема прибора. Методика определения концентрации вещества с помощью фотоэлектроколориметра.

Перечень типовых задач для дифференцированного зачета:

Известно, что человеческое ухо воспринимает упругие волны в интервале частот $\nu_1 = 20$ Гц до $\nu_2 = 20$ кГц. Каким длинам волн соответствует этот интервал в воздухе? в воде? Скорости звука в воздухе и в воде равны соответственно $v_1 = 340$ м/с и $v_2 = 1400$ м/с.

Определите среднюю силу, действующую на барабанную перепонку человека (площадь $S = 66$ мм²) для двух случаев: а) порог слышимости; б) порог болевого ощущения. Частота $\nu = 1$ кГц.

На сколько увеличилась громкость звука, если интенсивность звука увеличилась от порога слышимости в 100 раз. Частота звука равна 1 кГц.

Потенциал покоя нервного волокна кальмара равен -60 мВ, потенциал действия +35 мВ. Вследствие чего происходит такое изменение мембранного потенциала?

Определите равновесный мембранный потенциал митохондрий, если при 37°C внутри митохондрий $pH=9$, а в окружающей среде 7? Температура равна 20°C.

Определите равновесный мембранный потенциал на мембране при отношении концентраций натрия снаружи и внутри клетки: 1) 1 : 1; 2) 10 : 1; 3) 100 : 1.

Каково гидравлическое сопротивление кровеносного сосуда длиной 0,12 м и радиусом 0,1 мм?

Найдите объемную скорость кровотока в аорте, если радиус просвета аорты равен 1,75 см, а линейная скорость крови в ней составляет 0,5 м/с.

Средняя линейная скорость кровотока в сонной артерии диаметром 3 см равна 5 мм/с. Какова объемная скорость кровотока в этом сосуде?

Каков электрический заряд мембраны, если её ёмкость $1 \text{ мкФ} \cdot \text{см}^{-1}$,

равновесный мембранный потенциал 130 мВ?

Электрическое напряжение на мембране равно $U=60$ мВ, толщина мембраны $L=10$ нм. Найдите напряженность электрического поля в мембране (E).

Колебательный контур аппарата для терапевтической диатермии состоит из катушки индуктивности и конденсатора ёмкостью 30 пФ.

Определите индуктивность катушки, если частота генератора равна 1 МГц.

Человек, сняв очки, читает книгу, держа ее на расстоянии 16 см от глаз. Какой оптической силы у него очки?

Расчитать амплитуду зубца R (мВ) если в миллиметрах амплитуда составляет 2 мм. Высота калибровочного импульса 10 мм.

Расчитать амплитуду зубца R (мВ) если в миллиметрах амплитуда составляет 18 мм. Высота калибровочного импульса 10 мм.

Расстояние между зарядами $3,2 \text{ нКл}$ равно 12 см. Найти потенциал поля, созданного диполем в точке, удаленной от диполя на 8 см.

Тело поглотило фотоны рентгеновского излучения с энергией 100 эВ, что значительно превышает энергию ионизации атомов данного вещества. Считая основным эффектом взаимодействия рентгеновского излучения с веществом некогерентное рассеяние, найдите длину волны вторичного рентгеновского излучения, если вторичные электроны движутся со скоростью $3,7 \cdot 10^6$ м/с.

Найдите поток рентгеновского излучения при $U=10$ кВ, $I=1$ А. Анод изготовлен из вольфрама. Скольким фотонам в секунду соответствует этот поток, если допустить, что излучается электромагнитная волна, длина которой равна $3/2$ от длины волны, соответствующей границе спектра тормозного рентгеновского излучения?

Для рентгенодиагностики мягких тканей применяют контрастные вещества. Например, желудок и кишечник заполняют кашеобразной массой сульфата бария BaSO_4 . сравните массовые коэффициенты ослабления сульфата бария и мягких тканей (воды).

Для исследования щитовидной железы больному ввели 20 мл 10%-ного раствора глюкозы с радиоактивным йодом. Удельная активность йода в момент введения составляла 0,08 мкКи/мл. Найдите массу йода в растворе. Учтите, что каждая молекула глюкозы связывает один йод.

В источнике минеральной воды активность радона составляет 100 Бк на 1 л. Какое количество атомов радона попадет в организм пациента, выпившего стакан минеральной воды объемом 0,2 л?

Через какой промежуток времени после радиоактивного заражения местности стронцием можно будет использовать земли для возделывания на них различных культур, если расчеты показывают, что количество радиоактивного препарата должно уменьшиться в 100 раз?

В ампуле находится радиоактивный йод $^{131}_{53}\text{I}$ активностью 100 мкКи. Чему будет равна активность препарата через сутки?

В кровь человека ввели небольшое количество раствора, содержащего радионуклид натрия 24 с активностью $1,2 \cdot 10^5$ Бк. Удельная активность крови взятой через 5 часов после инъекции, оказалась равной $1,6 \cdot 10^7$ Бк/см³. Определить по этим данным объем крови человека.

Типовой билет к зачету по физике:

Билет № 1

Электрокардиография. Блок-схема электрокардиографа. Назначение блоков. Виды электрокардиографов.

Гемодинамика в одиночном сосуде. Уравнение Пуазейля. Гидравлическое сопротивление. Законы общесистемной гемодинамики.

3. Человек с нормальным слухом способен ощущать различие в громкости звуков в 1 дБ. Во сколько раз изменяется при этом интенсивность звука частотой 1 кГц?

Критерии оценивания результатов промежуточной аттестации

Характеристика ответа	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно- следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. Полностью решены задачи. студент обосновал применение соответствующих законов, проведена проверка размерности; правильно рассчитан результат.	5
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя. задача решена полностью; не все данные переведены в систему СИ; студент обосновал применение соответствующих законов, проведена проверка размерности; не правильно рассчитан результат. Задача решена полностью; не все данные переведены в систему СИ; студент обосновал применение соответствующих законов, проведена проверка размерности; не правильно рассчитан результат.	4
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно- следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно. Задача решена не полностью; не все данные переведены в систему СИ; студент обосновал применение соответствующих законов, не проведена проверка размерности; не правильно рассчитан результат.	3
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции. Задача не решена полностью; данные не переведены в систему СИ; студент не обосновал применение соответствующих законов, не проведена проверка размерности; не правильно рассчитан результат.	2

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание 1: Основные биофизические понятия для решения профессиональных задач	Вопросы: 1-4, 7-10, 12-17, 28-30, 39-42
Знание 2: Основные информационные технологии, библиографические ресурсы, используемые для решения профессиональных задач.	Вопросы: 22, 23, 24, 30, 60, 62
Умение 1: Применять основные биофизические закономерности и понятия для решения профессиональных задач	Задачи: 2, 3, 7, 8, 14, 15, 20, 21, 24

11. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИМИЯ»

Тема: Основные закономерности протекания химических реакций в жидких средах организма

Форма проведения текущего контроля успеваемости: письменная

Рассматриваемые вопросы для самоконтроля:

Теория

Коллигативные свойства разбавленных растворов неэлектролитов. Закон Рауля: формулировки, расчетные формулы.

Следствие из закона Рауля: понижение температуры замерзания раствора, повышение температуры кипения раствора.

Осмос. Осмотическое давление. Закон Вант-Гоффа для осмотического давления (электролиты, неэлектролиты).

Основные понятия термодинамики: термодинамическая система, термодинамические параметры, термодинамическое состояние, термодинамический процесс, внутренняя энергия, энтальпия (определение, классификация, примеры).

Расчет энтропии веществ в различных процессах (изотермический, изобарный, изохорный), стандартная энтропия, расчет ΔS химической реакции.

Энергия Гиббса. Уравнение Гиббса. ΔG как критерий самопроизвольного протекания изобарно-изотермических процессов.

Классификация химических реакций. Реакции обратимые и необратимые, гомогенные и гетерогенные, простые и сложные, последовательные, цепные, сопряженные: определение, примеры.

Зависимость скорости реакции от концентрации реагирующих веществ (закон действующих масс).

Прогнозирование смещения химического равновесия (принцип Ле-Шателье).

Механизм действия буферных систем при добавлении кислоты и щелочи (на примере ацетатной, аммиачной и белковой), разбавлении водой.

Буферная емкость и факторы на нее влияющие. Зона буферного действия.

Понятие о кислотно-основном состоянии организма: определение, механизмы, регуляция.

Задачи

Раствор содержит 20 г глюкозы в 100 г воды.

Рассчитайте молярную долю растворителя и растворенного вещества.

Вычислите давление насыщенного пара растворителя над раствором при температуре 28 °С, если давление пара чистой воды при этой же температуре равно 29,28 мм рт. ст.

Осмотическое давление раствора объемом 0,5 л, в котором содержится 40 г гемоглобина, при 4 °С равно 2634 Па.

Установите молярную массу гемоглобина.

Температура кипения водного раствора NaOH 102,65 °С. Кажущаяся степень ионизации электролита равняется 70%.

Установите, какую массу NaOH растворили в 100 г воды.

Рассчитайте ΔS_{298}° реакции $2NO(g) + O_2(g) = 2NO_2(g)$, если:

$S_{298}^{\circ}(NO, g) = 210,6 \text{ Дж/моль}\cdot\text{К}$,

$S_{298}^{\circ}(\text{O}_2, \text{г}) = 205 \text{ Дж/моль}\cdot\text{К}$,
 $S_{298}^{\circ}(\text{NO}_2, \text{г}) = 240,2 \text{ Дж/моль}\cdot\text{К}$.

Определите ΔG_{298}° реакции $\text{Fe}_3\text{O}_4 + 4\text{CO} = 3\text{Fe} + 4\text{CO}_2$, если:

$\Delta G_{298}^{\circ}(\text{Fe}_3\text{O}_4) = -1014 \text{ кДж/моль}$,

$\Delta G_{298}^{\circ}(\text{CO}) = -137,2 \text{ кДж/моль}$,

$\Delta G_{298}^{\circ}(\text{CO}_2) = -394 \text{ кДж/моль}$.

Установите возможность самопроизвольного протекания процесса в стандартных условиях.

Рассчитайте изменение скорости реакции $2\text{NO}(\text{г}) + \text{O}_2(\text{г}) = 2\text{NO}_2(\text{г})$ при увеличении концентрации исходных веществ в 2 раза.

Температурный коэффициент некоторой газовой реакции равен 2.

Рассчитайте изменение скорости этой реакции при понижении температуры реакционной смеси от 120 °С до 90 °С.

Объясните влияние температуры на равновесное состояние обратимой реакции:

1) $\text{N}_2 + \text{O}_2 \leftrightarrow 2\text{NO}$ $\Delta H_p = 180,7 \text{ кДж}$.

Объясните влияние давления на равновесное состояние обратимых реакций:

1) $2\text{SO}_2 + \text{O}_2 \leftrightarrow 2\text{SO}_3$,

Рассчитайте изменение pH фосфатной буферной системы при уменьшении концентрации кислотного компонента в 20 раз ($\lg 20 = 1,3$).

$V_{\text{щ}}$ ацетатного буферного раствора равна 0,05 моль/л.

Рассчитайте объем (мл) 0,2 М раствора NaOH, который необходимо добавить к 50 мл буферного раствора, чтобы изменить его pH от 4,1 до 5,2.

Концентрация ионов водорода в крови больного равняется $2,46 \cdot 10^{-8}$ моль/л.

Рассчитайте pH крови ($\lg 2,46 = 0,39$).

Назовите состояние, возникающее при данном нарушении КОС.

Укажите, чем характеризуется это состояние с точки зрения протолитического гомеостаза.

Критерии оценок при выполнении задач и теоретического материала

Оценка "отлично" выставляется студенту, если он правильно оформляет решение химических задач, а также правильное написание химических формул и точно сформулированные ответы на теоретические вопросы.

Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он при решении задач допускает незначительные ошибки при написании химических формул, при математических расчетах и формулировке ответов на теоретические вопросы (1 ошибка).

Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он при выполнении решения расчетных задач допускает значительное количество ошибок при применении химических формул и законов, а также значительное количество неточностей при формировании ответов на теоретические вопросы (2-3 ошибки).

Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительного теоретического материала, при решении задач допускает значительное количество ошибок при написании химических формул, использовании законов и процессов (более 4 ошибок).

Тема: Основные типы химических равновесий и процессов в жизнедеятельности организма. Физико-химия дисперсных систем и растворов ВМС.

Форма проведения текущего контроля успеваемости: письменная

Рассматриваемые вопросы для самоконтроля:

Теория

Координационная теория Вернера.

Константы нестойкости и устойчивости комплексных частиц.

Ориентация молекул на поверхностном слое и структура биомембран.

Адсорбция на поверхности раздела жидкость/газ. Уравнение Гиббса. Изменение поверхностной активности в гомологических рядах (правило Дюкло-Траубе).

Адсорбция на поверхности раздела твердое тело/газ. Физическая адсорбция и хемосорбция. Уравнение Ленгмюра.

Получение коллоидных растворов. Дисперсионные методы: механический, ультразвуковой, пептизации. Конденсационные методы: физические (замены растворителя), химические (гидролиза, двойного обмена).

Устойчивость дисперсных систем. Виды устойчивости коллоидных растворов: кинетическая (седиментационная), агрегативная и конденсационная. Факторы устойчивости.

Коагуляция. Виды коагуляции: скрытая и явная. Порог коагуляции, пороговая концентрация. Седиментация.

Полиэлектролиты. Изоэлектрическая точка и методы ее определения.

Застудневание растворов ВМС: механизм и факторы процесса (форма макромолекул, температура, концентрация, pH, электролиты). Свойства студней: тиксотропия и синерезис.

Задачи

Определите заряд комплексобразователя и его координационное число в комплексном ионе $[\text{Fe}(\text{C}_2\text{O}_4)_2(\text{OH})_2]^{3-}$.

Назовите этот ион.

Напишите выражение константы нестойкости.

Напишите формулу комплексного соединения, имеющего название: хлорид гексаамминхрома (III).

Напишите выражение константы нестойкости.

Напишите выражение константы нестойкости для соединения: тринитротриамминкобальт.

Классифицируйте его по заряду внутренней сферы и по природе лигандов.

Для некоторого процесса адсорбции $\Gamma_{\infty} = 7 \cdot 10^{-10} \text{ моль/м}^2$, $K = 0,935$.

Вычислите величину адсорбции при концентрации адсорбтива 0,05 моль/л.

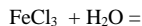
Изобразите изотерму адсорбции.

Объясните, какому участку графика соответствует условие данной задачи.

Напишите коллоидно-химические формулы мицелл золей, полученных по реакциям:

$\text{AgNO}_3 + \text{NaCl} =$

$\text{CaCl}_2 + \text{H}_2\text{C}_2\text{O}_4 =$



Приведите их строение.

Назовите методы их получения.

Примечание:

В вариантах I – II необходимо написать формулы мицелл в избытке каждого из исходных веществ.

Имеются 3 коллоидных раствора: гидроксида железа (III), полученного гидролизом FeCl_3 , иодида серебра, полученного в избытке KI, и иодида серебра, полученного в избытке AgNO_3 .

Предложите два варианта взаимной коагуляции.

Объясните, используя формулы мицелл.

Пороговая концентрация $\text{K}_2\text{Cr}_2\text{O}_7$ для коллоидного раствора гидроксида алюминия равняется 0,63 ммоль/л.

Рассчитайте объем 0,01M раствора дихромата калия, вызывающего видимую коагуляцию 200 мл золя.

Установите заряд гранулы дихроматом действующим обладает дихромат-анион.

Объясните, используя формулы мицелл.

Объясните, как заряжаются молекулы альбумина плазмы крови при $\text{pH} < 4,64$ и при $\text{pH} > 4,64$.

Напишите соответствующие схемы реакций. $\text{ИЭТ}_{\text{альбумина}} = 4,64$.

Критерии оценок при выполнении задач и теоретического материала

Оценка "отлично" выставляется студенту, если он правильно оформляет решение химических задач, а также правильное написание химических формул и точно сформулированные ответы на теоретические вопросы.

Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он при решении задач допускает незначительные ошибки при написании химических формул, при математических расчетах и формулировки ответов на теоретические вопросы (1 ошибка).

Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он при выполнении решения расчетных задач допускает значительное количество ошибок при применении химических формул и законов, а также значительное количество неточностей при формировании ответов на теоретические вопросы (2-3 ошибки).

Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительного теоретического материала, при решении задач допускает значительное количество ошибок при написании химических формул, использовании законов и процессов (более 4 ошибок).

Тема: Теоретические основы строения органических соединений, определяющие их реакционную способность.

Общие закономерности реакционной способности органических соединений как химическая основа их биологического функционирования

Форма проведения текущего контроля успеваемости: письменная

Рассматриваемые вопросы для самоконтроля:

Пространственное строение органических молекул

1. Классификационные признаки органических соединений.

2. Номенклатура органических соединений.

3. Изомерия. Изомеры.

4. Важнейшие понятия стереохимии - конформация и конфигурация.

5. Конформации открытых цепей. Вращение вокруг одинарной связи как причина возникновения различных конформаций.

6. Проекционные формулы Ньюмена. Энергетическая характеристика конформационных состояний: заслоненные, заторможенные, скошенные конформаций.

7. Конформации (кресло, ванна) циклических соединений (циклогексан). Аксиальные и экваториальные связи.

8. Конфигурация. Проекционные формулы Фишера. Стереохимическая номенклатура. Глицериновый альдегид как конфигурационный стандарт.

9. Оптическая активность. Хиральные и ахиральные молекулы.

10. Стереои́зомеры: энанти́меры и диастере́меры.

11. Мезоформы.

Взаимное влияние атомов и способы его передачи в молекулах органических соединений

12. Сопряжение как один из важнейших факторов повышения устойчивости молекул и ионов биологически важных соединений: π , π - и π - π сопряжения.

13. Сопряженные системы с открытой цепью: бутадиен-1,3.

14. Сопряженные системы α , β ненасыщенных карбонильных соединений, карбоксильная группа.

15. Сопряженные системы с замкнутой цепью. Ароматичность, критерии ароматичности.

16. Ароматичность бензоидных систем (бензол, нафталин, фенантрен).

17. Ароматичность гетероциклических соединений (фуран, тиофен, пиррол, пиразол, имидазол, пиридин, пиримидин, пури́н).

18. Индуктивный эффект.

19. Мезомерный эффект.

20. ЭД и ЭА заместители.

Кислотность и основность органических соединений

21. Кислотность и основность органических соединений. Теория Бренстеда.

22. Кислотность и основность органических соединений. Теория Льюиса.

23. Общие закономерности в изменении кислотных свойств во взаимосвязи с природой атома в кислотном центре, электронными эффектами заместителей в этих центрах и сольватационными эффектами.

24. Общие закономерности в изменении основных свойств во взаимосвязи с природой атома в основном центре и электронными эффектами заместителей при этих центрах

25. Кислотные свойства органических соединений с водородсодержащими функциональными группами (спирты, тиолы, карбоновые кислоты).

26. Основные свойства нейтральных молекул с НЭП (спирты, карбонильные соединения, простые эфиры, амины).

27. Кислотно-основные свойства азотсодержащих гетероциклов (пиррол, имидазол, пиридин).

28. Водородная связь как специфическое проявление кислотно-основных свойств. Значение водородных связей в формировании надмолекулярных структур в живых организмах.

Критерии оценок при выполнении упражнений и теоретического материала

Оценка "отлично" выставляется студенту, если он правильно оформляет написание уравнений химических процессов, а также правильное написание химических формул.

Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он при выполнении заданий допускает незначительные ошибки при написании химических формул и процессов (1-2 ошибки).

Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он при выполнении заданий допускает значительное количество ошибок при написании химических формул и процессов (3-4 ошибки).

Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительного теоретического материала, при выполнении заданий допускает значительное количество ошибок при написании химических формул и процессов (более 5 ошибок).

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РЕАКЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ КАК ХИМИЧЕСКАЯ ОСНОВА ИХ БИОЛОГИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

1. Классификация органических реакций по результату и по механизму.
2. Понятия: субстрат, реагент, реакционный центр.
3. Типы разрыва ковалентной связи в органических соединениях и образующиеся при этом частицы
4. Электронное и пространственное строение свободных радикалов, карбокатионов и карбанионов.

Реакции S_R

Галогенирование с участием C - H связей sp^3 -гибридизованного атома углерода

5. Реакции галогенирования. Региоселективность S_R в аллильных и бензильных системах.
6. Взаимодействие органических соединений с кислородом как химическая основа пероксидного окисления.

Реакции S_N у sp^3 -гибридизованного атома углерода - гетеролитические реакции, обусловленные поляризацией δ -связи углерод-гетероатом (монофункциональные производные углеводов)

7. Влияние электронных, пространственных факторов и стабильности уходящих групп на реакционную способность соединений в реакциях S_N .
8. Реакции гидролиза галогенопроизводных.
9. Реакции алкилирования спиртов, фенолов, тиолов, сульфидов, аммиака и аминов. Биороль реакций алкилирования.
10. Роль кислотного катализа в S_N .
11. Реакции элиминирования (E). Повышенная CH - кислотность как причина реакций E.
12. Реакции дегидрогалогенирования.
13. Реакции дегидратации.

Реакции A_N - гетеролитические реакции с участием π -связи углерод-гетероатом (реакционная способность альдегидов и кетонов)

14. Реакции карбонильных соединений с водой, спиртами. Обратимость реакций, роль кислотного катализа.
15. Реакции карбонильных соединений с тиолами, обратимость реакций. Роль кислотного катализа.
16. Реакции карбонильных соединений с аммиаком и его производными. Роль кислотного катализа.
17. Гидролиз ацеталей и иминов.
18. Образование и гидролиз иминов как химическая основа пиридоксалевого катализа.
19. Реакции альдольного присоединения. Основной катализ. Строение енолят-иона. Биороль реакции. Альдольное расщепление как реакция, обратная альдольному присоединению. Биороль процесса.

Реакции S_N у sp^2 -гибридизованного атома углерода (карбоновые кислоты и их функциональные производные)

20. Реакции ацилирования и обратные имреакции гидролиза. Образование ангидридов и их гидролиз. Роль кислотного катализа.
21. Образование сложных эфиров и их гидролиз. Роль кислотного и основного катализа.
22. Образование сложных тиоэфиров и их гидролиз. Роль кислотного и основного катализа.
23. Образование амидов и их гидролиз. Роль кислотного катализа.
24. Ацилирующие реагенты (ангидриды, карбоновые кислоты, сложные эфиры, сложные тиоэфиры). Сравнительная активность этих реагентов.
25. Ацилфосфаты и ацилкофермент А - природные макроэргические ацилирующие реагенты. Биологическая роль реакций ацилирования.
26. Реакции по типу альдольного присоединения с участием кофермента А как путь образования углерод-углеродной связи.

Реакции A_E -гетеролитические реакции с участием π -связи

27. Механизм реакции A_E (в общем виде). Кислотный катализ.
28. Механизм реакций гидрогалогенирования и гидратации
29. Влияние статического и динамического факторов на региоселективность реакций. Правило Марковникова.
30. Особенности A_E к сопряженным системам (α , β -ненасыщенным альдегидам, карбоновым кислотам).

Реакции S_E . Гетеролитические реакции с участием ароматической системы

31. Механизм реакции галогенирования. Роль кислотного катализатора в образовании электрофильной частицы.
32. Механизм реакций алкилирования. Кислотный катализ в алкилировании алкенами и спиртами.
33. Влияние заместителей в ароматическом ядре на реакционную способность в реакциях S_E .
34. Влияние гетероатомов в гетероциклических соединениях на реакционную способность в реакциях S_E .
35. Ориентирующее влияние заместителей.
36. Ориентирующее влияние гетероатомов.

УПРАЖНЕНИЯ

Приведите строение конформаций кресла (1-5)

1. 3-аминоциклогексанкарбальдегид
2. циклогександиол-1,3
- 3 4-фенилциклогексанол
4. 1,2-дибром-4-метилциклогексан
5. циклогександиол -1,5

Изобразите в проекциях Ньюмена следующие конформации (задания 6 – 10) и дайте им энергетическую характеристику (6-12)

6. янтарной кислоты
7. 3-аминопропантиола-1
8. 3-меркаптопропаналя
9. 2-хлорэтанола
10. этандиола-1,2
11. 3-хлорпропаналя
12. 2-гидроксипропановой кислоты

Укажите вид и знак электронных эффектов заместителей в молекулах органических соединений. Обозначьте эффекты графически (13-20)

13. Салициловая кислота (о-гидроксibenзойная)
14. Сульфаниловая кислота (п-аминобензолсульфокислота)
15. 4-гидроксibутановая кислота
16. п-аминобензойная кислота
17. м-крезол (1-гидрокси-3-метилбензол.)
18. Этиламин
19. Фенол

20. Анилин

Расположите соединения в порядке увеличения кислотности. Ответ объясните (21-26)

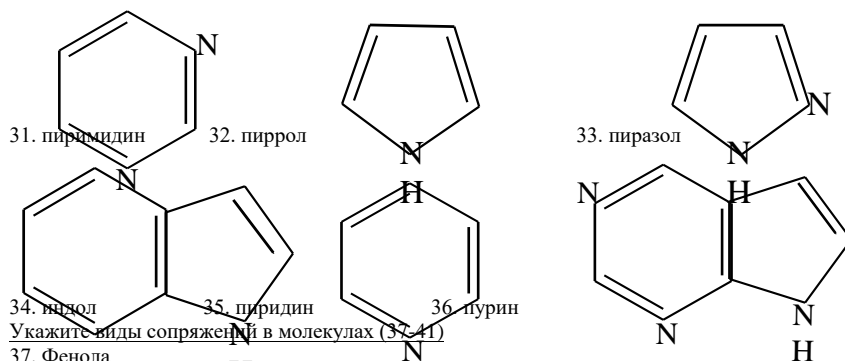
21. Этанол и коламин
22. Фенол, 4-гидроксибензальдегид и 3-метилфенол
23. Трихлоруксусная кислота, 2,2-дихлорэтановая кислота и этановая
24. Этиленгликоль, пропанол-1 и глицерин
25. Фенол, меркаптобензол и бензиловый спирт
26. Пропанол-1, пропанамин, пропантриол-1

Расположите соединения в порядке уменьшения основности. Ответ объясните (27-30)

27. Анилин, 2-аминобензальдегид и 3-метанилин
28. м-метиланилин, этиамин и диэтиламин
29. Диэтиламин, этиламин и триметиламин
30. Метил-этиламин, триметиламин и трихлор-триметиламин

Является ли органическое соединение ароматическим? Ответ объясните.

π -избыточное оно или π -недостаточное? (31, 32, 33, 34, 35, 36)



Укажите виды сопряжений в молекулах (37-41)

37. Фенола
38. Анилина
39. Энтросептола (5-хлор-7-иод-8-гидроксихинолина)
40. 4-аминофенола
41. Перечислите три пути генерирования радикальных частиц.

Напишите схемы и опишите механизм реакции (42-44)

42. Гидратации пропена-2
43. Гидратации этилена
44. Гидрогалогенирования кротоновой (бутен-2-овой) кислоты

Укажите статистический и динамический факторы, стадии процесса, приведите современную формулировку правила Марковникова (42-44)

45. Галогенирования бензола
46. Алкилирования бензола пропенем в кислой среде
47. Алкилирования бензола йодистым метилом
48. Алкилирования бензола третичным изобутиловым спиртом в кислой среде

Приведите уравнения реакции образования E^+ , стадии реакции, названия продуктов реакции (для заданий 45 – 48).

49. Напишите уравнение реакции образования S-аденозилметионина
50. Напишите уравнение реакции биосинтеза холина из коламина с участием S-аденозилметионина

Напишите схемы и опишите механизмы реакций (51-57)

51. Дегидратации 2-метилбутанола-2
52. Гидратации трет. бутилхлорида
53. Взаимодействия 2-хлорпропановой кислоты с водным раствором щелочи
54. Третичного бутилового спирта с хлороводородом
55. Дигидрогалогенирования 2,3-диметил-2-хлорбутана
56. Дегидратации 2,3-диметилбутанола-2
57. Дегидрогалогенирования 2-метил-2-хлорбутана

Напишите схему реакции (58, 59, 60)

58. Присоединения гидридов металлов к карбонильной группе (реакция восстановления)
59. Гидратации формальдегида. Как влияет строение субстрата на равновесие реакции?
60. Гидратации хлораля (2,2,2-трихлорэтаналь). Влияние ЭА заместителей на устойчивость гидратной формы.

Напишите механизм реакции образования циклического полуацетала (61, 62)

61. 4-гидроксибутанола
62. 5-гидроксипентанола

Напишите схемы и опишите механизмы реакций образования. Напишите схемы и опишите механизмы реакций кислотного гидролиза всех полученных продуктов (63-67)

63. Полуацетала и ацетала этанола
64. Оксима буганола-2
65. Гидразона пропанола-2
66. Фенилгидразона пропанола
67. Полумеркаптала и меркаптала пропанола-2 и метантиола

Напишите схему и опишите механизм реакции альдольной конденсации (68-70)

68. Этанала
69. Бензальдегида и этанала
70. Пропанола

71. Расположите карбоновые кислоты и их функциональные производные в порядке уменьшения ацилирующей способности (по легкости вступления в реакции S_N).

72. Расположите карбоновые кислоты и их производные в порядке уменьшения стабильности уходящих анионов.

73. За счет чего возможно увеличение скорости реакции S_N у sp^2 -гибридизованного атома углерода, каким образом оно достигается? Влияние ЭД и ЭА заместителей на увеличение или уменьшение δ^+ атома углерода.

Напишите схему и опишите механизм реакции образования (74-76)

74. Сложного эфира – этилацетата

75. Уксусного ангидрида

76. Амида масляной кислоты

Напишите схемы и механизмы реакции гидролиза этих соединений:

77. Напишите схему реакции образования хлорангидрида пропионовой кислоты. Напишите схему и опишите механизм реакции полученного продукта.

Напишите схемы реакций (78-79)

78. Протекающих при нагревании шавелевой и адипиновой кислот, малоновой и янтарной кислот.

79. Образования неполного и полного амидов глутаровой кислоты.

Напишите схему реакции (80-81)

80. Образования ацетилКоА (реакция ферментативного расщепления замещенного ацетилфосфата коферментом А)

81. Этерификации, протекающей в организме – образование ацетилхолина.

82. Опишите механизм реакции сложноэфирной конденсации (образование ацетоуксусного эфира их двух молекул этилацетата).

83. Опишите биороль КоА и ацетилКоА.

Критерии оценок при выполнении упражнений и теоретического материала

Оценка "отлично" выставляется студенту, если он правильно оформляет написание уравнений химических процессов, а также правильное написание химических формул.

Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он при выполнении заданий допускает незначительные ошибки при написании химических формул и процессов (1-2 ошибки).

Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он при выполнении заданий допускает значительное количество ошибок при написании химических формул и процессов (3-4 ошибки).

Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительного теоретического материала, при выполнении заданий допускает значительное количество ошибок при написании химических формул и процессов (более 5 ошибок).

Тема: Биологически важные классы органических соединений.

Биополимеры и их структурные компоненты.

Форма проведения текущего контроля успеваемости: письменная

Рассматриваемые вопросы для самоконтроля:

Теория

1. Понятие о ПОЛ. Покажите схему ПОЛ на примере олеиновой кислоты. Биологическая роль этого процесса.

2. Схема одного цикла β – окисление ВЖК на примере пальмитата. Биологическая роль.

3. Кислотно – основные свойства аминокислот. Напишите строение три пептида Лиз Про- Арг, определите его заряд, ИЭТ, какой заряд будет иметь этот пептид при $pH = 3$.

4. Покажите схему переаминирования Асп с α – КГ. Роль ПАЛФ в этом процессе. Биологическая роль переаминирования (трансаминирования).

5. Покажите схему ферментативного гидролиза крахмала гидролиза.

6. Перечислите моносахариды и дисахариды, обладающие восстанавливающими способностями. Напишите их строение.

7. Строение и биологическая роль нуклеотидов приведите примеры пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов.

8. Покажите схему полного гидролиза АМФ. Назовите конечных продукт гидролиза, его строение в лактам - лактимной таутомерии.

9. Понятие о кофакторах ферментов

10. Строение НАД⁺ ФАД (производные витамина РР и В₂).

Критерии оценок при выполнении упражнений и теоретического материала

Оценка "отлично" выставляется студенту, если он правильно оформляет написание уравнений химических процессов, а также правильное написание химических формул.

Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он при выполнении заданий допускает незначительные ошибки при написании химических формул и процессов (1-2 ошибки).

Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он при выполнении заданий допускает значительное количество ошибок при написании химических формул и процессов (3-4 ошибки).

Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительного теоретического материала, при выполнении заданий допускает незначительные ошибки при написании химических формул и процессов (более 5 ошибок).

Промежуточная аттестация

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет

Форма проведения: письменно

Вопросы промежуточной аттестации:

Теория. Общая химия

Растворы и их значение в процессах жизнедеятельности

Коллигативные свойства разбавленных растворов неэлектролитов. Закон Рауля: формулировки, расчетные формулы.

Следствие из закона Рауля: понижение температуры замерзания растворов, повышение температуры кипения растворов (формулировки, расчетные формулы, практическое значение).

Осмос. Осмотическое давление. Закон Вант-Гоффа для растворов неэлектролитов: формулировка, расчетные формулы.

Осмотические свойства растворов электролитов. Изотонический коэффициент: физический смысл, расчёт, связь с кажущейся степенью диссоциации.

Гипо-, гипер-, изотонические растворы; их применение в медицине. Понятие об изоосмии (электролитном гомеостазе). Осмоляльность и осмолярность биологических жидкостей: определение понятий, значение, связь с моляльностью и молярной концентрацией. Осмолярность крови.

Роль осмоса в биологических системах. Плазмолиз и цитолиз. Зависимость степени гемолиза эритроцитов от концентрации раствора NaCl.

Химическая термодинамика и её применение к биосистемам

Основные понятия термодинамики: система, параметры, состояние, процесс (определение, классификация, примеры). Внутренняя энергия и энтальпия: определение понятий, взаимосвязь, влияние различных факторов, расчетные формулы. Стандартная энтальпия простых и сложных веществ. Использование энтальпии для расчёта энергетической ценности пищевых продуктов.

Первое начало термодинамики: связь с законом сохранения энергии, формулировки, применение к биосистемам.

Значение и сущность 2-го начала термодинамики. Необратимость естественных (самопроизвольных) процессов. Свободная и связанная энергия.

Энтропия как мера связанной энергии. Расчет энтропии веществ в изотермических и изобарных процессах (формулы, выводы), стандартная энтропия (определение, обозначение), расчет ΔS химической реакции. Процессы в организме человека, протекающие с изменением энтропии.

Энергия Гиббса. Уравнение Гиббса. ΔG как критерий самопроизвольного протекания изобарно-изотермических процессов. Экзергонические и эндергонические процессы: определение, возможность протекания в организме, примеры.

Химическая кинетика и её значение для изучения скоростей и механизмов биохимических процессов
Классификация химических реакций. Реакции обратимые и необратимые, гомогенные и гетерогенные, экзотермические и эндотермические, простые и сложные, последовательные, цепные, сопряженные: определение, примеры (в том числе в организме человека).
Зависимость скорости реакции от концентрации реагирующих веществ (закон действующих масс). Константа скорости.
Молекулярность элементарного акта реакции: определение, классификация, примеры. Вычисление молекулярности сложной реакции (примеры с участием неорганических и органических веществ). Порядок реакции. Реакции нулевого, первого и второго порядков: кинетические уравнения, примеры (в том числе для организма человека).
Зависимость скорости реакции от температуры. Правило Вант-Гоффа: формулировка, расчетные формулы, физический смысл температурного коэффициента, его особенности для биохимических процессов. Уравнение Аррениуса. Энергия активации.
Химическое равновесие. Константа химического равновесия. Уравнение изотермы химической реакции.
Прогнозирование смещения химического равновесия. Принцип Ле-Шателье: общая и частные формулировки, примеры.

Буферные системы и их роль в организме человека

Буферные растворы и буферные системы: определение, состав, классификация. Уравнения Гендерсона-Гассельбаха для расчета pH буферных систем.

Механизм действия буферных систем при добавлении кислоты и щелочи (на примере ацетатной, аммиачной и белковой буферных систем), разбавлении водой.

Буферная емкость: определение, расчетные формулы, факторы. Зона буферного действия: определение, объяснение, примеры.

Буферные системы крови: состав, распределение в плазме и эритроцитах, механизм действия гидрокарбонатной, фосфатной, белковой буферных систем в избытке кислот и оснований, pH крови в норме, pH артериальной и венозной крови.

Механизм буферного действия системы гемоглобин-оксигемоглобин в легких и периферических тканях.

Понятие о кислотно-основном состоянии организма: определение, механизмы, регуляция, значение для процессов жизнедеятельности, щелочной резерв крови (% ммоль/л). Коррекция КОС при его нарушениях (с помощью веществ кислотного или основного характера).

Комплексные соединения: строение, роль в организме, применение в медицине

Координационная теория Вернера (с учетом современных представлений о строении атомов и молекул): основные положения, примеры.

Комплексные соединения в организме человека (примеры).

Внутрикомплексные соединения: определение, примеры. Роль процессов хелатирования в организме человека и их значение в медицине.

Биокомплексные соединения: гемоглобин и его производные, карбоангидраза, витамин В₁₂ (пространственное строение, функции, электронное строение, тип гибридизации и координационное число комплексообразователя). Связь конфигурации биокомплексов с их биологической функцией.

Константы нестойкости и устойчивости комплексных частиц: определение, примеры, использование для установления возможности протекания реакций (в том числе при нарушении металло-лигандного гомеостаза и в хелатотерапии).

Термодинамические принципы хелатотерапии.

Металло-лигандный гомеостаз и причины его нарушения.

Поверхностные явления. Адсорбция

Ориентация молекул на поверхностном слое и структура биомембран.

Адсорбция на поверхности раздела жидкость/газ. Уравнение Гиббса. Изменение поверхностной активности в гомологических рядах (правило Дюкло-Траубе). Биологическое значение положительной и отрицательной адсорбции.

Адсорбция на поверхности раздела твердое тело/газ. Физическая адсорбция и хемосорбция. Уравнение Ленгмюра (три варианта, анализ графика).

Избирательная адсорбция. Правило Пескова-Фаянса. Адсорбционные процессы в организме человека. Применение ионитов в медицине.

Биогенность химических элементов

Химические элементы в организме человека: содержание, классификация по степени важности для процессов жизнедеятельности. Биогенные элементы: определение, расположение в периодической системе по периодам и s-, p-, d-блокам (примеры).

Зависимость между распространенностью химических элементов в природе (кларками) и их содержанием в организме человека.

Биологическое концентрирование.

Классификация биогенных элементов: по содержанию в организме (макро-, олиго- и микробиогенные элементы), по функциональной роли (органогены, элементы электролитного фона, микроэлементы).

Биогенные d-элементы в организме человека: расположение в периодической системе, степени окисления эссенциальных d-элементов, окислительно-восстановительные свойства.

Эссенциальные микроэлементы-металлы организма человека: Fe, Co, Cr, Mn, Zn, Cu, Mo (содержание, биологическая роль).

Физико-химия дисперсных систем. Коллоиды в организме человека

Дисперсные системы: определение, классификация (по степени дисперсности, по агрегатному состоянию фаз, по силе взаимодействия между дисперсной фазой и дисперсионной средой), примеры. Коллоидные растворы. Коллоиды в организме человека.

Методы очистки коллоидных систем: диализ, электродиализ, компенсационный диализ, ультрафильтрация. Физико-химические принципы функционирования искусственной почки.

Устойчивость дисперсных систем. Виды устойчивости коллоидных растворов: кинетическая (седиментационная), агрегативная. Факторы устойчивости.

Коагуляция. Виды коагуляции: скрытая и явная, медленная и быстрая. Коагуляция в биосистемах. Седиментация.

Порог коагуляции, пороговая концентрация. Правило Шульце-Гарди. Коллоидная защита и пептизация, значение этих явлений в организме человека и медицине.

Физико-химия растворов ВМС. Свойства биополимеров

Свойства растворов ВМС. Осмотическое давление растворов биополимеров. Уравнение Галлера. Онкотическое давление плазмы крови.

Механизм набухания и растворения ВМС. Факторы, влияющие на набухание: температура, pH, электролиты. Биологическое значение набухания.

Полиэлектролиты. Изозлектрическая точка. Методы определения ИЭТ белка.

Застуднение растворов ВМС: механизм и факторы процесса (форма макромолекул, температура, концентрация, pH, электролиты).

Процессы синерезиса в организме человека. Биологическое значение старения гелей.

Теория. Биоорганическая химия

Основы строения и реакционной способности органических соединений

Основные правила систематической номенклатуры органических соединений. Понятие о структурной изомерии органических соединений.

Строение атома углерода, типы гибридизации и виды ковалентной связи в органических соединениях. Связь пространственного строения органических соединений с их биологической активностью.

Реакции электрофильного присоединения: гетеролитические реакции с участием π -связи между sp^2 -гибридизованными атомами углерода (галогенирование, гидрогалогенирование, гидратация). Реакции гидратации в организме.

Реакции электрофильного замещения: гетеролитические реакции с участием π -электронного облака ароматической системы (галогенирование, нитрование, алкилирование). Биороль реакции галогенирования.

Биологически важные реакции монофункциональных органических соединений

Реакции нуклеофильного замещения у sp^3 -гибридизованного атома углерода: гетеролитические реакции, обусловленные поляризацией σ -связи углерод-гетероатом (галогенпроизводные, спирты).

Реакции нуклеофильного присоединения: гетеролитические реакции с участием π -связи углерод-кислород (взаимодействие альдегидов и кетонов со спиртами, первичными аминами). Влияние электронных и пространственных факторов, роль кислотного катализа. Биологическое значение реакций нуклеофильного присоединения.

Реакции нуклеофильного замещения у sp^2 -гибридизованного атома углерода (карбоновые кислоты и их функциональные производные).

Реакции ацилирования – образование ангидридов, сложных эфиров, сложных тиоэфиров, амидов – и обратные им реакции гидролиза.

Поли- и гетерофункциональные соединения, участвующие в процессах жизнедеятельности

Двухосновные карбоновые кислоты: щавелевая, малоновая, янтарная, глутаровая, фумаровая. Их строение, биороль. Превращение янтарной кислоты в фумаровую как пример биологической реакции дегидрирования.

Одноосновные (молочная, β - и γ -гидроксимасляная), двухосновные (яблочная, винная), трехосновные (лимонная) гидроксикислоты: формулы, названия по ЗН ИЮПАК, биороль.

Альдегидо- и кетоникислоты. Глиоксильная, пировиноградная (фосфоенолпируват), ацетоуксусная, щавелевоуксусная, α -кетоглутаровая кислоты. Их строение, биороль. Реакции декарбоксилирования β -кетоникислот и окислительного декарбоксилирования α -кетоникислот. Кетонольная таутомерия (на примере ацетоуксусного эфира).

Биологически важные гетероциклические соединения

Гетероциклы с одним гетероатомом. Пиррол, индол, пиридин, хинолин: строение, ароматичность, кислотно-основные свойства, биологически важные соединения содержащие эти гетероциклы. Биологически важные производные пиридина – никотинамид, пиридоксаль, производные изоникотиновой кислоты: строение, химические свойства (проявляемые за счет функциональных групп и гетероатомов), биороль.

Понятие о тетрапиррольных соединениях (порфин, протопорфирин, гем). Гем: строение, ароматичность, термодинамическая устойчивость, функции.

Гипоксантин, ксантин, мочевиная кислота: строение, ароматичность, кислотно-основные свойства, названия по ЗН ИЮПАК, биороль. Лактим-лактазная таутомерия.

Липиды и их структурные компоненты

Основные природные высшие жирные кислоты (ВЖК), входящие в состав липидов: пальмитиновая, стеариновая, олеиновая, линолевая, линоленовая, арахидоновая, ЭПК, ДГК (формулы, пространственное строение, биороль). Классификация НЖК: ω -3, ω -6, ω -9 (принцип классификации, примеры). ПНЖК.

Свободнорадикальное окисление ВЖК (пероксидное окисление липидов).

Кефалины, лецитины, фосфатидилсерины: строение, образование, гидролиз, функции в организме.

Углеводы

Моносахариды. Альдозы, кетозы. Пентозы, гексозы. Ксилоза, рибоза, 2-дезоксирибоза, глюкоза, манноза, галактоза, фруктоза: строение, цикло-оксо-таутомерия, биороль.

Дисахариды: строение, типы гликозидной связи, образование, гидролиз, цикло-оксо-таутомерия. Восстанавливающие (мальтоза, лактоза, целлобиоза) и невосстанавливающие (сахароза) дисахариды. Дисахариды в организме: источники появления, значение.

Гомополисахариды. Крахмал (амилоза, амилопектин), гликоген, декстран, целлюлоза. Их состав, строение, тип связей. Биороль гликогена.

Пектиновые вещества. Понятие о гетерополисахаридах. Гиалуроновая кислота, хондроитинсульфаты: состав, строение, тип связей, биороль.

α -Аминокислоты. Пептиды. Белки

α -Аминокислоты, входящие в состав белков: строение, стереоизомерия, номенклатура, классификация. Примеры.

Химические свойства α -аминокислот, имеющие практическое значение: образование эфиров, N-ацильных производных, оснований Шиффа.

Методы Серенсена (формольное титрование) и Ван-Слайка, их значение. Образование комплексов. Ксантопротеиновая реакция.

Пептиды. Электронное и пространственное строение пептидной связи. Кислотный и щелочной гидролиз пептидов.

Нуклеиновые кислоты. Нуклеотидные коферменты

Пиримидиновые (урацил, тимин, цитозин) и пуриновые (аденин, гуанин) основания. Комплементарность нуклеиновых оснований.

Водородные связи в комплементарных парах нуклеиновых оснований, их функции в нуклеиновых кислотах.

Нуклеозиды и нуклеотиды: строение, характер связей, номенклатура, гидролиз, биологическое значение.

Нуклеозидмоно- и полифосфаты. АМФ, АДФ, АТФ: строение, биороль.

Первичная структура нуклеиновых кислот. Фосфодиэфирная связь. Рибонуклеиновые и дезоксирибонуклеиновые кислоты. Нуклеотидный состав РНК и ДНК. Гидролиз нуклеиновых кислот.

Понятие о вторичной структуре ДНК. Роль водородных связей в формировании вторичной структуры. Мутагенное действие азотистой кислоты (на примере аденозина). Комплементарность инозина.

Никотинамиддинуклеотидные коферменты. Строение НАД⁺ и его фосфата НАДФ⁺. Система НАД⁺/НАДН,Н⁺; гидридный перенос как одна из стадий биологических реакций окисления-восстановления с участием этой системы.

Задачи по общей химии

Растворы

Раствор содержит 20 г глюкозы в 100 г воды.

Вычислите давление насыщенного пара растворителя над раствором при температуре 15 °С, если давление пара чистой воды при этой же температуре равно 23,75 мм рт. ст.

Рассчитайте молярную долю растворителя.

Водный раствор одноатомного спирта, содержащий 0,874 г вещества в 100 мл воды, замерзает при температуре -0,354 °С.

Рассчитайте относительную молекулярную массу спирта и установите его формулу.

Осмотическое давление раствора объемом 250 мл, в котором содержится 20 г гемоглобина, равно 2856 Па (при 4 °С).

Рассчитайте молярную массу гемоглобина.

Изобразите графически его пространственное строение как комплексного соединения.

Назовите тип гибридизации комплексообразователя.

Укажите его координационное число.

Водный раствор NaOH кипит при температуре 102,65 °С. Кажущаяся степень ионизации электролита равна 70%. Определите массу NaOH, растворённую в 100 г воды.

Раствор, содержащий 2,1 г КОН в 250 мл воды, замерзает при -0,514 °С. Рассчитайте изотонический коэффициент и кажущуюся степень диссоциации.

Осмотическое давление раствора карбоната калия ($C = 0,5$ моль/л) при 0 °С равно 2726 кПа. Вычислите кажущуюся степень диссоциации K_2CO_3 в растворе.

Химическая термодинамика. Термохимия

Анаэробный гликолиз (превращение глюкозы в молочную кислоту без участия кислорода) протекает в организме человека в 11 стадий.

Составьте суммарное уравнение реакции для данного процесса.

Подтвердите корректность его написания формулировкой соответствующего закона.

Рассчитайте тепловой эффект реакции.

Назовите составные части выделившейся энергии и пути их использования.

Подтвердите Ваш ответ соответствующим уравнением.

Укажите название конечного продукта по ЗН ИЮПАК.

$\Delta H^\circ_{обр}$ (гл.) = - 1274,41 кДж/моль; $\Delta H^\circ_{обр}$ (м.к.) = - 673 кДж/моль.

Установлено, что для гидролиза АТФ (при 36 °С и физиологических значениях pH) $\Delta H = -4800$ ккал/моль, $\Delta G = -7000$ ккал/моль.

Вычислите величину ΔS процесса (кДж/К) для указанных условий.

Сделайте вывод об изменении энтропии (увеличивается или уменьшается).

Объясните (исходя из полученного результата) как меняется при этом неупорядоченность системы.

Подтвердите Ваш тезис соответствующей схемой реакции гидролиза.

В биологическом полимере (белке) имеет место следующее превращение:

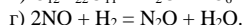
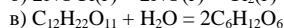
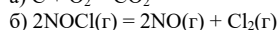
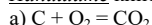
нативное состояние \rightleftharpoons денатурированное состояние.

Установите знак ΔS° процесса, если $\Delta G^\circ < 0$, а $\Delta H^\circ > 0$ (при $t = 60^\circ\text{C}$).

Объясните, что это означает с точки зрения структуры белка.

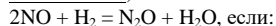
Химическая кинетика. Химическое равновесие

Напишите кинетические уравнения следующих реакций:



Объясните причину несовпадения молекулярности и порядка реакции.

Установите, как изменится скорость химической реакции



а) уменьшить объем реакционной смеси в 2 раза;

б) уменьшить давление в 2 раза;

в) увеличить концентрации исходных веществ в 2 раза.

Объясните, как влияет повышение температуры, давления и концентрации исходных веществ на экзотермическую реакцию синтеза аммиака из простых веществ.

В биологическом полимере (белке) имеет место следующее превращение:

нативное состояние \rightleftharpoons денатурированное состояние,

причем при повышении температуры равновесие сдвигается вправо.

Сделайте вывод об энтальпии реакции (принцип Ле-Шателье).

Буферные системы

В состав крови входит буферная система, состоящая из двух анионов.

Приведите формулы её составных частей.

Назовите эту буферную систему.

Классифицируйте её по составу и природе компонентов.

Укажите зону буферного действия.

Напишите уравнения реакций, отражающих механизм действия (ионная форма).

Аммиачная буферная система состоит из двух составных частей.

Классифицируйте её по составу и природе компонентов.

Укажите интервал значений pH, внутри которого эта система обладает буферной емкостью.

Напишите уравнения реакций, отражающих механизм её действия (ионная форма).

Объясните, почему аммиачная буферная система не входит в состав крови.

В 200 мл фосфатного буферного раствора содержится 0,8 моль кислотного компонента и 1,6 моль солевого компонента.

Рассчитайте pH буферного раствора.

Объясните, входит ли рассчитанное значение pH в ЗБД (pH: 6,2 – 8,2).

$K_a(H_2PO_4^-) = 6,2 \cdot 10^{-8}$ моль/л; $\lg 2 = 0,3$; $\lg 6,2 = 0,79$.

Классифицируйте буферную систему по составу и природе компонентов.

Укажите биороль фосфатного буфера.

Концентрация ионов водорода в крови больного равняется $2,46 \cdot 10^{-8}$ моль/л.

Рассчитайте pH крови ($\lg 2,46 = 0,39$).

Назовите состояние, возникающее при данном нарушении КОС.

Укажите, чем характеризуется это состояние с точки зрения протолитического гомеостаза.

Комплексные соединения

Напишите структурную формулу трилона Б.

Объясните причину проявления им дентатности равной 4 и 6.

Приведите примеры ионов, с которыми реализуется каждый вид дентатности.

Напишите уравнение реакции взаимодействия трилона Б с катионом кальция.

Изобразите графически пространственное строение полученного продукта.

Укажите медицинское значение данного процесса.

При взаимодействии хлорида железа (III) с цианидом калия образуется комплексное соединение с координационным числом комплексообразователя равным шести.

Составьте соответствующее уравнение реакции.

Напишите уравнения реакций первичной и вторичной диссоциации полученного комплексного продукта.

Напишите выражение константы нестойкости.

Рассчитайте координационное число комплексообразователя.

Приведите примеры комплексных соединений железа организма человека.

Составьте формулу комплексной частицы состоящей из трехзарядного кобальта, четырех молекул воды и двух хлорид-анионов.

Рассчитайте её заряд.

Укажите комплексообразователь и лиганды.

Напишите уравнение реакции диссоциации предложенного Вами комплекса.

Напишите выражение константы нестойкости.

Назовите ионы, которые могут входить во внешнюю сферу соединения с данным комплексом.

Предложите примеры возможных комплексных соединений с указанными Вами ионами.

Приведите пример комплексного соединения кобальта в организме человека.

Определите заряд комплексообразователя и его координационное число в комплексном ионе $[\text{Fe}(\text{C}_2\text{O}_4)_2(\text{OH})_2]^{3-}$.

Изобразите пространственное строение комплекса.

Составьте уравнение реакции его диссоциации.

Напишите выражение константы нестойкости.

Приведите примеры комплексных соединений железа организма человека.

Физико-химия коллоидно-дисперсных систем и растворов ВМС

Напишите коллоидно-химические формулы мицелл золей, полученных по реакциям:

$\text{AgNO}_3 + \text{NaCl} =$

$\text{CaCl}_2 + \text{H}_2\text{C}_2\text{O}_4 =$

$\text{FeCl}_3 + \text{NaOH} =$

$\text{FeCl}_3 + \text{H}_2\text{O} =$

Приведите строение мицелл.

Покажите места возникновения двух потенциалов внутри мицеллы.

Объясните вероятность образования золя оксалата кальция в организме человека.

Укажите возможную опасность данного процесса для организма.

Примечание:

В вариантах I – III необходимо написать формулы мицелл в избытке каждого из исходных веществ.

Имеются 3 коллоидных раствора: гидроксида железа (III), полученного гидролизом FeCl_3 , иодида серебра, полученного в избытке KI, и иодида серебра, полученного в избытке AgNO_3 .

Предложите два варианта взаимной коагуляции.

Объясните, используя формулы мицелл.

Пороговая концентрация $\text{K}_2\text{Cr}_2\text{O}_7$ для коллоидного раствора гидроксида алюминия равняется 0,63 ммоль/л.

Рассчитайте объем раствора дихромата калия ($C = 0,01$ моль/л), вызывающего видимую коагуляцию золя объёмом 200 мл.

Определите заряд гранулы, учитывая, что коагулирующим действием обладает дихромат-анион.

Предложите соответствующий вариант формулы мицеллы золя $\text{Al}(\text{OH})_3$.

Приведите строение мицеллы.

Назовите механизм, препятствующий коагуляции коллоидов организма.

ИЭТ альбумина плазмы крови равна 4,64.

Определите знак заряда частиц альбумина в миллимолярном растворе HCl.

Укажите направление перемещения частиц альбумина при электрофорезе в данных условиях.

Упражнения по биоорганической химии

Сопряжение. Ароматичность. Электронные эффекты заместителей

Объясните, в каком соединении – хлорбензоле или бензилхлориде (фенилхлорметане) – галоген является частью сопряженной системы.

Назовите вид сопряжения.

Изобразите графически дополнительное перекрывание электронных орбиталей, приводящее к образованию сопряженной системы.

Приведите примеры сопряженных систем в организме человека.

Укажите причину их повышенной термодинамической устойчивости.

Укажите вид и знак электронных эффектов в этилаmine (этанамине) и п-аминобензойной (4-аминобензойной) кислоте.

Обозначьте эффекты графически.

Объясните, почему только в одном случае аминогруппа проявляет мезомерный эффект.

Укажите биороль и медицинское значение ПАБК.

Кислотность и основность органических соединений

Расположите в порядке уменьшения кислотности этанол, этиленгликоль (этандиол-1,2), глицерин (пропантриол-1, 2, 3).

Объясните, исходя из стабильности соответствующих анионов.

Расположите в порядке уменьшения основности анилин, этанамин (этиламин), 3-аминофенол.

Объясните, исходя из прочности образуемой NH-связи.

Реакции электрофильного характера

Напишите схему реакции гидратации пропена (пропилена).

Опишите её механизм.

Назовите продукт реакции по ЗН ИЮПАК.

Объясните отличие этой реакции от гидратации акриловой (пропеновой) кислоты, опираясь на современную трактовку правила Марковникова.

Приведите примеры подобных реакций в организме.

Напишите схему реакции бромирования анилина.

Опишите её механизм.

Назовите продукт бромирования по ЗН ИЮПАК.

Укажите ориентирующее действие аминогруппы.

Объясните, что легче бромруется бензол или анилин.

Укажите значение процесса галогенирования ароматических соединений в организме.

Напишите схему реакции бромирования бензойной кислоты (катализатор $FeBr_3$).

Опишите её механизм.

Назовите продукт бромирования по ЗН ИЮПАК.

Укажите ориентирующее действие заместителя.

Объясните, что легче бромруется – бензол или бензойная кислота.

Укажите значение процесса галогенирования ароматических соединений в организме.

Реакции нуклеофильного характера

Напишите схему реакции взаимодействия 1-бромпропана с этилатом натрия.

Опишите её механизм.

Укажите нуклеофил, субстрат, уходящую группу.

Напишите схему реакции гидролиза бензилхлорида (фенилхлорметана).

Опишите её механизм.

Укажите нуклеофил, субстрат, уходящую группу.

Объясните причину повышенной устойчивости бензильного катиона.

Напишите схему реакции получения полуацетала и ацетала из пропанала и этанола.

Опишите механизм этой реакции.

Обоснуйте роль кислотного катализатора.

Приведите примеры полуацеталей и ацеталей в организме человека.

Напишите схему реакции взаимодействия этанола с метиламином.

Опишите механизм этой реакции.

Обоснуйте роль кислотного катализатора.

Объясните возможность протекания реакции гидролиза полученного имина в кислой и щелочной среде.

Приведите пример образования иминов в организме человека.

Карбоновые кислоты и их функциональные производные

Напишите схему получения пропиленбензоата из кислоты и спирта.

Опишите механизм этой реакции.

Сравните ацилирующую способность бензойной и уксусной кислот.

Укажите роль кислотного катализатора.

Объясните возможность гидролиза пропиленбензоата в кислой и щелочной среде.

Подтвердите Ваше предположение соответствующими уравнениями.

Напишите схему реакции получения амида валериановой (пентановой) кислоты из её хлорангидрида.

Опишите механизм этой реакции.

Объясните возможность её протекания без участия катализатора.

Обоснуйте необходимость применения кислотного или щелочного катализатора при гидролизе полученного амида.

Приведите примеры биологически важных гетерополисахаридов, содержащих амидные связи.

Омыляемые липиды

Напишите уравнение реакции образования фосфатидилэтанолamina (кефалина) в состав которого входят олеиновая и линолевая кислоты.

Изобразите конформационную формулу олеиновой кислоты.

Укажите полярную и неполярную части её молекулы.

Укажите биороль кефалинов.

Напишите уравнение реакции образования фосфатидилхолина (лецитина), в состав которого входят стеариновая и линолевая кислоты.

Изобразите конформационную формулу линоленовой кислоты.

Укажите полярную и неполярную части её молекулы.

Укажите биороль лецитинов.

Напишите уравнение реакции взаимодействия 1-пальмитоил-2-олеоил-3-линоленоилглицерина с йодом.

Классифицируйте исходный субстрат по химическому составу.

Изобразите конформационную формулу олеиновой кислоты.

Укажите полярную и неполярную части её молекулы.

Сформулируйте определение понятия «йодное число».

Объясните назначение этого показателя.

Напишите уравнение реакции гидрогенизации 1-стеароил-2,3-линолеоилглицерина.

Классифицируйте исходный субстрат по химическому составу.

Изобразите конформационную формулу линолевой кислоты.

Укажите полярную и неполярную части её молекулы.

Назовите практическое применение этой реакции.

Укажите преимущества и недостатки полученного продукта, используемого в пищевых целях.

Напишите уравнение реакции омыления (щелочного гидролиза) фосфатидилсерина, содержащего пальмитиновую и арахидоновую кислоты.

Изобразите конформационную формулу арахидоновой кислоты.

Укажите полярную и неполярную части ее молекулы.

Укажите биороль фосфатидилсеринов.

Напишите уравнение реакции омыления (щелочного гидролиза) фосфатидилхолина, содержащего пальмитиновую и арахидоновую кислоты.

Изобразите конформационную формулу арахидоновой кислоты.

Укажите полярную и неполярную части ее молекулы.

Укажите биороль лецитинов.

Укажите причину достаточно сильных основных свойств холина.

Напишите уравнение реакции кислотного гидролиза кефалина, содержащего стеариновую и линолевою кислоты.

Изобразите конформационную формулу линолевой кислоты.

Укажите полярную и неполярную части ее молекулы.

Укажите биороль кефалинов.

Моносахариды

Напишите схемы реакций окисления D-глюкозы до глюконовой, глюкуроновой и глюкаровой кислот.

Укажите условия протекания реакций.

Назовите биологически важные гетерополисахариды, компонентами которых является глюкуроновая кислота.

Напишите уравнения реакций взаимодействия α ,D-рибофуранозы с уксусным ангидридом и гидролиза полученного продукта.

Назовите продукты первой реакции.

Укажите название образующейся связи.

Приведите примеры соединений организма, содержащих подобные связи.

Изобразите строение аномера рибофуранозы, входящего в состав РНК.

Напишите уравнения реакций образования глюкозо-1-фосфата, глюкозо-6-фосфата, фруктозо-1,6-дифосфата.

Объясните значение полученных продуктов в процессах жизнедеятельности.

Напишите уравнения четырёх реакций: взаимодействия D-галактозы с CH_3I и CH_3OH и гидролиза полученных продуктов.

Объясните отличия в протекании реакций.

Укажите роль среды в реакции гидролиза.

Назовите основные источники поступления галактозы в организм человека.

Приведите примеры биологически важных гетерополисахаридов, компонентами которых является аминопроизводное D-галактозы.

Дисахариды. Полисахариды

Напишите уравнение реакции образования мальтозы.

Приведите её полное название.

Назовите тип гликозидной связи.

Объясните причину восстанавливающей способности мальтозы.

Подтвердите Ваш тезис уравнением реакции с аммиачным раствором Ag_2O .

Укажите эффект реакции.

Покажите генетическую и структурную связь мальтозы и гликогена.

Напишите уравнение реакции образования лактозы.

Приведите её полное название.

Назовите тип гликозидной связи.

Объясните причину восстанавливающей способности лактозы.

Подтвердите Ваш тезис уравнением реакции с гидроксидом меди (II).

Укажите эффект реакции.

Напишите уравнение реакции образования сахарозы.

Приведите её полное название.

Укажите тип гликозидной связи.

Объясните причину отсутствия у сахарозы восстанавливающей способности.

Назовите причину инверсии сахарозы при её гидролизе.

Объясните, почему инвертный сахар – более ценный пищевой продукт, чем сахароза.

Приведите пример природного инвертного сахара.

Напишите формулы фрагментов молекул амилозы и амилопектина.

Назовите их моносахаридные и дисахаридные звенья.

Укажите типы гликозидной связи.

Объясните отсутствие восстановительной способности у крахмала.

Перечислите отличия гликогена от амилопектина, способствующие выполнению его биологической функции.

Напишите формулы дисахаридных фрагментов молекул 4-хондритинсульфата, 6-хондритинсульфата и гиалуроновой кислоты.

Назовите типы гликозидной связи внутри дисахаридных фрагментов и между ними.

Укажите биологическую роль перечисленных гетерополисахаридов.

Аминокислоты. Пептиды

Напишите проекционные формулы Фишера для всех изомеров треонина.

Объясните, почему эта аминокислота существует в виде четырех пространственных изомеров.

Укажите стереоизомер треонина, входящий в состав белков.

Объясните его роль в формировании пространственной структуры пептидов и белков.

Назовите другие аминокислоты, содержащиеся в белках, имеющие два хиральных центра.

Напишите уравнения реакций: восстановительного аминирования с участием α -кетоглутаровой кислоты и трансаминирования с участием аспарагиновой и пировиноградной кислот.

Назовите все органические соединения, участвующие в реакции, по ЗН ИЮПАК.

Укажите значение данных процессов в организме.

Окислительное дезаминирование α -аминокислот в организме: две стадии, суммарное уравнение, роль кофермента (на примере L-глутаминовой кислоты).

Назовите все участвующие в реакции вещества (ЗН ИЮПАК, тривиальные названия).

Укажите ферментативную стадию.

Укажите биологическое значение реакции дезаминирования.

Напишите уравнения реакций солеобразования валина, декарбоксилирования тирозина, гидроксирования фенилаланина.

Назовите все участвующие в реакции вещества по ЗН ИЮПАК.

Укажите значение этих реакции в организме.

Напишите уравнение реакции образования трипептида Три – Сер – Мет.

Выделите пептидные связи.

Назовите незаменимые аминокислоты, входящие в состав трипептида.

Укажите, в какой среде находится ИЭТ трипептида.

Объясните роль серина в формировании пространственной структуры пептидов и белков.

Нуклеиновые кислоты. Нуклеотидные коферменты

Напишите строение гуанина, урацила и комплементарных им оснований.

Продемонстрируйте варианты образования водородных связей.

Объясните механизм их возникновения.

Укажите значение водородных связей в нуклеиновых кислотах.

Напишите схемы полного и неполного гидролиза аденозин-5'-фосфата.

Выделите сложноэфирную и гликозидную связи.

Назовите продукты реакций.

Укажите механизм реакций.

Укажите биороль аденозин-5'-фосфата.

Напишите схему взаимодействия АТФ с α -аланином (образование аминокислотидного комплекса).

Назовите биологическую роль этого процесса.

Напишите строение антикодона в т-РНК, соответствующего кодону УГУ в и-РНК.

Напишите схему превращения яблочной (гидроксибутандиовой) кислоты в щавелевоуксусную (оксобутандиовую) кислоту с участием кофермента НАД⁺.

Укажите биологическое значение реакции.

Покажите строение НАД⁺.

Напишите схему реакции превращения пировиноградной кислоты в молочную с участием кофермента НАДН.

Укажите значение этой реакции в организме.

Объясните возможность протекания обратного процесса.

Покажите строение НАДН.

Критерии оценок на кафедре химии и фармацевтической химии

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

Критерии и шкала оценок основных видов учебной деятельности студентов на кафедре химии и фармацевтической химии

Вид учебной деятельности студентов				
№ п/п	Вид контроля	Критерии (процент выполнения задания)	Оценка	Min-max
1	Тестовый контроль	0-70	2	2-5
		71-80	3	
		81 - 90	4	
		91-100	5	

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания при для проверки
Знание 1: основные законы и концептуальные основы общей и неорганической химии	Вопросы:2,6,19,25,27,28,32,33,35,37,39,46,49,52,53

<p>Знание 2: методы химического анализа и синтеза и изучаемые разделы, которые могут быть востребованы в различных видах профессиональной деятельности</p> <p>Знание 3: правила работы и техники безопасности в химических лабораториях с реактивами, приборами</p> <p>Знание 4: химико-биологическую сущность процессов, происходящих в живом организме на молекулярном и клеточном уровне, а также основные физико-химические законы, которым они подчиняются</p>	<p>Вопросы:1,3,4,5,7,10,14,16,22,23,29,30,34,40,42,45,50,51,55</p> <p>Вопросы:8,9,11,13,21,31,38,41,57,59</p> <p>Вопросы:39,40,41,42,43,45,47,46,48,49,50,51,52,56,57,58</p>
<p>Умение 1: использовать на практике методы химического анализа, которые могут быть использованы в различных видах профессиональной деятельности</p> <p>Умение 2: пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для получения сведений, необходимых в профессиональной деятельности</p> <p>Умение 3: планировать проведение научно-исследовательской работы, пользоваться химической посудой, реактивами и химическим оборудованием</p> <p>Умение 4: производить расчёты по результатам эксперимента</p>	<p>Задачи:1,2,6,8,10,14,15,18</p> <p>Задачи: 3,4,5,9,11,13</p> <p>Задачи: 7,12,16,17</p> <p>Задачи: 1,2,3,4,5,8,11,16,17,18</p>

12. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «БИОЛОГИЯ»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «БИОЛОГИЯ»

МОДУЛЬ 1. БИОЛОГИЯ КЛЕТКИ.

ТЕМА 1: ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ БИОЛОГИИ. ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА И УРОВНИ ОРГАНИЗАЦИИ ЖИВЫХ СИСТЕМ. КЛЕТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ОРГАНИЗАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ. СТРОЕНИЕ ЭУКАРИОТИЧЕСКОЙ КЛЕТКИ.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование)

Выберите один или несколько правильных ответов.

ОСНОВНЫЕ СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ КЛЕТКИ

цитоплазматическая мембрана
клеточная стенка
цитоплазма
ядро
ядрышко

ФУНКЦИИ ГИАЛОПЛАЗМЫ (ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИЙ МАТРИКС)

является истинной внутренней средой клетки
создает высокоупорядоченную многофазную коллоидную систему, необходимую для жизнедеятельности компонентов клетки
производит инактивацию перекисных соединений
формирует опорно-двигательную систему цитоплазмы
является местом, где происходит гликолиз
является местом внутриклеточного обмена

ФУНКЦИИ ЛИЗОСОМ

синтез полипептидов
упаковка секреторных гранул, выведение гранул секрета
синтез углеводов и липидов
участие в фагоцитозе и процессах внутриклеточного пищеварения
формирование цитоскелета
участие в аутофагии клетки

ГРУППА ВКЛЮЧЕНИЙ, К КОТОРОЙ ОТНОСИТСЯ МЕЛАНИН

трофические включения
пигментные включения
секреторные включения
экскреторные включения

НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ КЛЕТКИ

ядро

цитоплазма
плазматическая мембрана
митохондрии
ядрышко

ЭНДОПЛАЗМАТИЧЕСКАЯ СЕТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ систему, образованную из мембран, канальцев, соединенных друг с другом двумембранную органеллу общего значения одномембранную органеллу общего значения органеллу на шероховатой мембране, на которой синтезируются белки

ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕМБРАННЫЕ ОРГАНЕЛЛЫ

рибосомы
клеточный центр
лизосомы
микротрубочки
микрофиламенты
митохондрии
пероксисомы
ЭПС

ОРГАНЕЛЛЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРОЦЕССАХ КОНЦЕНТРАЦИИ И СЕКРЕЦИИ Веществ в клетке

аппарат Гольджи
лизосомы
фагосомы
пероксисомы
микрофиламенты
рибосомы

УКАЖИТЕ ФУНКЦИИ, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТ ПЕРОКСИСОМЫ

синтез АТФ
сборка рибосом из двух субъединиц
синтез гликозамингликанов
синтез жиров
обезвреживание перекисных соединений при помощи каталазы

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ЦИТОПЛАЗМЫ

гиалоплазма
органеллы
включения
хромосомы
пластиды
жгутики

ОРГАНЕЛЛАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

постоянные компоненты цитоплазмы
непостоянные компоненты цитоплазмы
недифференцированные участки цитоплазмы
продукты жизнедеятельности цитоплазмы

К ВКЛЮЧЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

непостоянные компоненты цитоплазмы
продукты жизнедеятельности клетки
дифференцированные участки цитоплазмы

ВАКУОЛЯРНУЮ СИСТЕМУ ЦИТОПЛАЗМЫ ОБРАЗУЮТ

лизосомы
аппарат Гольджи
ЭПС
пероксисомы
митохондрии
центриоли

ЛЮБАЯ КЛЕТКА СПОСОБНА К

мейозу
проведению нервного импульса
сокращению
обмену веществ

В КЛЕТКЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЧУМЫ НЕТ

рибосом
цитоплазмы
мембраны
ядра

ФУНКЦИИ МИТОХОНДРИИ

синтез митохондриальных белков
хранение и реализация информации о митохондриальных белках
начальные этапы клеточного дыхания, окислительно-фосфорилирование
синтез АТФ
репликация ядерной ДНК

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ЦИТОПЛАЗМЫ

плазматическая мембрана
гиалоплазма
органеллы
включения
протоплазма

ФУНКЦИИ ЭНДОПЛАЗМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ

упаковка секреторных гранул
образование лизосом
участие в фагоцитозе и процессах внутриклеточного пищеварения
синтез углеводов, липидов, полипептидов
транспортная функция

КАКИЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ОТНОСЯТСЯ К МИКРОТРУБОЧКАМ

основной компонент-белок тубулин
способны к самосборке
участвуют в расхождении хроматид при митозе
входят в состав ядрышка
входят в состав ресничек, жгутиков, базальных телец и центриолей

ВЫБЕРИТЕ ОРГАНЕЛЛЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ

жгутики
микроворсинки
симпласт
реснички
микрофиламенты

СТРУКТУРЫ И ХИМИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА, СВОЙСТВЕННЫЕ ЛИЗОСОМАМ

гидролитические ферменты
РНК
кристы
универсальная биологическая мембрана
ДНК

ПЕРЕЧИСЛИТЕ НЕМЕМБРАННЫЕ ОРГАНЕЛЛЫ

центросома
лизосома
рибосомы
ЭПС
митохондрии
микротрубочки
аппарат Гольджи
пероксисомы
жгутики
реснички

СТРУКТУРЫ, КОТОРЫЕ УЧАСТВУЮТ В ПРОЦЕССЕ ВЫРАБОТКИ И НАКОПЛЕНИЯ ЭНЕРГИИ

рибосомы
пероксисомы
аппарат Гольджи
митохондрии

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ЛЮБОЙ КЛЕТКИ

ядро
цитоплазматическая мембрана
цитоплазма
жгутики
пластиды

ОРГАНЕЛЛАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

постоянные компоненты цитоплазмы
непостоянные компоненты цитоплазмы
недифференцированные участки цитоплазмы
продукты жизнедеятельности цитоплазмы

К ПРОКАРИОТАМ ОТНОСЯТСЯ

вирусы
бактерии
синезеленые водоросли
одноклеточные животные
многоклеточные животные
грибы

НАУКА О ЖИЗНИ, ИЗУЧАЮЩАЯ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЖИЗНИ И РАЗВИТИЯ ЖИВЫХ СУЩЕСТВ НАЗЫВАЕТСЯ

эволюция
синергетика
биология
генетика

ПЛАЗМАТИЧЕСКАЯ МЕМБРАНА ЕСТЬ У КЛЕТОК

вирусов и бактерий
только у растительных организмов
только у эукариотических организмов
всех организмов, имеющих клеточное строение

К КАКАМУ ВИДУ ВКЛЮЧЕНИЙ ОТНОСИТСЯ ГЕМОГЛОБИН

секреторные
пигментные
трофические
экскреторные

К ОРГАНОИДАМ ОТНОСЯТСЯ

ядро
базальная мембрана
митохондрии
нейроны

Эталоны ответов на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	1, 3, 4	16	1, 2, 4
2	2, 6	17	2, 3, 4
3	4	18	4, 5
4	2	19	1, 2, 3, 5
5	1, 2, 3	20	1, 2, 4
6	1, 3, 4	21	1, 4
7	3, 6, 7, 8	22	3, 6, 9, 10
8	1	23	4
9	5	24	1, 2, 3
10	1, 2, 3	25	1
11	1	26	4
12	1, 2	27	1
13	1, 2, 3, 4	28	3,4,5
14	4	29	2
15	4	30	1,2,3,4

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 67	%	Баллы
0 – 7	0-10	0
8 – 20	11-30	1,0
21 – 37	31-55	2,0
38 – 47	56-70	3,0
48 – 60	71-90	4,0
61 – 67	91-100	5,0

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Введение в медицинскую биологию, задачи, объект и метод исследования.
Основные биологические законы и понятия.
Разделы дисциплины биологии и их значение для деятельности врача.
Развитие представлений о сущности жизни. Определение, гипотезы происхождения жизни.
Главные этапы возникновения и развития жизни.
Иерархические уровни организации живого.

Основные свойства живого.

Формы жизни и типы клеточной организации биологических систем.

Клеточная теория, основные ее положения, значение для понимания фундаментальных свойств живого.

Сравнительная характеристика про- и эукариотических клеток.

Происхождение эукариот.

Основные структурные компоненты клетки.

Цитоплазма. Органоиды животной и растительной клетки.

Включения, виды включений.

Неклеточные структуры организма.

Устройство микроскопа.

Правила микроскопирования.

Методы приготовления временных препаратов.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (решение проблемно-ситуационных задач):

Какова судьба органических молекул попавших в вакуолярную систему клетки? Что образует вакуолярную систему клетки? Значение этой системы для жизнедеятельности клетки.

Табачный дым подавляет активность ресничек эпителия, выстилающего верхние дыхательные пути. Почему это способствует усилению так называемого кашля курильщиков и развитию легочных заболеваний?

При передозировке гликозидов – сердечных препаратов (например, строфантина) нарушается один из механизмов активного пути проникновения веществ в клетку. Какой и как? Объясните.

У больного неукротимая рвота и расстройство стула. В каком состоянии клетки тканей организма? Что необходимо предпринять, чтобы вернуть тургор клеток в нормальное физиологическое состояние?

Почему при обезвоживании организма нельзя вводить гипертонический раствор?

У больного отек мозга. В каком состоянии находится тургор клеток? Какой раствор надо ввести, чтобы снять отек?

Больному в гнойной хирургии наложили повязку. Какой раствор был выбран для смачивания повязки: а) гипотонический, б) гипертонический, в) изотонический. Ответ обосновать.

Двое студентов оперируют лягушку. Они все время смачивают обнаженные внутренние органы лягушки солевым раствором, тем не менее, через некоторое время эти органы начинают сморщиваться. Заглянув в учебник, студенты обнаружили, что концентрация солевого раствора взята неверно: 9% вместо 0,9%. Какой процесс имел здесь место? Почему погибла лягушка во время операции?

Эталонные ответы на ПСЗ:

№ задачи	правильный ответ
1.	Вакуолярная система — совокупность одномембранных органелл цитоплазмы. По строению выделяют следующие компоненты вакуолярной системы, различающиеся и по своим функциям: гранулярный эндоплазматический ретикулум, аппарат Гольджи, лизосомы, гладкий эндоплазматический ретикулум, пероксисомы. Одномембранные органеллы клетки, составляющие вакуолярную систему, обеспечивают синтез и транспорт внутриклеточных биополимеров и продуктов секреции, выводимых из клетки; поглощение путем фагоцитоза, в том числе в реакциях иммунного ответа; биосинтез липидов, в том числе компонентов мембран, стероидных гормонов и др.; дезактивацию ядов путем окисления до безвредных продуктов; разрушение активных форм кислорода и другое.
2.	Реснички призваны очищать бронхи и легкие от различных частиц пыли и поддерживают весь дыхательный аппарат в здоровом состоянии. Если постоянно подвергать их воздействию табачного дыма, то реснички гибнут, а цилиндрический эпителий становится плоским. В этом случае очищение легких и бронхов от слизи с осевшими на них отравляющими веществами табачного дыма, будет происходить при помощи кашля и отхаркивания.
3.	K-Na насос
4.	клетки в состоянии дегидратации
5.	гипертонический раствор вызовет еще большее обезвоживание
6.	клетки находятся в состоянии ипергидратации, необходимо ввести гипертонический раствор
7.	гипертонический
8.	студенты применили гипертонический раствор

Критерии оценивания ответа на проблемно-ситуационную задачу:

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы.

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«Удовлетворительно» выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«Неудовлетворительно» выставляется, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.

ТЕМА 2: ОРГАНИЗАЦИЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО МАТЕРИАЛА У ПРО- И ЭУКАРИОТ. ЯДРО КЛЕТКИ. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АППАРАТ КЛЕТКИ. ХРОМОСОМЫ КАК СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСНОВА ОРГАНИЗАЦИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО МАТЕРИАЛА ЭУКАРИОТ. ГЕНОМ КЛЕТКИ.

Форма текущего контроля успеваемости: письменный (тестирование)

Выберите один или несколько вариантов ответов

ВЫБЕРИТЕ ВЕРНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ЯДРЫШКУ

ядрышко - место образования рибосомной РНК
расположенные на периферии ядрышка гранулы диаметром 10-20 нанометров являются предшественниками информационной РНК
при митозе ядрышки обычно распадаются, а по окончании его формируются заново
предшественники больших и малых субъединиц рибосом отделяются от ядрышка и мигрируют в цитоплазму, где и происходит сборка рибосом
ядрышко окружено 2-мембранной оболочкой, пронизанной порами

ФУНКЦИИ ПОЛОВЫХ ХРОМОСОМ

упаковка нитей ДНК
определяют различие кариотипов особей разных полов у раздельнополых организмов
содержат информацию о соматических признаках и свойствах организма
содержат информацию только о половых признаках
содержат информацию не только о половых, но и соматических признаках и свойствах организма

ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ХРОМОСОМ

основу хромосомы составляет одна непрерывная двухцепочечная молекула ДНК
в процессе функционирования хромосомы претерпевают структурные преобразования (спирализация - деспирализация)
в процессе жизнедеятельности клеток постоянно меняется число хромосом
в синтетический период интерфазы удваивается число хромосом
хромосомы - материальные носители наследственности

НИТИ ХРОМАТИНА ПРИКРЕПЛЯЮТСЯ

к наружной ядерной мембране
к внутренней ядерной мембране
к рибосомам

ОПРЕДЕЛИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ УРОВНЕЙ УКЛАДКИ ДНК В ХРОМОСОМАХ

хроматидный
хромонемный
хромомерный
нуклеомерный
нуклеосомный

ДЛЯ ЯДЕРНОЙ ОБОЛОЧКИ ХАРАКТЕРНЫ

наружная ядерная мембрана
внутренняя ядерная мембрана
перинуклеарное пространство
ядерная пора
перинуклеарный хроматин

ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ЯДРЫШКА ЯВЛЯЮТСЯ

синтез р-РНК
образование субъединиц рибосом
синтез ядрышкового организатора ДНК

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ НУКЛЕОТИДНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ МОЛЕКУЛ ДНК

геномика
секвенирование
амплификация

АМПЛИФИКАЦИЯ – ЭТО

диплоидность ДНК
способность к многократному копированию генов
определение нуклеотидной последовательности молекул ДНК

РЕТРОТРАНСПАЗОНЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ПЕРЕДАЧУ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

по горизонтали
по диагонали
по вертикали

РЕГУЛЯЦИЯ ТРАНСКРИПЦИИ ИДЕТ ЧЕРЕЗ БЕЛКИ, КОДИРУЕМЫЕ ГЕНАМИ

энхансеры
сайленсоры
домены

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ У ПРОКАРИОТ

регулирующее влияние гормонов
наличие полицистронной модели гена

отсутствие генов - регуляторов

ВЫБЕРИТЕ ВЕРНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ХРОМАТИНА

хроматин - нуклеопротеидные нити, из которых состоят хромосомы клеток эукариот

основные структурные компоненты хроматина – ДНК - 40%, гистоны -40%, 20% негистоновые белки, следы РНК

в составе хроматина содержится до 95 % РНК

на электронных микрофотографиях хроматин напоминает бусы, образованные из нуклеосом - частиц диаметром около 10 нм

различие между активным и неактивным хроматином связано плотностью его упаковки

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭУХРОМАТИНА

активный деспирализованный хроматин ядра

хроматин, с которого идут процессы транскрипции

хроматин, с которого не идут процессы транскрипции

КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ХРОМОСОМ, ЯВЛЯЮТСЯ ВЕРНЫМИ

в хромосомах содержится около 98-99% ДНК клетки

на стадии метафазы митоза хромосомы хорошо различимы в световом микроскопе

во время интерфазы хромосомы деспирализованы и образуют хроматин

в хромосомах находятся кольцевые молекулы ДНК

для каждого вида характерно постоянное число хромосом, закрепленное в эволюции данного вида

КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ЯДРА, ЯВЛЯЮТСЯ ВЕРНЫМИ

в ядре синтезируются ферменты, необходимые для репликации ДНК

в ядре интерфазной клетки весь хроматин спирализован

наружная ядерная мембрана связана с эндоплазматической сетью

белки, входящие в состав ядрышка, хроматина и других структур ядра поступают в ядро из цитоплазмы

ядро состоит из ядрышка, хроматина, кариоплазмы и кариолеммы

ПРИНЦИП ЛЕЖАЩИЙ В ОСНОВЕ ДЕНВЕРСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХРОМОСОМ

распределение хромосом по группам

картирование хромосом

выявление гетерохроматиновых участков

дифференциальное окрашивание хромосом

распределение хромосом по величине и положению центромеры

определение генной последовательности в хромосомах

ДЛЯ КОМПЛЕКСА ЯДЕРНОЙ ПОРЫ ПРАВИЛЬНЫ СЛЕДУЮЩИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ

образована тремя рядами глобулярных белков

состоит из ДНК и белка

является ферментативной воронкой

количество пор меняется в зависимости от активности ядра

образована микротрубочками

ЯДРО ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

фибрилярный компонент - ранние стадии образования р-РНК

ядрышко

хроматин

ядрышковый сок

ядрышковый организатор

ГЕНОМ - ЭТО

многократное повторение ДНК

вся масса ДНК клетки

многократное повторение одинаковых ген в клетке

ИЗБЫТОЧНОСТЬ ГЕНОМА ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

наличия промотора

наличия умеренно повторяющихся генов

наличия интронов

УМЕРЕННО ПОВТОРЯЮЩИЕСЯ ГЕНЫ ПРИВОДЯТ

к избыточности генома

к мобильности генома

к видоспецифичности

НА РЕГУЛЯЦИЮ ТРАНСКРИПЦИИ У ПРОКАРИОТ ВЛИЯЕТ

наличие фермента рибонуклеазы-Н

наличие белка - репрессора

наличие белка - индуктора

СОВОКУПНОСТЬ ЧИСЛА И МОРФОЛОГИИ ХРОМОСОМ ДИПЛОИДНОЙ КЛЕТКИ

кариотип

геном

генетический код

Эталоны ответов на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	1,3,4	13	2,4,5
2	1,2,5	14	1,2
3	1,2,4,5	15	2,3,5
4	2	16	3,4,5
5	5-4-3-2-1	17	1,5
6	1,2,3,4	18	1,3,4
7	1	19	2,3,4
8	2	20	2
9	2	21	2,3
10	1	22	1
11	1,2	23	2,3
12	2	24	1

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

Ядерный аппарат - система управления клетки. Основные компоненты ядра, их структурно-функциональная характеристика.

Хроматин как форма существования хромосом (гетеро- и эухроматин): строение, химический состав.

Современные представления о строении хромосом. Нуклеосомная модель хромосом, уровни организации ДНК в хромосомах.

Кариотип. Классификация хромосом. Типы хромосом

Цитоплазматическая наследственность.

Химическая организация генетического материала.

Современные представления о строении и функции генов

(цистрон, рекон, мутон).

Реализация генетической информации и ее регуляция. Поток информации в клетке. Репликация ДНК.

Биосинтез белка и его регуляция.

Взаимосвязь между геном и признаком. Сущность правила Бидла-Татума: ген – фермент.

Геном человека. Характеристика генома. Организация генома.

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 49	%	Баллы
0 – 5	0-10	0
6 – 14	11-30	1,0
15 – 27	31-55	2,0
28 – 34	56-70	3,0
35 – 44	71-90	4,0
45 – 49	91-100	5,0

МОДУЛЬ 2. Генетика.

ТЕМА1: ЗАКОНОМЕРНОСТИ НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИЗНАКОВ. МЕНДЕЛЕВСКИЕ ТИПЫ НАСЛЕДОВАНИЯ У ЧЕЛОВЕКА.

ЗАКОН МОРГАНА. ГЕНЕТИКА ПОЛА

Форма текущего контроля успеваемости: письменный (тестирование)

Выберите один правильный вариант ответа

ПРИЗНАКИ, НЕ ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ У ГИБРИДОВ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ, Г. МЕНДЕЛЬ НАЗВАЛ

доминантными 3) гомозиготными

гетерозиготными 4) рецессивными

ПАРНЫЕ ГЕНЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОКРАСКУ ЛЕПЕСТКОВ РАСТЕНИЙ НОЧНОЙ КРАСАВИЦЫ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ В ГОМОЛОГИЧНЫХ ХРОМОСОМАХ, НАЗЫВАЮТ

рецессивными 3) сцепленными

доминантными 4) аллельными

СУТЬ ГИБРИДОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

1) скрещивании организмов и анализе потомства 2) получении мутаций

3) исследовании генеалогического древа 4) получении модификаций

ОРГАНИЗМ, В ГЕНОТИПЕ КОТОРОГО СОДЕРЖАТСЯ РАЗНЫЕ АЛЛЕЛИ ОДНОГО ГЕНА, НАЗЫВАЮТ

рецессивным 3) гетерозиготным

доминантным 4) гомозиготным

СХЕМА ААВВ Х ААВВ ИЛЛЮСТРИРУЕТ СКРЕЩИВАНИЕ

моногибридное

полигибридное

анализирующее дигибридное

анализирующее моногибридное

СКОЛЬКО ВИДОВ ГАМЕТ ОБРАЗУЕТСЯ У ДИТЕТЕРОЗИГОТНЫХ РАСТЕНИЙ ГОРОХА ПРИ ДИГИБРИДНОМ СКРЕЩИВАНИИ (ГЕНЫ НЕ ОБРАЗУЮТ ГРУППУ СЦЕПЛЕНИЯ)?

1) один 2) два 3) три 4) четыре

ПРИ САМООПЫЛЕНИИ ГЕТЕРОЗИГОТНОГО ВЫСОКОРОСЛОГО РАСТЕНИЯ ГОРОХА (ВЫСОКИЙ СТЕБЕЛЬ — А) ДОЛЯ КАРЛИКОВЫХ ФОРМ РАВНА

1) 25% 2) 50% 3) 75% 4) 0%

КАКОВЫ ГЕНОТИПЫ ГОМОЗИГОТНЫХ РОДИТЕЛЬСКИХ ФОРМ ПРИМОНОГИБРИДНОМ СКРЕЩИВАНИИ?

1) Аа, Аа 2) ВВ, ВВ 3) ВВ, bb 4) Аа, аа

РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ ОДНОГО И ТОГО ЖЕ ГЕНА НАЗЫВАЮТ

фенотипами 3) аллелями

колонами 4) генотипами

В ПОТОМСТВЕ, ПОЛУЧЕННОМ ОТ СКРЕЩИВАНИЯ ГИБРИДОВ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ, ЧЕТВЕРТЬ ОСОБЕЙ ИМЕЕТ РЕЦЕССИВНЫЙ ПРИЗНАК, ТРИ ЧЕТВЕРТИ — ДОМИНАНТНЫЙ; ЭТО ФОРМУЛИРОВКА ЗАКОНА

единообразия

расщепления

независимого распределения генов

сцепленного наследования

СКРЕСТИЛИ ДВА ГОМОЗИГОТНЫХ РАСТЕНИЯ ТЫКВЫ С БЕЛЫМИ ОВАЛЬНЫМИ ПЛОДАМИ И ЖЕЛТЫМИ КРУГЛЫМИ

ПЛОДАМИ (А — БЕЛЫЙ ЦВЕТ ДОМИНИРУЕТ НАД ЖЕЛТЫМ, В — КРУГЛАЯ, ФОРМА ПЛОДА НАД ОВАЛЬНОЙ). ОПРЕДЕЛИТЕ ГЕНОТИП F₁.

1) ААВb 2) АaBb 3) aaBB 4) AAbb

ПРИ СКРЕЩИВАНИИ ЧЕРНОГО КРОЛИКА (АА) С ЧЕРНЫМ КРОЛИКОМ (АА) В ПОКОЛЕНИИ F₁ ПОЛУЧИТСЯ КРОЛИКОВ 100% черных

75% черных, 25% белых

50% черных, 50% белых

25% черных, 75% белых

ПРАВИЛО ЕДИНООБРАЗИЯ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ ПРОЯВИТСЯ, ЕСЛИ ГЕНОТИП ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ААВВ, А ДРУГОГО

1) ААВb 2) АaBB 3) ААВВ 4) АaBb

ЧЕРНАЯ ОКРАСКА КРОЛИКА (В) ДОМИНИРУЕТ НАД БЕЛОЙ (b), А МОХНАТАЯ ШЕРСТЬ (А) НАД ГЛАДКОЙ (а). КАКОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ ПО ФЕНОТИПУ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ ОТ СКРЕЩИВАНИЯ ГЕТЕРОЗИГОТНЫХ ОСОБЕЙ ПО ДВУМ ПАРАМ ПРИЗНАКОВ?

1) 3:1 2) 1:2:1 3) 1:1:1:1 4) 9:3:3:1

ПРИ СКРЕЩИВАНИИ ГЕТЕРОЗИГОТНОГО ПО ОДНОЙ ПАРЕ ПРИЗНАКОВ РАСТЕНИЯ С ГОМОЗИГОТНЫМ ДОЛЯ ГОМОЗИГОТ В ПОТОМСТВЕ СОСТАВИТ

1) 0% 2) 25% 3) 50% 4) 100%

У КАРЕГЛАЗЫХ ТЕМНОВОЛОСЫХ РОДИТЕЛЕЙ (ДОМИНАНТНЫЕ ПРИЗНАКИ) ДОЧЬ ГОЛУБОГЛАЗАЯ, СВЕТЛОВЛОСАЯ.

ОПРЕДЕЛИТЕ ГЕНОТИПЫ ЕЕ РОДИТЕЛЕЙ.

ААВВ, ааВВ 3) АaBb, АaBb

ААВb, ааВВ 4) ааВВ, АaВВ

КАКАЯ ЧАСТЬ ОСОБЕЙ С РЕЦЕССИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЯВИТСЯ В ПЕРВОМ ПОКОЛЕНИИ ПРИ СКРЕЩИВАНИИ ДВУХ ГЕТЕРОЗИГОТНЫХ ПО ДАННОМУ ПРИЗНАКУ РОДИТЕЛЕЙ?

1) 75% 2) 50% 3) 25% 4) 0%

КАК НАЗЫВАЕТСЯ ТРЕТИЙ ЗАКОН МЕНДЕЛЯ?

закон расщепления

закон единообразия

закон независимого наследования

закон сцепленного наследования

СКОЛЬКО ТИПОВ ГАМЕТ ОБРАЗУЕТ ОРГАНИЗМ С ГЕНОТИПОМ ААВbСС ЕСЛИ ИЗВЕСТНО, ЧТО ИЗУЧАЕМЫЕ ГЕНЫ РАСПОЛОЖЕНЫ В РАЗНЫХ ПАРАХ ГОМОЛОГИЧНЫХ ХРОМОСОМ?

1) 2 2) 4 3) 6 4) 8 5) 10

КАК НАЗЫВАЕТСЯ СОВОКУПНОСТЬ ВСЕХ ГЕНОВ ГАПЛОИДНОГО НАБОРА ХРОМОСОМ?

генотип 4) фенотип

геном 5) генофонд 3) кариотип

МНОГОКРАТНЫЕ МУТАЦИИ ОДНОГО И ТОГО ЖЕ ГЕНА

полимерия

кодминирование

комплементарность

АЛЛЕЛИ, КОТОРЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ПОПУЛЯЦИИ БОЛЕЕ ЧЕМ ДВУМЯ АЛЛЕЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ, НАЗЫВАЮТСЯ

аллельные гены

множественные аллели

неаллельные гены

ОТКРЫТИЕ НАСЛЕДОВАНИЯ ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВОУ ЧЕЛОВЕКА ПРИНАДЛЕЖИТ

Т. Моргану

К. Ландштейнеру

Ж. Доссе

СИСТЕМА АНТИГЕНОВ ПО ГРУППЕ КРОВИ АВО ПЕРЕДАЕТСЯ

одним многократно мутирующим геном

двумя разными тесно сцепленными группами генов

одним геном

ОПРЕДЕЛИТЕ ГРУППУ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО, ЕСЛИ НАПОВЕРХНОСТИ ЭРИТРОЦИТА ПРИСУТСТВУЕТ АНТИГЕН В, А В ПЛАЗМЕ ПРИСУТСТВУЮТ АНТИТЕЛО α

- I (O)
- II (A)
- III (B)
- IV (AB)

В КАКОЙ ХРОМОСОМЕ НАХОДЯТСЯ ГЕНЫ ОТВЕЧАЮЩИЕ ЗА НАСЛЕДОВАНИЕ HLA-системы

- 1 хромосоме
- 6 хромосоме
- 9 хромосоме

Эталонные ответы на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	4	14	4
2	4	15	3
3	1	16	3
4	3	17	3
5	3	18	3
6	4	19	4
7	1	20	2
8	3	21	1
9	3	22	2
10	2	23	2
11	2	24	1
12	2	25	3
13	3	26	2

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

- Предмет, разделы и основные открытия в области генетики. Уровни организации генетического материала.
- Ключевые понятия генетики (ген, аллель, гомозиготы, гетерозиготы, генотип, фенотип и генофонд, плейотропия).
- Понятие «доза гена» в генотипе. Генотип как сбалансированная по дозам генов система. Норма реакции признаков, контролируемых одной или двойной дозой, несколькими двойными дозами генов.
- Причины нарушения дозовой сбалансированности генотипа организма и их последствия для фенотипа.
- Закон сцепленного наследования Т. Моргана. Полное и неполное сцепление генов.
- Основные положения хромосомной теории наследственности, сформулированные Т. Морганом. Кроссинговер и его генетическая роль.
- Картирование хромосом. Генетические, цитологические и секвенсовые карты хромосом. Локализация некоторых генов в аутосомах и половых хромосомах человека.
- Генетика пола. Хромосомная теория определения пола. Балансовая теория определения пола.
- Морфофункциональная характеристика половых хромосом. 10. Сцепленное с полом наследование.
- Классификация типов наследования, сцепленных с полом.
- Нерасхождение половых хромосом как причина хромосомных болезней.

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 26	%	Баллы
0 – 2	0-10	0
3 – 7	11-30	1,0
8 – 14	31-55	2,0
15 – 18	56-70	3,0
19 – 23	71-90	4,0
24 – 26	91-100	5,0

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (решение типовых задач):

Классическая гемофилия и дальтонизм наследуются рецессивно, сцепленос X- хромосомой. Расстояние между генами определено в 9,8 морганид. Девушка, отец которой страдал гемофилией и дальтонизмом, а мать здоровая выходит замуж за здорового мужчину. Определите вероятные фенотипы детей от этого брака.

Дальтонизм (цветовая слепота) передается как рецессивный сцепленный с X - хромосомой признак. Девушка, имеющая нормальное зрение, отец которой обладал цветовой слепотой, выходит замуж за нормального мужчину, отец которого также страдал цветовой слепотой. Какое зрение можно ожидать у детей от этого брака?

Классическая гемофилия и дальтонизм наследуются рецессивно, сцеплено с X- хромосомой. Расстояние между генами определено в 9,8 морганид. Женщина, мать которой была с дальтонизмом, а отец –с гемофилией, вступает в брак с мужчиной, страдающим обоими заболеваниями. Определите вероятность рождения в этой семье здоровых детей.

Дальтонизм (цветовая слепота) передается как рецессивный сцепленный с X - хромосомой признак. Женщина, страдающая дальтонизмом, вышла замуж за мужчину с нормальным зрением. Каким будет восприятие цвета у их сыновей и дочерей?

Эталоны ответов на типовые задачи:

Задача №1	Задача №2	Задача №3	Задача №4
$22,05\% X^h X_D^H - d$ здоровая $22,05\% X^h Y - d$ гемофилия, дальтонизм; $22,05\% X_D^H X_D^H - d$ здоровая $22,05\% X_D^H Y - d$ – здоровый; $2,45\% X_D^H X_D^H - d$ – здоровая $2,45\% X_D^H Y - d$ – гемофилия; $2,45\% X^H X^H - d$ здоровая d D $2,45\% X^H Y - d$ – дальтонизм d	75% - детей с нормальным зрением и 25% - с дальтонизмом и это будут мальчики	Вероятность рождения здоровых детей 4,9% (2,45% мальчиков и 2,45% девочек)	50% - девочек с нормальным зрением и 50% - мальчиков с дальтонизмом

Критерии оценивания решения генетической задачи:

«Отлично» - выставляется за правильность ответа и оформления задачи.

«Хорошо» - выставляется за правильный ответ, но неправильное оформление задачи.

«Удовлетворительно» выставляется, если задача оформлена неверно, решение содержит незначительные ошибки.

«Неудовлетворительно» выставляется, если задача решена неправильно.

ТЕМА2: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ АЛЛЕЛЬНЫХ И НЕАЛЛЕЛЬНЫХ ГЕНОВ. МНОЖЕСТВЕННЫЙ АЛЛЕЛИЗМ. НАСЛЕДОВАНИЕ АНТИГЕННЫХ СИСТЕМ ЧЕЛОВЕКА.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование):

Выберите один правильный ответ.

МНОГОКРАТНЫЕ МУТАЦИИ ОДНОГО И ТОГО ЖЕ ГЕНА

- полимерия
- кодминирование
- комплементарность

АЛЛЕЛИ, КОТОРЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ПОПУЛЯЦИИ БОЛЕЕ ЧЕМ ДВУМЯ АЛЛЕЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ, НАЗЫВАЮТСЯ

- аллельные гены
- множественные аллели
- неаллельные гены

ОТКРЫТИЕ НАСЛЕДОВАНИЯ ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО У ЧЕЛОВЕКА ПРИНАДЛЕЖИТ

- Т.Моргану
- К.Ландштейнеру
- Ж.Доссе

СИСТЕМА АНТИГЕНОВ ПО ГРУППЕ КРОВИ АВО ПЕРЕДАЕТСЯ

- одним многократно мутирующим геном
- двумя разными тесно сцепленными группами генов
- одним геном

ОПРЕДЕЛИТЕ ГРУППУ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО, ЕСЛИ НА ПОВЕРХНОСТИ ЭРИТРОЦИТА ПРИСУТСТВУЕТ АНТИГЕН В, А В ПЛАЗМЕ ПРИСУТСТВУЮТ АНТИТЕЛО α

- I (O)
- II (A)
- III (B)
- IV (AB)

В КАКОЙ ХРОМОСОМЕ НАХОДЯТСЯ ГЕНЫ ОТВЕЧАЮЩИЕ ЗА НАСЛЕДОВАНИЕ HLA-системы

- 1 хромосоме
- 6 хромосоме
- 9 хромосоме

ЯВЛЕНИЕ СОВМЕСТНОГО И ПОЛНОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ДВУХ АЛЛЕЛЬНЫХ ГЕНОВ В ГЕТЕРОЗИГОТНОМ СОСТОЯНИИ

кодоминирование
неполное доминирование
эпистаз

ФОРМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ АЛЛЕЛЬНЫМИ ГЕНАМИ ОТВЕЧАЮЩАЯ ЗА НАСЛЕДОВАНИЕ IV ГРУППЫ КРОВИ

доминирование
свердоминирование
кодоминирование

ОТКРЫТИЕ СИСТЕМЫ ТКАНЕВОЙ СОВМЕСТИМОСТИ ЧЕЛОВЕКА ПРИНАДЛЕЖИТ

К.Ландштейнеру
Ж.Доссе
Виннеру

ОПРЕДЕЛИТЕ ГРУППУ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО, ЕСЛИ НА ПОВЕРХНОСТИ ЭРИТРОЦИТА ОТСУТСТВУЮТ АНТИГЕНЫ, А В ПЛАЗМЕ ПРИСУТСТВУЮТ АНТИТЕЛА α и β

I (O)
II (A)
III (B)
IV (AB)

МНОЖЕСТВЕННЫЕ АЛЛЕЛИ ЛЕЖАТ В ОСНОВЕ НАСЛЕДОВАНИЯ

системы АВО
системы Rh-фактора
полиморфизма

В КАКОЙ ХРОМОСОМЕ НАХОДЯТСЯ ЛОКУС СЕКРЕЦИИ АВН- АНТИГЕНОВ

1 хромосоме
6 хромосоме
19 хромосоме

Эталоны ответов на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ
1	1
2	2
3	2
4	1
5	3
6	2
7	1
8	3
9	2
10	1
11	1
12	3

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

Множественные аллели, определение, примеры.

Закономерности наследования АВО системы групп крови. Наследование Rh- фактора. Значение знаний о закономерности наследования АВО системы и Rh-фактора для медицины.

Система иммуносовместимости, HLA и ее значение.

Формы взаимодействия аллельных генов (доминирование, сверхдоминирование, неполное доминирование, кодоминирование, межаллельная комплементация, аллельное исключение.)

Наследование признаков, обусловленных взаимодействием неаллельных генов. Какие гены называются неаллельными?

Формы взаимодействия неаллельных генов:

- а) цитологический механизм комплементарности. б) цитологический механизм эпистаза, в) цитологический механизм полимерии.

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 12	%	Баллы
0 – 1	0-10	0
2 – 3	11-30	1,0
4 – 6	31-55	2,0

7 – 8	56-70	3,0
9 –10	71-90	4,0
11 – 12	91-100	5,0

Форма текущего контроля успеваемости: письменная(решение типовых задач):

У кроликов установлена серия множественных аллелей по признаку окраски шерсти: С - черная окраска; С^h - гималайская (черные уши, лапы и кончик хвоста) рецессивна по отношению к гену С и доминантна по отношению к гену с; с - альбинизм. Определить окраску у кроликов, имеющих следующие генотипы: а) СС^h, б) С^hс, в) Сс, г) сс, д) СС. Черный гетерозиготный по гену С^h кролик скрещен с белой самкой. Определить генотип и фенотип потомства.

Женщина с I(0) группой крови, резус - отрицательная (рецессивный признак) вышла замуж за гетерозиготного мужчину с III(В) группой крови, резус - положительного. Определите вероятность рождения ребенка резус – положительного с I(0) группой крови.

Кареглазость доминирует над голубоглазостью. С одной семье у кареглазых родителей имеется четверо детей. Двое голубоглазых имеют I(0) и IV(АВ) группы крови, двое кареглазых –II(А) и III(В) группы крови. Определите вероятность рождения следующего ребенка кареглазого с I(0) группой крови.

Женщина с резус-положительной кровью III (В) группы вышла замуж за мужчину с резус-отрицательной кровью II (А) группы. Определите генотипы родителей, если малыш родился с резус-отрицательной кровью I(0) группы.

Эталоны ответов на типовые задачи:

Задача №1	Задача №2	Задача №3	Задача №4
$P \times C^1 C^2 \times \delta C^1 C^2$ $FC^1 C^2 - 50\%$, $C^1 C^1 - 25\%$, $C^2 C^2 - 25\%$	$P \times I^B I^0 ss \times \delta I^A I^0 Ss$ Генотип 1-го ребенка - $I^A I^B ss$ Генотип 2-го ребенка: любая группа крови, по гену-секретору неопределить. Он может быть $I^0 I^0 ss$ или $I^0 I^0 Ss$.	1 ребенок – от третьей пары 2 – от второй 3 – от первой	$P \times I^B I^0 Dd \times \delta I^A I^0 dd$

Критерии оценивания решения генетической задачи:

«Отлично» - выставляется за правильность ответа и оформления задачи.

«Хорошо» - выставляется за правильный ответ, но неправильное оформление задачи.

«Удовлетворительно» выставляется, если задача оформлена неверно, решение содержит незначительные ошибки.

«Неудовлетворительно» выставляется, если задача решена неправильно.

ТЕМА3: ИЗМЕНЧИВОСТЬ И ЕЕ ФОРМЫ. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование)

Выберите несколько правильных ответов:

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБНЫЕ ВЫЗВАТЬ МУТАЦИЮ

- ультрафиолетовые лучи
- колхицин
- альдегиды
- ионизирующее излучение
- кетоны
- рентгеновские лучи
- космические лучи
- формалин

ПО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМУ ДЕЙСТВИЮ НА ОРГАНИЗМ МУТАЦИИ МОГУТ БЫТЬ

- летальные
- соматические
- индуцированные
- полуметальные
- спонтанные
- безразличные
- полезные
- генеративные

К ХРОМОСОМНЫМ АБЕРРАЦИЯМ ОТНОСЯТСЯ

анеуплоидия
транслокация
дупликация
инверсия
плейотропия
полиплоидия

К ГЕННЫМ МУТАЦИЯМ ОТНОСЯТСЯ

серповидно-клеточная анемия
болезнь Дауна
синдром "кошачьего крика"
галактоземия
фенилкетонурия,
альбинизм,
гемофилия
У ДЕВОЧКИ ВЫЯВЛЕНО 2 ТЕЛЬЦА БАРРА. ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
о фенилкетонурии
о синдроме Дауна
о трисомии по X-хромосоме
о синдроме Шерешевского-Тернера

К ГЕНОМНЫМ МУТАЦИЯМ ОТНОСИТСЯ

синдром Кляйнфельтера
синдром Патау
фенилкетонурия
синдром "кошачьего крика"
синдром Дауна

ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ ХАРАКТЕРНО

доминантное наследование
сцепленное с полом
рецессивное наследование
сцепленное с X-хромосомой
сцепленное с Y-хромосомой

ОСНОВНОЙ ФАКТОР, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ВЫСОКУЮ ЧАСТОТУ ГЕНА СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНОЙ АНЕМИИ В НЕКОТОРЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ ЛЮДЕЙ ЭТО

индуцированные мутации
естественный отбор в пользу гетерозигот
изоляция
спонтанные мутации
волнообразные изменения численности популяций

ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ГЕНОМНЫХ МУТАЦИЙ МОЖЕТ БЫТЬ

кроссинговер
изменение структуры гена
нарушение расхождения хромосом при делении клеток
изменение структуры хромосом
изменение числа хромосом

МУТАЦИИ РАЗНЫХ ГЕНОВ ВЕДУТ К СХОДНОМУ ФЕНОТИПУ ПРИ

генокопиях
фенокопиях
модификациях
пенетрантности
экспрессивности
ДЛЯ МОДИФИКАЦИОННОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ ХАРАКТЕРНО
изменение генотипа
изменение структуры хромосом
изменение фенотипа
изменение структуры гена

ГЕННЫЕ МУТАЦИИ - ЭТО

изменение структуры гена
изменение числа хромосом
изменение структуры хромосом

К ГЕНОМНЫМ МУТАЦИЯМ ОТНОСЯТСЯ

полиплоидия
плейотропия
дупликация
анеуплоидия

К ХРОМОСОМНЫМ БОЛЕЗНЯМ ОТНОСЯТСЯ

альбинизм,
галактоземия
синдром Эдвардса
фенилкетонурия

синдром Патау
синдром Кляйнфельтера
синдром Шерешевского-Тернера

КАРИОТИП ПРИ СИНДРОМЕ "КОШАЧЬЕГО КРИКА"

- 1) 46, 13p-
- 2) 46, 5p-
- 3) 46, 15p-
- 4) 46, 21p-
- 5) 47, трисомия 21

ПРИ АЛЬБИНИЗМЕ НАРУШЕН СИНТЕЗ ФЕРМЕНТА

галактозо-1 фосфат-уридилтрансферазы
фенилаланин-4 гидроксилазы
тирозиназы
ДНК-полимеразы

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА

монголоидный разрез глаз
бесплодие
умственная отсталость
крыловидная складка на шее
шестипалость
грубые пороки развития лица и внутренних органов

ДЛЯ АУТОСОМНО – РЕЦЕССИВНОГО ТИПА НАСЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРНО

признак проявляется в гомозиготном состоянии
признак проявляется у лиц мужского пола
родители, как правило, фенотипически здоровы
вероятность проявления признака у потомства 25%
при кровнородственных браках повышается вероятность проявления признака в потомстве

ИСТОЧНИКОМ МУТАЦИОННОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

модификации
фенокопии
генокопии
изменение структуры гена
изменение числа хромосом
изменение структуры хромосом

КЛАССИФИКАЦИЯ МУТАЦИЙ ПО ПРИЧИНАМ

Спонтанные, индуцированные, соматические, генеративные
Физические, химические и биологические мутации
Спонтанные и индуцированные
Соматические и генеративные
Доминантные, соматические и генеративные.

Эталонные ответы на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ
1	1, 4, 6, 7
2	1, 4, 6, 7
3	2, 3, 4
4	1, 4, 5, 6
5	3
6	1, 2, 5
7	2,4
8	2
9	3, 5
10	1
11	3
12	1
13	1, 4
14	3, 5, 6, 7

15	2
16	3
17	2, 4
18	1, 3, 4, 5
19	4,5,6
20	3

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

Основные формы изменчивости (классификация)

Взаимодействие среды и генотипа в проявлении признаков в развитии, обучение и воспитание человека. Норма реакции. Экспрессивность и пенетрантность.

Модификационная изменчивость.

Комбинативная изменчивость сущность примеры.

Мутационная изменчивость. Классификация мутаций. Генокопии и фенокопии.

Генные мутации и их классификация. Механизм развития их у человека: фенилкетонурия, альбинизм, галактоземия, серповидноклеточная анемия, эритроцитоз, метгемоглобинемия, гемолитические анемии и другие.

Хромосомные aberrации у человека: синдром 5 («кошачий крик») 21g (лейкоз), синдромы 13p, 13g, 18p, 18g, транслокационный вариант болезни Дауна.

Геномные мутации, механизм развития их у человека: синдром Клайнфельтера, Шерешевского-Тернера, трисомия, XXX, синдром Патау, Эдвардса, Дауна.

Мутагенные факторы. Мутагенез, канцерогенез. Генетическая опасность загрязнения окружающей среды.

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 45	%	Баллы
0 – 4	0-10	0
5 – 13	11-30	1,0
14 – 24	31-55	2,0
25 – 31	56-70	3,0
32 – 40	71-90	4,0
41 – 45	91-100	5,0

МОДУЛЬ 3. БИОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ. ОНТО- И ФИЛОГЕНЕЗ. ТЕМА 1. ОНТОГЕНЕЗ И ЕГО ПЕРИОДИЗАЦИЯ.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование):

Выберите один или несколько правильных ответов

Термин онтогенез был предложен ...

Ч.Дарвиным

К.Линнеем

Ф.Мюллер

Э.Геккелем

К.Бэр

Укажите правильную последовательность процессов.

бластула

гастрола

нейрула

морула

зигота

Мужские гаметы образуются в ...

в яичниках

в брюшной полости

в спермиях

в полости малого таза

в семенниках

Установите правильную последовательность стадий овогенеза.

роста

созревания

размножения

формирования

Укажите хромосомный и хроматидный состав наследственного материала на этапе роста гаметогенеза.

2n2c

nc

4n2c

2n4c

n2c

Укажите правильное

название клеток

образовавшихся

после митотического деления при сперматогенезе

сперматоциты I порядка

сперматиды

сперматоциты II порядка

сперматозоиды

сперматогонии

процесс расплавления фолликулярной оболочки ферментами, образующимися в аппарате Гольджи сперматозоидов
процесс изменения мембран головки и акросомы сперматозоида, которые способствуют высвобождению ферментов из акросомы
процесс уплотнения оболочки яйцеклетки, препятствующий проникновению других спермиев в яйцеклетку

В образовании монозиготных близнецов принимают участие ...

- одна яйцеклетка и один сперматозоид
- одна яйцеклетка и два сперматозоида
- две яйцеклетки и один сперматозоид
- две яйцеклетки и два сперматозоида

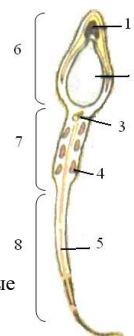
Изучите схему строения сперматозоида и укажите структуру, обозначенную под цифрой 3.

- головка
- шейка
- хвост
- акросома
- центриоли
- митохондрии
- жгутик
- ядро

Яйцеклетки, не содержащие желтка, называются ...

- олиголецитальные
- алецитальные
- полилецитальные

- изолецитальные
- телолецитальные
- центролецитальные



Для какого типа яйцеклеток характерно выделение вегетативного и анимального полюсов?

- изолецитального
- телолецитального
- центролецитального

У человека первые 8 недель онтогенетического периода развития, называется ...

- антенатальным
- интранатальным
- фетальным
- эмбриональным
- постнатальным
- перинатальным

Яйцеклетки птиц могут содержать следующий набор половых хромосом:

две X хромосомы (XX)

одну X хромосому (X)

одну Y хромосому (Y)

две Y хромосомы (YY)

Яйцеклетки человека и других млекопитающих вторично утратили ...

ядро

цитоплазму

желток

оболочки

Эталоны ответов на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ
1	2
2	4→2→1→3→5
3	3
4	2→1→3
5	2
6	3
7	2
8	3
9	1
10	5
11	2
12	2
13	4
14	2,3
15	3

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Оплодотворение

Провизорные органы зародышей позвоночных

Периодизация и раннее эмбриональное развитие млекопитающих и человека: зигота, дробление, гаструляция, гисто- и органогенез. Примеры органогенезов человека, отражающие эволюцию вида

Эмбриональная индукция

Закладка, развитие и формирование лица, ротовой полости и зубочелюстной системы в эмбриогенезе человека. Преобразование жаберного аппарата.

Механизмы онтогенеза: деление, миграция, сортировка, дифференцировка, гибель клеток. Регуляция онтогенеза: эмбриональная индукция, генетический контроль.

Основные периоды и события в раннем онтогенезе человека. Критические периоды онтогенеза.

Классификация врожденных пороков развития. Наследственные и ненаследственные пороки развития лица и зубочелюстной системы как следствие нарушения регуляции онтогенеза.

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 16	%	Баллы
0 – 1	0-10	0
2 – 4	11-30	1,0
5 – 8	31-55	2,0
9 – 11	56-70	3,0
12 – 14	71-90	4,0
15 – 16	91-100	5,0

ТЕМА 2. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПОСТЭМБРИОНАЛЬНОГО ПЕРИОДА ОНТОГЕНЕЗА. ПЕРИОДИЗАЦИЯ ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА. БИОЛОГИЯ СТАРЕНИЯ.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (реферат):

Темы рефератов:

Биологические аспекты старения. Теории старения.

Молекулярно-генетические, клеточные и системные механизмы старения. Зависимость старения от генотипа, условий и образа жизни. Биология продолжительности жизни людей. Проблемы долголетия. Запрограммированная смерть.

Критерии оценивания реферата:

«Отлично» - выставляется за неформальное и осознанное, глубокое, полное изложение выбранной темы.

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полное изложение темы, однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«Удовлетворительно» выставляется за частично правильное или недостаточно полное изложение, свидетельствующие о существенных недоработках студента.

«Неудовлетворительно» выставляется, если студент не справился с предложенным заданием, за бессодержательное изложение, незнание основных понятий. Также выставляется при условии полного невыполнения задания.

ТЕМА 3. СООТНОШЕНИЕ ОНТО- И ФИЛОГЕНЕЗА. ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ В ЭВОЛЮЦИИ ОРГАНОВ И СИСТЕМ.

Форма текущего контроля успеваемости: Письменный (тестирование):

Выберите один или несколько правильных вариантов ответа

КТО ВВЕЛ ТЕРМИН «ФИЛОГЕНЕЗ»?

А.Н.Северцов

Э. Геккель

Г. де Бер

И.И. Шмальгаузен

ФОРМУЛИРОВКА БИОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЗАКОНА:

В онтогенезе возможна частичная репетиция отдельных признаков и процессов, существовавших в онтогенезе предковых форм.

Филогенез есть быстрое и краткое повторение онтогенеза.

Филогенез усложняется за счет удлинения онтогенеза путем добавления новых стадий.

На ранних стадиях эмбриогенеза зародыши разных видов сходны между собой.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИСХОДНОЙ ЗАПРОГРАММИРОВАННОСТИ ПРОЦЕССОВ ФИЛОГЕНЕЗА

Генофонд эволюционирующей группы не изменяется.

Наличие уникальной неизменной генетической программы развития, сформированной вследствие мейоза и оплодотворения.

Генофонд эволюционирующей группы непрерывно изменяется, ряд изменений генофонда связан с адаптацией.

Генофонд эволюционирующей группы непрерывно изменяется, изменения генофонда не связаны с адаптацией.

ПРИНЦИП РЕКАПИТУЛЯЦИИ СФОРМУЛИРОВАЛ:

К. Бэр

Ч. Дарвин

Э. Геккель

Ф. Мюллер

ТИП ФИЛОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ЗАКЛАДКИ ОРГАНА ПРОИСХОДИТ НА РАННЕЙ СТАДИИ ЭМБРИОГЕНЕЗА, НО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПОСТЭМБРИОГЕНЕЗЕ И ИЗМЕНЯЕТ ДАЛЬНЕЙШЕЕ ТЕЧЕНИЕ ОНТОГЕНЕЗА:

Гетеротопия

Анаболия

Архаллакис

Гетерохрония

ПРИМЕР АНАБОЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Срастание хрящей и костей в скелете взрослых позвоночных животных, предков которых эти кости и хрящи оставались отдельными.

Половые железы у трехслойных животных закладываются в мезодерме.

Утрата стадии трохофоры у олигохет и пиявок.

Половые железы у трехслойных животных (у кишечнополостных) закладываются в эктодерме или в энтодерме.

К МОДУСАМ (СПОСОБАМ) ФИЛЭМБРИОГЕНЕЗА НЕ ОТНОСИТСЯ

Анаболия

Редукция

Девиация

Архаллакис

ГЕТЕРОХРОНИЯ – ЭТО:

Отклонения времени закладки органа.

Изменение по месту закладки органа или смещение его относительно главной оси тела.

Тип филогенеза, при котором первоначальная закладка органа происходит на ранней стадии эмбриогенеза и изменяет дальнейшее течение онтогенеза.

Это разновидность филэмбриогенеза, при которой происходит изменение поздних стадий онтогенеза в результате добавления новых стадий зародышевого развития в филогенезе.

ПРИМЕРАМИ ГЕТЕРОХРОНИИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

Головной мозг позвоночных развивается быстрее, чем пищеварительная система.

Срастание тазовых костей у человека происходит позже, чем формирование головного мозга.

Целом у первичноротых закладывается телобластическим путем, а у вторичноротых – энтеротельным.

Утрата стадии планулы и стадии медузы у пресноводной гидры.

К КАЧЕСТВЕННЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ОРГАНОВ В ПРОЦЕССЕ ФИЛОГЕНЕЗА НЕ ОТНОСЯТСЯ:

Смена функций.

Разделение функций.
Фиксация функций.
Расширение функций.

К ВИДАМ ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКИХ КООРДИНАЦИЙ НЕ ОТНОСИТСЯ:

Биологические
Динамические
Топографические
Морфогенетические

СУБСТИТУЦИЯ ФУНКЦИЙ, ИЛИ ГЕТЕРОТОПНАЯ СУБСТИТУЦИЯ –ЭТО:

Процесс повышения независимости онтогенеза от условий внешней среды: экзогенные факторы развития замещаются эндогенными.
Разновременность, изменение времени закладки и темпа развития органов у потомков животных и растений по сравнению с предками.
Замещение в ходе эволюции одного органа другим, занимающим сходное положение в организме и выполняющим биологически равноценную функцию.

Утрата в ходе эволюции одной из функций (при этом выполнявший её орган редуцируется) и замещение её другой, биологически равноценной (выполняемой другим органом).

ВСЕ АДАПТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ЭМБРИОНОВ И ЛИЧИНОК Э. ГЕККЕЛЬ РАЗДЕЛИЛ НА ДВЕ ГРУППЫ:

Первично-личиночные и вторично-личиночные.
Архаллаксы и анаболии.
Ценогенезы и палингенезы.
Гомотопные и гетеротопные.

ПАЛИНГЕНЕЗЫ – ЭТО:

Признаки взрослых предков, которые проявляются в эмбриогенезе потомков.
Приспособления к эмбрионально-личиночным стадиям (адаптивные признаки зародышей), которых не было у предковых форм.
Приспособления к эмбрионально-личиночным стадиям, когда личинка способна к самостоятельному существованию.
Эмбриональные адаптации, т. е. признаки, имеющие адаптивное значение на ранних этапах онтогенеза.

К ЦЕНОГЕНЕЗАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

Формирование зародышевых листков, жаберных дуг.
Защитные оболочки личинок ленточных червей.
Зародышевые оболочки насекомых и амниот.
Формирование однокамерного сердца.

Эталоны ответов на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ
1	2
2	2
3	3
4	4
5	3
6	1
7	2
8	1
9	3, 4
10	2, 4
11	4
12	4
13	3
14	1
15	1, 4

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

- 1... Закон зародышевого сходства К. Бэра. Биогенетический закон Геккеля –Мюллера.
- 2... Общие закономерности эволюции органов. Дифференциация и интеграция в эволюции органов.
- 3... Закономерности морфофункциональных преобразований органов.
Возникновение и исчезновение биологических структур в филогенезе.
- 4... Филогенетически обусловленные аномалии и пороки развития.
- 5... Организм как целое в историческом и индивидуальном развитии.
Соотносительные преобразования органов.
- 6... Филогенез наружных покровов.
- 7... Этапы формирования наружных покровов в ходе онтогенеза человека.
- 8... Филогенетически обусловленные пороки развития покровов тела, волос, потовых и сальных желез.

9... Эволюция центральной нервной системы.
 Филогенетически обусловленные пороки ЦНС
 Происхождение и эволюция гормонов.
 Происхождение и эволюция желез внутренней секреции.
 Филогенетически обусловленные пороки желез внутренней секреции.
 Филогенез осевого скелета, скелеты головы и конечностей, висцеральной соматической мускулатуры.
 Этапы формирования опорно-двигательного аппарата в ходе онтогенеза человека.
 Филогенетически обусловленные пороки развития скелета.
 Филогенетически обусловленные пороки развития мышечной системы.
 Эволюция общего плана строения кровеносной системы хордовых.
 Филогенетически обусловленные пороки сердца и сосудов.
 Филогенетическая, эмбриональная, функциональная связь пищеварительной и дыхательной систем.
 Филогенез пищеварительной системы (ротовая полость, глотка, средняя издняя кишка)
 Филогенез дыхательной системы хордовых
 Филогенетически обусловленные пороки развития органов дыхания и пищеварения
 Эволюция органов мочеполовой системы (эволюция почки, эволюция половых желез, эволюция мочеполовых протоков)
 Аномалии развития мочеполовой системы человека (аномалии почки, аномалии половых желез, аномалии мочеполовых протоков).

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 18	%	Баллы
0 – 1	0-10	0
2 – 5	11-30	1,0
6 – 9	31-55	2,0
10 – 12	56-70	3,0
13 –16	71-90	4,0
17 – 18	91-100	5,0

МОДУЛЬ 4. ЭКОЛОГИЯ. МЕДИЦИНСКАЯ ПАЗАРИТОЛОГИЯ

ТЕМА 1. ПОНЯТИЕ ПАРАЗИТИЗМА. КЛАССИФИКАЦИЯ ПАРАЗИТИЗМА И ПАРАЗИТОВ. ПАРАЗИТИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ТИПА ПРОСТЕЙШИЕ.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование):

Выберите один или несколько правильных ответов

1) В кишечнике человека диз.амеба встречается в 3-х формах форма магна форма минута яйца личинки цисты	7) Основным природным резервуаром лейшманиоза является крупный рогатый скот мелкий рогатый скот, свиньи броненосцы, муравьеды, опосумы дикие животные, антилопы грызуны
2) Количество ядер в цисте диз.амебы 1. -1 2. -3 3. -8 4. -2 5. -4	8) Лабораторная диагностика при лямблиозе нахождение яиц в фекалиях дуоденальное зондирование нахождение цист в фекалиях нахождение цист в моче иммунологические реакции
3) Ундулирующая мембрана есть у: трипаносом трихомонад лейшманий лямблий амеб	9) Какие заболевания относятся к природно-очаговым трихомонадозы лямблиозы лейшманиозы амебиазы трипаносомозы

<p>4) Для трипаносом характерно: овальное тело изогнутое сплющенное тело один жгутик 3-4 жгутика ундулирующая мембрана опорный стержень</p>	<p>10) Переносчики возбудителя американского трипаносомоза мухи-цеце броненосцы, опоссум, муравьед триатомовые клопы человек москиты</p>
<p>5) Возбудитель Африканской сонной болезни лямблия трипаносома гамбийская трипаносома крузи трихомонада гоминис дизентерийная амеба</p>	<p>11) Основным природным резервуаром трипаносомы крузи является крупный рогатый скот дикие животные, антилопы человек броненосцы, опоссумы, муравьеды мелкий рогатый скот</p>
<p>6) Заражение лямблиозом происходит цистами вегетативными формами спорами яйцами личинками</p>	<p>12) В распространении некоторых паразитов принимают участие облигатные переносчики. Такой путь передачи возбудителей болезни получил название трансмиссивный природно-очаговый основной факультативный</p>
<p>К кишечным инвазиям относятся амебиаз балантидиоз лейшманиоз токсоплазмоз лямблиоз</p>	<p>5. резервуарный Токсоплазма, локализованная внутриклетки хозяина, называется циста микрогамета псевдоциста ооциста эндозоит</p>
<p>Локализация балантидия в организме человека печени мышцах тонких кишках крови, лимфе толстых кишках</p>	<p>Пути передачи возбудителя токсоплазмы алиментарный пероральный перкутанный воздушно-капельный трансмиссивный</p>
<p>Чередование полового и бесполого размножения характерно для: малярийного плазмодия трипаносомы токсоплазмы лейшмании</p>	<p>Метод тонкого мазка крови используется для диагностики: трипаносомоза токсоплазмоза малярии висцерального лейшманиоза трихомоноза</p>

<p>Основной хозяин малярийного плазмодия человек млекопитающие птица комары москиты</p>	<p>Профилактика балантидиоза заключается в термической обработке свиного мяса соблюдение правил личной гигиены термической обработке говядины фильтрование и кипячение воды термической обработке рыбы</p>
<p>В эритроцитах малярийный плазмодий может быть на стадии: спорозонта амебовидного шизонта кольцевидного шизонта гаметоцита оокинеты</p>	<p>В распространении некоторых паразитов принимают участие облигатные переносчики. Такой путь передачи возбудителей болезни получил название трансмиссивный природно-очаговый основной факультативный резервуарный</p>

Эталоны ответов на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	1,2,5	12	1
2	5	13	1,2,5
3	1,2	14	5
4	2,3,5	15	1,3
5	2	16	4
6	1	17	2,3,4
7	5	18	5
8	2,3	19	1,2,4
9	3,5	20	3
10	3	21	2,4
11	4	22	1

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Паразитизм определение. Роль паразитизма в природе. Биологическая наука, изучающая паразитов на разных уровнях организации. Формы взаимодействия организмов.

Теория паразитизма.

Триада предпосылок к паразитическому образу жизни.

Классификация паразитов и паразитарных болезней.

Пути заражения. Виды хозяев. Феномен смены хозяев. Моноксенные, диоксенные и триоксенные паразиты.

Общая характеристика типа Простейшие. Классификация типа.

Простейшие – факультативные паразиты человека: неглерии, гартманеллы, акантамебы – возбудители заболеваний.

Простейшие, обитающие в полости рта: ротовая амеба, ротовая трихомонада. Биология, жизнедеятельность, пути заражения, медицинское значение.

Простейшие, обитающие в тонкой кишке: лямблия. Биология, жизнедеятельность, пути заражения, лабораторная диагностика, профилактика.

Простейшие, обитающие в половых органах: урогенитальная трихомонада. Биология, жизнедеятельность, пути заражения, лабораторная диагностика, профилактика.

Простейшие, передающиеся трансмиссивно: лейшмании

Класс Инфузории. Балантидий. Биология, жизнедеятельность, пути заражения. Морфологическая характеристика, обоснование методов лабораторной диагностики и профилактики.

Простейшие, обитающие в тканях: токсоплазма. Биология, жизнедеятельность, пути заражения, лабораторная диагностика,

профилактика.

Простейшие, передающиеся трансмиссивным путем: виды малярийных плазмодиев, патогенных для человека. Биология, лабораторная диагностика, профилактика.

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 37	%	Баллы
0 – 3	0-10	0
4 – 11	11-30	1,0
12 – 20	31-55	2,0
21 – 26	56-70	3,0
27 – 33	71-90	4,0
34 – 37	91-100	5,0

Форма текущего контроля успеваемости: устный(решение проблемно-ситуационных задач):

Больная жалуется на частый стул со слизью и с примесью крови, общую слабость. При обследовании выявлены две вегетативные формы дизентерийной амебы. Что это за формы? С какой из них связано острое течение заболевания, кровь в испражнениях? Какой диагноз у больной?

В очаг кожного лейшманиоза направляется студенческий строительный отряд. Вы - врач этого отряда. Какие мероприятия нужно провести по профилактике данной инвазии.

Профилактическое обслуживание студентов выявило наличие у некоторых из них наличие кариеса, из ротовой полости выделены вегетативные формы простейших. Являются ли эти студенты больными?

В мазке крови больного с приступами лихорадки в некоторых эритроцитах (окраска по Романовскому) наблюдались скопления ядер вишневого цвета с голубой цитоплазмой. Какова причина лихорадки больного?

У больного наблюдается повышение температуры, увеличениелимфатических узлов. В слизистых выделениях полости рта обнаружены микроорганизмы в форме полумесяца, в цитоплазме которых виднелось крупное ядро. Чем страдает данный больной?

Эталонные ответы на ПСЗ:

№ задачи	правильный ответ
1.	выявлены тканевая и просветная формы дизентерийной амебы
2.	вакцинация
3.	выявлена ротовая амеба
4.	малярия
5.	токсоплазмоз

Критерии оценивания ответа на проблемно-ситуационную задачу:

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы.

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«Удовлетворительно» выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«Неудовлетворительно» выставляется, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.

ТЕМА 2. ТИП ПЛОСКИЕ ЧЕРВИ.КЛАСС СОСАЛЬЩИКИ.

Форма текущего контроля успеваемости: письменный (тестирование):

Выберите один или несколько правильных ответов

Выберите правильное определение биогельминтов:

цикл развития связан с землей

цикл развития связан со сменой хозяев

цикл развития проходит в организме переносчиков

цикл развития проходит в организме одного хозяина

яйцо становится инвазионным во внешней среде

Путь заражения шистозомозом

пероральный

алиментарный

воздушнокапельный

гемотранфузионный

перкутантный

Инвазионная стадия для человека при заражении парагонимозом

церкарий

адолескарий

циста

метацеркарий

спороциста

Локализация кровяных сосальщиков:

вены кишечника

вены мочевого пузыря

вены верхних конечностей

венозная система легких

мочевой пузырь

Лабораторная диагностика описторхоза:

яйцо в фекалиях

яйцо в моче

дуоденальное зондирование

яйцо в мокроте

яйцо в крови

Назовите сосальщиков, в цикле развития которых один промежуточный хозяин:

кошачий

ланцетовидный

легочный

кровяные

печеночный

Назовите инвазионную стадию легочного сосальщика:

адолескария

метацеркария

спороциста

редия

церкария

Какая стадия является инвазионной у сосальщиков, имеющих в цикле развития 2 промежуточных хозяев?

церкария

метацеркария

адолескария

спороциста

редия

Выберите признаки, характерные для геогельминтов:

цикл развития связан с землей

цикл развития связан со сменой хозяев

цикл развития проходит в организме переносчика

цикл развития проходит в организме одного хозяина

яйцо становится инвазионным во внешней среде

Путь заражения описторхозом:

пероральный

алиментарный

воздушнокапельный

трансплацентарный

перкутантный

Инвазионная стадия для человека при заражении описторхозом:

церкарий

адолескарий

спороциста

редия

метацеркарий

Локализация ланцетовидного сосальщика:

вены кишечника

вены мочевого пузыря

легкие печень кишечник

Лабораторная диагностика урогенитального шистосомоза:

яйца в фекалиях

яйца в моче

дуоденальное зондирование

яйца в крови

яйца в мокроте

Назовите сосальщиков, в цикле развития которых есть два промежуточных хозяина:

кошачий

печеночный

легочный

кровяной

ланцетовидный

Назовите инвазионную стадию развития печеночного сосальщика для окончательного хозяина:

спороциста

редия

метацеркарий

церкарий

адолескарий

Какая стадия является инвазионной у сосальщиков, имеющих в цикле развития одного промежуточного хозяина.

адолескарий

метацеркарий

церкарий

спороциста

редия

Эталоны ответов на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	2,4	9	1,4,5
2	5	10	2
3	4	11	5
4	1,2	12	4
5	1,3	13	2
6	4,5	14	1,3,5
7	2	15	5
8	2	16	1,3

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Учение Скрябина о дегельминтизации и девастиации.

Общая характеристика типа Плоские черви, его классификация.

Характеристика класса Сосальщикообразные.

Представители. Их морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики трематодозов:

печеночный сосальщик (*Fasciola hepatica*),

ланцетовидный сосальщик (*Dicrocoelium lanceatum*),

кошачий или сибирский сосальщик (*Opisthorchis felinus*),

легочный сосальщик (*Paragonimus ringeri*),

кровавый сосальщик (*Schistosoma haematobium*).

Морфология и цикл развития названных представителей класса, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики трематодозов.

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 25	%	Баллы
0 – 2	0-10	0
3 – 7	11-30	1,0
8 – 13	31-55	2,0
14 – 17	56-70	3,0
18 – 22	71-90	4,0
23 – 25	91-100	5,0

Форма текущего контроля успеваемости: устный (решение проблемно-ситуационных задач):

У больного при исследовании фекалий обнаружены яйца печеночного сосальщика. Является ли нахождение яиц подтверждением фасциолеза?

У больного в моче обнаружена примесь крови. Лабораторный анализ выявил трематодоз. Какой и как? Как больной мог заразиться?

У больного подозрение на холецистит /заболевание желчного пузыря/. После тщательного лабораторного обследования выявлен трематодоз.

Какой? Месяц назад больной выезжал на рыбалку, довил и ел карпов.

Эталонные ответы на ПСЗ:

№ задачи	правильный ответ
1.	нет, не являются, это могут быть транзитные яйца
2.	урогенитальный шистосомоз
3.	описторхоз

Критерии оценивания ответа на проблемно-ситуационную задачу:

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы.

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«Удовлетворительно» выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«Неудовлетворительно» выставляется, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.

ТЕМА 3. ТИП ПЛОСКИЕ ЧЕРВИ. КЛАСС ЛЕНТОЧНЫЕ ЧЕРВИ.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование):

Выберите один или несколько правильных ответов

В жизненном цикле широкий лентец имеет два промежуточных хозяина:

моллюск и рыба
циклоп и рыба
циклоп и раки
крупный рогатый скот и человек
моллюск и раки

Свиной цепень вызывает заболевания:

описторхоз
цистцеркоз
тениоз
гименолепидоз
тениаринхоз

Количество ответвлений матки в зрелом членике свиного цепня: 1. 7-12

2. 9-15
3. 17-35
4. 7-19
5. 3-10

Количество долей яичника в гермафродитных члениках бычьего цепня равно:

1. 3
2. 5
3. 2
4. 6
5. 4

Окончательный хозяин карликового цепня:

человек
мыши
собаки
крупный рогатый скот
мелкий рогатый скот

Второй промежуточный хозяин широкого лентеца:

веслоногие рачки
плотоядные млекопитающие
человек
пресноводная рыба
муравьи

Профилактика тениоза заключается в:

термической обработке свиного мяса
соблюдение личной гигиены
термической обработки говядины
фильтрация и питье кипяченой воды
термической обработке рыбы

Основной метод лабораторной диагностики при эхинококкозе:

дуоденальное зондирование
соскоб с перинальных складок
нахождение яиц в фекалиях
рентгенодиагностика
обнаружение зрелых члеников в фекалиях

У альвеококка инвазионной стадией для человека является:

яйцо
ленточная форма
финна
онкосфера
зрелый членик

Длина стробилы эхинококка:

1. 1-3см
2. 7-12м
3. 2-4м
4. 2-6мм
5. 3-5см

Окончательный хозяин свиного цепня:

свины
овцы
плотоядные животные
человек
крупный рогатый скот

Промежуточный хозяин бычьего цепня:

человек
крупный рогатый скот
моллюск

свиньи
 пресноводные рыбы
 У широкого лентеца инвазионной стадией для человека является:
 церкарий
 яйцо
 личинка
 процеркоид
 плероцеркоид

Карликовый цепень вызывает заболевание:
 описторхоз
 тениоз
 гименолепидоз
 фасциоз
 дифиллоботриоз

Природно-очаговым заболеванием является:
 тениоз
 цистицеркоз
 альвеококкоз
 тениаринхоз
 гименолепидоз

Каким гельминтозом можно заразиться при употреблении свинины:
 тениозом
 тениаринхозом
 дифиллотриозом
 альвеококкозом
 гименолепидозом

Эталоны ответов на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	2	9	1
2	2,3	10	4
3	1	11	4
4	3	12	2
5	1	13	5
6	4	14	3
7	1	15	3
8	4	16	1

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Характеристика класса Ленточные черви.
 Представители. Их морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики трематодозов:
 вооруженный цепень *Taeniasolium*/, невооруженный цепень *Taeniarhynchussaginitus*/, карликовый цепень *Hymenolepis nana*/, эхинококк *Echinococcusgranulosus*/, альвеококк *Alveococcusmultilocularis*/, широкий лентец *Diphyllobothriumlatum*/.

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 17	%	Баллы
0 – 1	0-10	0
2 – 5	11-30	1,0
6 – 9	31-55	2,0
10 – 12	56-70	3,0
13 – 15	71-90	4,0
16 – 17	91-100	5,0

Форма текущего контроля успеваемости: устная(решение проблемно-ситуационных задач):

Больной жалуется на боли в животе, потерю аппетита, слабость и периодически наличие "лапши" / лент белого цвета / в испражнениях. Ваш диагноз? Как подтвердить?

У девочки сильно выражена анемия /дефицит витамина В12/, слабость. При тщательном обследовании выявлен цестодоз. Какой и как выявлен?

У ребенка в течение 2 лет наряду с болями в животе, потерей аппетита, отмечаются приступы типа эпилепсии. Неврологическое обследование патологии не выявило. Поставлен и подтвержден цестодоз. Какой и как?

У больного подозрение на опухоль печени и легкого /заболел охотник/. При детальном обследовании выявлен цестодоз. Какой и как?

Эталоны ответов на ПСЗ:

№ задачи	правильный ответ
1.	тениаринхоз или тениоз, необходима диагностика по членикам
2.	дифиллоботриоз
3.	гимнолепидоз
4.	альвеококкоз

Критерии оценивания ответа на проблемно-ситуационную задачу:

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы.

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«Удовлетворительно» выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«Неудовлетворительно» выставляется, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.

ТЕМА 4. ТИП КРУГЛЫЕ ЧЕРВИ.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование):

Выберите один или несколько правильных ответов

К биогельминтам относятся:

аскарида
власоглав
ришта
острица
кривоголовка

При энтеробиозе яйца находят :

в фекалиях
в дуоденальном соке
в перианальных складках
в крови
в моче

К живородящим нематодам относятся:

ришта
трихина
острица
угрица кишечная
филярии

Пути заражения анкилостомозом:

пероральный
перкутанный
алиментарный
трансмиссивный
водный

У анкилостомы инвазионной стадией является:

яйцо
рабдитная личинка
филяриевидная личинка
онкосфера
метацеркарий

Легочная и кишечная формы нематодоза характерны для:

трихинеллеза
энтеробиоза
аскаридоза
анкилостомоза
филяриоза

К трансмиссивным гельминтозам относятся:

вухерериоз

трихинеллез
дракункулез
онхоцеркоз
трихоцефалез

Лабораторная диагностика при стронгилоидозе:
обнаружение личинок в свежих фекалиях
обнаружение личинок в мышцах
обнаружение яиц в фекалиях
обнаружение яиц в мокроте
периаанальный соскоб

Миграция личинки в жизненном цикле происходит у:
аскариды
кривоголовки
трихинеллы
власоглава
острицы

При какомнематодозе используется метод биопсии:
трихинеллезе
трихоцефалезе
дракункулезе
стронгилоидозе
филяриозе

Миграция личинки аскариды длится:
около года
около месяца
около трех месяцев
около двух недель
одну неделю

Перкутанным путем можно заразиться:
анкилостомозом
трихоцефалезом
дракункулезом
энтеробиозом
стронгилоидозом
Острица вызывает заболевание:
энтеробиоз
дракункулез
трихинеллез
аскаридоз
анкилостомоз

При аскаридозе есть стадии заболевания:
легочная и кишечная
легочная и печеночная
кишечная и мышечная
легочная и мышечная
только кишечная

У острицы яйцо:
бесцветное, выпуклое с одного бока
окрашенное, в виде бочонка
бесцветное, с крышечкой
бесцветное, в виде бочонка

К контактогельминтам относятся:
острица
власоглав
аскарида
анкилостома
угрица

Эталоны ответов на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	3	9	1,2,3
2	3	10	1
3	1,2,5	11	4
4	1,2	12	1,5
5	3	13	1

6	3	14	1
7	1,4	15	1
8	1	16	1

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

Общая характеристика типа Круглые черви.

Представители класса собственно Круглые черви: аскарида человеческая /*Ascarislumbricoides*/, острица /*Enterobiusvermicularis*/, власоглав /*Trichocephalustrichiurus*/, трихина /*Trichinella spiralis*/, анкилостома /*Ankylostomaduodenale*/, угрицакишечная /*Strongyloidesstercoralis*/, рикшта /*Dracunculusmedinensis*/.

Особенности морфологии названных представителей класса, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики нематодозов.

Понятие о био- и геогельминтах / приведите примеры/.

Редкие инвазии у человека, трансмиссивные биогельминтозы: вухерерии, онхоцерки, лоалоа.

Современные методы лабораторной диагностики гельминтозов.

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 23	%	Баллы
0 – 2	0-10	0
3 – 7	11-30	1,0
8 – 12	31-55	2,0
13 – 16	56-70	3,0
17 – 20	71-90	4,0
21 – 23	91-100	5,0

Форма текущего контроля успеваемости: устная(решение проблемно-ситуационных задач)

В больницу вторично поступил Дима К., 6 лет с диагнозом энтеробиоз. При первом поступлении было проведено медикаментозное лечение. Чем вы объясните рецидив заболевания? Что нужно сделать, чтобы не было реинвазии?

В хирургическое отделение областной больницы поступила беременная женщина, т.к. она обнаружила у себя отходящих аскарид. Какой из методов лечения аскаридоза Вы выберете для лечения? Объясните почему? Какая физиологическая особенность аскариды используется для изгнания их из организма?

Виктор А. жалуется на боли в мышцах /в основном в межреберных, икроножных/, одутловатость лица. При тщательном обследовании выявленнематодоз. Какой и как подтвержден диагноз?

В больницу поступил шахтер-землекоп с болями в области тонкого кишечника, слабость, похудание. При лабораторном исследовании выявленнематодоз. Какой и как?

Эталоны ответов на ПСЗ:

№ задачи	правильный ответ
1.	Аутоинвазией. Строгая личная гигиена
2.	Оксигенотерапия. Кислород для аскариды - яд
3.	Трихинеллез. Биопсия мышц
4.	Анкилостомоз

Критерии оценивания ответа на проблемно-ситуационную задачу:

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы.

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«Удовлетворительно» выставляется за частично правильные или недостаточные полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«Неудовлетворительно» выставляется, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.

ТЕМА 5. ЧЛЕНИСТОНОГИЕ – ВОЗБУДИТЕЛИ И ПЕРЕНОСЧИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ И ИНВАЗИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (решение проблемно-ситуационных задач)

В медпункт обратился молодой человек, который принес в стеклянной баночке небольшое животное /размерами 5 мм/, сняв у себя с шеи. Будучи в лесу, он подвергся нападению данных животных. При тщательном осмотре на шее, где животное успело присосаться, было незначительное покраснение. Покровы кожи и головы были чистые. Клинические признаки отсутствуют. При исследовании с помощью лупы был выявлен представитель Членистоногих - переносчик тяжелого заболевания ЦНС. К какому классу, и виду следует его отнести? Какие характерные внешние признаки этих животных? Переносчиками, каких заболеваний они являются?

В клинику обратился юноша с жалобами на сильный зуд по ночам между пальцами, на животе. Оказалось, что в группе, где он учился, уже был подобный случай. Обоих направили в лабораторию. При микроскопическом анализе зудящих мест обнаружен возбудитель из типа Членистоногие. Кто? К какому классу и виду относится? Какмоглистуденты заразиться?

Эталоны ответов на ПСЗ:

№ задачи	правильный ответ
1.	таежный клещ, переносчик таежного энцефалита
2.	чесотка, заражение контрактным прямым и непрямым путем

Критерии оценивания ответа на проблемно-ситуационную задачу:

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы.

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«Удовлетворительно» выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«Неудовлетворительно» выставляется, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу

риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Общая характеристика типа Членистоногие.

Классификация типа.

Основные характерные признаки класса Паукообразные. Медицинское значение отрядов пауков, клещей.

Основные характерные признаки класса Насекомые. Медицинское значение отрядов вшей, блох.

Медицинское значение отряда Двукрылые, семейств комаров, мух, бабочниц.

Учение Е.Н. Павловского о природной очаговости трансмиссивных заболеваний, сущность, примеры.

Форма текущего контроля успеваемости: устная

(отработка практических навыков – определение паразита по микропрепарату)

Перечень микропрепаратов:

Амеба обыкновенная (*Amoeba proteus*): трофозоит

Дизентерийная амеба (*Entamoeba histolytica*): трофозоит

Эвглена зеленая (*Euglenaviridis*): трофозоит

Вольвокс (*Volvox globator*): трофозоит

Лямблия (*Lamblia intestinalis*): трофозоит

Лейшмании (*Leishmania tropica*, *L. donovani*): трофозоит

Трипаносомы (*Trypanosoma gambiense*, *T. cruzi*): трофозоит

Инфузория туфелька (*Paramecium caudatum*): трофозоит

Кишечный балантидий (*Balantidium coli*): трофозоит

Малярийный плазмодий (*Plasmodium vivax*) на разных стадиях эритроцитарного цикла

Токсоплазма (*Toxoplasma gondii*): трофозоит

Печеночный сосальщик (*Fasciola hepatica*): марита, яйцо

Ланцетовидный сосальщик (*Dicrocoelium lanceatum*): марита, яйцо

Кошачий или сибирский сосальщик (*Opisthorchis felineus*): марита, яйцо

Вооруженный цепень (*Taenia solium*): гермафродитные и зрелые проглоттиды, финна, яйцо

Невооруженный цепень (*Taenia hydatigena*): гермафродитные зрелые проглоттиды, финна, яйцо

Карликовый цепень (*Hymenolepis nana*): половозрелая особь

Широкий лентец (*Diphyllobothrium latum*): зрелые проглоттиды, яйцо

Аскарида человеческая (*Ascaris lumbricoides*): половозрелая особь (самка, самец), поперечный срез, яйцо

Острица (*Enterobius vermicularis*): половозрелая особь (самка, самец), яйцо

Власоглав (*Trichocephalus trichiurus*): половозрелая особь (самка, самец), яйцо

Трихина (*Trichinella spiralis*): половозрелая особь, капсула

Собачий клещ (*Ixodes ricinus*): имаго (самка, самец)

Таежный клещ (*Ixodes persulcatus*): имаго (самка, самец)

Дермацентор (*Dermacentor* sp.): имаго (самка, самец)

Орнитодорус (*Ornithodoros papillipes*): имаго

Вошь головная (*Pediculus capitis*): имаго

Блоха человеческая (*Pulex irritans*): имаго

Обыкновенный комар (*Culex pipiens*): головка, яйца, личинка, куколка

Малярийный комар (*Anopheles*): головка, яйца, личинка, куколка

Критерии оценивания практического навыка:

«Отлично» - выставляется за полный ответ, включающий латинское и русское название представителя, его систематическое положение, морфология и биология паразита, особенности заболевания.

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«Удовлетворительно» выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«Неудовлетворительно» выставляется, если студент не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска.

Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий паразитологии, неумение применить знания практически.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПОДИСЦИПЛИНЕ «БИОЛОГИЯ»

Форма промежуточной аттестации: зачет
Форма проведения: письменная

Перечень вопросов для проверки знаний:

Модуль 1. Биология клетки.

Сравнительная характеристика про- и эукариотических клеток. Происхождение эукариот.

Клеточная теория, основные ее положения. Значение клеточной теории для понимания фундаментальных свойств живого: значение и развитие биологии и медицины.

Основные структурные компоненты клетки. Строение и функции цитоплазмы. Физико-химические свойства гиалоплазмы.

Органоиды животной и растительной клетки. Классификации оргanelл. Оргanelлы, имеющие мембранное строение (эндоплазматическая сеть, комплекс Гольджи, лизосомы, пероксисомы, митохондрии), их строение, функции, происхождение.

Органоиды, не имеющие мембранного строения (рибосомы, центриоли – клеточный центр, микротрубочки, микрофибриллы и микрофиламенты). Структура и функции специальных оргanelл (микроворсинки, реснички, жгутики, тонофибриллы, миофибриллы, нейрофибриллы).

Включения, виды включений.

Неклеточные структуры организма.

Ядерный аппарат - система управления клетки. Основные компоненты ядра, их структурно-функциональная характеристика.

Хромосомы. Строение и функции. Типы хромосом.

Современные представления о строении хромосом: нуклеосомная модель хромосом, уровни организации ДНК в хромосомах.

Хроматин как форма существования хромосом (гетеро- и эухроматин): строение, химический состав.

Карิโอтип. Классификация хромосом. Типы хромосом.

Химическая организация генетического материала. Строение нуклеиновых кислот (ДНК и РНК) их свойства и функции.

Современные представления о строении и функции генов (цистрон, рекон, мутон).

Реализация генетической информации и ее регуляция. Поток информации в клетке.

Репликация ДНК.

Биосинтез белка и его регуляция.

Взаимосвязь между геном и признаком. Сущность правила Бидла-Татума.

Геном человека. Характеристика генома. Организация генома. Программа «Геном человека».

Элементарная биологическая мембрана: строение и свойства. Особенности молекулярной организации надмембранного комплекса бактерий, обеспечивающие их устойчивость к лизоциму, фагоцитам и антибиотикам.

Пассивный путь поступления веществ в клетку. Осмос. Осмотическое давление, тургор, плазмолиз, гемолиз – медицинское значение.

Активный путь проникновения веществ. Фагоцитоз, пиноцитоз, ионный насос. Значение фагоцитоза для одноклеточных и многоклеточных организмов.

Межклеточные соединения, типы и структурно-функциональная характеристика.

Размножение организмов - универсальное свойство живого. Молекулярные и клеточные основы размножения организмов. Эволюция форм размножения.

Клеточный цикл, его периодизация и регуляция. Особенности клеточных циклов тканей и органов ротовой полости человека.

Биологическая роль и формы бесполого размножения.

Митоз и его биологическое значение. Митотическая активность тканей органов ротовой полости человека.

Мейоз, цитологическая и цитогенетическая характеристика. Эволюция форм полового процесса.

Модуль 2. Генетика.

Генетика – как наука: цели, задачи, объекты и методы изучения. Уровни изучения генетических явлений. Основные направления и этапы развития генетики. Роль отечественных и зарубежных ученых. Значение генетики для медицины.

Ключевые понятия генетики: ген, аллель, генотип, фенотип, гомозигота, гетерозигота, генофонд, плейотропия.

Закономерности наследования признаков при моно- и дигибридном скрещивании (I, II, III законы Менделя, гипотеза чистоты гамет).

Менделирующие признаки человека – доминантные и рецессивные (нормальные и патологические).

Формы взаимодействия между аллельными генами. Взаимодействие неаллельных генов: полимерия, комплементарность, эпистаз, эффект положения.

Закон сцепленного наследования Т. Моргана. Сцепление генов и кроссинговер. Частичное и полное сцепление генов. Хромосомная теория наследственности. Принципы картирования хромосом. Достижения в картировании хромосом человека.

Иммуногенетика: наследование антигенных систем HLA, ABO, резус фактора. Значение для медицины. Генетические и иммунологические основы гемолитической болезни новорожденных. Профилактика последствий несовместимости между матерью и плодом

Генетика пола. Наследование признаков, зависящих от пола и ограниченных полом. Сцепленное с полом наследование.

Основные формы изменчивости (классификация). Взаимодействие среды и генотипа человека в проявлении признаков в развитии, обучении и воспитании человека.

Количественные и качественные признаки. Норма реакции. Экспрессивность и пенетрантность: определение, примеры, практическое значение этих понятий.

Наследственная изменчивость: комбинативная и мутационная. Значение комбинативной изменчивости в обеспечении генетического разнообразия людей. Последствия родственных браков для проявления наследственной патологии.

Мутационная изменчивость. Классификация мутаций: генные, геномные, хромосомные aberrации. Понятие о наследственных болезнях.

Роль среды в их проявлении. Хромосомные и генные болезни как результат мутаций

Мутагенные факторы. Мутагенез, канцерогенез. Генетическая опасность загрязнения окружающей среды. Антимутагены

Закон гомологических рядов Н.И. Вавилова, медицинское значение.

Понятие о наследственных болезнях. Моногенно и полигенно наследуемые болезни.

Генные болезни: серповидно-клеточная анемия, фенилкетонурия, альбинизм, галактоземия и др. Причины генных болезней на биохимическом уровне. Перспективы генной инженерии в лечении генных болезней.

Хромосомные болезни: Синдромы Дауна, Патау, Эдвардса, Шерешевского-Тернера, Клайнфельтера, трисомии X, кошачьего крика и др.

Диагностика хромосомных болезней.

Человек как специфический объект генетических исследований. Основные методы генетики человека: генеалогический, близнецовый, цитогенетический, биохимический, популяционно-статистический, исследование ДНК с помощью зондов. Возможности методов генетики человека, для диагностики, профилактики и медико-диагностического прогнозирования. Медико-генетическое консультирование как основа профилактики наследственных заболеваний.

Модуль 3. Биология развития. Онто- и филогенез.

Строение половых клеток. Типы яйцеклеток.

Оплодотворение: определение, характеристика этапов.

Периодизация и раннее эмбриональное развитие млекопитающих и человека: зигота, дробление, гаструляция, гисто- и органогенез. Примеры органогенезов человека, отражающие эволюцию вида. Провизорные органы зародышей позвоночных.

Механизмы онтогенеза: деление, миграция, сортировка, дифференцировка, гибель клеток. Регуляция онтогенеза: эмбриональная индукция, генетический контроль.

Основные периоды и события в раннем онтогенезе человека. Критические периоды онтогенеза.

Классификация врожденных пороков развития. Наследственные и ненаследственные пороки развития как следствие нарушения регуляции онтогенеза.

Биологические аспекты старения. Теории старения. Молекулярно-генетические, клеточные и системные механизмы старения. Зависимость старения от генотипа, условий и образа жизни. Биология продолжительности жизни людей. Проблемы долголетия. Запрограммированная смерть.

Закон зародышевого сходства К. Бэра. Биогенетический закон Геккеля – Мюллера.

Общие закономерности эволюции органов. Дифференциация и интеграция в эволюции органов.

Закономерности морфофункциональных преобразований органов. Возникновение и исчезновение биологических структур в филогенезе. Филогенетически обусловленные аномалии и пороки развития.

56. .. Организм как целое в историческом и индивидуальном развитии. Соотносительные преобразования органов.

57. .. Филогенез наружных покровов. Этапы формирования наружных покровов в ходе онтогенеза человека. Филогенетически обусловленные пороки развития покровов тела, волос, потовых и сальных желез.

58. .. Эволюция центральной нервной системы. Филогенетически обусловленные пороки ЦНС

59. .. Происхождение и эволюция гормонов. Происхождение и эволюция желез внутренней секреции. Филогенетически обусловленные пороки желез внутренней секреции.

60. .. Филогенез осевого скелета, скелеты головы и конечностей, висцеральной и соматической мускулатуры. Этапы формирования опорно-двигательного аппарата в ходе онтогенеза человека. Филогенетически обусловленные пороки развития скелета. Филогенетически обусловленные пороки развития мышечной системы.

61. .. Эволюция общего плана строения кровеносной системы хордовых. Филогенетически обусловленные пороки сердца и сосудов.

62. .. Филогенетическая, эмбриональная, функциональная связь пищеварительной и дыхательной систем. Филогенез пищеварительной системы (ротовая полость, глотка, средняя и задняя кишка). Филогенез дыхательной системы хордовых. Филогенетически обусловленные пороки развития органов дыхания и пищеварения

63. .. Эволюция органов мочеполовой системы (эволюция почки, эволюция половых желез, эволюция мочеполовых протоков). Аномалии развития мочеполовой системы человека (аномалии почки, аномалии половых желез, аномалии мочеполовых протоков).

История развития эволюционных теорий. Уровни эволюции: микроэволюция и макроэволюция. Учение Дарвина. Синтетическая теория эволюции. Элементарные факторы и движущие силы эволюции. Доказательства эволюции живой природы.

Макроэволюция. Формы, пути и направления эволюции. Гипотезы возникновения жизни на земле. Эволюция органического мира. Основные ароморфозы в эволюции растений и животных.

Антропология: предмет, цели, задачи, разделы, методы. Значение в системе наук. Основные проблемы антропологии. Методологическая основа решения проблем антропологии.

Современные концепции антропогенеза (креационизм, симиальная, стадияльная, мутационная и космическая концепции).

Место человека в системе животного мира. Условия, благоприятствующие появлению человека в отряде приматов. Классификация приматов и эволюция приматов (гоминидной линии). Сходство и различия человека и человекообразных обезьян. Отличия гоминид и понгид (анатомические и физиологические).

Этапы эволюции человека: древнейшие, древние и новые люди (возраст, происхождение, ископаемые формы, характеристика, культура.

Эволюция рода *Homo* до современного человека. Гоминидная триада, последовательность формирования гоминидной триады. Движущие силы и факторы антропогенеза. Теории происхождения современного человека (полицентристская, моноцентристская).

Понятие о расах и видовое единство человечества. Классификация и характеристика человеческих рас.

Модуль 4. Экология. Медицинская паразитология.

Формы взаимодействия организмов: антибиоз и различные формы симбиоза (нейтрализм, конкуренция, хищничество, антибиоз, паразитизм, мутуализм, комменсализм).

Паразитизм: определение. Роль паразитизма в природе. Биологические науки, изучающие паразитов на разных уровнях.

Теория паразитизма.

Предпосылки к паразитическому образу жизни.

Классификация паразитов и паразитарных болезней.

Пути заражения. Виды хозяев. Феномен смены хозяев. Моноксенные, диксенные и триксенные паразиты.

Учение Е.Н. Павловского о природно-очаговых заболеваниях. Классификация природно-очаговых заболеваний. Основные компоненты природно-очаговых болезней. Понятие антропоноз, зооноз, зооантропоноз. Примеры. Учение К.И. Скрябина о дегельминтизации и девастации

Общая характеристика типа Простейшие. Классификация типа.

Простейшие – факультативные паразиты человека: неглерии, гартманеллы, акантамебы – возбудители заболеваний.

Класс Саркодовые (*Sarcodina*): характеристика и представители. Паразитические Саркодовые: дизентерийная амеба (*Entamoeba histolytica*), ее морфология и биология. Пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики амебиаза. Кишечная амеба (*Entamoeba coli*), ее отличия от дизентерийной амебы. Свободно живущие патогенные амебы: неглерии, гартманеллы, акантамебы.

Класс Жгутиковые (*Flagellata*): характеристика и представители. Паразитические представители: лямблия, трихомонады, лейшмани, рипаносомы (строение, жизненный цикл, источники и пути заражения, локализация, лабораторная диагностика, профилактика заболеваний)

Класс Инфузории (*Infusoria*): характеристика и представители. Кишечный балантидий (*Balantidium coli*): морфология, биология, пути заражения, патогенное действие, методы лабораторной диагностики и профилактики балантидиоза.

Класс Споровики (*Sporozoa*): характеристика и представители. Малярийный плазмодий (*Plasmodium vivax*): жизненный цикл. Пути заражения, патогенное действие, лабораторная диагностика и профилактика малярии. Биология токсоплазмы (*Toxoplasma gondii*), пути заражения, патогенное действие, лабораторная диагностика и профилактика токсоплазмоза.

Понятие о биогельминтах, контакто-гельминтах, геогельминтах. Современные методы лабораторной диагностики гельминтозов. Учение Скрябина о дегельминтизации и девастации.

Характеристика класса Сосальщики.

Печеночный сосальщик. Морфология и цикл развития названных представителей класса, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Ланцетовидный сосальщик. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Кошачий или сибирский сосальщик. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Легочный сосальщик. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Кровяной сосальщик. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Общая характеристика класса Ленточные черви.

Вооруженный цепень. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Невооруженный цепень. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Эхинококк. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Карликовый цепень. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Широкий лентец. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Общая характеристика типа Круглые черви.

Аскарида человеческая. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Острица. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Власоглав. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Трихина. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Анкилостома. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Ришта. Морфология и цикл развития, пути заражения, лабораторная диагностика, меры профилактики.

Трансмиссивные биогельминтозы: вухерерии, онхоцерки, loa loa.

Общая характеристика типа Членистоногие. Классификация типа.

Основные характерные признаки класса Паукообразные. Медицинское значение отрядов пауков, клещей.

Основные характерные признаки класса Насекомые. Медицинское значение отрядов вшей, блох, двукрылых.

Экология как наука. Разделы экологии. Понятие о среде обитания из экологических факторах.

Экологические факторы косной природы (абиотические). Природные и антропогенные: физические (климатические, космические, почвенные, орографические); химические (компоненты воды, почвы, кислотность, примеси и др.). Классификация организмов по их отношению к факторам среды.

Экологические факторы живой природы: зоогенные, фитогенные, микробогенные. Антропогенные факторы

Основные экологические законы: закон действия экологического фактора (закон оптимума, закон действия лимитирующих факторов), закон экологической толерантности, закон относительной заменяемости, но абсолютной незаменимости.

Общая характеристика экологической системы, ее структура. (А. Тенсли). Учение о биогеоценозах. (В.Н. Сукачев). Цепи питания, пищевые сети и трофические уровни. Расход энергии в цепях питания. Биологическая продуктивность. Первичная и вторичная продукция.

Экологические пирамиды Ч. Элтона.

Популяции, основные характеристики: возрастная, половая, пространственная, этологическая. Динамика популяций, рождаемость и смертность. Гомеостаз.

Сообщества. Понятие о биоценозе, его структура. Биотоп. Связи организмов в биоценозе: трофические, топические, форические, фабрические. Экониша.

Перечень проблемно-ситуационных задач Модуль 1. Биология клетки

Какова судьба органических молекул попавших в вакуолярную систему клетки? Что образует вакуолярную систему клетки? Значение этой системы для жизнедеятельности клетки.

Табачный дым подавляет активность ресничек эпителия, выстилающего верхние дыхательные пути. Почему это способствует усилению так называемого кашля курильщиков – развитию легочных заболеваний?

При передозировке гликозидов – сердечных препаратов (например, строфантина) нарушается один из механизмов активного пути проникновения веществ в клетку. Какой и как? Объясните.

У больного неукротимая рвота и расстройство стула. В каком состоянии клетки тканей организма? Что необходимо предпринять, чтобы вернуть тургор клеток в нормальное физиологическое состояние?

Почему при обезвоживании организма нельзя вводить гипертонический раствор?

У больного отек мозга. В каком состоянии находится тургор клеток? Какой раствор надо ввести, чтобы снять отек?

Больному в гнойной хирургии наложили повязку. Какой раствор был выбран для смачивания повязки: а) гипотонический, б) гипертонический, в) изотонический. Ответ обосновать.

Двое студентов оперируют лягушку. Они все время смачивают обнаженные внутренние органы лягушки солевым раствором, тем не менее, через некоторое время эти органы начинают сморщиваться. Заглянув в учебник, студенты обнаружили, что концентрация солевого раствора взята неверно: 9% вместо 0,9%. Какой процесс имел здесь место? Почему погибла лягушка во время операции?

У ребенка выявлено заболевание, связанное с нарушением углеводного обмена – «синдром накопления» (нарушено расщепление клеткой углеводов). С какими органеллами это связано?

У ребенка резко снижен клеточный иммунитет. С какими органеллами это связано (количество каких органелл резко снижается)?

Модуль 2. Генетика

Пациент: девочка 7 лет, блондинка с голубыми глазами, эпизодические судороги. Специфический мышинный запах тела. Умственная отсталость, развитие на уровне 20 месяцев. Родилась дома. Не проходила скрининг наследственных заболеваний. Анализ образцов сыворотки крови дал следующие результаты: фенилаланин 1600 мкмоль/л (высокий уровень).

Пациент: девочка 10 лет. Отсутствует пигментация кожи и волос. Интеллект в норме. Девочка имеет проблемы со зрением: фотофобия, нистагм.

Лабораторные анализы: отсутствие фермента тирозиназы.

У молодой семьи родился сын. Ребенок очень беспокойный, возбудимый, плохо спит. Мальчик имеет светлые волосы и кожу. В возрасте 1 месяца появились судороги. Лабораторные анализы: изменения в электроэнцефалограмме, высокий уровень фенилаланина в плазме крови 1200 мкмоль/л.

У молодой семьи родился сын. В первые дни жизни ребенка появились трудности с кормлением, рвота. Ребенок не прибавлял в весе. Врач диагностировал увеличение печени, желтуху и направил на анализ крови. Лабораторные анализы: низкий уровень сахара в крови, высокий уровень галактозы в крови и моче.

Пациент жалует на боли в грудной клетке и суставах, затрудненное дыхание, слабость. Анализ крови выявил низкое содержание эритроцитов. Электрофорез обнаружил присутствие аномального гемоглобина HbS.

Пациент направлен на медицинское обследование с подозрением на болезнь сердца. Мальчик от второй беременности. Женщина родила его в возрасте 40 лет. При осмотре: плоское лицо и эпикантус, мышечная гипотония, высота ребенка и вес ниже нормы. Больной добродушный, эмоциональный, задержка двигательного и умственного развития. Легкая степень умственной отсталости. Скудная лексика.

Кариотипирование: обнаружено 47 хромосом, трисомия 21

Девочке 2 месяца. Множественные пороки: высокий мышечный тонус, судороги, микроцефалия, маленькие глаза, уменьшение нижней челюсти, дефект межжелудочковой перегородки, руки со 2 и 5 пальцем повернутых наружу. Семья имеет двух детей (мальчик и девочка).

Дети здоровы. Кариотипирование: 47, 18+

Пациентка 15 лет, была направлена в клинику медицинского генетического консультирования: существенные отклонения в психическом развитии, повышенная вспыльчивость. Содержание речи: нереальные фантазии. Повышенный интерес к мужскому полу. В отделении гинекологии был проведен аборт (12 - 14 недель). Анализ полового хроматина: обнаружено 2 тельца Барра в буквальном соскобе

Женщина, 27 лет, высота 142 см, вес 50 кг низкий рост, широкая гиперопнчатая шея, низкая задняя линия роста волос на голове, широкая грудь. Олигофрения (слабоумие) в стадии дебильности. Молочные железы развиты слабо, Матка очень маленькая, недостаточно развита.

Кариотипирование: 45, XO

Пациент 18 лет поступил в клинику медико-генетической консультации с жалобами на ожирение и полового недоразвития. Рост 184 см, вес 97 кг. Редуцированные волосы на теле и лице. Яички уменьшены. Анализ полового хроматина: обнаружено тельце полового X - хроматина в

буккальном соскобе.

Здоровые родители имеют ребенка (мальчик) с множественными врожденными пороками развития. При осмотре: Микроцефалия, дефекты волосистой части головы, покатый лоб, нос широкий и плоский, заячья губа и волчья пасть, полидактилия, голопрозэнцефалия, дефект межпредсердной перегородки. Кариотипирование: Обнаружено 47 хромосом, трисомия 13.

Беременная женщина и ее муж обеспокоены возможностью, что их будущий ребенок может иметь генетическое заболевание. Они решили сделать амниоцентез и кариотипирование выполняемые для обнаружения хромосомных аномалий. Оказалось, что у ребенка 47 хромосом: 22 нормальные пары аутосом плюс одна Y-хромосома и две X-хромосомы.

Пациентка посетила медико-генетическую консультацию с целью узнать прогноз потомства. Ее сын с синдромом Дауна умер в возрасте одного месяца от сепсиса. Она состоит в браке с 33 лет. До 38 лет беременности не было. Впоследствии 3 спонтанных абортов произошло, причина которых осталась неизвестной. Четвертая беременность закончилась рождением ребенка с синдромом Дауна. При осмотре: Терапевт: Нарушения не были найдены. Психиатр: Интеллект без грубых нарушений. Порог Социальной адаптации нормальный. Кариотипирование: 45, tr21/14

Пациентка 15 лет направлена на генетическое консультирование по поводу отсутствия менструации и задержки роста. Пациентка имеет жалобы на головную боль, усталость, плохая память, неуспеваемость в школе. Гинеколог: матка маленьких размеров, недоразвита. Эндокринолог: низкий уровень эстрогенов. Во время хромосомного анализа было исследовано 1 клетку. Кариотип 6 клеток – 46, XX; 5 клеток имели только 1 X-хромосому.

Супруги К – вы обратились в МГК по прогнозу потомства в связи с микроцефалией у их ребенка. Девочке 3 года, при осмотре у нее обнаруживается уменьшение мозгового черепа, седловидная переносица. Мать девочки, 24 года, здорова, при осмотре обнаруживается некоторое уменьшение мозгового черепа. Отец, 26 лет, здоров, телосложение правильное, интеллект не нарушен. Педиатр: При осмотре ребенка обнаружено много малых аномалий развития: аномалии развития ушной раковины, врожденное косоглазие, высокое небо. Анализ родословной матери: Отец женщины (матери девочки) неграмотен: не смог закончить 1 класс, работает плотником, жизненные интересы крайне ограничены. Брат отца умственно отсталый с раннего детства, имеет нормальный слух, но речь отсутствует, работает сторожем, не женат, на фотографии заметно уменьшение размеров мозгового черепа. Сестра отца малограмотна, закончила 2 класса, дальше учиться не смогла, работает на ферме на вспомогательных работах, не замужем, на фотографии заметно уменьшение размеров мозгового черепа. Другие братья и сестры отца (еще 7 человек) получили образование 7 – 10 классов, работают, имеют детей без грубых нарушений интеллекта. У бабки женщины по отцовской линии к старости обнаружили яркие признаки слабоумия. Анализ родословной отца: Родословная отца девочки не имеет отягощения. Анализ кариотипа: 46, 18 р

Супруги И. – обратились в МГК по поводу прогноза потомства и уточнения диагноза больного их ребенка 7 лет. При осмотре ребенка: умеренная микроцефалия, гипертелоризм, седловидный нос, «карпий рот», деформированные ушные раковины, рост низкий, косопласть, мышечная гипотония. Матери 24 года, здорова, работает техником – электриком. Отец 26 лет, здоров, работает электриком. По словам родителей в их семьях и у родственников подобных больных не было. Снижение умственных способностей не отмечают. Заключение психиатра: Олигофрения в степени имбецильности. Заключение невропатолога: Микроцефалия. Множественные дизморфозы. Анализ дерматоглифики: Увеличение завитков на пальцах. Дельтовый индекс –

16. На правой ладони поперечная складка. Основной угол – 72 (дистально смещен). Анализ кариотипа: 46, 18q-

Мальчик от второй беременности, от женщины в возрасте 40 лет. Раннее развитие шло с задержкой (поздно начал держать головку, стоять, ходить, говорить, запас слов скудный). В последнее время состояние ухудшилось: появился цианоз, отдышка, шум в сердце. Направлен с подозрением на порок сердца и для решения вопроса о выборе школы для обучения. Педиатр: При осмотре ребенка обнаружены малые аномалии развития: уплощение профиля лица, диспластичные (деформированные) ушные раковины, монголоидный разрез глаз, мышечная гипотония, диспластичный таз. У ребенка рост и вес ниже нормы. Обращает на себя поведение ребенка – очень ласковый, послушный. Заключение кардиолога: Врожденный порок сердца. Анализ кариотипа: 46, tr21/15

Модуль 4. Экология. Медицинская паразитология

При профилактическом (лабораторном) обследовании у повара студенческой столовой в фекалиях были обнаружены цисты и вегетативные формы амёб. Однако, от работы она не была отстранена и лечение не назначено. Цисты, какого вида амёб были найдены? Почему наличие амёб в организме не отразилось на ее состоянии?

Больная жалуется на частый стул со слизью и с примесью крови, общую слабость. При обследовании выявлены две вегетативные формы дизентерийной амёбы. Что это за формы? С какой из них связано острое течение заболевания, кровь в испражнениях? Какой диагноз у больной?

Какие морфофизиологические изменения дизентерийной амёбы происходят при лечении и выздоровлении больной?

В очаг кожного лейшманиоза направляется студенческий строительный отряд. Вы - врач этого отряда. Какие мероприятия нужно провести по профилактике данной инвазии.

У больной диагностирован урогенитальный трихомоноз. Каким путем она могла заразиться?

Лейшманиозы, трипаносомозы, лямблиоз, трихомонозы - какие из названных заболеваний являются трансмиссивными, природноочаговыми. Обоснуйте ответ.

При исследовании мазков фекалий больною с симптомами острого кишечного колита обнаружены вегетативные формы простейшего, в цитоплазме которого просматривалось крупное бобовидное ядро. Какой диагноз можно поставить больному? Как он мог заразиться?

Профилактическое обслуживание студентов выявило наличие у некоторых из них наличие кариеса, из ротовой полости выделены вегетативные формы простейших. Являются ли эти студенты больными?

В мазке крови больною с приступами лихорадки в некоторых эритроцитах (окраска по Романовскому) наблюдались скопления ядер вишневого цвета с голубой цитоплазмой. Какова причина лихорадки больною?

У больною наблюдается повышение температуры, увеличение лимфатических узлов. В слизистых выделениях полости рта обнаружены микроорганизмы в форме полумесяца, в цитоплазме которых виднелось крупное ядро. Чем страдает данный больной?

У женщины родился ребенок с гидроцефалией (водянка головного мозга). Генетическое обследование патологии не выявило. Причиной оказалась протозойная инвазия. Какая? Как это подтвердили лабораторно?

Из заграничи вернулся инженер и сразу обратился к врачу с жалобой на систематически повторяющиеся через 3 суток приступы лихорадки. Какой диагноз у больною? Как его можно подтвердить?

У больною при исследовании фекалий обнаружены яйца печеночного сосальщика. Является ли нахождение яиц подтверждением фасциолеза?

У больною в моче обнаружена примесь крови. Лабораторный анализ выявил трематодоз. Какой и как? Как больною мог заразиться?

Юноша искупался в неизвестном водоеме /в Африке/ и через некоторое время помещен в клинику, где поставлен диагноз – трематодоз - какой? Как выявлена инвазия?

Один из супругов болен описторхозом. Какова вероятность заражения описторхозом второго супруга от контакта в быту?

В одной семье выявлена больная описторхозом кошка. Могут ли от нее заразиться другие члены семьи? Как определить, что кошка инвазирована?

У больною подозрение на холецистит /заболевание желчного пузыря/. После тщательного лабораторного обследования выявлен трематодоз. Какой? Месяц назад больною выезжал на рыбалку, ловил и ел карпов.

У больною обнаружена кровь в моче и яйца с характерным шипом на одном из полюсов. Установлено, что больною был в Египте и купался в Ниле. Какое заболевание у больною?

У больною в процессе обследования при подозрении на опухоль мозга

обнаружен гельминтоз - цестодоз. Что именно? Каким методом лабора-торной диагностики определили?

Больной жалуется на боли в животе, потерю аппетита, слабость и периодически наличие "лапши" / лент белого цвета / в испражнениях. Ваш диагноз? Как подтвердить?

У девочки сильно выражена анемия /дефицит витамина В12/, слабость. При тщательном обследовании выявлен цестодоз. Какой и как выявлен?

У ребенка в течение 2 лет наряду с болями в животе, потерей аппетита, отмечаются приступы типа эпилепсии. Неврологическое обследование патологии не выявило. Поставлен и подтвержден цестодоз. Какой и как?

У больного подозрение на опухоль печени и легкого /заболел охотник/. При детальном обследовании выявлен цестодоз. Какой и как?

В больницу вторично поступил Дима К., 6 лет с диагнозом энтеробиоз. При первом поступлении было проведено медикаментозное лечение. Чем вы объясните рецидив заболевания? Что нужно сделать, чтобы не было реинвазии?

В хирургическое отделение областной больницы поступила беременная женщина, т.к. она обнаружила у себя отходящих аскарид. Какой из методов лечения аскаридоза Вы выберете для лечения? Объясните почему? Какая физиологическая особенность аскариды используется для изгнания их из организма?

Виктор А. жалуется на боли в мышцах /в основном в межреберных, икроножных/, одутловатость лица. При тщательном обследовании выявлен нематодоз. Какой и как подтвержден диагноз?

В больницу поступил шахтер-землекоп с болями в области тонкого кишечника, слабость, похудание. При лабораторном исследовании выявлен нематодоз. Какой и как?

В медпункт обратился молодой человек, который принес в стеклянной баночке небольшое животное /размерами 5 мм/, сняв у себя с шеи.

Будучи в лесу, он подвергся нападению данных животных. При тщательном осмотре на шее, где животное успело присосаться, было незначительное покраснение. Покровы кожи и головы были чистые. Клинические признаки отсутствуют. При исследовании с помощью лупы был выявлен представитель Членистоногих - переносчик тяжелого заболевания ЦНС. К какому классу, и виду следует его отнести? Какие характерные внешние признаки этих животных? Переносчиками, каких заболеваний они являются?

В клинику обратился юноша с жалобами на сильный зуд по ночам между пальцами, на животе. Оказалось, что в группе, где он учился, уже был подобный случай. Обоих направили в лабораторию. При микроскопическом анализе зудящих мест обнаружен возбудитель из типа Членистоногие. Кто? К какому классу и виду относится? Как могли студенты заразиться?

В клинику была помещена цыганка с выраженной завшивленностью. Чем опасны вши? Какие их характерные внешние признаки, как отличить от представителей других классов?

Из Африки вернулся молодой специалист, который находился в научной командировке в течение полутора лет. Обратился к врачу с жалобами на периодические приступы лихорадки, высокую температуру, головную боль, общую слабость. Врач сразу направил на анализ крови.

Предположение врача подтвердилось. Что он предполагал? Какой диагноз, на Ваш взгляд, поставлен? Какие меры профилактики в отношении данного заболевания следует проводить?

Перечень типовых генетических задач:

Моно- и дигибридное скрещивание.

Задача 1. Отсутствие малых коренных зубов у человека наследуется как доминантный аутосомный признак. Определите генотипы и фенотипы родителей и потомства, если один из супругов имеет малые коренные зубы, а другой гетерозиготен по этому гену. Какова вероятность рождения детей с этим признаком?

Задача 2. У человека ген карих глаз доминирует над голубыми глазами, а умение владеть преимущественно правой рукой – над леворукостью.

Обе пары генов расположены в разных хромосомах. Кареглазая правша вышла замуж за мужчину с таким же фенотипом. У них родился голубоглазый ребенок-левша. Какие дети могут появиться у них в дальнейшем?

Задача 3. У собак черный цвет шерсти доминирует над кофейным, а короткая шерсть над длинной. Обе пары генов находятся в разных хромосомах. Какой процент черных короткошерстных щенков можно ожидать от скрещивания дигетерозиготных особей?

Задача 4. У человека темный цвет волос (А) доминирует над светлым цветом (а), карий цвет глаз (В) над голубым (в). Запишите генотипы родителей, возможные фенотипы и генотипы детей, родившихся от брака светловолосого голубоглазого мужчины и гетерозиготной кареглазой светловолосой женщины.

Сцепленное наследование

Задача 5. Скрещивали гомозиготных по обоим признакам черных длиннохвостых мышей с серыми короткохвостыми. Черный цвет и длинный хвост доминируют над серой окраской и короткохвостостью. Потомство первого поколения скрестили с дигомозиготной рецессивной особью. Во втором поколении получили: черных длиннохвостых — 300; серых короткохвостых — 299; серых длиннохвостых — 100; черных короткохвостых — 80. Определить группу сцепления и расстояние между генами. Каковы бы были результаты скрещивания в случае независимого наследования признаков?

Задача 6. У крыс темная окраска шерсти доминирует над светлой, розовый цвет глаз над красным. Оба признака сцеплены. В лаборатории от скрещивания розовоглазых темношерстных крыс с красноглазыми светлоглазыми получено потомство: светлых красноглазых — 24, темных розовоглазых — 26, светлых розовоглазых — 24, темных красноглазых — 25. Определите расстояние между генами.

Наследование признаков сцепленных с полом

Задача 7. Ген цветовой слепоты и ген ночной слепоты наследуются через X- хромосому и находятся на расстоянии 34 морганид друг от друга. Оба признака рецессивны. Определите вероятность рождения детей одновременно с двумя аномалиями в семье, где жена дигетерозиготна и обе аномалии унаследовала от своего отца, а муж имеет обе формы слепоты.

Задача 8. Если у женщины родилось 8 сыновей: один - страдающий гемофилией и дальтонизмом, двое – с гемофилией, четверо – с цветовой слепотой и один нормальный, то какой генотип вероятен для нее и какие будут по фенотипу девочки. Супруг нормальный по этим признакам.

Одновременное наследование аутосомных и сцепленных с полом признаков *Задача 9.* Альбинизм определяется рецессивным аутосомным геном, а гемофилия — рецессивным геном, сцепленным с X - хромосомой. У одной супружеской пары, нормальной по этим признакам, родился сын - альбинос, страдающий гемофилией. Какова вероятность, что у второго ребенка проявятся обе аномалии одновременно?

Задача 10. У родителей со II (А) группой крови родился сын с I(0) группой крови и страдающий гемофилией. Оба родителя не страдают этой болезнью. Определите вероятность рождения второго ребенка здоровым и возможные его группы крови. Гемофилия наследуется как рецессивный, сцепленный с X – хромосомой признак.

Формы взаимодействия генов.

Комплементарность:

Задача 11. У душистого горошка красная окраска цветков обусловлена сочетанием двух комплементарных доминантных генов: С и Р. При отсутствии одного из них или обоих пигмент не образуется и цветы остаются белыми.

Скрещено белое растение ССрр с белым ссРР. Определить фенотип первого поколения гибридов. Установить характер расщепления по фенотипу и генотипу в потомстве, полученном от скрещивания гибридов первого поколения между собой.

Эпистаз:

Задача 12. При скрещивании собак чистой линии коричневой масти с собаками чистой белой линии все многочисленное первое потомство оказалось белой масти. При скрещивании белых собак этого поколения между собой в потомстве оказалось 112 белых, 32 черных и 10 коричневых щенят. Как можно генетически объяснить эти результаты?

Задача 13. При скрещивании белых и черных кроликов все потомство имело черную окраску меха. Скрещивание гибридов первого поколения между собой дало расщепление: 36 – черных, 12 – голубых, 16 белых. Как наследуется этот признак? Определите генотипы родителей и фенотипы потомства.

Полимерия:

Задача 14. У человека различия в цвете кожи обусловлены в основном двумя парами генов, которые взаимодействуют по типу полимерии: $V_1V_1V_2V_2$

— черная кожа, $b_1b_1b_2b_2$ — белая кожа. Любые три аллеля черной кожи дают темную кожу, любые два — смуглую, один — светлую.

От брака смуглого мужчины и светлой женщины родились дети, из которых по 3/8 оказалось смуглых и светлых и по 1/8 темных и белых. Определите генотипы родителей.

Пенетрантность

Задача 15. Ангиоматоз сетчатки определяется доминантным аутосомным геном, пенетрантность которого – 50%. Какова вероятность рождения больного ребенка в семье, где оба супруга гетерозиготны по данному гену?

Задача 16. Некоторые формы шизофрении наследуются как аутосомно – доминантные признаки. У гомозигот пенетрантность равна 100%, а у гетерозигот – 20%. Определите вероятность рождения больных детей в семье, где оба родителя гетерозиготны?

Задача 17. Определите вероятность рождения детей различных фенотипов в семье, где один из родителей носитель доминантного аутосомного гена арахнодактилии, а второй – нормален. Известно, что пенетрантность этого гена составляет 30%.

Задача 18. Врожденный сахарный диабет обусловлен рецессивным аутосомным геном d с пенетрантностью у женщин 90%, у мужчин – 70%. Определите вероятность фенотипов детей в этой семье, где оба родителя являлись гетерозиготными носителями этого гена.

Задача 19. В брак вступили нормальные мужчина и женщина, в семьях которых один из родителей страдал врожденным псориазом (чешуйчато- корковые поражения кожи). Определите вероятность фенотипов детей в этой семье, если пенетрантность гена псориаза составляет 20%.

Задача 20. Определите вероятность рождения нормальных детей в семье, где оба родителя с аниридией (отсутствие радужной оболочки глаза) и происходят из семей, в которых один из супругов имел эту аномалию. Известно, что пенетрантность этого гена около 80%.

Задача 21. Отосклероз (очаговое поражение косточек среднего уха, способное вызвать глухоту) наследуется как доминантный аутосомный признак с пенетрантностью 30%. Определите вероятность фенотипов детей в этой семье, где оба родителя гетерозиготны по этому гену.

Задача 22. Кареглазый мужчина, страдающий ретинобластомой (злокачественная опухоль глаза), мать которого была голубоглазой и происходила из благополучной в отношении ретинобластомы семьи, а отец – кареглазым и страдал ретинобластомой, женился на голубоглазой женщине, все предки которой были здоровыми. Какова вероятность появления в этой семье голубоглазых детей с ретинобластомой, если пенетрантность ее гена – 60%?

Генетика популяций

Задача 23. В популяции встречаемость рецессивного заболевания составляет 1 на 400 человек. Определите число носителей мутантного аллеля.

Задача 24. Болезнь Тей-Сакса, обусловленная аутосомным рецессивным геном неизлечима; люди, страдающие этим заболеванием, умирают в детстве. В одной из больших популяций частота рождения больных детей составляет 1: 5000. Изменится ли частота патологического гена и частота этого заболевания в следующем поколении данной популяции?

Задача 25. В одном из родильных домов в течение 10 лет выявлено 210 детей с рецессивным заболеванием среди 84000 новорожденных. Установите генетическую структуру популяции данного города по этому признаку.

Множественные аллели.

Наследование групп крови системы ABO, MN и резус- фактора Задача 26. Женщина с I(0) группой крови, резус - отрицательная (рецессивный признак) вышла замуж за гетерозиготного мужчину с III(В) группой крови, резус - положительного. Определите вероятность рождения ребенка резус – положительного с I(0) группой крови.

Задача 27. Ген C^c определяющий у человека светлую окраску волос рецессивный по отношению к гену темных волос C^p , но в свою очередь, доминирует над геном, определяющим рыжий цвет волос C^r . Какой цвет волос может быть у детей, если мужчина блондин, женщина брюнетка, а матери мужчины и женщины рыжеволосые?

Задача 28. Женщина с резус-положительной кровью III (В) группы вышла замуж за мужчину с резус-отрицательной кровью II (А) группы. Определите генотипы родителей, если малыш родился с резус-отрицательной кровью I(0) группы.

Задача 29. У некоторых людей эритроцитарные антигены (А и В) могут быть в слюне. Наличие антигенов А и В в слюне определяется геном S. Это люди

- секретоны. Несекретоны имеют рецессивный аллель - s. Мать имеет антиген Bв эритроцитах, но не содержит его в слюне; отец содержит антиген А в эритроцитах и в слюне; в эритроцитах первого ребенка имеются антигены А и В, но их нет в слюне; у второго ребенка антигены А и В отсутствуют и в эритроцитах, и в слюне. Определить генотипы всех указанных лиц и вероятность рождения детей с другими группами крови.

Задача 30. Кареглазость доминирует над голубоглазостью. С одной семье у кареглазых родителей имеется четверо детей. Двое голубоглазых имеют I(0) и IV(AB) группы крови, двое кареглазых – II(А) и III(В) группы крови. Определите вероятность рождения следующего ребенка кареглазого с I(0) группой крови.

Задача 31. Родители имеют II(А) и III(В) группу крови. У них родился ребенок с I(0) группой крови и большой серповидноклеточной анемией (наследование аутосомное с неполным доминированием). Определите вероятность рождения больных детей с IУ (AB) группой крови.

ОБРАЗЕЦ ЗАДАНИЯ НА ПРОМЕЖУТОЧНУЮ АТТЕСТАЦИЮ(ЗАЧЕТ, ПИСЬМЕННАЯ ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ):

Этап 1. Тестирование

НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ КЛЕТКИ

ядро

цитоплазма

плазматическая мембрана

митохондрии

ядрышко

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕТЕРОХРОМАТИНА

неактивный хроматин ядра

интенсивно окрашенный хроматин ядра

хроматин, с которого не идут процессы транскрипции

хроматин, который находится в цитоплазме

ВЫБЕРИТЕ ВЕРНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ДНК

ДНК состоит из нуклеотидов

ДНК эукариот двухцепочечная линейной формы

нуклеотид ДНК состоит из дезоксирибозы, азотистых оснований, аминокислот и остатка фосфорной кислоты

РОЛЬ КРОССИНГОВЕРА В ЭВОЛЮЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В...

увеличении комбинативной изменчивости

обеспечении стабильности генетического набора

фрагментации хромосом

полиплоидизации

СООТНОШЕНИЕ ПО ФЕНОТИПУ 3:1 ИЛЛЮСТРИРУЕТ

правило доминирования

закон расщепления

сцепленное наследование признаков

множественное действие генов

ГЕНЫ, ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ В ОДНОЙ ХРОМОСОМЕ НАСЛЕДУЮТСЯ СОВМЕСТНО

сцепленные гены

неаллельные гены

аллельные гены

ИММУНОГЕНЕТИКА ЭТО НАУКА

изучает универсальные для всех живых существ законы наследственности и изменчивости

наследование антигенных систем человека

наука о клетках

СПОСОБ ГАСТРУЛЯЦИИ, ПРИ КОТОРОМ КЛЕТКИ АНИМАЛЬНОГО ПОЛЮСА ЗАРОДЫША КАК БЫ ОБРАСТАЮТ ПО ЕГО ВЕГЕТАТИВНОМУ ПОЛЮСУ. ВСТРЕЧАЕТСЯ У ЗЕМНОВОДНЫХ И НАЗЫВАЕТСЯ ...

Иммиграция

Инвагинация

Деламинация

Эпиволия

Смешанный

ЖЕНСКИЕ ГАМЕТЫ ОБРАЗУЮТСЯ В ...

в яичниках

в яичках

в семенниках

в брюшной полости

в полости малого таза

КТО ВВЕЛ ТЕРМИН «ФИЛОГЕНЕЗ»?

А.Н.Северцов

Э. Геккель

Г. де Бер

И.И. Шмальгаузен

ФОРМУЛИРОВКА БИОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЗАКОНА:

В онтогенезе возможна частичная репетиция отдельных признаков и процессов, существовавших в онтогенезе предковых форм.

Филогенез есть быстрое и краткое повторение онтогенеза.

Филогенез усложняется за счет удлинения онтогенеза путем добавления новых стадий.

На ранних стадиях эмбриогенеза зародыши разных видов сходны между собой.

ЧЕЛОВЕК ОТНОСИТСЯ К КЛАСУ ...

Простейшие

Хордовые

Млекопитающие

Приматы

Плацентарных

Человека разумного

ИЗГОТОВЛЕНИЕ ОРУДИЙ ТРУДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ...

австралопитеков

архантропов

рамапитеков

первичных полуобезьян

древних хищных

древних сумчатых

ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ МОНГОЛОИДНОЙ РАСЫ ЯВЛЯЕТСЯ...

Темная окраска кожи

Мягкие волнистые волосы

Наличие эпикантуса

Светлые глаза

ВЫБЕРИТЕ ПРОСТЕЙШИХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К КЛАССУ ЖГУТИКОВЫХ

трихомонада

кишечная амеба

неглерия

гартманелла

лейшмания

КАКИЕ СТАДИИ В ЦИКЛЕ РАЗВИТИЯ ТОКСОПЛАЗМЫ ЯВЛЯЮТСЯ ИНВАЗИОННЫМИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА:

спороциста

циста

зонт

шизонт

псевдоциста

ДЛЯ БАЛАНТИДИИ ХАРАКТЕРНО:

жгутики

микронуклеус
цитостом
ундулирующая мембрана
грушевидная форма

ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОГЕЛЬМИНТОВ:

цикл развития связан с землей
цикл развития связан со сменой хозяев
цикл развития проходит в организме переносчиков
цикл развития проходит в организме одного хозяина
яйцо становится инвазионным во внешней среде

В ЖИЗНЕННОМ ЦИКЛЕ ШИРОКИЙ ЛЕНТЕЦ ИМЕЕТ ДВА ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ХОЗЯИНА:

моллюск и рыба
циклоп и рыба
циклоп и раки
крупный рогатый скот и человек
моллюск и раки

К БИОГЕЛЬМИНТАМ ОТНОСЯТСЯ:

аскарида
власоглав
ришта
острица
кривоголовка

Этап 2.

Решение проблемно-ситуационной задачи по цитологии:

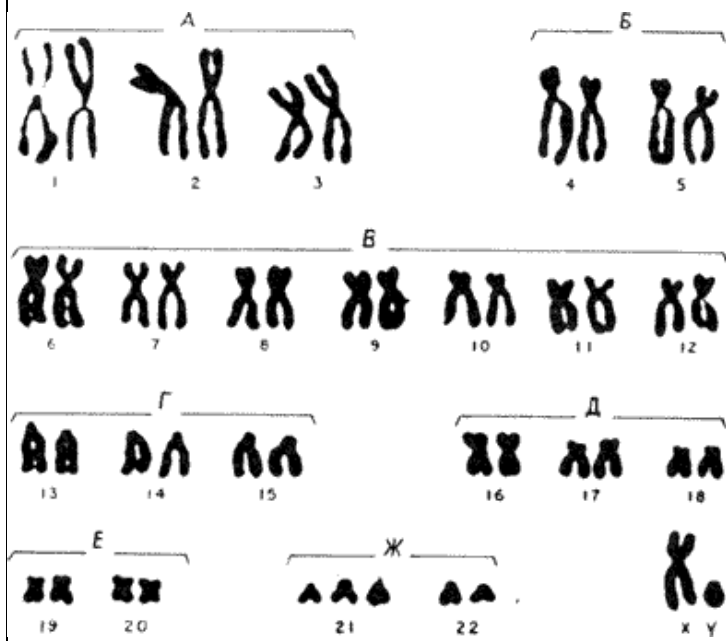
Больному в гнойной хирургии наложили повязку. Какой раствор был выбран для смачивания повязки: а) гипотонический, б) гипертонический, в) изотонический. Ответ обосновать.

Этап 3. Решение генетической задачи:

Женщина с I(0) группой крови, резус-отрицательная (рецессивный признак) вышла замуж за гетерозиготного мужчину с Ш(В) группой крови, резус-положительного. Определите вероятность рождения ребенка резус-положительного с I(0) группой крови.

Этап 4. Решение проблемно-ситуационной задачи по генетике:

Пациент направлен на медицинское обследование с подозрением на болезнь сердца. Мальчик от второй беременности. Женщина родила его в возрасте 40 лет. При осмотре: плоское лицо и эпикантус, мышечная гипотония, высота ребенка и вес ниже нормы. Больной добродушный, эмоциональный, задержка двигательного и умственного развития. Легкая степень умственной отсталости. Скудная лексика.
Кариотипирование: провести анализ кариотипа



Ответить на вопросы:

Какой диагноз можно поставить?

Какие признаки имеют решающее значение в диагностике?

Какой метод был использован для диагностики?

Тип мутации? Механизм патологии?

Сделайте схему формирования и слияния гамет

Каков прогноз потомства в этой семье?

Каков прогноз потомства у этого пациента?

Этап 5. Решение проблемно-ситуационной задачи по паразитологии:

При профилактическом (лабораторном) обследовании у повара студенческой столовой в фекалиях были обнаружены цисты и вегетативные формы амёб. Однако, от работы она не была отстранена и лечение не назначено. Цисты, какого вида амёб были найдены? Почему наличие амёб в организме не отразилось на ее состоянии?

Эталоны ответов на тестовые задания

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	1,2,3	11	2
2	1,2,3	12	3
3	1,2	13	1,2
4	1	14	1,3
5	2	15	1,5
6	1	16	1,2
7	2	17	2,3
8	4	18	2
9	1	19	2
10	2	20	3,4

Критерии оценивания результатов тестирования:

Кол-во правильных ответов - 31	%	Баллы
0 – 3	0-10	0
4 – 9	11-30	1,0
10 – 17	31-55	2,0
18 – 21	56-70	3,0
22 –28	71-90	4,0
29 – 31	91-100	5,0

Эталоны ответов на ПСЗ:

№ задачи	правильный ответ
цитология (этап 2)	был выбран гипертонический раствор. По закону осмоса вода будет выходить из клеток (и вместе с ней гной).
генетика(этап 4)	синдром Дауна. плоское лицо и эпикантус, мышечная гипотония, высота ребенка и вес ниже нормы. Большой добродушный, эмоциональный, задержка двигательного и умственного развития. Легкая степень умственной отсталости. Скудная лексика. использован метод кариотипирования
	4. мутация геномная. Механизм – нерасхождение хромосом по 21 паре в период гаметогенеза у женщины
паразитология (этап 5)	были найдены цисты кишечной амёбы, она не является патогенной, питается содержимым кишечника, не принося вреда человеку

Критерии оценивания ответа на проблемно-ситуационную задачу:

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы.

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«Удовлетворительно» выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«Неудовлетворительно» выставляется, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ промежуточной аттестация (зачет) по дисциплине «Биология»

За каждый этап обучающийся получает 0-5 баллов. Итоговый балл считается как средний за 5 этапов зачета.

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формирование знаний и умений	Вопросы и задания для проверки
Знание 1 историю и достижения отечественной биологической науки; о целостности естественно-научной картине мира.	1,2,14,19,29,90,91,92,93,146 вопросы этапа 1
Знание 2 о выдающихся достижениях биологии, вошедших в общечеловеческую культуру; сложных и противоречивых путях развития современных научных взглядов, идей, теорий, концепций, гипотез (о сущности и происхождении жизни, человека)	2,10,14,18,19,29,45,60,61,62,63,64,90,93,94,97,102,117,146,153,154,158 вопросы этапа 1
Знание 3 естественнонаучные методы и приемы анализа медико-биологических проблем, основные понятия цитологии и генетики,	3,11,13,20,21,22,23,29,48,49,50,51,140 вопросы этапа 1
методы изучения клетки и клеточных структур, особенности наследственности и изменчивости человека	
Знание 4 этапы онтогенеза организма человека, критические периоды развития организма, результаты действия тератогенных факторов на организм, основные механизмы изменчивости и адаптации.	52-88,40-48,89,90,91,148 вопросы этапа 1
Знание 5 о возрастных особенностях развития зубо- челюстной системы, о зависимости экологии ротовой полости от влияния вредных привычек	20,22,25,27,40,42,43,46,59,111 ПСЗ № 33 вопросы этапа 1
Знание 6 циклы развития возбудителей паразитарных инвазий, особенности путей передачи возбудителей человеку, для осуществления профилактических мероприятий.	110-146 вопросы этапа 1
Умение 1 пользоваться учебной и научной литературой, применять теоретические знания для работы с микроскопом	ПСЗ № 26-65 задания этапа 5

<p>Умение 2 пользоваться различными методиками исследовательской работы самостоятельной и учебной работе студентов: анализом учебной, справочной и научной литературы, конспектированием, сравнительным анализом различных источников, систематизацией и обобщением полученных данных, аргументацией выводов, написанием научных работ, подготовкой выступлений, изучением терминов, поиском источников информации, в том числе в сети Интернет.</p>	<p>ПСЗ № 1-25, генетические задачи № 1-3 задания этапа 2,3,4</p>
<p>Умение 3 использовать методы оценки биотических, абиотических и антропогенных факторов среды влияющих на состояние здоровья человека.</p>	<p>ПСЗ № 9-65 задания этапа 3, 4, 5</p>

13. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК И ЕГО ОКРУЖЕНИЕ»

В структуре данного ОП.01. рассматриваются следующие темы:

Здоровье и качество жизни

Потребности человека в разные возрастные периоды. Рост и развитие.

Внутриутробный период и период новорожденности

Период младенчества

Преддошкольный и дошкольный период

Период школьного возраста

Период юношеского возраста

Особенности мужского и женского организма в зрелом возрасте

Здоровье семьи

Период беременности и родов

Послеродовый период

Климактерический период

Основы геронтологии

Анатомо-физиологические и психологические особенности лиц пожилого и старческого возраста

Организация социальной помощи населению старших возрастных групп

Организация медицинской помощи населению старших возрастных групп

Искусство продления жизни

Медико-социальные и психологические аспекты смерти

Тема: «Здоровье и качество жизни»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;

- письменный опрос (тестовые задания)

Вопросы:

1. Понятие «здоровье», его сущность и компоненты.

2. Понятие «качество жизни», его параметры и критерии.

3. Основные требования к организации здорового образа жизни.

4. Основные составляющие здорового образа жизни.

5. Цели и функции центров здоровья.

6. Роль сестринского персонала в сохранении и укреплении здоровья, основные медико-демографические показатели.

Тестовые задания (образец):

1. Основные показатели статистики населения:

1) рождаемость;

2) смертность;

3) численность населения;

4) состав населения (пол, возраст, социальное положение и т.д.).

2. Показатели, характеризующие здоровье населения:

1) рождаемость;

2) смертность;

3) физическое развитие;

4) заболеваемость;

5) демографические показатели.

3. Показатели, отражающие механическое движение населения:

1) рождаемость;

2) смертность;

3) эмиграция;

4) миграция.

Эталоны ответов:

1 – 3,4

2 – 3,4

3 – 3,4

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Тема «Потребности человека в разные возрастные периоды. Рост и развитие».

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос

Вопросы:

1. Понятие «потребность»

2. Классификация А. Маслоу («Пирамида Маслоу»), ее характеристика

3. Краткая характеристика 14 основных потребностей

4. Потребности человека в разные возрастные периоды

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тема: «Внутриутробный период и период новорожденности»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;

- письменный опрос (тестовые задания);

- решение ситуационных задач.

Вопросы:

1 Назовите анатоми- физиологические особенности новорожденного ребенка.

2. Перечислите потребности новорожденного ребенка.

3. Перечислите признаки доношенного ребенка.

4. Что такое шкала Апгар? Её критерии.

5. Назовите основные проблемы периода новорожденности.

Тестовые задания (образец):

1. Первое прикладывание к груди после родов здорового новорожденного проводится:

1) через 2-3 часа;

2) сразу в род. зале;

3) через 6 часов;

4) через 10-12 часов.

2.Срок появления физиологической желтухи:

1) 2-3 часа после родов;

2) 6-8 часов после родов;

3) 2-3 день после родов;

4) 5-6 дней после родов.

3. Новорожденный ребенок считается недоношенным при сроке беременности:

1) 41 неделя;

2) 39 недель;

3) менее 38 недель;

4) 20 недель.

Эталоны ответов:

1 - 2

2 - 3

3 - 3

Ситуационная задача (образец)

Девочка, возраст 5 дней. Масса при рождении 3500 г, масса тела во время осмотра 3300 г. Отмечается желтушное окрашивание кожи и склер, появившееся 2 дня назад. Состояние ребёнка удовлетворительное, температура нормальная, сосёт активно.

Ваш диагноз? Обоснуйте.

Ваша тактика.

Сделайте отметки об удовлетворении потребностей ребёнка.

Сформулируйте проблемы ребёнка.

Организируйте этапы планирования и сестринских вмешательств по решению проблемы: " Ребёнок не может организовать питание из-за малого

возраста".

Эталон ответа на ситуационную задачу.

Учитывая удовлетворительное состояние ребёнка, отсутствие симптомов интоксикации, а так же возраст ребёнка и сроки появления изменения окраски кожи и склер, можно считать с физиологической желтухой, а также физиологической убылью массы (6%).

Наблюдение за ребёнком.

Потребности	Отметки о нарушениях
1. Нормальное дыхание	N
2. Адекватное питание	Возраст
3. Физиологическое отправление	N
4. Сон	N
5. Движение	N
6. Одежда, личная гигиена	Возраст
7. Поддержание нормальной температуры тела	N
8. Поддержание безопасности окружающей среды	N
9. Общение	N
10. Труд, отдых	-

Проблемы:

Ребёнок не может организовать себе питание из-за малого возраста.

Ребёнок не может самостоятельно проводить гигиенические мероприятия в связи с малым возрастом.

Реализация плана

Ребёнок не может организовать себе питание из-за малого возраста

Ребёнок получает питание по возрасту

Организовать питание ребёнка 5 дней

Рассчитать суточное (400 мл) и разовое (75 мл) количество пищи

Обеспечить естественное вскармливание грудью матери или грудным донорским молоком

Научить маму правилам и технике кормления грудью

Познакомить маму с особенностями питания кормящей женщины

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Тема: «Период младенчества»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;

- письменный опрос (тестовые задания);

- решение ситуационных задач.

Вопросы:

Характеристика периода младенчества

АФО периода младенчества

Нервно-психическое развитие детей 1-го года жизни

Соблюдение гигиенических норм и правил

Тестовые задания (образец):

1. Назовите группы риска лиц с девиантным поведением:

- дети, старики, одинокие, вдовы, мигранты, беженцы, перемещенные лица
- беременные, недоношенные дети, инвалиды с детства
- бедные, безработные, необеспеченные
- злоупотребление алкоголем, наркоманы, токсикоманы, проститутки, гомосексуалисты

Соотнесите нижеперечисленные факторы риска к:

А – обратимым

Б – частично обратимым

В – необратимым

- пол
- гиперхолестеринемия
- артериальная гипертензия
- гиподинамия
- алкоголизм
- возраст
- триглицеридемия
- солевая нагрузка

- 9) наследственность
- 10) психологические факторы
- 11) несбалансированное питание
- 12) сахарный диабет
- 13) курение

3. Социальные факторы риска

- а) материальное обеспечение
- б) жилищные условия
- в) воспитание детей
- г) внутрисемейные отношения

Эталоны ответов:

1 г

2 А – 3,4,5,8,10,11,13 Б – 2,7,12 В – 1,6,9

3 а, б, в, г

Ситуационная задача (образец):

Ребёнок родился от первой беременности, первых срочных родов. Вы пришли на 3 патронаж, возраст ребёнка 20 дней. Мама спрашивает у Вас: «Почему сегодня мой малыш такой жёлтый?»

Задания:

Какое состояние предполагаете?

Почему?

Что ответите маме?

Ваши действия.

Эталон ответа на ситуационную задачу.

Это патологическая желтуха, так как она появилась поздно.

Необходимо уточнить анамнез для выявления неблагоприятных факторов во время беременности, которые могли воздействовать на печень.

О таком ребёнке следует сообщить врачу для решения вопроса о стационарном обследовании или самостоятельно направить ребёнка на консультацию педиатра в больницу.

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;
- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;
- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Преддошкольный и дошкольный период»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания);
- решение ситуационных задач.

Вопросы:

Анатомо-физиологические особенности ребенка преддошкольного и дошкольного возраста

Особенности роста и развития ребенка преддошкольного и дошкольного возраста

Показатели НПП детей преддошкольного и дошкольного возраста

Особенности адаптации ребёнка в детском дошкольном учреждении

Особенности развития и питания детей этого периода

Тестовые задания (образец):

1. Соотношение белков: жиров: углеводов для детей периода "молочных зубов":

- а) 4:4:15
- б) 1:3:8
- в) 3:3:10
- г) 5:5:10

2. Необходимое условие для посещения ребенка ДДУ:

- а) здоровый ребенок без профилактических прививок
- б) ребенок в остром периоде заболевания с профилактическими прививками
- в) здоровый ребенок с профилактическими прививками
- г) здоровый ребенок, но не привитый против туберкулеза

3. При подготовке ребенка к школе осмотр осуществляется:

- а) только узкими специалистами
- б) только педиатром
- в) педиатром и узкими специалистами
- г) педиатром, узкими специалистами, с проведением лабораторных исследований

Эталоны ответов:

- 1 - а
- 2 - в
- 3 - г

Ситуационная задача (образец)

Ребенку 3 года. Мать жалуется, что ребенок плохо ест. Малыш осмотрен врачом. Заключение "Практически здоров".

Задание:

Сделайте отметки об удовлетворении потребностей.

Сформулируйте проблемы ребенка.

Организируйте этапы планирования и реализации по решению проблемы "Ребенок плохо ест".

Эталон ответа на ситуационную задачу.

Потребности	Отметки о нарушениях
1. Нормальное дыхание	N
2. Адекватное питание	Возраст, плохо ест
3. Физиологическое отправление	N
4. Сон	N
5. Движение	N
6. Одежда, личная гигиена	Возраст
7. Поддержание нормальной температуры тела	N
8. Поддержание безопасности окружающей среды	N
9. Общение	N
10. Труд, отдых	-

Проблемы:

Ребенок плохо ест.

Ребенок 3-х лет не может самостоятельно организовать себе питание из-за малого возраста.

Ребенок 3-х лет не может самостоятельно осуществлять гигиенические мероприятия в полном объеме из-за малого возраста.

Проблема - Ребенок плохо ест

Цель СВ - Ребенок хорошо кушает.

План СВ - Проблем с кормлением ребенка нет.

Реализации плана:

Организовать кормление ребенка строго по режиму.

Соблюдать ритуал подготовки к кормлению

Создать благоприятную атмосферу для приема пищи

Не отвлекать ребенка во время еды

Организовать воспитательные мероприятия решения данной проблемы

Составить совместно с матерью режим кормления и убедить маму в необходимости строго его выполнения

Не давать никакой еды между кормлениями

Постепенно выводить ребенка из игры перед кормлением

Помыть руки ребенку, надеть салфетку

Привлечь ребенка к сервировке стола

Не менять обстановку кормления хорошо проверить комнату перед кормлением

Удобно усадить ребенка за стол (лучше использовать детский столик)

Красиво сервировать стол

Использовать детскую разрисованную посуду

Не завывать детскую порцию

Приветствовать самостоятельность во время еды

По возможности кормить ребенка с другими детьми (при установлении одинаковой пищи у них)

Никаких игрушек, сказок, книжек, торгов во время еды: «Когда я ем, я глух и нем»

Выставлять на стол продукты поочередно (ребенок не должен долго сидеть над одним блюдом, если не ест – менять его на следующее)

Предупредить маму и родственников малыша, чтобы проблема плохого аппетита ребенка не обсуждалась при нем

Убедить родственников в том, что никогда нельзя насильно как кормить ребенка. Кормление ребенка насильно вырабатывает стойкий отрицательный рефлекс на еду. Этот рефлекс трудно устранить.

Предупредить маму, что кормление - важный воспитательный акт, и от того, как правильно она его проводит, во многом зависит формирование характера ребенка.

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;

- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;

- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;

- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;

- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;

- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;

- возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;

- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;

- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;

- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;

- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;

- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Период школьного возраста»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;

- письменный опрос (тестовые задания);

- решение ситуационных задач.

Вопросы:

Анатомо-физиологические особенности, рост и развитие ребенка младшего школьного возраста;

Универсальные потребности, способы их удовлетворения;

Принципы создания безопасной окружающей среды для детей младшего школьного возраста;

Анатомо-физиологические особенности детей периода старшего школьного возраста;

Нервно-психическое развитие;

Основные потребности, способы их удовлетворения детей старшего школьного возраста;

Возможные проблемы детей старшего школьного возраста.

Тестовые задания (образец):

1. Поведенческое нарушение в школьном возрасте:

а) рвота

б) повышенный аппетит

в) жидкий стул

2. Социальный фактор, который влияет на учебу ребенка в школе:

а) неполная семья

б) многодетная семья

г) в семье один ребенок

3. В результате АФО нервной системы и повышения нагрузок у школьников часто развивается:

а) изменение почерка

б) переутомление и утомление

в) обострение памяти

г) изменение веса

4. Рациональное питание школьников включает в себя следующие моменты:

а) большое содержание клетчатки

б) наличие овощных и молочных блюд

в) 4-х разовое питание

г) наличие горячих завтраков

Эталоны ответов:

1 - а

2 - а

Ситуационная задача (образец)

Ребёнок 10 лет обратился к врачу с жалобой на вялость, сухость кожных покровов, жажду.

На основании анамнеза, клинических и лабораторных данных поставлен диагноз "Инсулинозависимый сахарный диабет". Ребёнку назначено ежедневное введение инсулина.

Задание:

Сделайте отметки о нарушении удовлетворения потребностей.

Сформулируйте проблемы пациента.

Организируйте этапы планирования и реализации СВ по решению проблемы " Незнание ребёнком и его родителями правил введения и методики введения инсулина".

Эталон ответа на ситуационную задачу.

Потребности	Отметки о нарушениях
1. Нормальное дыхание	N
2. Адекватное питание	жажда, сахарный диабет
3. Физиологические отправления	N
4. Сон	N
5. Движение	N
6. Одежда, личная гигиена	Сухость кожи, склонность к гнойничковым заболеваниям кожи
7. Поддержание нормальной температуры	N
8. Поддержание безопасности окружающей среды	Присоединение сопутствующих заболеваний
9. Общение	Вялость
10. Отдых, труд	Дозирование и постоянный контроль нагрузки (физической и умственной)

Ребёнок должен соблюдать диету, режим питания с учётом ИЗДС.

Жажда.

Сухость кожи, склонность к гнойничковым заболеваниям кожи.

Возможность присоединения простудных заболеваний.

Вялость ребёнка, связанная с нарушением усвоения глюкозы при СД.

Необходимость дозирования и постоянного контроля физической и умственной нагрузки с учётом дозы вводимого инсулина.

Проблема - Незнание ребёнком и его родителями правил введения и методики введения инсулина

Цель СВ – 1) Ребёнок и его родственники знают правила введения инсулина, выполняют их.

Ребёнок и его родственники умеют правильно вводить различные виды инсулина.

План СВ – 1. Обеспечить методике введения инсулина.

Рассказать о правилах введения инсулина и необходимости их выполнения

Реализация плана:

Показать, как набрать в инсулиновый шприц необходимую дозу простого инсулина.

Показать визуальное отличие препаратов простого инсулина и инсулина длительного действия (инсулин простой всегда прозрачен, длительного действия - представляет собой суспензию, которую необходимо перед употреблением взболтать).

Показать, как набрать в инсулиновый шприц простой инсулин и инсулин длительного действия для одномоментного введения.

Обучить пациента и его родственников методике п/к инъекции.

Проверить, может ли больной (или его родственники) сам ввести инсулин и п/к.

Перед введением инсулина он должен быть согрет до температуры тела (профилактика поражений п/ж клетчатки, инъекция менее болезненна).

Инсулин должен вводить в разные участки тела, глубоко (профилактика липодистрофии).

Объяснить после введения инсулина ребёнок должен не позже чем через полчаса принять пищу (профилактика гипогликемической комы).

Доза инсулина может быть изменена только после консультации с врачом (профилактика развития коматозных состояний).

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;

-демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;

- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;

-умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

-дается комплексная оценка предложенной ситуации;

-демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;

- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;

-возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;

-умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;
- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;
- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Период юношеского возраста»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания).

Вопросы:

1. Анатомо-физиологические, психологические и социальные особенности человека юношеского возраста;
2. Основные потребности, способы их удовлетворения;
3. Возможные проблемы, возникающие в юношеском периоде.

Тестовые задания (образец):

1. В пубертатном периоде у мальчиков преобладает:

- 1) брюшной тип дыхания
- 2) грудной тип дыхания
- 3) смешанный тип дыхания
- 4) другой тип дыхания

2. В пубертатном периоде у девочек преобладает:

- 1) брюшной тип дыхания
- 2) грудной тип дыхания
- 3) смешанный тип дыхания
- 4) другой тип дыхания

3. В пубертатном периоде сон детей должен быть не менее:

- 1) 7 часов
- 2) 8 часов
- 3) 10 часов
- 4) 11 часов

4. Пубертатный период у девочек наступает:

- 1) позже, чем у мальчиков
- 2) раньше, чем у мальчиков
- 3) в одно время у мальчиков и девочек

5. Чаще ожирение у детей в препубертатном и пубертатном периодах связано:

- 1) с переизбытком углеводов, гиподинамией
- 2) с переизбытком белков
- 3) с авитаминозом
- 4) со всем выше перечисленным

Эталоны ответов:

- 1 - 1
- 2 - 2
- 3 - 2
- 4 - 2
- 5 - 1

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Тема: «Особенности мужского и женского организма в зрелом возрасте»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания);
- решение ситуационных задач.

Вопросы:

1. Анатомо-физиологические, психологические и социальные особенности и различия мужчин и женщин зрелого возраста;
2. Психологические и социальные особенности зрелого возраста;
3. Основные потребности человека зрелого возраста, способы их удовлетворения;
4. Возможные проблемы зрелого возраста

Тестовые задания (образец):

1. Наружные половые органы у женщины:

- а) матка
- б) влагалище
- в) клитор
- г) яичники

2. Внутренние половые органы женщины:

- а) клитор
- б) уретра
- в) матка
- г) лобок

3. Мужские половые гормоны:

- а) эстрогены
- б) андрогены
- в) кортикостероиды
- г) пролактин

4. Переходный период в жизни женщины от половой зрелости к старости:

- а) препубертатный
- б) пубертатный
- в) климактерический
- г) поздней зрелости

Эталоны ответов:

- 1 - в
- 2 - в
- 3 - б
- 4 - в

Ситуационная задача (образец):

Мария Ивановна, женщина 30 лет. Работает вахтером в общежитии.

Страдает ожирением, при массе тела-120 кг, ее рост 165 см. Она очень любит покушать: тортики, конфеты, бутерброды с салом и ветчиной и т.д.

Двигается мало. Живет на первом этаже, рядом с домом. После работы идет в магазин, и весь день смотрит сериалы по телевизору, лежа на диване. И что-нибудь кушает при этом. Она не замужем. Родители умерли, живет одна. Работа, еда и телевизор - это вся её жизнь. Большой себя не считает.

Задания:

1. Выявите факторы риска, имеющиеся у Марии Ивановны.

2. Определите ИМТ и объясните его значение.

Эталон ответа на ситуационную задачу.

1. Факторы риска у Марии Ивановны:

- систематическое переедание;
- гиподинамия;
- ожирение.

2. Индекс массы тела - ИМТ (англ. body mass index (BMI)) - величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и, тем самым, косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной (ожирение). ИМТ важен при определении показаний для необходимости лечения, в том числе препаратов для лечения ожирения.

Индекс массы тела рассчитывают по формуле:

$$I = m : h^2$$

где: m - масса тела в килограммах, h - рост в метрах

и измеряется в кг/м²

$$I = 120 : 165^2 = 120 : 27 = 44,4$$

Индекс массы тела должен быть не выше 25, а у Вас более 44, что говорит о выраженном ожирении

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;
- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;
- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Здоровье семьи»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания);
- решение ситуационных задач.

Вопросы:

1. Понятие семьи
2. Типы семьи
3. Этапы жизненного цикла семьи
4. Основные функции семьи
5. Значение семьи в жизни человека
6. Понятие «Планирование семьи»
7. Методы контрацепции

Тестовые задания (образец):

1. Болезни, передающиеся половым путем:

- а) перитонит, аднексит
- б) эндометрит, миома
- в) гонорея, трихомониаз
- г) эндометриоз

2. Химические контрацептивы:

- а) ВМС
- б) лютеонурин
- в) морвелон
- г) презерватив

3. Гормональный контрацептив:

- а) трирегол
- б) диафрагма
- в) ВМС
- г) влагалищная губка

4. Обследование женщин, страдающих бесплодием начинается с:

- а) УЗИ
- б) обследования мужа
- в) гистеросальпингографии
- г) гормонального обследования

Эталоны ответов:

- 1 - в
- 2 - б
- 3 - а
- 4 - б

Ситуационная задача (образец)

Внимательно прочитайте задачу, выполните задания.

Мужчина 25 лет. Курит с 16 лет, в настоящее время по две пачки сигарет в день. Предъявляет жалобы на кашель, больше по утрам. Периодически отмечаются подъем температуры и выделение гнойной мокроты. Пять лет назад в стационаре поставлен диагноз – хронический бронхит. К советам медиков бросить курить не прислушался. Курит чаще всего в квартире, балкона нет, с лестничной площадки прогоняют соседи.

Женат, имеет сына 2 лет. У ребенка наблюдаются приступы удушья по ночам. Уже несколько раз лечился в стационаре, где ему сразу становится легче.

Задания: 1. Какие факторы риска у пациента и его сына? 2. Составьте памятку для пациента «О вреде табакокурения».

Эталон ответа на ситуационную задачу.

1. Факторы риска – активное курение. У сына – пассивное курение.

2.Памятка «О вреде табакокурения». Уважаемый (имя отчество), выкуривая по две пачки сигарет в день, Вы вредите не только своему здоровью, но и здоровью ребенка. Сын болеет только из-за Вашей вредной привычки к табакокурению.

- Дети, живущие в накуренных помещениях, чаще и намного сильнее страдают заболеваниями органов дыхания.
- У детей курящих родителей увеличивается частота бронхитов и пневмоний, повышается риск серьезных заболеваний.
- Табачный дым, кроме того, задерживает солнечные ультрафиолетовые лучи, которые важны для ребенка 2-3 лет, влияет на его обмен веществ, разрушает витамин С, необходимый ему в период роста.
- В семьях, где курят, у детей намного чаще наблюдаются пневмонии и ОРЗ, дети ослаблены.
- В семьях, где нет курящих, дети практически здоровы.
- Категорически запрещается курить в комнате, где находится беременная женщина, кормящая мать или ребенок.

- Курящие родители подают дурной пример своим детям
- Если Вы дорожите своим сыном, срочно бросайте курить.

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;
- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;
- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Период беременности и родов»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания);
- решение ситуационных задач.

Вопросы:

1. Физиология беременности
2. Физиологические изменения в организме беременной
3. Диагностика беременности
4. Понятие «роды», определение предполагаемой даты родов
5. Периоды родов

Тестовые задания (образец):

1. Физиологическая беременность продолжается:

- а) 280 дней
- б) 250 дней
- в) 380 дней
- г) 180 дней

2. Отдел маточной трубы, в котором происходит оплодотворение, называется:

- а) интерстициальный
- б) перешеечный
- в) ампулярный

3. При физиологическом течении беременности прибавка массы тела:

- а) 10-12 кг
- б) 15-17 кг
- в) 5-6 кг
- г) 20-21 кг

4. I период родов:

- а) начинается от раскрытия шейки матки и заканчивается изгнанием плода
- б) начинается с началом родовой деятельности и заканчивается раскрытием шейки матки
- в) начинается с момента рождения плода и заканчивается рождением последа

Эталоны ответов:

- 1 - а
- 2 - в

3 - а
4 - б

Ситуационная задача (образец)

Женщина 34 года, беременность вторая, 39 недель, имеет 6-летнюю дочь, пришла на прием в женскую консультацию. После осмотра врач советует отправиться в родильный дом заранее, так как считает, что скоро начнутся роды. Беременная отказывается от госпитализации, аргументирует это тем, что в первую беременность она переносила 2 недели, и роды подождет дома.

Задание:

1. Объяснить смысл заблаговременной госпитализации.
2. Провести психологическую подготовку к родам.
3. Смоделировать беседу.

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;
- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;
- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Послеродовый период»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания);
- решение ситуационных задач.

Вопросы:

1. Общее состояние и изменения в организме родильницы
2. Поведение и личная гигиена
3. Питание в период кормления
4. Режим дня
5. Восстановительная гимнастика
6. Некоторые послеродовые заболевания молочных желёз

Тестовые задания (образец):

1. Характер лохий в первые сутки после родов:

- а) кровянистые
- б) сукровичные
- в) серозные
- г) гнойные

2. Матка ежедневно уменьшается при физиологическом течении послеродового периода на:

- а) 2-4 см
- б) 6-7 см
- в) 1,5-2 см
- г) 4-5 см

3. Наружный зев шейки матки закрывается после родов через:

- а) 3 дня
- б) 10 дней
- в) 8 недель
- г) 3 недели

4. Послеродовый период длится:

- а) 1 неделю
- б) 2 недели
- в) 6-8 недель

Эталоны ответов:

- 1 - а
- 2 - в
- 3 - г
- 4 - в

Ситуационная задача (образец)

Женщина 22 года, роды первые, кормит грудью. Диету не соблюдает, считает, что чем больше она будет есть, тем больше у нее будет молока. Имеет слабость к цитрусовым и шоколаду. Ребенок страдает диатезом, не спокоен, кричит, сучит ножками.

Задание:

1. Объяснить ошибку матери.
2. Дать рекомендации по диете.
3. Смоделировать беседу.

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;
- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;
- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Климактерический период»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания);
- решение ситуационных задач.

Вопросы:

1. Климактерический период у женщин
2. Физиологические изменения в организме женщины
3. Климактерический синдром
4. Климактерический период у мужчин

Тестовые задания (образец):

1. Переходный период в жизни женщины от половой зрелости к старости:

- а) препубертатный
- б) пубертатный
- в) климактерический
- г) поздней зрелости

2. Средний возраст наступления менопаузы:

- а) 40
- б) 45
- в) 50
- г) 60

3. Симптомокомплекс, патологически протекающего климактерического периода:

- а) менингеальный

- б) климактерический
- в) предменструальный
- г) гидроцефальный

Эталоны ответов:

- 1 - в
- 2 - в
- 3 - б

Ситуационная задача (образец)

Женщина 52 лет обратилась к врачу женской консультации для проф.осмотра. Менопауза 7 лет. Жалоб не предъявляла, 2 мед. аборта. Находилась на диспансерном учете по поводу миомы матки соответствующей 6-7 недельному сроку беременности в течении 10 лет
Бимануально: влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Матка увеличена до 9-ти недельного срока беременности, с бугристой поверхностью, подвижна, безболезненна. Своды глубокие. Придатки не определяются.

1. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ДИАГНОЗ
2. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Эталон ответа на ситуационную задачу.

Диф.диагноз:

1. Растущая миома матки в постменопаузе
2. Саркома матки
3. Киста яичника

Тактика:

1. Наблюдение диспансерное по месту жительства
2. Срочное активное лечение
3. УЗИ органов малого таза
4. Раздельное выскабливание полости матки и цервикального канала

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;
- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;
- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Основы геронтологии»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания).

Вопросы:

1. Понятия «геронтология», «старение», «старость»
2. Молекулярные и клеточные механизмы старения
3. Виды и теории старения

Тестовые задания (образец):

1. Различия во времени наступления старения отдельных клеток, тканей, органов и систем называется:

- а) гетерокатефтенность
- б) гетеротропность
- в) гетерохронность
- г) гетерокинетиичность

2. Укажите вид геронтологии:

- а) эволюционная
- б) психологическая
- в) преждевременная
- г) демографическая

3. Для развития старения характерны закономерные процессы, происходящие в организме:

- а) в обменных процессах
- б) в эндокринной системе
- в) неодинаковая выраженность в различных органах и структурах
- г) в нервной системе

Эталоны ответов:

- 1 - в
- 2 - а
- 3 - в

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Тема: «Анатомо-физиологические и психологические особенности лиц пожилого и старческого возраста»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания);
- решение ситуационных задач.

Вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности лиц пожилого и старческого возраста
2. Психологические особенности лиц пожилого и старческого возраста

Тестовые задания (образец):

1. Анатомо-функциональные особенности дыхательной системы у лиц пожилого и старческого возраста:

- а) расширение просвета бронхов
- б) увеличение жизненной емкости легких
- в) развитие эмфиземы
- г) гиперплазия реснитчатого эпителия бронхов

2. Анатомо-функциональные особенности костно-мышечной системы у лиц пожилого и старческого возраста:

- а) гипертрофия мышц
- б) декальцинация костей
- в) разрастание хрящевой ткани
- г) атрофия соединительной ткани

3. Анатомо-функциональные изменения пищеварительной системы у лиц пожилого и старческого возраста:

- а) усиление перистальтики кишечника
- б) гипертрофия обкладочных клеток желудка
- в) развитие гнилостной микрофлоры толстого кишечника
- г) уменьшение длины кишечника

Эталоны ответов:

- 1 - в
- 2 - б
- 3 - в

Ситуационная задача (образец)

Ваш сосед Петр Иванович – пенсионер 56 лет, бывший майор спецназа, воевал в горячих точках. Год назад у него умерла жена. Сын и дочь взрослые, живут за границей. Диету не соблюдает, любит солености, копченую рыбу, часто есть всухомятку. Выпивает по вечерам 3 – 4 раза в неделю, курит по две пачки сигарет в день. Любимый отдых – стрельба в тире, но ходит туда все реже. Предпочитает полежать на диване и посмотреть боевики. Единственный светлый луч в его жизни – женщина, с которой он познакомился на кладбище, посещая могилу жены. Его беспокоит, что он стал плохо спать, устает, он боится, что нервы совсем сдадут, а он один, рассчитывает, может только за себя С.С. просит у вас совета о том, как избежать заболевания нервной системы.

Задание

Дайте рекомендации Петру Ивановичу как избежать заболеваний нервной системы.

Эталон ответа на ситуационную задачу.

- Уважаемый Петр Иванович, Вы опытный человек, за Вашими плечами сложный жизненный путь, Вам по плечу преодолеть любые трудности.
- Измените свой образ жизни. Соблюдайте режим труда и отдыха. Составьте распорядок дня и исполняйте его. Нормальная продолжительность сна - не менее 7 часов. Перед сном погуляйте на свежем воздухе, примите теплый душ, проветрите помещение.
- Заведите дневник и фиксируйте в нем свои удачи и промахи.
- Живите полноценной жизнью, наслаждаясь хорошим самочувствием.
- Заведите себе собак, кошку или рыбок. Общение с домашними любимцами успокаивает, тренирует человека, положительно влияют на общее самочувствие, заряжая бодростью и энергией.
- Если не животные, то другое хобби, которое будет Вам по душе.
- Отвлеките себя, займите делом. Начните ремонт в квартире. Вариантов занять себя много. Состояние занятости – наилучшее из всех успокаивающих средств. Позвоните своим детям.
- Если возможно, поезжайте к ним в гости. Путешествие всегда успокаивает.
- Сходите со своей знакомой в театр, в музей, на выставку.
- Смените жанр, просматриваемых фильмов на более спокойный, душевный. Вспомните классику отечественного кино.
- Возьмите путевки в оздоровительный санаторий, где вы проведете хорошо время, познакомитесь с интересными людьми, расширите круг своего общения.
- Избавьтесь от вредных привычек (курение, алкоголь), они очень отрицательно влияют на Ваше здоровье. Курение и алкоголь для сердца, головного мозга - непримиримые враги.
- Питайтесь правильно, рационально. Включите в свой рацион больше овощей, фруктов, ягод, нежирное белое мясо птицы, нежирная рыба.
- Больше двигайтесь. Физическая активность улучшает психологическое состояние.
- Если вы себе не возьмете себя в руки, за вас это никто не сделает.
- Человек сам хозяин своей судьбы

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;
- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;
- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Организация социальной помощи населению старших возрастных групп»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания);
- решение ситуационных задач.

Вопросы:

1. Социальная помощь: основные понятия и проблемы пожилых людей
2. Формы социального обслуживания
3. Виды социальной поддержки

Тестовые задания (образец):

1. Типичная психосоциальная проблема лиц пожилого и старческого

возраста:

а) одиночество

- б) злоупотребление алкоголем
- в) склонность к суициду
- г) отказ от участия в общественной жизни

2. Период в жизни человека, когда он сам начинает ощущать себя стареющим:

- а) зрелость
- б) физиологическая старость
- в) хронологическая старость
- г) психологическая старость

3. Раздел геронтологии, изучающий процессы старения живых организмов на разных уровнях их организации:

- а) биология старения
- б) гистология старения
- в) биология человека
- г) экология населения

Эталоны ответов:

- 1 - а
- 2 - г
- 3 - а

Ситуационная задача (образец)

Мария Петровна, женщина 57 лет, пенсионерка. С мужем в разводе с 30 лет, одна единственная беременность завершилась абортom в сроке 12 недель. В последующем женщина безуспешно лечилась от бесплодия. Ранняя менопауза с 45 лет. Зоя Петровна курит около 15 лет по 10-15 сигарет в день. Любит крепкий кофе и чай три – четыре раза в день. Не любит сыры и молочные продукты. В питании отдает предпочтение овощам и фруктам. Ведет активный образ жизни, дает себе большую физическую нагрузку, работая на дачном участке. У сестры и матери были переломы костей из – за наличия остеопороза. При обследовании, включающем денситометрию, Зое Петровне поставлен диагноз: остеопороз.

Задание. Какие факторы риска привели Зою Петровну к развитию остеопороза и на что должна быть направлена вторичная профилактика?

Эталон ответа на ситуационную задачу.

- Уважаемая Мария Петровна, рекомендуем Вам бросить курить, не злоупотреблять приемами кофе, чая.
- Питайтесь разнообразно и не забывайте про баланс витаминов и минеральных веществ в рационе.
- Соблюдайте диету богатую кальцием. Его лучшие источники – молоко и молочные продукты, творог, сыры, зеленые овощи, бобовые, орехи, рыба, сардины в масле.
- Кальций вымывается из костей и при недостатке магния, который участвует в росте и восстановлении костной ткани. Для его нормального усвоения требуется витамин В6, содержащийся в мясе и печени. А магния много в бобовых, продуктах из цельного зерна и картофеля.
- Для хорошего усвоения кальция необходимы жирорастворимые витамины А и D. Первый содержится в продуктах животного происхождения и растительных маслах. А второй частично синтезируется в организме человека под действием солнечного света при достаточном употреблении жирной рыбы, яиц или грибов.
- Занимайтесь лечебной физкультурой. Всегда следуйте рекомендациям врачей и спортивных инструкторов – нагрузка должна быть строго дозированной, повышаться постепенно, а упражнения следует выполнять правильно, чтобы избежать травм.
- Избегайте чрезмерной физической нагрузки.
- Не забывайте следить за весом!
- Для расчета идеальной массы тела пользуйтесь формулой подсчета индекса массы тела (ИМТ): вес (в кг) разделить на рост (в метрах), возведенный в квадрат.
$$\text{ИМТ} = \frac{\text{вес (кг)}}{\text{рост (м)}^2}$$

Например, рост 160 см, вес 60 кг, $\text{ИМТ} = 60 : 1,62 = 23,4$.
Значение индекса массы тела от 20 до 25 – норма для большинства людей.
- Регулярно посещайте врача и выполняйте все его рекомендации.

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;
- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;
- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Организация медицинской помощи населению старших возрастных групп»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания);
- решение ситуационных задач.

Вопросы:

1. Организация медицинской помощи
2. Проблемы в удовлетворении потребностей и сестринский уход
3. Гериатрическая фармакотерапия

Тестовые задания (образец):

1. Оптимальная температура воздуха в помещении для гериатрического пациента, находящегося на общем режиме:
 - а) 16-18
 - б) 24-25
 - в) 22-23
 - г) 28-30
2. Пожилым пациентам назначают лекарства из расчета:
 - а) в обычной терапевтической дозе взрослого человека
 - б) в повышенной дозе
 - в) в уменьшенной дозе
 - г) всегда в половине дозе
3. Одно из положений гериатрической фармакологии:
 - а) назначение в первый день лечения ударной дозы лекарственного средства
 - б) отказ от полипрагмазии (множественной лекарственной терапии)
 - в) назначение для перорального приема преимущественно жидких лекарственных форм
 - г) потенцирование приемом алкоголя действия лекарственных препаратов

Эталоны ответов:

- 1 - в
- 2 - в
- 3 - б

Ситуационная задача (образец)

Вы работаете в медпункте железнодорожного вокзала. К вам обратился больной 65 лет БОМЖ с жалобами на сильную головную боль, боль в правом ухе, иррадирующую в глаз, зубы, усиливающуюся при жевании, озноб, общее недомогание, снижение слуха. При осмотре правый слуховой проход резко сужен за счет гиперемированного инфильтрата, резкая болезненность при надавливании на козелок, увеличены и болезненны околоушные лимфатические узлы. Температура 39,0С.

Задания

- Установите предположительный диагноз.
- Сформулируйте проблемы пациента: настоящие; потенциальные; социальные.
- Установите вид медицинской помощи (неотложная, амбулаторная, стационарная).
- Укажите необходимость дополнительного обследования, консультации специалистов.

Эталон ответа на ситуационную задачу.

1. Фурункул наружного слухового прохода.
2. настоящие: боль в правом ухе, усиливающаяся при жевании, иррадирующая в глаз, снижение слуха, головная боль, озноб, общее недомогание, значительное сужение слухового прохода за счет гиперемированного инфильтрата, резкая болезненность при надавливании на козелок, увеличение и болезненность околоушных лимфатических узлов, температура 39,0, (состояние тяжелое).
Потенциальные: - рецидивирующее течение.
- пациент не уверен в возможности получения помощи.
- отсутствие жилья и возможности обеспечить лечение.
Социальная - вызвать машину скорой помощи для госпитализации пациента.
Медицинская - консервативное лечение в стационаре.
Психологическая - проявить доброжелательное отношение к пациенту.
3. Лечение в стационаре: тампон с бальзамической мазью, туалет 3% раствором перекиси водорода, обработка дезинфицирующими растворами; антибактериальная, стимулирующая терапия; физиотерапевтическое лечение.
4. Бактериологическое исследование гнойного содержимого, анализ крови на сахар.

Критерии оценивания:

Устный опрос:

- «5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.
- «4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.
- «3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.
- «2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

- Оценка проводится по количеству правильных ответов
- 90 – 100% - «отлично»
- 80 – 89% - «хорошо»
- 70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;
- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;
- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Искусство продления жизни»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания);
- решение ситуационных задач.

Вопросы:

1. Необходимые условия долголетия
2. Образ жизни и старение.
3. Факторы активного долголетия.

Тестовые задания (образец):

1. К долгожителям относятся люди в возрасте:

- а) 75-90 лет
- б) старше 80
- в) старше 90
- г) старше 100

2. Для профилактики раннего старения из рациона следует исключить:

- а) растительный белок
- б) грубую клетчатку
- в) холестеринсодержащие продукты
- г) кисломолочные продукты

3. На преждевременное старение оказывает влияние:

- а) стресс
- б) генотип
- в) пол
- г) возраст

Эталонные ответы:

- 1 - в
- 2 - в
- 3 - а

Ситуационная задача (образец)

Больной В., 74 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на приступообразную, загрузинную боль при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большого числа приемов нитроглицерина, чем прежде. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, 14 лет сахарным диабетом, 11- приступообразной болью за грудиной. Лечился ателололом, арифеном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появилась не резко выраженная боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастральной области вскоре после еды, изжога. Больной не курит, алкоголь не употребляет, прекратил занятия физическими упражнениями из-за боли в левой ноге. Строго соблюдает диету с низким содержанием холестерина. Объективно: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма. Пульс регулярный, 74 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге. АД 180/80

мм рт. ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации сердца отмечено приглушение 1 тона у верхушки, легкий систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Над легкими везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, край закруглен, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Селезенка не пальпируется, костно-мышечная система без патологии. Отеков нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9/л$, тромбоциты - $223 \times 10^9/л$, эозинофилы- 2%, сегментоядерные нейтрофилы-61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%. ОАМ: относительная плотность 1,015; pH- 6,0, белок 0,25 г/л, лейкоциты - 2-3 в п /з, эр. -1-2-3 в п/з. Биохимические исследования крови: Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин - 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды- 1,51 ммоль/л, мочевины 10,2 ммоль/л, креатинин 0,136 ммоль/л.

На ЭКГ, зарегистрированной в покое, признаки гипертрофии левого желудочка. При суточном ЭКГ - мониторинге исследовании во время ходьбы – депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы. При ЭХО-доплер исследовании аорты и ее ветвей выявлено сужение в месте бифуркации левой общей подвздошной артерии.

1. Дайте оценку всем параклиническим методам исследования.
2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом выделенных синдромов.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения или уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. На каких курортах показано санаторно-курортное лечение данному пациенту?

Эталон ответа на ситуационную задачу.

1. Анализ параклинических методов исследования позволяет заключить:

- а) суточное ЭКГ-мониторирование выявило нарушение коронарного кровообращения в передне-боковой стенке левого желудочка и экстрасистолию во время ходьбы.
- б) доплеровское исследование позволило заключить о сужении левой общей подвздошной артерии, по-видимому, склеротического происхождения.
- в) биохимические исследования крови свидетельствуют о повышении уровня холестерина за счет липопротеинов низкой плотности, мочевины и креатинина.
- г) общий анализ крови без отклонений от нормы.

2. Клинические синдромы:

- стенокардии;
- артериальной гипертонии;
- нарушенного углеводного обмена (или диабетические синдромы);
- атеросклероза магистральных и периферических сосудов;
- желудочной диспепсии.

Предварительный диагноз:

ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз аорты и ее ветвей с окклюзией общей левой подвздошной артерии, перемежающаяся хромота слева. Гипертоническая болезнь 3 ст., риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет, 2 тип, инсулинонезависимый, синдром Киммельстиль-Уилсона. Дислипидемия.

3. После стабилизации стенокардии больной нуждается в проведении коронаро- и аортографии для возможной хирургической коррекции сосудов (аортокоронарное шунтирование, балонная коронарная ангиопластика, ангиопластика левой общей подвздошной артерии).

4. Лечение в условиях круглосуточного стационара.

- ограничение двигательного режима.
- фраксипарин 0,3 мл 2 раза в день.
- нитросорбид 40 мг каждые 6 часов.
- бисопролол 5 мг 1 раз в день
- тиклопидин 250 мг 2 раза в день (т.к. аспирин противопоказан)

5. Санаторно – курортное лечение показано на местных курортах, после перехода стенокардии в стабильную форму.

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Решение ситуационной задачи:

Оценка "отлично" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "хорошо" выставляется при условии:

- дается комплексная оценка предложенной ситуации;
- демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
- последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с эталоном ответа;
- возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
- умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.

Оценка "удовлетворительно" выставляется при условии:

- затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
- неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
- выполнение заданий при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа;
- затруднения в формулировке выводов.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется при условии:

- неправильная оценка предложенной ситуации;
- отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

Тема: «Медико-социальные и психологические аспекты смерти»

Формы текущего контроля успеваемости:

- устный опрос;
- письменный опрос (тестовые задания).

Вопросы:

1. Понятие «смерть»
2. Стадии умирания

3. Стадии горевания
4. Понятие об эвтаназии

Тестовые задания (образец):

1. 113. Обязательное оборудование отделения геронтологического профиля:

- а) кардиомониторы
- б) кондиционеры
- г) жалюзи

2. 95. Процесс старения с различной скоростью называется:

- а) гетерокатефтенность
- б) гетеротропность
- в) гетерохронность
- г) гетерокинетичность

3. 98. Среди старых людей больше:

- а) мужчин
- б) женщин
- в) одинаковое число

Эталоны ответов:

- 1 - в
- 2 - г
- 3 - б

Критерии оценивания:

Устный опрос:

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

Тестовые задания:

Оценка проводится по количеству правильных ответов

90 – 100% - «отлично»

80 – 89% - «хорошо»

70 – 79% – «удовлетворительно»

69% и менее – «неудовлетворительно»

Форма промежуточной аттестации – дифференцированный зачет.

Форма проведения – устно по билету.

В каждом билете 2 теоретических вопроса и 1 ситуационная задача.

Перечень теоретических вопросов:

1. Понятие «здоровье», его сущность и компоненты.

2. Понятие «качество жизни», его параметры и критерии.

3. Основные требования к организации здорового образа жизни. Основные составляющие здорового образа жизни.

4. Цели и функции центров здоровья.

5. Роль сестринского персонала в сохранении и укреплении здоровья, основные медико-демографические показатели.

6. Понятие «потребность». Классификация А. Маслоу («Пирамида Маслоу»), ее характеристика.

Краткая характеристика 14 основных потребностей. Потребности человека в разные возрастные периоды

Назовите анатомофизиологические особенности новорожденного ребенка.

Перечислите потребности новорожденного ребенка.

Перечислите признаки доношенного ребенка. Что такое шкала Апгар? Её критерии.

Назовите основные проблемы периода новорожденности.

Характеристика периода младенчества

АФО периода младенчества. Соблюдение гигиенических норм и правил

Нервно-психическое развитие детей 1-го года жизни

Анатомо-физиологические особенности ребенка преддошкольного и дошкольного возраста. Особенности роста и развития.

Показатели нервно-психического развития детей преддошкольного и дошкольного возраста. Особенности адаптации ребёнка в детском дошкольном учреждении.

Особенности развития и питания детей периода преддошкольного и дошкольного возраста

Анатомо-физиологические особенности, рост и развитие ребенка младшего школьного возраста

Универсальные потребности, способы их удовлетворения, принципы создания безопасной окружающей среды для детей младшего школьного возраста

Анатомо-физиологические особенности детей периода старшего школьного возраста

Нервно-психическое развитие детей старшего школьного возраста

Основные потребности, способы их удовлетворения детей старшего школьного возраста. Возможные проблемы детей старшего школьного возраста.

Анатомо-физиологические, психологические и социальные особенности человека юношеского возраста.

Основные потребности (способы их удовлетворения), возможные проблемы, возникающие в юношеском периоде.

Анатомо-физиологические, психологические и социальные особенности и различия мужчин и женщин зрелого возраста.

Психологические и социальные особенности зрелого возраста.

Основные потребности человека зрелого возраста, способы их удовлетворения. Возможные проблемы зрелого возраста.

Понятие семьи. Типы семьи.

Этапы жизненного цикла семьи. Основные функции семьи.

Значение семьи в жизни человека. Понятие «Планирование семьи».

Методы контрацепции

Физиология беременности. Физиологические изменения в организме беременной. Диагностика беременности. Понятие «роды», определение предполагаемой даты родов. Периоды родов. Физиологические роды, течение родов. Предвестники родов. Проблемы здоровой роженицы. Общее состояние и изменения в организме родильницы. Поведение и личная гигиена. Питание в период кормления. Режим дня. Восстановительная гимнастика. Некоторые послеродовые заболевания молочных желёз. Консультирование родильницы. Климактерический период в жизни человека. Стадии климакса у женщины. Профилактика климактерического синдрома. Климактерический период у мужчин. Понятия «геронтология», «старение», «старость». Молекулярные и клеточные механизмы старения. Виды и теории старения. Анатомо-физиологические особенности лиц пожилого и старческого возраста. Психологические особенности лиц пожилого и старческого возраста. Социальная помощь: основные понятия и проблемы пожилых людей. Формы социального обслуживания. Виды социальной поддержки. Организация медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста. Гериатрическая фармакотерапия. Проблемы в удовлетворении потребностей и сестринский уход за лицами пожилого и старческого возраста. Образ жизни и старение. Необходимые условия долголетия. Факторы активного долголетия. Понятие «смерть». Стадии умирания. Стадии горевания. Понятие об эвтаназии.

Перечень ситуационных задач:

Ситуационная задача №1.

Девочка, возраст 5 дней. Масса при рождении 3500 г, масса тела во время осмотра 3300 г. Отмечается желтушное окрашивание кожи и склер, появившееся 2 дня назад. Состояние ребёнка удовлетворительное, температура нормальная, сосёт активно.

Ваш диагноз? Обоснуйте.

Ваша тактика.

Сделайте отметки об удовлетворении потребностей ребёнка.

Сформулируйте проблемы ребёнка.

Организируйте этапы планирования и сестринских вмешательств по решению проблемы: " Ребёнок не может организовать питание из-за малого возраста".

Эталон ответа на ситуационную задачу.

Учитывая удовлетворительное состояние ребёнка, отсутствие симптомов интоксикации, а так - же возраст ребёнка и сроки появления изменения окраски кожи и склер, можно считать с физиологической желтухой, а также физиологической убылью массы (6%).

Наблюдение за ребёнком.

Потребности	Отметки о нарушениях
1. Нормальное дыхание	N
2. Адекватное питание	Возраст
3. Физиологическое отправление	N
4. Сон	N
5. Движение	N
6. Одежда, личная гигиена	Возраст
7. Поддержание нормальной температуры тела	N
8. Поддержание безопасности окружающей среды	N
9. Общение	N
10. Труд, отдых	-

Проблемы:

Ребёнок не может организовать себе питание из-за малого возраста.

Ребёнок не может самостоятельно проводить гигиенические мероприятия в связи с малым возрастом.

Реализация плана

Ребёнок не может организовать себе питание из-за малого возраста

Ребёнок получает питание по возрасту

Организовать питание ребёнка 5 дней

Рассчитать суточное (400 мл) и разовое (75 мл) количество пищи

Обеспечить естественное вскармливание грудью матери или грудным донорским молоком

Научить маму правилам и технике кормления грудью

Познакомить маму с особенностями питания кормящей женщины

Ситуационная задача №2

Ребенок родился от первой беременности, первых срочных родов. Вы пришли на 3 патронаж, возраст ребенка 20 дней. Мама спрашивает у Вас: «Почему сегодня мой малыш такой желтый?»

Задания:

Какое состояние предполагаете?

Почему?

Что ответите маме?

Ваши действия.

Ситуационная задача №3

Ребёнку 3 года. Мать жалуется, что ребёнок плохо ест. Малыш осмотрен врачом. Заключение "Практически здоров".

Задание:

- Сделайте отметки об удовлетворении потребностей.
- Сформулируйте проблемы ребёнка.
- Организируйте этапы планирования и реализации по решению проблемы " Ребёнок плохо ест".

Ситуационная задача №4

Ребёнок 10 лет обратился к врачу с жалобой на вялость, сухость кожных покровов, жажду.

На основании анамнеза, клинических и лабораторных данных поставлен диагноз " Инсулинозависимый сахарный диабет". Ребёнку назначено ежедневное введение инсулина.

Задание:

- Сделайте отметки о нарушении удовлетворения потребностей.

- Сформулируйте проблемы пациента.
- Организуйте этапы планирования и реализации СВ по решению проблемы " Незнание ребёнком и его родителями правил введения и методики введения инсулина".

Ситуационная задача №5

Мария Ивановна, женщина 30 лет. Работает вахтером в общежитии.

Страдает ожирением, при массе тела-120 кг, ее рост 165 см. Она очень любит покушать: тортики, конфеты, бутерброды с салом и ветчиной и т.д. Двигается мало. Живет на первом этаже, рядом с домом. После работы идет в магазин, и весь день смотрит сериалы по телевизору, лежа на диване. И что-нибудь кушает при этом. Она не замужем. Родители умерли, живет одна. Работа, еда и телевизор - это вся её жизнь. Большой себя не считает.

Задания:

- 1.Выявите факторы риска, имеющиеся у Марии Ивановны.
- 2.Определите ИМТ и объясните его значение.

Ситуационная задача №6

Внимательно прочитайте задачу, выполните задания.

Мужчина 25 лет. Курит с 16 лет, в настоящее время по две пачки сигарет в день. Предъявляет жалобы на кашель, больше по утрам. Периодически отмечаются подъем температуры и выделение гнойной мокроты. Пять лет назад в стационаре поставлен диагноз – хронический бронхит. К советам медиков бросить курить не прислушался. Курит чаще всего в квартире, балкона нет, с лестничной площадки прогоняют соседи.

Женат, имеет сына 2 лет. У ребенка наблюдаются приступы удушья по ночам. Уже несколько раз лечился в стационаре, где ему сразу становится легче.

Задания: 1. Какие факторы риска у пациента и его сына? 2. Составьте памятку для пациента «О вреде табакокурения».

Ситуационная задача №7

Женщина 34 года, беременность вторая, 39 недель, имеет 6-летнюю дочь, пришла на прием в женскую консультацию. После осмотра врач советует отправиться в родильный дом заранее, так как считает, что скоро начнутся роды. Беременная отказывается от госпитализации, аргументирует это тем, что в первую беременность она переносила 2 недели, и роды подождет дома.

Задание:

1. Объяснить смысл заблаговременной госпитализации.
2. Провести психологическую подготовку к родам.
3. Смоделировать беседу.

Ситуационная задача №8

Женщина 22 года, роды первые, кормит грудью. Диету не соблюдает, считает, что чем больше она будет есть, тем больше у нее будет молока.

Имеет слабость к цитрусовым и шоколаду. Ребенок страдает диатезом, не спокоен, кричит, сучит ножками.

Задание:

1. Объяснить ошибку матери.
2. Дать рекомендации по диете.
3. Смоделировать беседу.

Ситуационная задача №9

Женщина 52 лет обратилась к врачу женской консультации для проф. осмотра. Менопауза 7 лет. Жалоб не предъявляла, 2 мед. аборта. Находилась на диспансерном учете по поводу миомы матки, соответствующей 6-7 недельному сроку беременности в течении 10 лет

Бимануально: влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Матка увеличена до 9-ти недельного срока беременности, с бугристой поверхностью, подвижна, безболезненна. Своды глубокие. Придатки не определяются.

1. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ДИАГНОЗ
2. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Ситуационная задача №10

Ваш сосед Петр Иванович – пенсионер 56 лет, бывший майор спецназа, воевал в горячих точках. Год назад у него умерла жена. Сын и дочь взрослые, живут за границей. Диету не соблюдает, любит солёности, копченую рыбу, часто есть всухомятку. Выпивает по вечерам 3 – 4 раза в неделю, курит по две пачки сигарет в день. Любимый отдых - стрельба в тире, но ходит туда все реже. Предпочитает полежать на диване и посмотреть боевики. Единственный светлый луч в его жизни – женщина, с которой он познакомился на кладбище, посещая могилу жены. Его беспокоит, что он стал плохо спать, устает, он боится, что нервы совсем сдадут, а он один, рассчитывает, может только за себя С.С. просит у вас совета о том, как избежать заболевания нервной системы.

Задание

Дайте рекомендации Петру Ивановичу как избежать заболеваний нервной системы.

Ситуационная задача №11

Мария Петровна, женщина 57 лет, пенсионерка. С мужем в разводе с 30 лет, одна единственная беременность завершилась абортom в сроке 12 недель. В последующем женщина безуспешно лечилась от бесплодия. Ранняя менопауза с 45лет. Зоя Петровна курит около 15 лет по 10 -15 сигарет в день. Пьет крепкий кофе и чай три – четыре раза в день. Не любит сыры и молочные продукты. В питании отдает предпочтение овощам и фруктам. Ведет активный образ жизни, дает себе большую физическую нагрузку, работая на дачном участке. У сестры и матери были переломы костей из – за наличия остеопороза. При обследовании, включающем денситометрию, Зое Петровне поставлен диагноз: остеопороз.

Задание. Какие факторы риска привели Зою Петровну к развитию остеопороза и на что должна быть направлена вторичная профилактика?

Ситуационная задача №12

Вы работаете в медпункте железнодорожного вокзала. К вам обратился больной 65 лет БОМЖ с жалобами на сильную головную боль, боль в правом ухе, иррадиирующую в глаз. зубы. усиливающуюся при жевании, озноб, общее недомогание. снижение слуха.

При осмотре правый слуховой проход резко сужен за счет гиперемированного инфильтрата, резкая болезненность при надавливании на козелок, увеличены и болезненны околоушные лимфатические узлы. Температура 39,0С.

Задания

1. Установите предположительный диагноз.
2. Сформулируйте проблемы пациента: настоящие; потенциальные; социальные.
3. Установите вид медицинской помощи (неотложная, амбулаторная, стационарная).
4. Укажите необходимость дополнительного обследования, консультации специалистов.

Ситуационная задача №13

Вашему брату Пете, студенту 2 курса медучилища, дали задание составить план мероприятий по профилактике нарушений репродуктивного

здоровья. Петя прогулял много занятий и обратился к Вам за помощью. Просит объяснить ему, что такое репродуктивное здоровье и помочь выполнить внеаудиторную самостоятельную работу.

Задание.

-Объясните Пете: что означает понятие «репродуктивное здоровье» и помогите составить план мероприятий по профилактике нарушений репродуктивного здоровья.

Ситуационная задача №14

Зоя Петровна, женщина 25 лет. Не работает, домохозяйка. Стаж курения семь лет, выкуривает по две пачки сигарет в день. Вышла замуж три года назад. Находится на втором месяце беременности. Бросить курить отказывается. Муж курит с 10 лет. Зоя Петровна встала на учет в женской консультации по беременности. Не понимает, какой вред наносит своему еще не родившемуся ребенку. Оба супруга курят дома во всех помещениях.

Задания:

Какие факторы риска могут оказать отрицательное влияние на репродуктивное здоровье супругов?

Составьте план и тезисы индивидуальной беседы для супругов «О вреде табакокурения».

Ситуационная задача №15

Больной В., 74 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на приступообразную, загрудинную боль при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большого числа приемов нитроглицерина, чем прежде. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает

гипертонической болезнью, 14 лет сахарным диабетом, 11- приступообразной болью за грудиной. Лечился атенололом, арифеном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появилась не резко выраженная боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастриальной области вскоре после еды, изжога. Больной не курит, алкоголь не употребляет, прекратил занятия физическими упражнениями из-за боли в левой ноге. Строго соблюдает диету с низким содержанием холестерина.

Объективно: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма. Пульс регулярный, 74 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге.

АД 180/80

мм рт. ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации сердца отмечено приглушение 1 тона у верхушки, легкий систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Над легкими везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, край закруглен, болезненность при пальпации в эпигастриальной области. Селезенка не пальпируется, костно-мышечная система без патологии. Отеков нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9/л$, тромбоциты - $223 \times 10^9/л$, эозинофилы- 2%, сегментоядерные нейтрофилы-61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%. ОАМ: относительная плотность 1,015; PH- 6,0, белок 0,25 г/л, лейкоциты - 2-3 в п /з, эр. -1-2-3 в п/з. Биохимические исследования крови: Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин - 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды- 1,51 ммоль/л, мочевины 10,2 ммоль/л, креатинин 0,136 ммоль/л.

На ЭКГ, зарегистрированной в покое, признаки гипертрофии левого желудочка. При суточном ЭКГ - мониторинге исследовании во время ходьбы – депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы. При ЭХО-доплер исследовании аорты и ее ветвей выявлено сужение в месте бифуркации левой общей подвздошной артерии.

1. Дайте оценку всем параклиническим методам исследования.
2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом выделенных синдромов.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения или уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. На каких курортах показано санаторно-курортное лечение данному пациенту?

Ситуационная задача №16

На стационарном лечении находится ребенок 8 лет. Диагноз: правосторонняя нижнедолевая крупозная пневмония, дыхательная недостаточность II степени. При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: жалобы на отрывистый, болезненный кашель. Боли в правой половине грудной клетки и боли в животе, особенно при кашле. Общая слабость, головная боль, нарушение сна, повышение температуры тела, аппетит отсутствует.

Из анамнеза: 2-ой день заболевания. Заболевание началось остро с подъема температуры до $39^{\circ}C$, общего недомогания, болей в животе, рвоты, затем появились боли в правом боку при покашливании.

Объективно: состояние тяжелое. Очень бледный, синева под глазами, выражен цианоз носогубного треугольника. ЧДД 60 в минуту, дыхание стонущее, пульс 160 уд./мин. Тоны сердца значительно приглушены. Положение в постели пассивное, температура тела $38,5^{\circ}C$.

Из врачебных назначений:

- 1) Оксигенотерапия через носовой катетер по 15-20 минут каждого часа.
- 2) Инфузионная терапия (произведение катетеризации левой подключичной вены по Сельдингеру).
- 3) Антибиотики широкого спектра действия (цефамезин 500 тыс. ЕД х 4 раза в/м; бруломицин).
- 4) Техника внутримышечного введения цефамезина 500 тыс. ЕД).

Задания

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено, проблемы пациента, их обоснование.
2. Определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.
3. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии или подсчета ЧДД и пульса с их характеристиками
4. Продемонстрируйте технику внутримышечного введения цефамезина 500 тыс. ЕД.

Ситуационная задача №17

Мальчику 7 дней. Он родился от II беременности. Мама - рабочая на молочном комбинате, страдает хроническим пиелонефритом. Во время беременности была угроза выкидыша, анемия. Получала лечение – антибиотики, препараты железа, витамины группы В. Роды первые, в сроке 39 недель, затяжные. Ребенок закричал через 5 минут, оценка по шкале Апгар составила 3 – 4 балла. Масса тела при рождении 2 800, длина тела 49 см. У ребенка врожденный порок развития - синдактилия правой кисти. Определите группу здоровья и группу риска.

Ситуационная задача №18

Вы работаете палатной медсестрой детского стационара. Одному из ваших пациентов был поставлен диагноз " Язвенный стоматит". Ребёнок отказывается от еды, выражено слюнотечение. Ребёнку 3 года.

Какие принципы вы должны соблюдать при обработке слизистой полости рта этого ребёнка и почему?

Сделайте отметки о нарушениях удовлетворения потребностей.

Сформулируйте проблемы пациента.

Ситуационная задача №19

Кате 8 лет. С семи лет у нее приступы удушья. Врачи поставили диагноз: бронхиальная астма. При обследовании выявлена аллергия на бытовые аллергены (домашнюю пыль, содержащая разные виды клещей).

Фактором, провоцирующим приступы удушья, врачи считают частые простудные заболевания у девочки. Девочка чувствует себя лучше на даче,

чем дома. Приступы у Кати на фоне лечения стали реже, но полностью не прошли. Мама и Катя пришли на обучение в астма – школу.

Задание.

Составьте памятку для Кати и ее мамы по уменьшению воздействия бытовых аллергенов в квартире пациентки.

Ситуационная задача №20

Игорю 18 лет. С десяти лет у него приступы удушья. Врачи поставили диагноз: бронхиальная астма.

Фактором, провоцирующим приступы удушья, врачи считают частые простудные заболевания у Игоря. Приступы у Игоря на фоне лечения стали реже, но полностью не прошли. Илья прошел обучение в астма – школе.

Осенью у Игоря был острый бронхит, ему были назначены антибиотики, после чего у мальчика развился аллергический дерматит, и участились приступы удушья.

Ответьте, пожалуйста, на следующий вопрос?

Как избежать воздействия на организм пациента лекарственных аллергенов?

Ситуационная задача №21

При проведении сестринского обследования ребёнка 7 лет получены следующие результаты: ЧДД- 18 в минуту, PS- 94 в минуту, АД- 105/60 мм рт. ст.

Показатели общего анализа крови следующие: Эр35*10/л, Нб100 г/л, Тр. 250*10/л, Лейк. 3*10/л, СОЭ10 мм/ч, Б-, Э-, М-, ю-, п4, С30, Лф60, М3

Оцените полученные результаты.

Оцените общий анализ крови ребёнка.

Какова примерная масса ребёнка 7 лет?

Каков средний рост ребёнка 7 лет?

Сделайте отметки об удовлетворении потребностей.

Сформулируйте проблемы ребёнка.

Ситуационная задача №22

Анна Петровна, женщина 40 лет, не замужем, работает продавцом в кондитерском отделе. Любит покушать, особенно сало, селедку, торты. В общем, ни от какой еды не отказывается. При росте 175 см весит 110 кг.

Не курит, алкоголь не употребляет. По вечерам и в выходные дни смотрит телевизор, очень любит телесериалы. На работу ездит на трамвае, всего три остановки. Живет на четвертом этаже, поднимается на этаж только на лифте. Мать и сестра умерли от сахарного диабета 2 типа.

Задание:

Составьте индивидуальный план профилактики сахарного диабета 2 типа для Анны Петровны.

Ситуационная задача №23

Зоя Петровна, женщина 55 лет, пенсионерка. С мужем в разводе с 30 лет, одна единственная беременность завершилась абортom в сроке 12 недель. В последующем женщина безуспешно лечилась от бесплодия. Ранняя менопауза с 45лет. Зоя Петровна курит около 15 лет по 10 -15 сигарет в день. Пьет крепкий кофе и чай три – четыре раза в день. Не любит сыры и молочные продукты. В питании отдает предпочтение овощам и фруктам. Ведет активный образ жизни, дает себе большую физическую нагрузку, работая на дачном участке. У сестры и матери были переломы костей из – за наличия остеопороза.

При обследовании, включающем денситометрию, Зое Петровне поставлен диагноз: остеопороз.

Задание.

Какие факторы риска привели Зою Петровну к развитию остеопороза и на что должна быть направлена вторичная профилактика?

Критерии оценивания:

«5» - грамотный логичный полный ответ на теоретические вопросы в соответствии с учебным материалом, дается комплексная оценка предложенной ситуации; демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; последовательное, правильное выполнение всех заданий ситуационной задачи в соответствии с эталоном ответа.

«4» - грамотный логичный полный ответ на теоретические вопросы в соответствии с учебным материалом, но с отдельными неточностями в содержании. Дается комплексная оценка предложенной ситуации; демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; последовательное, правильное выполнение всех заданий ситуационной задачи в соответствии с эталоном ответа. Возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя.

«3» - в ответе на теоретические вопросы прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий. Затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя; выполнение заданий ситуационной задачи при подсказке преподавателя в соответствии с эталоном ответа; затруднения в формулировке выводов.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий. Неправильная оценка предложенной ситуации; отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий при решении ситуационной задачи.

Таблица соответствия образовательных результатов оценочным средствам

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
знание 1 - содержание понятий "здоровье", "качество жизни", "факторы риска болезни";	вопросы 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 19, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46
знание 2 - основные факторы риска развития болезней в разные возрастные периоды;	вопросы 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46
знание 3 - периоды жизнедеятельности человека;	вопросы 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 27, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 45, 46
знание 4 - анатомо-физиологические и психологические особенности человека;	вопросы 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 23, 25, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 44
знание 5 - основные закономерности и правила оценки физического, нервно-психического и социального развития;	вопросы 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 25, 26, 27, 32, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 46
знание 6 - универсальные потребности человека в разные возрастные периоды;	вопросы 6, 7, 9, 12, 13, 16, 19, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 42, 44, 45, 46
знание 7 - значение семьи в жизни человека	вопросы 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 42, 43, 44, 45, 46

<p>умение 1 - оценивать параметры физиологического развития человека в разные возрастные периоды;</p> <p>умение 2 - выявлять проблемы человека в разные возрастные периоды, связанные с дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья;</p> <p>умение 3 - обучать население особенностям сохранения и укрепления здоровья в разные возрастные периоды и вопросам планирования семьи.</p>	<p>Задачи 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 19, 21</p> <p>Задачи 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23</p> <p>Задачи 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

14. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ»

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ МОДУЛЬ 1. ПСИХОЛОГИЯ КАК НАУКА

ТЕМА 1. ПОНЯТИЕ И ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГИИ КАК НАУКИ

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Понятие и предмет психологии как науки

Взаимосвязь психологии с современными науками о человеке. Отрасли психологической науки.

Методы психологических исследований.

Мозг и психика. Естественные основы понимания психики.

Понятие, основные характеристики и функции психики человека. Структура психических явлений.

Сознание и бессознательное в структуре психики человека.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля: устная (решение учебных задач).

Учебная задача:

Вставьте пропущенные слова в следующие утверждения. Свой ответ обоснуйте.

Одно из первых объяснений функционирования разума сводилось к идее о некоей _____, заключённой в теле.

Психология есть наука о порождении и функционировании в деятельности индивидов психического _____ реальности.

Психология изучает состояния и свойства человека на разных этапах его _____, а также закономерности его формирования как активного _____ социального прогресса.

Важнейшим принципом отечественной психологии является принцип _____,

признающий материальную причинную обусловленность всех явлений психики.

Основу объективного метода в психологическом исследовании составляет единство сознания и _____.

Наблюдение становится методом в том случае, если оно не ограничивается регистрацией психических _____, а приводит к научному объяснению вызывавших их _____.

Эксперимент предполагает активное _____ исследователя в изучаемый процесс.

Головной мозг является _____ психики человека.

Содержание психики определяется _____, с которой взаимодействует человек.

Мозг – это единственный уникальный орган, который выполняет функцию _____.

Под отражением понимается _____ материальных систем в процессе _____ воспроизводить посредством своих особенностей особенности других систем.

Отражение психическое – свойство высокоорганизованной _____ (животных и человека) воспроизводить в форме образов (ощущений, восприятий, представлений, мыслей и чувств) объекты внешнего мира в процессе _____ деятельности в природной и социальной среде.

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объёму.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Задание:

Прочтите рекомендуемую литературу по физиологическим основам психологии и ответьте на вопрос: почему И.М. Сеченов считал величайшим заблуждением мнение о том, что психические процессы начинаются и кончаются в сознании? Как на самом деле происходит: где начинаются и где кончаются психические процессы?

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объёму.

Форма текущего контроля знаний: письменная (ответы на контрольные вопросы).

Контрольные вопросы:

Прокомментируйте приведённые ниже суждения с точки зрения современного понимания проблемы филогенетического становления и развития психики.

Развитие психики определяется необходимостью приспособления организма к среде.

Уже у растений можно обнаружить примитивные формы психической организации.

Каждая новая ступень психического развития животных есть новшество в усложнении физической организации.

Развитие психики животных проходит стадии элементарной сенсорной и рецептивной психики.

У многих животных существует разделение труда с последовательной сменой функций.

Пусковой механизм инстинктивных поведенческих актов одинаков для всех видов животных.

Общение животных по своему содержанию и характеру аналогично общению людей.

Основу всех без исключения форм поведения животных составляют инстинкты.

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;
краткость и четкость ответа;
соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему.

Форма текущего контроля: письменная (ответ на задание).

Задание:

Какие из перечисленных слов обозначают психические явления, а какие

дыхание, воля, страх, любовь, вера, знания, ощущение, сердцебиение, инстинкт, биотоки мозга, анализатор, слух, ум, восприятие, настроение, интерес, боль, со-чувствие, зависть, раздражение, чувствительность.

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;
краткость и четкость ответа;
соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему.

Форма текущего контроля: устная (решение учебной задачи).

Учебная задача:

Прочитайте приведенное ниже высказывание. Значит ли это, что такие «живые головы» будут обладать сознанием? Аргументируйте свой ответ.

Наука пришла к выводу, что человек умирает тогда, когда умирает его мозг. Но отсюда следует и обратный вывод: человек живет, пока живет его мозг, пусть даже тело его умерло. Сегодня в клиниках уже имеются «живые трупы»

– люди, чья мозговая деятельность прекратилась навеки, но в теле которых жизнь поддерживается с помощью искусственного дыхания и питания.

Завтра могут появиться «живые головы» – мозг без тела.

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;
краткость и четкость ответа;
соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему.

Форма текущего контроля: письменная (выписки из текста).

Задание:

Прочитайте статью Юревич А.В. Психологическое состояние современного российского общества: новые оценки (Вопросы психологии. – 2015. – №2.

С. 32-45) и заполните таблицу «INSERT»

«V» уже знал	«+» новое для меня	«-» думал иначе	«?» есть вопросы

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;
краткость и четкость ответа;
соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;
наличие собственной личностной позиции.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

Психология – в переводе с древнегреческого – наука о душе;

б) о человеке; в) о психике; г) о сознании;

д) о поведении.

На современном этапе развития психология – наука о душе;

б) о человеке; в) о психике; г) о сознании;

д) о поведении.

Отрасль психологии, объединяющая фундаментальные психологические знания и решающая задачи по исследованию индивида – конкретного представителя вида Homo Sapiens

а) теоретическая психология; б) возрастная психология;

в) общая психология;

г) социальная психология; д) психология личности.

Отрасль психологии, изучающая закономерности поведения и деятельности людей, обусловленные фактом их включения в группы, а также психологические характеристики самих групп

а) психология общественных отношений; б) педагогическая психология;

в) психология общения;

г) социальная психология; д) психология народов.

Область научных знаний и сфера практической работы, направленная на изучение психологических аспектов деятельности медицинского работника и поведения больного

а) психофизиология; б) патопсихология;

в) биологическая психология; г) медицинская психология; д) клиническая психология.

Отрасль психологии, изучающая особенности психических процессов, наблюдаемых у больных с психическими заболеваниями

а) психофизиология; б) патопсихология;

в) клиническая психология; г) медицинская психология; д) психосоматика.

Способ, посредством которого познается предмет науки а) метод;

б) принцип; в) средство; г) условие; д) фактор.

Сопоставление (одновременное и последовательное) разных ступеней эволюции или разных уровней развития по определенным параметрам

а) сравнительный метод; б) лонгитюдный метод; в) комплексный метод; г) эмпирический метод;

д) психодиагностический метод.

Многочисленное обследование одних и тех же лиц на протяжении длительного времени

а) сравнительный метод;

б) лонгитюдный метод; в) комплексный метод; г) эмпирический метод; д) моделирование.

Изучение одного объекта разными средствами посредством представителей различных наук

а) сравнительный метод; б) лонгитюдный метод; в) комплексный метод; г) эмпирический метод; д) моделирование.

Метод психологии, заключающийся в фиксации проявлений поведения и получении суждений о субъективных психических явлениях

а) наблюдение; б) эксперимент; в) беседа;

г) анкетирование; д) моделирование.

Метод психологии, наблюдение человека за своими собственными переживаниями

а) наблюдение; б) эксперимент;

в) самонаблюдение; г) анкетирование; д) моделирование.

Метод психологии, исследовательская деятельность в целях изучения причинно-следственных связей

а) наблюдение; б) эксперимент;

в) анализ продуктов деятельности; г) анкетирование;

д) моделирование.

Стандартизированное психологическое испытание, в результате которого делается попытка оценить тот или иной психический процесс или личность в целом

а) беседа; б) тест;

в) эксперимент; г) наблюдение;

д) анкетирование.

Вариант опроса, отличающийся свободой проведения и возможностью варьировать содержание вопросов в зависимости от ситуации

а) беседа; б) тест;

в) эксперимент; г) наблюдение;

д) анкетирование.

Целенаправленный опрос, проводимый по определенному плану и недопускающий возможности варьировать содержание вопросов

а) беседа; б) тест;

в) анализ продуктов деятельности; г) наблюдение;

д) интервью.

Разновидность письменного опроса, предназначенная для самостоятельного заполнения испытуемым, без участия исследователя

а) беседа; б) тест;

в) анкетирование; г) наблюдение;

д) интервью.

Вариант метода анализа продуктов психической деятельности, позволяющий выявить психологические особенности человека на основе характеристик различного рода текстов

а) анкета;

б) графология;

в) контент-анализ;

г) проективный тест; д) моделирование.

Сбор и анализ данных о жизненном пути человека как личности и субъекта деятельности

а) наблюдение; б) графология;

в) анализ продуктов деятельности; г) биографический метод;

д) самонаблюдение.

Методы обработки данных в психологии а) количественный анализ;

б) моделирование;

в) анализ продуктов деятельности; г) качественный анализ;

д) контент-анализ.

Методы интерпретации в психологии а) количественный анализ;

б) генетический метод; в) структурный метод; г) качественный анализ;

д) анализ продуктов деятельности.

Свойство высокоорганизованной живой материи, заключающееся в активном отражении субъектом объективного мира, построении неотчуждаемой от него картины мира и регуляции на этой основе поведения и деятельности

а) сознание; б) психика; в) поведение; г) душа;

д) бессознательное.

Функция психики, позволяющая отражать объекты и явления объективной действительности

а) отражения;

б) сохранения и целостности; в) регулирующая;

г) контролирующая; д) информационная.

Функция психики, позволяющая сохранять целостность организма а) отражения;

б) поддержание и сохранение гомеостаза; в) регулирующая;

г) контролирующая; д) информационная.

Функция психики, позволяющая регулировать поведение и деятельность человека

а) отражения;

б) поддержание гомеостаза; в) регулирующая;

г) активизирующая; д) информационная.

Интегративная функция психики а) отражения;

б) поддержание гомеостаза; в) регулирующая;

г) обеспечение адаптации живого организма к условиям среды; д) информационная.

Структурные компоненты психики а) психические процессы;

б) психические состояния; в) психические свойства;

г) психофизиологические функции; д) нейрохимические процессы.

Способ существования психического, первичный регулятор поведения человека

а) психический процесс; б) психическое состояние;

в) психическое свойство;

г) индивидуально-психологические особенности личности; д) воля человека.

Определившийся в данное время относительно устойчивый уровень психической деятельности, проявляющийся в повышенной или пониженной активности личности

а) психический процесс; б) психическое состояние; в) психическое свойство;

г) эмоциональные особенности личности; д) воля человека.

Наиболее существенные особенности личности, обеспечивающие определённый количественный и качественный уровень деятельности и поведения, типичный для данного человека

а) психический процесс; б) психическое состояние; в) психическое свойство;

г) эмоциональные особенности личности; д) воля человека.

Основные характеристики психических процессов а) длительность;

б) направленность; в) устойчивость;

г) биологическая обусловленность; д) интенсивность.

Основные характеристики психических состояний а) длительность;

б) направленность; в) устойчивость;

г) биологическая обусловленность; д) интенсивность.

Основные характеристики психических свойств а) длительность;

б) направленность; в) устойчивость;

г) определяют индивидуальность человека; д) интенсивность.

Психические процессы включают в себя) познавательные процессы;

б) эмоциональные процессы;в) волевые процессы;

г) мотивы личности;д) поведение.

К психическим состояниям относятся) познавательные процессы;

б) настроение, бодрость, страх;в) эмоциональные процессы; г) волевые процессы;

д) направленность личности.

К психическим свойствам личности относятся) познавательные процессы;

б) настроение, бодрость, страх;в) эмоциональные процессы; г) волевые процессы;

д) направленность личности.

К психическим процессам относятся) ощущение;

б) мышление;в) депрессия;

г) темперамент;д) настроение.

К психическим состояниям относятся) ощущение;

б) монотония;в) депрессия;

г) темперамент;д) способности.

К психическим свойствам относятся) характер;

б) настроение;в) депрессия;

г) темперамент;д) память.

Физиологическая (материальная) основа психики человека) центральная нервная система, головной мозг;

б) нейрохимические процессы в клетках головного мозга;в) спинной мозг;

г) нейрон;

д) древние структуры мозга.

Ответная реакция организма на действие внешнего или внутреннего раздражителя

а) рефлекс;б) навык; в) умение;

г) возбуждение;д) торможение.

Виды рефлексов

а) условные;

б) бессознательные;в) безусловные;

г) биологические.

Особенности условных рефлексов

а) врожденный характер реакции организма на раздражения;

б) временная нервная связь между раздражением и ответной реакцией организма;

в) имеют сигнальное значение;

г) одинаковость протекания у всех представителей данного вида животного организма.

Особенности безусловных рефлексов

а) врожденный характер реакции организма на раздражения;

б) временная нервная связь между раздражением и ответной реакцией организма;

в) формы реагирования на биологически значимые воздействия;

г) одинаковость протекания у всех представителей данного вида животных.

Предметы и явления окружающего мира, информацию о которых организм получает при помощи органов чувств

а) Рефлекс;

б) 1 сигнальная система;в) анализатор;

г) 2 сигнальная система;д) рецептор.

Вызываемые словами и словосочетаниями нервные процессы и система возникающих на этой основе временных нервных связей

а) рефлекс;

б) 1 сигнальная система;в) анализатор;

г) 2 сигнальная система;д) рецептор.

Образование в коре больших полушарий процесса возбуждения) принцип торможения временных нервных связей;

б) принцип генерализации и концентрации;

в) принцип замыкания временных нервных связей;г) закон взаимной индукции;

д) динамический стереотип.

Блокирование образования в коре больших полушарий процесса возбуждения

а) принцип торможения временных нервных связей;б) принцип генерализации и концентрации;

в) принцип замыкания временных нервных связей;г) закон взаимной индукции;

д) динамический стереотип.

Генерализация, а затем концентрация возбуждения в определенных участках коры

а) принцип торможения временных нервных связей;б) принцип генерализации и концентрации;

в) принцип замыкания временных нервных связей;г) закон взаимной индукции;

д) динамический стереотип.

Возбуждение одного участка коры при одновременном торможении соседних с ним участков коры

а) принцип торможения временных нервных связей;б) принцип генерализации и концентрации;

в) принцип замыкания временных нервных связей;г) закон взаимной индукции;

д) динамический стереотип.

Устойчивая система условно-рефлекторных связей, выработанная в процессе жизни человека и ставшая для него привычной

а) принцип торможения временных нервных связей;б) принцип генерализации и концентрации;

в) принцип замыкания временных нервных связей;г) закон взаимной индукции;

д) динамический стереотип.

Процесс развития психики от раздражимости у простейших до сознания человека

а) антропогенез;б) онтогенез;

в) социогенез;г) филогенез;

д) культурогенез.

Способность живого организма реагировать на биологически значимые воздействия окружающей среды

а) чувствительность;б) раздражимость; в) рефлекс;

г) инстинкт.

Способность живого организма реагировать на биологические незначимые воздействия окружающей среды при условии, что они сигнализируют о появлении жизненно значимых воздействий

а) чувствительность;б) раздражимость; в) рефлекс;

г) инстинкт.

Высшая, свойственная только человеку, форма психического отражения объективной действительности, опосредованная общественно-исторической деятельностью людей

- а) психика; б) сознание; в) мышление;
г) саморегуляция; д) душа.

Функция сознания, обобщенное отражение мира а) познание;

- б) переживание;
в) отношение к миру; г) рефлексия;
д) регулирование поведения и деятельности.

Функция сознания, окрашенные эмоционально, реально существующие в едином потоке сознания образ и мысль

- а) познание;
б) переживание;
в) отношение к миру; г) рефлексия;
д) регулирование поведения и деятельности.

Функция сознания, дающая в совокупности с переживанием структуру эмоций и чувств

- а) познание;
б) переживание;
в) отношение к миру; г) рефлексия;
д) регулирование поведения и деятельности.

Функция сознания, способность человека оценить себя и свое состояние а) познание;

- б) переживание;
в) отношение к миру; г) рефлексия;
д) регулирование поведения и деятельности.

Функция сознания, управление человеком собственным поведением идеальностью

- а) познание;
б) переживание;
в) отношение к миру; г) рефлексия;
д) регулирование поведения и деятельности.

Предпосылки возникновения и развития сознания человека а) трудовая деятельность и изготовление орудий труда; б) язык и речь;

- в) изменение климатических условий; г) получение человеком огня;
д) общественно-историческая форма жизнедеятельности человека.

Основной закон исторического развития человеческого сознания

- а) человек развивается, приспосабливаясь к окружающей природе; б) сознание – проявление особого духовного начала, которого нет у животных;

- в) основы сознания можно наблюдать у животных, оно – результат эволюции животного мира;
г) труд создал самого человека, он создал и его сознание.

Совокупность психических образований, процессов и механизмов, в функционировании и влиянии которых субъект не отдает себе отчета

- а) сознание; б) душа;
в) бессознательное; г) рефлекс;
д) инстинкт.

Мотивы и смысловые установки, которые не осознаются из-за их социальной неприемлемости или расхождения с другими мотивами, потребностями, установками

- а) неосознаваемые побудители деятельности; б) неосознаваемые механизмы;
в) механизмы и процессы подпорогового восприятия объектов; г) надсознательные явления;
д) структуры общественного бессознательного.

Действия или акты целостного поведения, совершающиеся без участия сознания и обеспечивающие беспрепятственное выполнение привычных поведенческих автоматизмов и стереотипов

- а) неосознаваемые побудители деятельности; б) неосознаваемые механизмы;
в) механизмы и процессы подпорогового восприятия объектов; г) надсознательные явления;
д) структуры общественного бессознательного.

Неосознаваемое психическое действие, проявляющееся в произвольном движении, тоническом напряжении частей тела, мимике, пантомимике и т.п.

- а) неосознаваемая установка;
б) неосознаваемые автоматизмы;
в) неосознаваемое сопровождение сознательных действий; г) неосознаваемые побудители сознательных действий;
д) надсознательный процесс.

Объекты, которые не даны субъекту в виде образа и не осознаются им, однако оказывают регулирующее влияние на протекание его деятельности

- а) неосознаваемые побудители деятельности;
б) неосознаваемые механизмы;
в) механизмы и процессы подпорогового восприятия объектов; г) надсознательные явления;
д) структуры общественного бессознательного.

Неосознаваемый психический процесс образования некоего интегрального продукта в результате большой сознательной (как правило, интеллектуальной) работы

- а) неосознаваемые побудители деятельности; б) неосознаваемые механизмы;
в) механизмы и процессы подпорогового восприятия объектов; г) надсознательные явления;
д) структуры общественного бессознательного.

Неосознаваемые языковые, культурные, идеологические и иные схемы, мифы и социальные нормы, определяющие мировосприятие людей, принадлежащих к данной культуре

- а) неосознаваемые побудители деятельности; б) неосознаваемые механизмы;
в) механизмы и процессы подпорогового восприятия объектов; г) надсознательные явления;
д) структуры общественного бессознательного.

Эталонные ответы:

1	а	15	б	29	б	43	б, в	57	б
2	в	16	д	30	в	44	а, в, г	58	в
3	в	17	в	31	а, в	45	б	59	г
4	г	18	в	32	а, б, в, д	46	г	60	д

5	г	19	г	33	в,г	47	в	61	а,б
6	д	20	а,г	34	а,б,в	48	а	62	г
7	а	21	б,в	35	б	49	б	63	в
8	а	22	б	36	д	50	г	64	а
9	б	23	а	37	а,б	51	д	65	б
10	в	24	б	38	б,в	52	г	66	в
11	а	25	в	39	а,г	53	б	67	в
12	в	26	г	40	а	54	а	68	г
13	б	27	а,б,в	41	а	55	б	69	д
14	б	28	а	42	а,в	56	а		

Критерии оценки:

71-80% правильно отвеченных тестов – оценка «3» (удовлетворительно);

81-90% правильно отвеченных тестов – оценка «4» (хорошо);

91-100% правильно отвеченных тестов – оценка «5» (отлично).

ТЕМА 2. ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И ПСИХИЧЕСКИЕСОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Сенсорно-перцептивные процессы познания (ощущения и восприятие).

Память и воображение как познавательные процессы.

Мышление как высший познавательный процесс. Мышление и речь.

Понятие, виды и свойства внимания.

Эмоциональная сфера личности: понятие, функции, основные проявления.

Воля и волевые качества человека.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (творческое задание: анализ учебного (научного) текста).

Задание:

Проанализируйте текст учебного пособия по следующему алгоритму:

Выпишите название анализируемого текста с указанием выходных данных.

Составьте план (краткий или развернутый).

Раскройте кратко (5-7 предложений) содержание каждого пункта плана всего анализируемого текста.

Выделите основные понятия текста.

Изобразите графически (граф-схема, рисунок и т.п.) основное содержание текста.

Выделите в одном-двух предложениях главную мысль анализируемого текста.

Напишите по 4-5 вопросов к анализируемому тексту.

Рекомендуемые учебные пособия (одно на выбор):

Изард К.Э. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 2000. – 464 с.

Ильин Е.П. Эмоции и чувства. – СПб.: Питер, 2002. – 752 с.

Ильин Е.П. Психология воли. – СПб.: Питер, 2009. – 368 с.

Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. – М.: Смысл; Академия, 2010. – 511 с. – С. 117-149; 150-228; 231-275; 276-324; 327-406; 461-478; 479- 489.

Лурия А.Р. Лекции по общей психологии. – СПб: Питер, 2007. – 320 с.

– С. 96-120; 121-164; 165-191; 192-234; 236-319.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб: Питер, 2011. – 713с. – С. 177-225; 225-255; 256-294; 295-308; 309-416; 417-434; 551-586; 587-612.

Узнадзе Д.Н. Общая психология. – М.: Смысл, СПб: Питер, 2004. – 413с. – С. 91-119; 127-165; 172-197; 197-225; 226-288; 368-403; 287-341; 342-367.

Критерии оценки:

научный стиль изложения;

краткость и четкость изложения;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;

наличие ключевых слов.

Форма текущего контроля: письменная (творческое задание: «Психологическое резюме» научной статьи).

Задание:

Составьте «Психологическое резюме» по следующему алгоритму:

Раскройте актуальность и научную значимость статьи.

Определите ваш личностный интерес к данной статье.

Выделите вопросы, которые, на ваш взгляд, являются спорными в статье и почему?

Выявите основные аспекты статьи, которые вы бы хотели более подробно изучить в дальнейшем?

Укажите, какой важной информацией снабдил вас автор анализируемого текста в личностном и профессиональном плане? Что из прочитанного материала вы сможете использовать в своей будущей профессиональной деятельности?

Рекомендуемые научные статьи (одна статья на выбор):

Боговлянская Д.Б. Психология творчества в контексте теории деятельности // Вопросы психологии. – 2013. – №3. – С. 101-106.

Иванников В.А. и др. Место понятия «воля» в современной психологии

// Вопросы психологии. – 2014. – №2. – С. 15-23.

Китаев-Смык Л.А. Факторы напряженности творческого процесса // Вопросы психологии. – 2007. – №3. – С. 69-82.

Прихидько А.И. Проблема эмоций в зарубежной социальной психологии // Вопросы психологии. – 2009.- №1. – С. 141-152.

Чуприкова Н.И. Как вывести психологию внимания из теоретического тупика? // Вопросы психологии. – 2008. – №5. – С.13-30.

Шляпников В.Н. Понятие воли в рамках модели практической занятости человека // Вопросы психологии. – 2006. – №6. – С. 147-154.

Яновский М.И. Внимание как критерий оценки состояний сознания // Вопросы психологии. 2005. – №6. – С. 91-97.

Критерии оценки:

научный стиль изложения;

краткость и четкость изложения;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;

наличие собственной личностной позиции.

Форма текущего контроля: письменная (ответы на контрольные вопросы).

Контрольные вопросы:

Верны ли следующие утверждения? Почему? Ответ аргументируйте с точки зрения современного понимания сущности и свойств восприятия.

Наше восприятие организовано таким образом, что любой объект мы видим как фигуру, выделяющуюся на каком-то фоне.

Видя какой-либо предмет, человек замечает не все присущие ему свойства, а лишь те, которые так или иначе отвечают его требованиям, интересам и чувствам.

Мы не только верим тому, что видим, но до некоторой степени видим то, во что верим.

Процессы восприятия имеют своей физиологической основой деятельность мозга.

У всех животных и человека способность рецепторов улавливать сигналы ограничена.

Наше восприятие предметов всё время изменяется в соответствии с их расстоянием от глаз и с углом, под которым мы их видим.

Если розу никто не нюхает, то она и не пахнет. А если в зеркало никто не смотрит, то в нем ничего и не отражается.

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему.

Форма текущего контроля: письменная (ответы на контрольные вопросы).

Контрольные вопросы:

Проанализируйте следующие высказывания с точки зрения современной психологии памяти и психологии воображения.

Запоминать умеет тот, кто умеет быть внимательным (С. Джонсон).

Память – это то, с помощью чего мы забываем (А. Чейз).

То, что трогает сердце, запечатлевается в памяти (Вольтер).

Без памяти человек перестаёт быть личностью.

Безумцы прокладывают пути, по которым следом пойдут рассудительные (Досси).

Поскольку воображение создало мир, оно правит им (Бодлер).

Воображение рисует, разум сравнивает, вкус отбирает, талант исполняет (Левис).

Тот, у кого есть воображение, но нет знаний, имеет крылья, но не имеет ног (Жубер).

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему.

Форма текущего контроля: письменная (решение вариативных задач и упражнений).

Вариативное упражнение:

Выберите одно из предложенных высказываний и выполните письменное задание по следующей схеме:

Почему это высказывание верно?

Примеры из жизни, раскрывающие содержание данного высказывания.

Примеры из различных произведений искусства (скульптура, литература, живопись, архитектура и т.д.).

Цитаты (половицы, поговорки), подтверждающие и опровергающие данное высказывание.

Выводы.

Высказывания.

Сомневаться бесполезно. Сомневаясь, мы приходим к исследованию; исследуя, достигаем истины (Аристотель).

Будь красноречивым, но не пустословом, ибо пустословие – то же безумие (Кей-Кавус).

Прекрасно слово, ибо в нем оставит память человек. Уходим мы с земли, наше слово от нас останется навек (Ас-Самарканди).

Слово – одежда. Смысл – скрывающаяся под ней тайна (Джалаладин Руми).

Человек бессмертен благодаря познанию. Познание, мышление – это корень его жизни, его бессмертия (Гегель).

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;

наличие собственной личностной позиции.

Форма текущего контроля: устная (представление презентации).

Темы презентаций:

Разработайте компьютерные презентации по темам (одна на выбор).

Сенсорная депривация как психическое явление.

Законы и загадки зрительного восприятия человека (иллюзии восприятия).

Нарушения памяти у людей.

Сон и галлюцинации как виды воображения.

Творческое мышление и креативность личности.

Понятие интеллекта в отечественной и зарубежной психологии.

Юмор в структуре чувств личности.

Невербальные средства выражения эмоций и чувств.

Методы и способы регуляции эмоциональных состояний.

Методы и средства воспитания воли.

Критерии оценки:

	Плохо (2)	Удовлетворительно (3)	Хорошо (4)	Отлично (5)
I. Дизайн и мультимедиа-эффекты	<p>Цвет фона не соответствует цвету текста. Использовано более 5 цветов шрифта. Каждая страница имеет свой стиль оформления. Гиперссылки не выделены. Анимация отсутствует (или же презентация перегружена анимацией). Звуковой фон не соответствует единой концепции, носит отвлекающий характер. Слишком мелкий шрифт (соответственно, объем информации слишком велик — кадр перегружен). Не работают отдельные ссылки</p>	<p>Цвет фона плохо соответствует цвету текста. Использовано более 4 цветов шрифта. Некоторые страницы имеют свой стиль оформления. Гиперссылки выделены. Анимация дозирована. Звуковой фон не соответствует единой концепции, но не носит отвлекающий характер. Размер шрифта средний (соответственно, объем информации слишком большой — кадр несколько перегружен) информацией. Ссылки работают</p>	<p>Цвет фона хорошо соответствует цвету текста, всё можно прочесть. Использовано 3 цвета шрифта. 1-2 страницы имеют свой стиль оформления, отличный от общего. Гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра. Анимация присутствует только в тех местах, где она уместна. Звуковой фон соответствует единой концепции и привлекает внимание зрителей в нужных местах именно информацией. Размер шрифта оптимальный. Все ссылки работают.</p>	<p>Цвет фона гармонирует с цветом текста, всё отлично читается. Использовано 3 цвета шрифта. Все страницы выдержаны в едином стиле. Гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра. Анимация присутствует только в тех местах, где она уместна и усиливает эффект восприятия текстовой части информации. Звуковой фон соответствует единой концепции и усиливает эффект восприятия текстовой части информации. Размер шрифта оптимальный. Все ссылки работают.</p>
II. Содержание	<p>Содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.</p>	<p>Содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.</p>	<p>Содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.</p>	<p>Содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.</p>

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

Познавательный процесс, отражение отдельных свойств явлений и предметов, воздействующих в данный момент на органы чувств

- а) восприятие;
- б) представление; в) ощущение;
- г) чувствительность; д) раздражимость.

Часть мозга, воспринимающая внешнюю для него информацию, анализирующая и опознающая её

- а) сенсорная область коры; б) сенсорная система;
- в) ассоциативная зона коры; г) функциональная система; д) анализатор.

Специализированная клетка, эволюционно приспособленная к восприятию во внешней или внутренней среде определенного раздражителя и к преобразованию его энергии из физической или химической формы в форму нервного возбуждения

- а) анализатор;
- б) сенсорная система; в) раздражитель;
- г) рецептор; д) нейрон.

Минимальная величина раздражителя, при которой впервые возникает ощущение

- а) абсолютный порог ощущений;
- б) абсолютная чувствительность анализатора; в) верхний абсолютный порог;
- г) порог различения;
- д) чувствительность к различению.

Способность рецептора улавливать минимальную величину раздражителя) абсолютный порог ощущений;

- а) абсолютная чувствительность анализатора; в) верхний абсолютный порог;
- г) порог различения;
- д) чувствительность к различению.

Максимальная величина раздражителя, за пределами которой он либо не воспринимается, либо фактически заменяется болевым ощущением

- а) абсолютный порог ощущений;
- б) абсолютная чувствительность анализатора; в) верхний абсолютный порог;
- г) порог различения;
- д) чувствительность к различению.

Способность рецептора улавливать минимальное различие между раздражителями

- а) абсолютный порог ощущений;
- б) абсолютная чувствительность анализатора; в) верхний абсолютный порог;
- г) порог различения;
- д) чувствительность к различению.

Минимальное различие между раздражителями, дающее едва заметное различие между ощущениями

- а) абсолютный порог ощущений;
- б) абсолютная чувствительность анализатора; в) верхний абсолютный порог;
- г) порог различения;
- д) чувствительность к различению.

Соотношение между абсолютным нижним порогом и абсолютной чувствительностью анализатора

- а) чем выше абсолютный порог ощущения, тем ниже чувствительность анализатора;
- б) чем выше абсолютный порог ощущения, тем выше чувствительность анализатора;
- в) чем ниже абсолютный порог ощущения, тем ниже чувствительность анализатора;
- г) все ответы неверны.

Повышение чувствительности органа чувств под влиянием изменений самого организма или взаимодействия ощущений

- а) адаптация; б) синестезия;
- в) сенсбилизация; г) интенсивность; д) модальность.

Изменение чувствительности вследствие приспособления органов чувств к условиям среды

- а) адаптация; б) синестезия;
- в) сенсбилизация; г) интенсивность; д) модальность.

Свойство ощущения, основная информация, отображаемая данным ощущением и отличающая его от других видов ощущений

- а) модальность; б) интенсивность; в) длительность;
- г) пространственная локализация;
- д) качество.

Свойство ощущения, зависящее от силы действующего раздражителя функционального состояния рецептора

- а) модальность; б) интенсивность; в) длительность;
- г) пространственная локализация; д) качество.

Свойство ощущения, внутримодальное различие между ощущениями одной модальности

- а) модальность;
- б) интенсивность; в) длительность;
- г) пространственная локализация; д) качество.

Свойство ощущения, зависящее от времени действия раздражителя) модальность;

- б) интенсивность; в) длительность;
- г) пространственная локализация; д) качество.

Свойство ощущения, определяемое нахождением раздражителя в пространстве

- а) модальность; б) интенсивность; в) длительность;
- г) пространственная локализация; д) качество.

Взаимодействие ощущений, при котором качества ощущений одного вида (модальности) переносятся на другой вид (другую модальность)

- а) адаптация; б) синестезия;
- в) сенсбилизация; г) интенсивность; д) модальность.

Экстероцептивные ощущения) контактные;

- б) дистантные;
- в) ощущения движений; г) ощущения голода;
- д) вибрационные.

Контактные ощущения) вкусовые;

- б) тактильные;
- в) температурные; г) осязательные;
- д) все ответы верны.

Дистантные ощущения) зрительные;

- б) слуховые;

в) температурные; г) обонятельные;

д) ощущения голода.

Интероцептивные ощущения) тактильные;

б) органические; в) осязательные;

г) ощущения боли; д) ощущения жажды.

Проприоцептивные ощущения) ощущения равновесия;

б) ощущения движения; в) осязательные;

г) ощущения боли; д) вибрационные.

Познавательный процесс, целостное отражение предметов, ситуаций, явлений, возникающих при непосредственном воздействии раздражителей на рецепторные поверхности органов чувств

а) восприятие;

б) представление; в) ощущение;

г) раздражение; д) память.

Виды восприятия по основной модальности) зрительное;

б) обонятельное; в) слуховое;

г) вкусовое;

д) все ответы верны

Виды восприятия по форме существования материи) зрительное;

б) восприятие движения; в) восприятие времени; г) вкусовое;

д) восприятие пространства.

Свойство восприятия, способность отражать объекты и явления реального мира в форме отдельных предметов

а) структурность;

б) константность; в) предметность; г) целостность; д) апперцепция.

Свойство восприятия, его зависимость от общего содержания психической жизни и особенностей личности человека

а) структурность; б) константность; в) предметность; г) целостность; д) апперцепция.

Свойство восприятия, способность воспринимать относительное постоянство свойств предметов при изменении условий их восприятия

а) структурность; б) константность; в) предметность; г) целостность;

д) осмысленность.

Познавательный процесс, запечатление, сохранение, последующее узнавание и воспроизведение следов прошлого опыта

а) ощущение; б) восприятие;

в) представление; г) память;

д) воображение.

Характеристики памяти) объем;

б) быстрота запечатления; в) модальность;

г) точность воспроизведения; д) качество.

Характеристики памяти) интенсивность;

б) длительность сохранения;

в) готовность к использованию сохраненной информации; г) пространственная локализация;

д) избирательность.

Виды памяти по типу запоминаемого материала) двигательная;

б) эмоциональная; в) образная;

г) вербальная (словесно-логическая); д) все ответы верны.

Виды памяти по продолжительности сохранения материала) сенсорная;

б) кратковременная; в) долговременная; г) оперативная;

д) все ответы верны.

Виды памяти по характеру целей деятельности) сенсорная;

б) произвольная; в) образная;

г) произвольная; д) оперативная.

Процесс памяти, запечатление и последующее сохранение воспринятой информации

а) сохранение; б) запоминание; в) узнавание;

г) воспроизведение; д) забывание.

Процесс памяти, активная переработка и удержание полученного материала в сознании

а) сохранение; б) запоминание; в) узнавание;

г) воспроизведение; д) забывание.

Процесс памяти, воссоздание образа без его вторичного восприятия) сохранение;

б) запоминание; в) узнавание;

г) воспроизведение; д) забывание.

Процесс памяти, воссоздание образа при его вторичном восприятии) сохранение;

б) запоминание; в) узнавание;

г) воспроизведение; д) забывание.

Процесс памяти, невозможность восстановить ранее воспринятую информацию

а) сохранение;

б) запоминание; в) узнавание;

г) воспроизведение;

д) забывание.

Закономерность забывания, невозможность вспомнить что-то в данный момент, а через некоторое время

а) «эффект края»;

б) «эффект Зейнгарник»;

в) явление реминисценции; г) «кривая Эббингауза»;

д) «закон Рибо».

Эффект памяти, когда при запоминании материала лучше всего воспроизводятся его начало и конец

а) «эффект края»;

б) «эффект Зейнгарник»;

в) явление реминисценции; г) «кривая Эббингауза»;

д) «закон Рибо».

Особенность забывания, согласно которой, чем больше времени нахождения информации в психике, тем глубже запоминание

а) «эффект края»;

б) «эффект Зейнгарник»;

в) явление реминисценции; г) «кривая Эббингауза»;

д) «закон Рибо».

Особенность забывания, согласно которой незавершенные действия за-поминаются лучше

а) «эффект края»;

б) «эффект Зейнгарник»;

в) явление реминисценции; г) «кривая Эббингауза»;

д) «закон Рибо».

Неравномерность протекания забывания во времени, наибольшая по-теря материала сразу после его получения

а) «эффект края»;

б) «эффект Зейнгарник»;

в) явление реминисценции; г) «кривая Эббингауза»;

д) «закон Рибо».

Познавательный процесс преобразования представлений, отражающих реальную действительность, и создание на этой основе новых представлений

а) ощущение; б) восприятие; в) память;

г) воображение; д) мышление.

Функции воображения

а) конституирование творческой природы познавательных процессов; б) возможность использовать ранее воспринятую информацию;

в) отражение окружающего мира;

г) обеспечение предвосхищения результатов соответствующих действий и построение общих схем этих действий;

д) удовлетворение биологических потребностей личности.

Основные характеристики воображения

а) протекание в неразрывной связи с памятью и мышлением; б) тесная взаимосвязь с эмоциональными процессами;

в) взаимосвязь с реализацией волевых действий;

г) взаимосвязь с регуляцией органических процессов и движений; д) все ответы верны.

Типы воображения по степени волевых усилий) активное;

б) преднамеренное; в) пассивное;

г) непреднамеренное; д) интенсивное.

Типы воображения по степени активности) активное;

б) преднамеренное; в) пассивное;

г) непреднамеренное; д) интенсивное.

Типы преднамеренного воображения) воссоздающее;

б) творческое; в) мечта;

г) грезы;

д) фантазия.

Типы пассивного воображения) воссоздающее;

б) сон;

в) дремота; г) грезы;

д) фантазия.

Прием создания образов воображения, «склеивание» различных, в по-вседневной жизни несоединимых качеств, частей

а) гиперболизация; б) агглютинация; в) схематизация;

г) заострение;

д) акцентирование.

Прием создания образов воображения, выделение существенного, по-вторяющегося в однородных образах

а) заострение;

б) акцентирование (типизация); в) гиперболизация;

г) агглютинация; д) схематизация.

Прием создания образов воображения, увеличение или уменьшение предмета, а также изменение отдельных его частей

а) заострение;

б) акцентирование (типизация); в) гиперболизация;

г) абстрагирование; д) схематизация.

Прием создания образов воображения, подчеркивание каких-либо отдельных признаков объекта

а) заострение;

б) акцентирование (типизация); в) гиперболизация;

г) абстрагирование; д) схематизация.

Прием создания образов воображения, при котором отдельные представления сливаются, различия сглаживаются, а черты сходства выступают четко на первый план

а) заострение;

б) акцентирование (типизация); в) гиперболизация;

г) абстрагирование; д) схематизация.

Высший познавательный процесс, порождение нового знания на основе творческого отражения и преобразования человеком действительности

а) ощущение; б) восприятие; в) память;

г) воображение; д) мышление.

Функция мышления

а) конституирование творческой природы познавательных процессов; б) возможность использовать ранее воспринятую информацию;

в) отражение окружающего мира;

г) обеспечение предвосхищения результатов соответствующих действий и построение общих схем этих действий;

д) расширение границ познания путем выхода за пределы чувственного восприятия.

Основа мышления) память;

б) образы представлений; в) знания человека;

г) ощущения; д) речь.

Задача мышления

а) познание окружающего мира;

б) отражение предметов и объектов окружающего мира;

в) раскрытие отношений и причинно-следственных связей между предметами, объектами и явлениями;

г) преобразование окружающей действительности; д) создание новых образов предметов и явлений.

Признак мышления, косвенный анализ информации о свойствах предметов и явлений без непосредственного контакта с ними

а) обобщенность;

б) опосредованность; в) взаимосвязь с речью;

г) взаимосвязь с решением той или иной проблемной задачи; д) взаимосвязь с практической деятельностью человека.

Признак мышления, отражение общего в предметах и явлениях реального мира

а) обобщенность;

б) опосредованность; в) взаимосвязь с речью;

г) взаимосвязь с решением той или иной проблемной задачи; д) взаимосвязь с практической деятельностью человека.

Признак мышления, проявляющийся в проблемной ситуации и начинающийся с вопроса, ответ на который – цель мышления

а) обобщенность;

б) опосредованность; в) взаимосвязь с речью;

г) взаимосвязь с решением той или иной проблемной задачи; д) взаимосвязь с практической деятельностью человека.

Признак мышления, в своем содержании опирающийся на общественную практику человека

а) обобщенность;

б) опосредованность; в) взаимосвязь с речью;

г) взаимосвязь с решением той или иной проблемной задачи; д) взаимосвязь с практической деятельностью человека.

Признак мышления, согласно которому мысли облекаются в речевую форму, человек думает словами

а) обобщенность;

б) опосредованность; в) взаимосвязь с речью;

г) взаимосвязь с решением той или иной проблемной задачи; д) взаимосвязь с практической деятельностью человека.

Язык в действии, общение при помощи языка а) речь;

б) язык;

в) взаимоотношения; г) взаимодействие; д) коммуникация.

Система знаков, включающая слова с их значениями и синтаксис – набор правил, по которым строятся предложения

а) речь; б) язык;

в) взаимоотношения; г) взаимодействие; д) коммуникация.

Виды речи

а) внешняя-внутренняя; б) устная-письменная; в) кинетическая;

г) репродуктивная-творческая; д) практическая-теоретическая.

Формы устной речи

а) диалогическая-монологическая; б) активная-пассивная;

в) кинетическая; г) теоретическая; д) практическая.

Виды мышления по форме протекания а) наглядно-действенное;

б) наглядно-образное; в) словесно-логическое; г) дискурсивное;

д) репродуктивное.

Виды мышления по характеру протекания а) теоретическое;

б) практическое; в) дискурсивное; г) интуитивное; д) творческое.

Виды мышления по степени развернутости а) теоретическое;

б) практическое;

в) дискурсивное; г) интуитивное; д) активное.

Виды мышления по степени новизны а) теоретическое;

б) практическое;

в) репродуктивное; г) творческое;

д) дискурсивное.

Операция мышления, мысленное установление сходства или различия предметов по существенным или несущественным признакам

а) сравнение; б) абстракция;

в) конкретизация; г) обобщение;

д) синтез.

Операция мышления, разделение целого на части, выделение признаков, сторон и свойств целого

а) сравнение; б) анализ;

в) конкретизация; г) классификация; д) синтез.

Операция мышления, мысленное выделение существенных признаков предмета при отвращении от несущественных

а) сравнение; б) анализ;

в) абстракция;

г) классификация; д) обобщение.

Операция мышления, установление всех возможных связей и отношений изучаемого объекта

а) сравнение;

б) сопоставление; в) обобщение;

г) конкретизация; д) синтез.

Операция мышления, результатом которой является название и описание свойств выделенных групп

а) сравнение; б) анализ;

в) конкретизация; г) типизация;

д) классификация.

Операция мышления, объединение предметов и явлений в одну общность по их основным свойствам

а) синтез;

б) аглютинация; в) конкретизация; г) обобщение;

д) классификация.

Форма мышления, отражение общих и существенных свойств предметов и явлений, выраженных в слове

а) суждение; б) понятие;

в) умозаключение; г) предположение; д) рассуждение.

Форма мышления, понимание субъектом многообразия связей конкретного предмета или явления с другими предметами или явлениями

а) суждение;

б) рассуждение;

в) умозаключение; г) понятие;

д) конкретизация.

Высшая форма мышления, формирование новых суждений на основе преобразования уже имеющихся

а) суждение; б) понятие;

в) умозаключение; г) аналогия;

д) понимание.

Виды умозаключения а) индуктивное;

б) дедуктивное; в) по аналогии;

г) поверхностное; д) глубокое.

Направленность и сосредоточенность психики на чем-либо определенном (идеальном или реальном объекте)

- а) сознание;
- б) наблюдение; в) представление; г) воля;
- д) внимание.

Функции внимания

- а) отбор значимых воздействий и игнорирование несущественных, конкурирующих воздействий;
- б) удержание (сохранение) данной деятельности до тех пор, пока не завершится акт поведения, не будет достигнута цель;
- в) регуляция и контроль протекания деятельности;
- г) обеспечение адаптации организма к окружающей среде; д) удовлетворение значимых потребностей.

Характеристика внимания, большая или меньшая углубленность человека в деятельность

- а) направленность; б) концентрация;
- в) сосредоточенность; г) активность;
- д) доминантность.

Характеристика внимания, избирательность психической деятельности, выделение из окружения значимых для субъекта объектов

- а) направленность; б) концентрация;
- в) сосредоточенность; г) активность;
- д) доминантность.

Виды внимания

- а) произвольное; б) непроизвольное;
- в) управляемое; г) послепроизвольное;
- д) регулируемое.

Виды внимания

- а) динамическое; б) адаптивное;
- в) статическое; г) управляемое; д) регулируемое.

Свойство внимания, способность человека выполнять несколько видов деятельности одновременно

- а) устойчивость; б) концентрация; в) распределение; г) объем;
- д) переключаемость.

Свойство внимания, способность человека определенное время сосредотачиваться на одном и том же объекте

- а) устойчивость; б) концентрация; в) распределение; г) объем;
- д) переключаемость.

Свойство внимания, сознательное и осмысленное его перемещение с одного объекта на другой

- а) устойчивость; б) концентрация; в) распределение; г) отвлекаемость;
- д) переключаемость.

Свойство внимания, невозможность сосредоточиться долго на чем-либо, постоянный переход от одного явления к другому

- а) отвлекаемость;
- б) мнимая рассеянность;
- в) подлинная рассеянность; г) распределение;
- д) переключаемость.

Свойство внимания, степень или интенсивность его сосредоточенности

- а) устойчивость;
- б) концентрация; в) распределение; г) объем;
- д) переключаемость.

Свойство внимания, непроизвольное его перемещение с одного объекта на другой, возникающее при действии посторонних раздражителей

- а) мнимая рассеянность;
- б) подлинная рассеянность; в) распределение;
- г) отвлекаемость;
- д) переключаемость.

Свойство внимания, количество объектов, которые мы можем охватить с достаточной ясностью одновременно

- а) устойчивость; б) объем;
- в) концентрация;
- г) сосредоточенность; д) направленность.

Свойство внимания, результат чрезмерного углубления в работу, когда человек ничего не замечает вокруг себя

- а) концентрация;
- б) мнимая рассеянность;
- в) подлинная рассеянность; г) устойчивость;
- д) сосредоточенность.

Многогранное образование, включающее в себя различные виды эмоциональных явлений

- а) эмоции;
- б) эмоциональная сфера личности; в) эмоциональное реагирование; г) отношения;
- д) переживания.

Компонент эмоционального реагирования, проявляющийся в изменениях вегетативных показателей и психомоторики человека

- а) импрессивный;
- б) физиологический; в) экспрессивный;
- г) психосоматический; д) органический.

Компонент эмоционального реагирования, отражающий проявление скрытых от непосредственного наблюдения психологических особенностей человека

- а) импрессивный;
- б) физиологический; в) экспрессивный;
- г) психосоматический; д) органический.

Компонент эмоционального реагирования, проявляющийся в форме удовольствия-неудовольствия и дифференцирующийся по параметрам интенсивности и глубины

- а) импрессивный;
- б) физиологический; в) экспрессивный;
- г) психосоматический; д) органический.

Процессы, отражающие личностную значимость и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека в форме переживаний

- а) эмоциональный тон ощущения; б) эмоциональный тон впечатления; в) эмоция;
- г) настроение;
- д) эмоциональное реагирование.

Положительное эмоциональное состояние, связанное с возможностью достаточно полно удовлетворить актуальную потребность

- а) удовольствие;б) радость;
- в) веселье;г) страсть;
- д) удовлетворение.

Не имеющая чётко выраженного положительного или отрицательно-го знака эмоциональная реакция на внезапно возникшие обстоятельства

- а) впечатление;б) фрустрация; в) стресс;
- г) удивление;д) страх.

Отрицательное по знаку эмоциональное состояние, протекающее в форме аффекта и вызываемое внезапным возникновением серьёзного препятствия на пути удовлетворения исключительно важной для субъекта потребности

- а) фрустрация;б) тревога;
- в) отвращение;г) презрение; д) гнев.

Отрицательное эмоциональное состояние, появляющееся при получении субъектом информации о реальной или воображаемой опасности

- а) стресс; б) тревога;
- в) фрустрация;г) страдание; д) страх.

Отрицательное эмоциональное состояние, связанное с полученной достоверной или кажущейся таковой информацией о невозможности удовлетворения важнейших жизненных потребностей

- а) стресс;
- б) страдание; в) фрустрация;г) тревога;
- д) страх.

Отрицательное эмоциональное состояние, вызываемое объектами,соприкосновение с которыми вступает в резкое противоречие с идеологически- ми, нравственными или эстетическими принципами и установками субъекта

- а) презрение;б) страдание;в) гнев;
- г) отвращение;д) досада.

Отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в межличностных отношениях и порождаемое рассогласованием жизненных позиций, взглядов и поведения субъекта с жизненными позициями, взглядами и поведением объекта чувства

- а) презрение;б) страдание;в) гнев;
- г) досада;
- д) вина.

Отрицательное эмоциональное состояние, осознание несоответствия собственных помыслов, поступков и внешности не только ожиданиям окружающих, но и собственным представлениям

- а) вина;
- б) страдание;в) стыд;
- г) презрение;
- д) чувство неполноценности.

Эмоциональное состояние взрывного характера, бурно протекающее,характеризующееся изменением сознания, нарушением волевого контроля

- а) гнев;
- б) аффект;
- в) иступление;г) разрушение; д) фрустрация.

Общее эмоциональное состояние, окрашивающее в течение определенного времени деятельность человека

- а) эмоциональный тон;б) аффект;
- в) настроение;г) эмоция;
- д) оптимизм-пессимизм.

Устойчивое эмоциональное отношение человека к явлениям действительности, отражающее значение этих явлений в связи с его потребностями мотивами

- а) чувство;
- б) эмоциональный тон;в) настроение;
- г) эмоция;д) стресс.

Вид чувств, переживание человеком явлений действительности и сравнение этих явлений с нормами, выработанными человечеством

- а) интеллектуальные;б) эстетические;
- в) моральные;
- г) общечеловеческие;д) гуманные.

Вид чувств человека, переживания, возникающие в процессе познавательной деятельности человека

- а) интеллектуальные;б) эстетические;
- в) моральные;
- г) общечеловеческие;
- д) гуманные.

Вид чувств, отражающих эмоциональное отношение человека к прекрасному в природе, в жизни людей и в искусстве

- а) интеллектуальные;б) эстетические;
- в) моральные;
- г) общечеловеческие;д) гуманные.

Сознательное регулирование человеком своего поведения и деятельности, умение преодолевать внутренние и внешние трудности при совершении целенаправленных действий и поступков

- а) самоконтроль; б) саморегуляция;в) волевое усилие;г) воля;
- д) рефлексия.

Функции волевого поведения

- а) преодоление препятствий на пути к цели;б) гармонизация мотивов;
- в) устранение внутренних конфликтов;г) составление плана достижения цели;д) стремление к достижению цели.

Признаки волевого поведения) сознательность действий;

- б) связь с преодолением внешних и внутренних препятствий;в) осознанность действий;
- г) связь с мыслительными действиями и чувствами;д) все ответы верны.

Структура волевого акта включает в себя

- а) осознание цели действия и связанного с ней мотива;б) восприятие объекта окружающего мира;
- в) понимание многообразия связей объекта с другими объектамиокружающего мира;
- г) принятие решения; д) исполнение решения.

Психическое состояние, столкновение противоречащих, несопадающих побуждений, между которыми предстоит сделать выбор

- а) фрустрация;б) стресс;
- в) борьба мотивов;г) досада;
- д) гнев.

Состояние внутреннего напряжения, вызывающее мобилизацию внутренних ресурсов человека, необходимых для выполнения задуманного

действия

а) волевое усилие;б) самоконтроль; в) борьба мотивов;г) воля;

д) психофизиологическое напряжение.

Факторы, определяющие интенсивность волевых усилий человекаа) мировоззрение личности;

б) моральная устойчивость;

в) уровень самоуправления и самоорганизации;г) высокая мотивация достижений;

д) все ответы верны.

Эталоны ответов:

1	в	26	в	51	б,в,г	76	в	101	а
2	б	27	д	52	б	77	г	102	в
3	г	28	б	53	б	78	д	103	б
4	а	29	г	54	в	79	г	104	г
5	б	30	а,б,г	55	а	80	б	105	д
6	в	31	б,в	56	д	81	а	106	д
7	д	32	д	57	д	82	в	107	б
8	г	33	д	58	д	83	а,б,в	108	г
9	а	34	б,г	59	б	84	д	109	а
10	в	35	б	60	в	85	а,б,в	110	в
11	а	36	а	61	б	86	в	111	б
12	а	37	г	62	а	87	а	112	в
13	б	38	в	63	г	88	а,б,в	113	а
14	д	39	д	64	д	89	а,в	114	в
15	в	40	в	65	в	90	в	115	а
16	г	41	а	66	а	91	а	116	б
17	б	42	д	67	б	92	д	117	г
18	а,б	43	б	68	а,б,в	93	в	118	а,б,в
19	д	44	г	69	а,б	94	б	119	д
20	а,б	45	г	70	а,б,в	95	г	120	а,г,д
21	б,г,д	46	а,г	71	а,б	96	б	121	в
22	а,б,д	47	д	72	в,г	97	б	122	а
23	а	48	б,г	73	в,г	98	б	123	д
24	д	49	а,в	74	а	99	б		
25	б,в,д	50	а,б,в,г	75	б	100	в		

Критерии оценки:

71-80% правильно отвеченных тестов – оценка «3» (удовлетворительно);

81-90% правильно отвеченных тестов – оценка «4» (хорошо);

91-100% правильно отвеченных тестов – оценка «5» (отлично).

ТЕМА 3. ПОНЯТИЕ И СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ.ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Понятие личности в психологии. Направленность личности и её формы.

Психологические структурные образования личности (самосознание,

«образ Я», самооценка, уровень притязаний, Я-концепция).

Способности личности: понятие, виды и уровни развития.

Понятие, физиологические основы и свойства темперамента.

Типы темперамента, их влияние на поведение и деятельность человека.

Понятие характера. Черты характера. Акцентуации характера.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (творческое задание: анализ учебного (научного) текста).

Задание:

Проанализируйте текст учебного пособия по следующему алгоритму:

Выпишите название анализируемого текста с указанием выходных данных.

Составьте план (краткий или развернутый).

Раскройте кратко (5-7 предложений) содержание каждого пункта плана всего анализируемого текста.

Выделите основные понятия текста.

Изобразите графически (граф-схема, рисунок и т.п.) основное содержание текста.

Выделите в одном-двух предложениях главную мысль анализируемого текста.

Напишите по 4-5 вопросов к анализируемому тексту.

Рекомендуемые учебные пособия (одно на выбор):

Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – СПб.: Питер, 2010. – 288с. – С. 232-280.

Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. – СПб.: Питер, 2004. – 701 с.

Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2011 – 512 с.

Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Политиздат, 1977. – 304 с. – С. 159-230.

Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. – М.: Смысл; Академия, 2010. – 511 с. – С. 409-460; 490-505.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2011. – 713с. – С. 518-534; 535-550; 613-633; 634-644.

9. Узнадзе Д.Н. Общая психология. – М.: Смысл, СПб: Питер, 2004. – 413 с.

– С. 54-58; 165-171.

Критерии оценки:

научный стиль изложения;

краткость и четкость изложения;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;

наличие ключевых слов.

Форма текущего контроля: письменная (творческое задание: «Психологическое резюме» научной статьи).

Задание:

Составьте «Психологическое резюме» по следующему алгоритму:

Раскройте актуальность и научную значимость статьи.

Определите ваш личностный интерес к данной статье.

Выделите вопросы, которые, на ваш взгляд, являются спорными в статье почему?

Выявите основные аспекты статьи, которые вы бы хотели более подробно изучить в дальнейшем?

Укажите, какой важной информацией снабдил вас автор анализируемого текста в личностном и профессиональном плане? Что из прочитанного материала вы сможете использовать в своей будущей профессиональной деятельности?

Рекомендуемые научные статьи (одна статья на выбор):

Бологова А.К. Развитие самосознания личности: временной аспект // Вопросы психологии. – 2006. – № 2. – С. 116-125.

Бороздина Л.В. Проблема характера в психологии // Вопросы психологии. – 2012. – №1. – С. 36-42.

Иванников В.А. Понятие личности в психологии // Вопросы психологии. – 2012. – №5. – С. 125-132.

Конопкин О.А. Осознанная саморегуляция как критерий субъектности

// Вопросы психологии. – 2008. – №3. – С. 22-34.

Корниенко Д.С. Психогенетическое исследование свойств личности в теории интегральной индивидуальности // Вопросы психологии. – 2010. – №4. – С. 94-102.

Леонтьев Д.А. Личностное измерение человеческого развития // Вопросы психологии. – 2013. – №3. – С. 67-79.

Моросанова В.И. Индивидуальная саморегуляция и характер человека

// Вопросы психологии. – 2007. – №3. – С. 59-68.

Непомнящая Н.И. Целостно-личностный подход к изучению человека // Вопросы психологии. – 2005. – № 1. – С. 116-125.

Разорина Л.М. К определению содержания понятия «личность» в советской психологии // Вопросы психологии. – 2005. – № 1. – С. 79-87.

Соколова Е.Т. Феномен психологической защиты // Вопросы психологии. – 2007. – № 4. – С. 66-79.

Критерии оценки:

научный стиль изложения;

краткость и четкость изложения;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;

наличие собственной личностной позиции.

Форма текущего контроля: устная (решение вариативных задач и упражнений).

Вариативное упражнение:

Составьте синквейн по теме «Психологические новообразования личности». Синквейн – стихотворение из 5 строк в необычной форме, но по правилам для каждой строки:

Тема, называется одним словом (существительным). Описание темы в двух словах (2 прилагательных).

Описание действия в рамках темы (3 слова, 3 глагола).

Фраза из 4 слов (разные части речи), показывающая отношение к теме, т.е. к существительному.

Синоним из одного слова (существительное), которое повторяет тему.

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему.

Форма текущего контроля: письменная (решение вариативных задач и упражнений).

Вариативное упражнение:

Выберите одно из предложенных высказываний и выполните письменное задание по следующей схеме:

Почему это высказывание верно?

Примеры из жизни, раскрывающие содержание данного высказывания.

Примеры из различных произведений искусства (скульптура, литература, живопись, архитектура, кинофильмы, спектакли и т.д.).

Цитаты (половицы, поговорки), подтверждающие и опровергающие данное высказывание.

Выводы.

Высказывания

Нет без явно усиленного трудолюбия ни талантов, ни гениев (Д.И. Менделеев).

Гений: способность делать что-либо правильно впервые (Э.Г. Хаббард).

Талант есть способность обрести собственную судьбу (Т. Манн).

Гений: любой человек, годовщина рождения которого широко празднуется примерно сто лет спустя после его распятия, сожжения, побития камнями или умерщвления каким-либо иным способом (Э.Г. Хаббард).

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;
краткость и четкость ответа;
соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;
наличие собственной личностной позиции.

Форма текущего контроля: устная (представление результатов рецензирования текста).

Текст:

Проверьте, всё ли правильно в приведённом отрывке. Нет ли в тексте ошибок?

Если попытаться кратко выразить суть различий между характером, темпераментом и личностью, то можно сказать, что свойства темперамента отражают то, *почему* человек действует определённым образом, черты характера – *что именно* он делает, а качества личности – то, *как* он это делает.

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;
краткость и четкость ответа;
соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему.

Форма текущего контроля: устная (представление презентации).

Темы презентаций:

Разработайте компьютерные презентации по темам (одна на выбор).

Зарубежные теории изучения личности: З. Фрейд, А. Адлер, К. Юнг, К. Левин, У. Доллард, В. Штерн, А. Бандура, А. Маслоу, К. Роджерс, Э. Эриксон (один-два ученых на выбор).

Отечественные исследования личности: С.Л. Рубинштейн, К.К. Платонов, А.Н. Леонтьев, Б.Г. Ананьев, В.С. Мерлин, Л.И. Божович и др. (один-два ученых на выбор).

Проблема психологических механизмов защиты и копинг-поведения личности.

Типы темперамента и их проявление в профессиональной деятельности медицинского работника.

Общие и специальные способности в профессиональной деятельности личности медицинского работника.

Одаренность и гениальность в медицине (на примере выдающихся медицинских деятелей).

Критерии оценки:

	Плохо (2)	Удовлетворительно (3)	Хорошо (4)	Отлично (5)
I. Дизайн и мультимедиа-	<p>Цвет фона не соответствует цвету текста. Использовано более 5 цветов шрифта. Каждая страница имеет свой стиль оформления. Гиперссылки не выделены. Анимация отсутствует (или же презентация перегружена анимацией). Звуковой фон не соответствует единой концепции, носит отвлекающий характер. Слишком мелкий шрифт (соответственно, объём информации слишком велик — кадр перегружен). Не работают отдельные ссылки</p>	<p>Цвет фона плохо соответствует цвету текста. Использовано более 4 цветов шрифта. Некоторые страницы имеют свой стиль оформления. Гиперссылки выделены. Анимация дозирована. Звуковой фон не соответствует единой концепции, но не носит отвлекающий характер. Размер шрифта средний (соответственно, объём информации слишком большой — кадр несколько перегружен) информацией. Ссылки работают</p>	<p>Цвет фона хорошо соответствует цвету текста, всё можно прочесть. Использовано 3 цвета шрифта. 1-2 страницы имеют свой стиль оформления, отличный от общего. Гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра. Анимация присутствует только в тех местах, где она уместна. Звуковой фон соответствует единой концепции и привлекает внимание зрителей в нужных местах именно к информации. Размер шрифта оптимальный. Все ссылки работают.</p>	<p>Цвет фона гармонирует с цветом текста, всё отлично читается. Использовано 3 цвета шрифта. Все страницы выдержаны в едином стиле. Гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра. Анимация присутствует только в тех местах, где она уместна и усиливает эффект восприятия текстовой части информации. Звуковой фон соответствует единой концепции и усиливает эффект восприятия текстовой части информации. Размер шрифта оптимальный. Все ссылки работают.</p>
II. Содержание	<p>Содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.</p>	<p>Содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.</p>	<p>Содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.</p>	<p>Содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.</p>

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

Человек как единичное природное существо, представитель вида homo sapiens, обладающее определёнными первичными и вторичными свойствами

а) личность;б) индивид;в) человек;

г) субъект деятельности;д) живой организм.

Конкретный человек, взятый в системе его устойчивых социально обу- словленных психологических характеристик, которые проявляются в обще- ственных связях и отношениях, определяют его нравственные поступки и име- ют существенное значение для него самого и окружающих

а) личность;б) индивид;в) человек;

г) субъект деятельности;д) живой организм.

Совокупность физиологических, психических и социальных особенно- стей конкретного человека с точки зрения его уникальности и неповторимости

а) личность;б) индивид;в) человек;

г) субъект деятельности;д) индивидуальность.

Индивид как носитель сознания, обладающий способностью к деятельности) личность;б) индивид;в) человек;

г) субъект деятельности;д) живой организм.

Подструктура направленности личности (по К.К. Платонову)а) убеждения;

б) скорость протекания нервных процессов;в) особенности мышления;

г) личностные смыслы;д) привычки.

Подструктура опыта личности (по К.К. Платонову)а) умения и навыки;

б) привычки;в) знания;

г) скорость протекания нервных процессов;д) особенности познавательных процессов.

Подструктура форм отражения личности (по К.К. Платонову)а) особенности познавательных процессов;

б) привычки;в) знания;

г) скорость протекания нервных процессов;д) интересы личности.

Подструктура биологических свойств личности (по К.К. Платонову)а) баланс процессов возбуждения и торможения;

б) половые и возрастные свойства;в) знания;

г) скорость протекания нервных процессов;д) умения и привычки.

Совокупность устойчивых мотивов, ориентирующих деятельность личности и относительно независимых от наличной ситуации

а) мотивация;

б) направленность;в) мировоззрение; г) убеждение;

д) структура личности.

Форма направленности личности, выражающая недифференцирован- ную, неосознанную или недостаточно осознанную потребность

а) влечение; б) интерес; в) установка;

г) неосознаваемые побудители действий;д) желание.

Форма направленности, вполне определенное побуждение к деятель- ности, возникающее, когда в структуру желания включается волевой компонент

а) стремление;б) интерес;

в) убеждение; г) влечение; д) склонность.

Форма направленности, конкретизируемая в образе или представле- нии предметная цель склонности индивида, т.е. то, к чему он стремится, на что ориентируется

а) стремление;б) интерес;

в) ценность;г) влечение;д) идеал.

Форма направленности, глубокая устойчивая потребность личности в той или иной деятельности, предпосылка к развитию определённых способностей

а) желание;

б) интерес;

в) убеждение; г) склонность;д) стремление.

Форма направленности, специфическое проявление познавательной активности личности

а) наблюдение;б) интерес;

в) интеллект;

г) чувственное созерцание;д) мыслительный акт.

Форма направленности, система взглядов человека на объективный мир, на место в нём человека, на отношение человека к окружающей его дей- ствительности и к самому себе система

а) мировоззрение;

б) ценностные ориентации;в) картина мира;

г) образ мира;д) идеал.

Форма направленности, система мотивов личности, побуждающая её поступать в соответствии со своими взглядами, принципами, мировоззрением

а) мировоззрение;б) мотивация;

в) убеждение;

г) ценностные ориентации;д) картина мира.

Форма направленности, осознанная потребность и влечение к чему-либо вполне определенному

а) стремление;б) склонность;в) убеждение; г) желание;

д) идеал.

Состояние нужды человека в определенных условиях жизни и дея- тельности или материальных объектах

а) стремление;б) влечение; в) мотив;

г) потребность;д) желание.

Побуждение к деятельности, связанное с удовлетворением потребно- сти субъекта, причина, лежащая в основе выбора действий и поступков

а) желание;б) мотив;

в) мотивация; г) потребность;д) влечение.

Совокупность причин психологического характера, объясняющих по- ведение человека, его начало, направленность и активность

а) саморегуляция;б) мотив;

в) мотивация;

г) ценностные ориентации;д) сознание.

Психологическое образование личности, совокупность психологиче- ских принципов, посредством которых индивид осознаёт себя в качестве субъ- екта деятельности и общения

а) образ мира;б) «образ Я»;

в) самосознание; г) рефлексия;

д) «Я-концепция».

Основные характеристики самосознания

а) более поздний продукт развития по сравнению с сознанием; б) отражает процесс непрерывного развития личности;

в) направлено на саморегулирование личности своей жизнедеятельности;

г) сложный процесс, индивидуализировано развернутый во времени; д) все ответы верны.

Структура самосознания

а) самопознание (познавательная сторона);

б) принятие своего тела (физиологическая сторона);

в) самоотношение (эмоционально-ценностная сторона); г) саморегуляция (регулятивная сторона);

д) самоосмысление (рефлексивная сторона).

Критерии самосознания

а) выделение себя из среды, осознание себя как субъекта, автономно-го от среды;

б) осознание своей активности; в) осознание себя через другого;

г) наличие рефлексии, осознание своего внутреннего мира; д) все ответы верны.

Психологическое образование личности, определенное представлением человека о самом себе

а) самооценка; б) «образ Я»;

в) самосознание;

г) уровень притязаний;

д) «Я-концепция».

Структурные компоненты «образа я» (по В.С. Мерлину) а) сознание отличия себя от остального мира;

б) сознание «Я» как активного начала субъекта деятельности;

в) сознание своих психических свойств, эмоциональные самооценки; г) социально-нравственная самооценка, самоуважение, формирующееся на основе опыта общения и деятельности; д) все ответы верны.

Параметры «образа Я» (по К. Роджерсу) а) реальное представление о себе;

б) представление о своей социальной роли;

в) представление о собственном физическом состоянии и здоровье; г) представление о своих целях, планах и делах на будущее;

д) все ответы верны.

Психологическое образование личности, оценка личностью самой себя, своих возможностей и качеств, а также места среди других людей

а) самооценка; б) «образ Я»;

в) самосознание;

г) уровень притязаний; д) «Я-концепция».

Вид самооценки, регулирующий активность личности на начальном этапе деятельности

а) корректирующая; б) прогностическая; в) ретроспективная; г) адекватная;

д) завышенная.

Вид самооценки, контролирующей ход деятельности человека а) корректирующая;

б) прогностическая; в) ретроспективная; г) адекватная;

д) управляющая.

Вид самооценки, используемый на заключительном этапе деятельности для подведения её итогов

а) корректирующая; б) прогностическая; в) ретроспективная; г) адекватная;

д) завышенная.

Вид самооценки, недооценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и свойств

а) компенсирующая;

б) адекватная заниженная; в) заниженная;

г) адекватная; д) адаптивная.

Вид самооценки, переоценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и свойств

а) стимулирующая; б) прогностическая; в) эгоцентрическая; г) адекватная;

д) завышенная.

Вид самооценки, объективная оценка личностью своих возможностей, качеств и свойств

а) оптимальная; б) уверенная;

в) стабильная; г) адекватная; д) адаптивная.

Психологическое образование личности, желаемая самооценка, проявляющаяся в степени трудности цели, которую личность ставит перед собой

а) побуждение;

б) мотивация достижения; в) волевое усилие;

г) уровень притязаний; д) стремление.

Вид уровня притязаний, выбор цели, соответствующей возможностям человека и позволяющей максимально их реализовать

а) адекватный; б) оптимальный;

в) максимальный; г) адаптивный;

д) индивидуальный.

Вид уровня притязаний, выбор цели, превосходящей возможности человека

а) оптимальный;

б) завышенный;

в) стимулирующий; г) максимальный; д) индивидуальный.

Вид уровня притязаний, выбор цели, значительно меньшей, чем возможности человека

а) адекватный; б) адаптивный; в) заниженный;

г) компенсирующий; д) индивидуальный.

Психологическое образование личности, интеграция представлений личности о себе, отношении к этим представлениям и поведения в соответствии с этими представлениями и отношением к ним

а) саморегуляция; б) «образ Я»;

в) самосознание; г) рефлексия;

д) «Я-концепция».

Реорганизация системы внутренних ценностей личности, изменение её иерархии, направленная на снижение уровня субъективной значимости соответствующего переживания с тем, чтобы свести к минимуму психологически травмирующие моменты

а) компенсация;

б) механизм психологической защиты; в) уровень притязаний;

г) саморегуляция; д) вытеснение.

Механизм психологической защиты личности, устранение из сознания неприемлемых влечений и переживаний

а) регрессия; б) изоляция;

в) идентификация;г) сублимация;

д) вытеснение.

Механизм психологической защиты личности, вытеснение из сознания связей между эмоциональными переживаниями и их источником

а) регрессия;б) изоляция;

в) идентификация;г) сублимация;

д) вытеснение.

Механизм психологической защиты личности, трансформация в сознании эмоционального отношения к объекту на противоположное

а) регрессия;б) изоляция;

в) идентификация;

г) реактивное образование (инверсия);д) вытеснение.

Механизм психологической защиты личности, возврат к более примитивным формам поведения и мышления

а) регрессия;б) изоляция;

в) идентификация;г) сублимация;

д) вытеснение.

Механизм психологической защиты личности, преобразование энергии сексуального влечения в социально приемлемые формы активности

а) рационализация;б) изоляция;

в) идентификация;г) сублимация;

д) вытеснение.

Механизм психологической защиты личности, бессознательное уподобление угрожающему объекту

а) регрессия;б) изоляция;

в) идентификация;г) сублимация;

д) вытеснение.

Механизм психологической защиты личности, рациональное объяснение человеком своих желаний и действий, истинные причины которых коренятся в иррациональных социально или личностно неприемлемых влечениях

а) регрессия;

б) рационализация;в) идентификация; г) сублимация;

д) вытеснение.

Механизм психологической защиты, приписывание другим людям собственных вытесненных мотивов, переживаний и черт характера

а) рационализация;б) изоляция;

в) идентификация;г) проекция;

д) вытеснение.

Особенности психических явлений, отличающие людей друг от друга,природной предпосылкой которых выступают особенности нервной системы мозга

а) индивидуальность;

б) индивидуальный стиль деятельности;

в) индивидуально-психологические различия;г) тип ВНД;

д) динамический стереотип.

Наиболее общая формально-динамическая характеристика индивидуального поведения человека, биологический фундамент, на котором формируется личность как социальное существо

а) характер;

б) способности;

в) индивидуальность;г) темперамент;

д) индивид.

Врожденные и относительно слабо подверженные изменениям под воздействием окружения и воспитания свойства нервной системы

а) динамический стереотип;

б) тип высшей нервной деятельности;в) темперамент;

г) анализатор;

д) сигнальная система.

Свойства нервной системы, определяющие тип ВНД (по И.П. Павлову)а) сила возбуждения и торможения;

б) уравновешенность;в) подвижность;

г) возбудимость;д) лабильность.

Тип темперамента, характеризующийся застенчивостью, неуверенностью в себе, легкостью перенесения одиночества

а) холерик; б) сангвиник;

в) флегматик; г) меланхолик.

Тип темперамента, отличающийся повышенной возбудимостью, высокой эмоциональностью, склонностью порой переоценивать себя

а) холерик; б) сангвиник;

в) флегматик; г) меланхолик.

Тип темперамента, отличающийся подвижностью, богатой мимикой, чувства которого легко возникают и сменяются

а) холерик; б) сангвиник;

в) флегматик; г) меланхолик.

Тип темперамента, характеризующийся малоподвижностью, замедленным темпом реакции, интровертированностью

а) холерик; б) сангвиник;

в) флегматик; г) меланхолик.

Совокупность индивидуальных психических свойств, складывающихся в деятельности и проявляющихся в типичных для данного человека способах деятельности и формах поведения

а) темперамент;

б) направленность;в) характер;

г) индивидуальность;д) мотивация.

Особенности характера

а) всегда проявляется в деятельности;

б) зависит от биологических потребностей личности;

в) всегда проявляется в отношении человека к действительности и людям;

г) передается по наследству;

д) определяет формирование общих способностей человека.

Соотношение темперамента и характера

а) темперамент и характер тождественны друг другу; б) темперамент и характер антагонистичны друг другу;в) темперамент – элемент характера;

г) темперамент – природная основа характера;д) характер – элемент темперамента.

Особенности личности человека, систематически проявляющиеся в различных видах его деятельности и по которым можно судить о его

возможных поступках в определенных условиях

- а) черты характера;
- б) свойства темперамента; в) форма направленности;
- г) мотивы поведения и деятельности; д) поступки.

Черты характера в соответствии с психическими процессами) волевые;

- б) эмоциональные;
- в) отношение человека к окружающему миру; г) интеллектуальные;
- д) морально-нравственные.

Черты характера в соответствии с направленностью личности) отношение человека к деятельности;

- б) отношение человека к другим людям;
- в) отношение человека к окружающему миру; г) отношение человека к самому себе;
- д) все ответы верны.

Чрезмерное усиление отдельных черт характера, при котором наблюдаются не выходящие за пределы нормы отклонения в поведении человека, граничащие с патологией

- а) черта характера;
- б) акцентуация характера; в) психопатия;
- г) ведущий мотив поведения и деятельности;
- д) копинг-поведение.

Условия формирования характера

- а) семья и другие социальные группы; б) биологическая наследственность; в) труд и другие виды деятельности; г) воспитание и самовоспитание;
- д) общение с окружающими людьми.

Индивидуально-психологические свойства личности, которые являются условием успешного выполнения какой-либо одной или нескольких деятельностей

- а) тип ВНД; б) склонность;
- в) способности;
- г) знания, умения и навыки; д) задатки.

Анатомо-физиологические особенности нервной системы и различных анализаторов, составляющие природную основу развития способностей

- а) тип ВНД; б) склонность;
- в) способности;
- г) знания, умения и навыки; д) задатки.

Условия развития способностей

- а) созревание необходимых органических структур и формирование необходимых функциональных органов;
- б) семейное воспитание;
- в) особенности макросреды;
- г) выполнение человеком той деятельности, где необходимы обнаруженные и проявляющиеся у него способности;
- д) все ответы верны.

Способности, являющиеся общими для человека и высших животных, связанные с врожденными задатками

- а) природные; б) общие;
- в) специальные; г) теоретические; д) учебные.

Способности, определяющие успехи человека в самых разных видах деятельности и свойственные большинству людей

- а) природные; б) общие;
- в) специальные; г) теоретические; д) учебные.

Способности, определяющие успехи человека в специфических видах деятельности, для осуществления которых необходимы задатки особого рода и их развитие

- а) природные; б) общие;
- в) специальные; г) теоретические; д) учебные.

Способности, предопределяющие склонность человека к абстрактно-теоретическим рассуждениям

- а) природные; б) общие;
- в) специальные; г) теоретические; д) учебные.

Способности, предопределяющие склонность человека к конкретным практическим действиям

- а) природные; б) общие;
- в) специальные; г) теоретические; д) практические.

Способности, определяющие успешность обучения человека, усвоение знаний, умений и навыков

- а) природные; б) общие;
- в) специальные; г) теоретические; д) учебные.

Способности, определяющие возможность открытий и изобретений, создание новых предметов материальной и духовной культуры

- а) природные; б) творческие; в) специальные;
- г) теоретические; д) учебные.

Уровень развития способностей, своеобразное их сочетание, обеспечивающее человеку возможность успешного выполнения какой-либо деятельности

- а) склонность; б) способность; в) одаренность; г) талант;
- д) гениальность.

Высший уровень развития способностей, явление, когда творческие достижения человека составляют целую эпоху в жизни общества, в развитии культуры

- а) склонность; б) способность; в) одаренность; г) талант;
- д) гениальность.

Высокий уровень развития специальных способностей, проявляющийся и развивающийся в деятельности, отличающейся принципиальной новизной, оригинальностью подхода

- а) склонность; б) способность; в) одаренность; г) талант;
- д) гениальность.

Эталоны ответов:

1	б	17	г	33	д	49	в	65	в
2	а	18	г	34	г	50	г	66	д
3	д	19	б	35	г	51	б	67	д

4	г	20	в	36	б	52	а,б,в	68	а
5	а,г	21	в	37	б	53	г	69	б
6	а,б,в	22	д	38	в	54	а	70	в
7	а	23	а,в,г	39	д	55	б	71	г
8	а,б,г	24	д	40	б	56	в	72	д
9	б	25	б	41	д	57	в	73	д
10	а	26	д	42	б	58	а,в	74	б
11	а	27	д	43	г	59	г	75	в
12	д	28	а	44	а	60	а	76	д
13	г	29	б	45	г	61	а,б,г	77	г
14	б	30	а	46	в	62	д		
15	а	31	в	47	б	63	б		
16	в	32	в	48	г	64	а,в,г,д		

Критерии оценки:

71-80% правильно отвеченных тестов – оценка «3» (удовлетворительно);

81-90% правильно отвеченных тестов – оценка «4» (хорошо);

91-100% правильно отвеченных тестов – оценка «5» (отлично).

МОДУЛЬ 2. ПСИХОЛОГИЯ СУБЪЕКТОВ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

ТЕМА 1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Психологические феномены и психопатологические симптомы: основные принципы разграничения.

Основные диагностические принципы альтернативы: понятие, основные характеристики и особенности проявления в диагностике и оценке психического состояния человека.

Роль социально-психологического состояния общества в оценке феноменологии клинических проявлений.

Клиническая сущность и проявления психологических феноменов и психопатологических симптомов.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля: устная (представление презентации).

Темы презентаций:

Процесс различения нормы и патологии как диагностический процесс.

Феноменологический подход к оценке нормы и патологии.

Критерии доказанности и вероятности в диагностическом процессе различения нормы и патологии.

Подход К. Ясперса в диагностике и оценке психиатрических симптомов и синдромов.

Феноменологический метод в диагностическом процессе различения нормы и патологии.

Понимающая психология в диагностике и оценке психической нормы и патологии.

Взаимосвязь понятий «норма» и «здоровье».

Исследования Бонгхоффера, Мейера и Мебиуса в оценке психической нормы и патологии с позиций экзогенного-эндогенного-психогенного.

Влияние альтернатив «адаптация-деадаптация» и «компенсация-декомпенсация» на социально-психологические функции человека в обществе.

Феноменологическая оценка наблюдаемого признака как критерий дифференциации психологических проявлений индивидуальных особенностей человека.

Критерии оценки:

	Плохо (2)	Удовлетворительно (3)	Хорошо (4)	Отлично (5)
I. Дизайн и мультимедиа-эффекты	<p>Цвет фона не соответствует цвету текста. Использовано более 5 цветов шрифта. Каждая страница имеет свой стиль оформления. Гиперссылки не выделены. Анимация отсутствует (или же презентация перегружена анимацией). Звуковой фон не соответствует единой концепции, носит отвлекающий характер. Слишком мелкий шрифт (соответственно, объем информации слишком велик — кадр перегружен). Не работают отдельные ссылки</p>	<p>Цвет фона плохо соответствует цвету текста. Использовано более 4 цветов шрифта. Некоторые страницы имеют свой стиль оформления. Гиперссылки выделены. Анимация дозирована. Звуковой фон не соответствует единой концепции, но не носит отвлекающий характер. Размер шрифта средний (соответственно, объем информации слишком большой — кадр несколько перегружен) информацией. Ссылки работают</p>	<p>Цвет фона хорошо соответствует цвету текста, всё можно прочесть. Использовано 3 цвета шрифта. 1-2 страницы имеют свой стиль оформления, отличный от общего. Гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра. Анимация присутствует только в тех местах, где она уместна. Звуковой фон соответствует единой концепции и привлекает внимание зрителей в нужных местах именно к информации. Размер шрифта оптимальный. Все ссылки работают.</p>	<p>Цвет фона гармонирует с цветом текста, всё отлично читается. Использовано 3 цвета шрифта. Все страницы выдержаны в едином стиле. Гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра. Анимация присутствует только в тех местах, где она уместна и усиливает эффект восприятия текстовой части информации. Звуковой фон соответствует единой концепции и усиливает эффект восприятия текстовой части информации. Размер шрифта оптимальный. Все ссылки работают.</p>
II. Содержание	<p>Содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.</p>	<p>Содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.</p>	<p>Содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.</p>	<p>Содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.</p>

ТЕМА 2. ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Личность и болезнь. Типы личности, предрасположенные к определенным болезням.

Влияние заболеваний на психику человека и его поведение.

Понятие внутренней картины болезни. Факторы формирования внутренней картины болезни.

Боль как фактор отношения к болезни. Стратегии совладения с болью.

Типы отношения к болезни.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля: устная (решение ситуационных (профессиональных) задач).

Ситуационные задачи:

Задача 1

Пациентка 56 лет вызывает скорую помощь не реже двух раз в неделю по поводу резкого повышения АД (которое она определяет по самочувствию). В момент осмотра повышение АД фиксируется не всегда. При разговоре с врачом выглядит взволнованной, многословно описывает свое состояние, пристально смотрит в лицо врачу. Из беседы выясняется, что пациентка недавно вышла на пенсию, её дочь в связи с замужеством стала проживать отдельно от неё.

Задание:

Определите тип отношения к болезни.

Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 2

Молодой человек 18 лет обратился в косметологический центр по поводу незначительного кожного дефекта на носу – следа перенесенного в детстве абсцесса. Пациент недоволен своей внешностью, считает, что она мешает ему общаться, сосредоточиться на учебе. Хирурги отказываются делать пластическую операцию, поскольку дефект совсем незначителен. Во время беседы пациент несколько суетлив, говорит тихим голосом, внимательно смотрит на врача, эмоционально реагирует на его высказывания. Услышав мнение хирурга, заметно расстраивается, но не настаивает на операции.

Задание:

Определите тип отношения к болезни.

Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 3

Пациент 68 лет, работающий пенсионер, имеющий семью, находится в глазном отделении с диагнозом глаукома левого глаза. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический и постинфарктный склероз. Себя считает спокойным, добродушным, с устойчивым настроением. За свою жизнь дважды обращался к врачам: сыпной тиф в 19 лет и инфаркт в 62 года. К здоровью всегда относился достаточно беспечно. Настоящее обращение к врачам связано с ощущением неловкости, периодическим потемнением в глазах, ухудшением зрения. Свое заболевание расценивает как легкое, не грозящее серьезными последствиями. При разъяснении врачами всей серьезности заболевания и необходимости продолжительного лечения вначале соглашается с доводами врачей регулярно лечиться. Через несколько дней вновь начинает считать свое заболевание несерьезным, пропускает лечебные процедуры. В общем рисунке поведения и высказываний прослеживается добродушный фон настроения.

Задание:

Определите тип отношения к болезни.

Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 4

Пациент 45 лет, по специальности врач-рентгенолог, у которого недавно диагностирована эпилепсия (травматического генеза), отказывается принимать лекарственные препараты и считает свое заболевание временным недомоганием, не требующим лечения. В разговоре с врачом обстоятелен, подробно рассказывает о своей жизни, работе. Говорит, что обычно берет на себя всю работу, связанную с анализом данных и оформлением документации, так как это требует внимания и терпения и ему всегда это удавалось. Любит проводить время дома и на даче, мастеря что-то полезное. Себя характеризует как человека в целом уравновешенного, однако склонного подолгу переживать неприятное. Хочет вернуться в привычную обстановку – домой и к работе.

Задание:

Определите тип отношения к болезни.

Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 5

Пациент 40 лет, водитель, пришел на прием к стоматологу с острой болью (без записи). Спокойно ожидал, когда у врача будет возможность его принять. Коротко сообщил жалобы, не вдаваясь в подробности и объяснения. На вопросы врача отвечал скупко. Терпеливо перенес медицинские процедуры и, выслушав рекомендации, удалился.

Задание:

Определите тип отношения к болезни.

Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 6

Больной К. общительный, разговорчивый, любит быть на виду, оптимист, поверхностен, артистичен, стремится завладеть вниманием окружающих, выставляет напоказ свои страдания и переживания.

Задание:

Определите тип отношения к болезни.

Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 7

Из воспоминаний врача.

«Как и многие студенты, я во время учебы, иногда ночами дежурил в горбольнице медбрата. Обычно мне удавалось ладить с больными, и отношения у нас были самые сердечные. Все же на очередном дежурстве у меня возник конфликт с больной, которая требовала сделать ей инъекцию лекарства, не назначенного врачом. Я не смог убедить больную в неправомерности её просьбы, и она нагрудила мне. Утром, как обычно, я подошел к ней, чтобы сделать инъекцию назначенного врачом лекарства. Во время укола больная резко вскрикнула:

«Что вы делаете? Решили отомстить мне?». Я был шокирован. Я и думать забыл о случившемся вечером, и у меня, конечно, и в мыслях не было ничего подобного».

Задание:

Определите тип отношения к болезни.

Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 8

Женщине 45 лет. Она узнала, что у неё сахарный диабет. Врач назначил дополнительное обследование, чтобы уточнить схему лечения. Но больная ста- ла безразлична к своей дальнейшей судьбе, не хочет обследоваться и лечиться. Потеряла интерес к своим прежним увлечениям, перестала общаться с подру- гами. Посещает врача только при настойчивых уговорах и в сопровождении до-чери. На приеме ведет себя пассивно, безучастно.

Определите тип отношения к болезни.

Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 9

У больного 36 лет, страдающего хроническим гастритом, которому назначено эндоскопическое обследование, вызывает опасение, что при зонди- ровании часть эндоскопа может остаться в желудке. Настаивает на том, чтобы его направили на консультацию к известному зарубежному специалисту, о при-езде которого в страну он узнал из телепередачи. Тревога перед исследованием несколько уменьшилась после того, как ему навстречу попала уборщица с полным ведром.

Определите тип отношения к болезни.

Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 10

Больной В., страдающий хронической почечной недостаточностью и нахо- дящийся на лечении в отделении экстракорпорального гемодиализа, нарушает пи-тьевой режим, заявляя, что это на его состояние не влияет. Употребляет домашние спиртовые настойки, ссылаясь на то, что «его дед пил и 90 лет дожил». Между се-ансами гемодиализа занимается тяжелой физической работой на дому.

Определите тип отношения к болезни.

Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим поло-жениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;

наличие собственной личностной позиции.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

Основная психическая сфера, участвующая в психических процессах при различных заболеваниях

а) аффективная; б) когнитивная; в) генетическая;

г) мотивационная; д) все ответы верны.

Чувство, наиболее часто возникающее у человека при различных забо- леваниях

а) одиночество; б) разочарование; в) тревога;

г) гнев;

д) отвращение.

Форма тревоги у человека в ситуации болезни, сужение чувства не-определенной опасности до чувства конкретной опасности

а) страх; б) гнев;

в) презрение; г) отвращение;

д) одиночество.

Страх смерти от рака, носящий как навязчивый, так и сверхценный ха- рактер

а) клаустрофобия; б) канцерофобия; в) кардиофобия; г) танатофобия; д) дентофобия.

Страх сердечного заболевания и смерти от болезней сердца навязчиво-го или сверхценного характера

а) клаустрофобия; б) канцерофобия; в) кардиофобия; г) танатофобия; д) дентофобия.

Страх смерти, возникающий у человека в ситуации болезни) клаустрофобия;

б) канцерофобия; в) кардиофобия; г) танатофобия; д) дентофобия.

Феномены, сопровождающие возникающее у человека в ситуации бо- лезни чувство неполноценности

а) истерические формы поведения; б) одиночество;

в) скрытие своего дефекта; г) гиперкомпенсация;

д) тревога.

Проявления аффективной сферы человека в ситуации болезни) чувство агрессии;

б) одиночество; в) чувство вины; г) гнев;

д) искажение восприятия многих вещей, в том числе и болезни.

Разновидности субъективных ощущений и переживаний пациента в си-туации болезни

а) сенситивные;

б) эмоциональные; в) волевые;

г) рациональные;

д) все ответы верны.

Субъективные переживания пациента, отражающие ощущения сома- тического дискомфорта и болевых ощущений

а) сенситивные;

б) эмоциональные; в) волевые;

г) рациональные.

Субъективные переживания пациента, выражающиеся в надеждах на выздоровление, опасениях за исход заболевания, возможных осложнениях

а) сенситивные;

б) эмоциональные; в) волевые;

г) рациональные.

Субъективные переживания пациента, характеризующие отчетливо понимание необходимости принятия мер к преодолению заболевания

а) сенситивные;

б) эмоциональные; в) волевые;

г) рациональные.

Субъективные переживания пациента, выражающиеся в потребности знать особенности своего заболевания и лечения

а) сенситивные;

б) эмоциональные; в) волевые;

г) рациональные.

Аномальный тип реагирования человека на возникшую болезнь, ха- рактеризующийся повышенной утомляемостью, истощаемостью, несмотря на благоприятный исход болезни

а) депрессивный; б) астенический; в) истерический;

г) ипохондрический; д) мозаичный.

Аномальный тип реагирования человека на возникшую болезнь, характеризующийся преобладанием чувства тревоги, точки, растерянности, отсутствием надежды на выздоровление

а) депрессивный; б) астенический; в) истерический;

г) ипохондрический; д) мозаичный.

Аномальный тип реагирования человека на возникшую болезнь, характеризующийся «уходом в болезнь», которая заполняет всю жизнь человека, все его интересы, желания и стремления

а) депрессивный;

б) астенический; в) истерический;

г) ипохондрический; д) мозаичный.

Аномальный тип реагирования человека на возникшую болезнь, характеризующийся склонностью к фантазированию, искусной демонстрацией воображаемых болезненных симптомов, придирчивостью по отношению к медицинскому персоналу

а) депрессивный; б) астенический; в) истерический;

г) ипохондрический; д) мозаичный.

Аномальный тип реагирования человека на возникшую болезнь, являющийся комбинацией признаков астенического, депрессивного, истерического и ипохондрического типов реагирования

а) депрессивный; б) астенический; в) истерический;

г) ипохондрический; д) мозаичный.

Вариант отношения человека к своему заболеванию, характеризующийся адекватной оценкой своего состояния и дальнейших перспектив, целеустремленностью и самообладанием

а) нормальный; б) трагический; в) депрессивный;

г) оптимистический; д) истерический.

Вариант отношения человека к своему заболеванию, характеризующийся пессимистичностью, растерянностью, неуравновешенностью, низкой инициативой и интересом к результатам своего лечения

а) нормальный; б) трагический; в) депрессивный;

г) оптимистический; д) истерический.

Вариант отношения человека к своему заболеванию, характеризующийся пассивностью, игнорированием существующих трудностей, неустойчивостью настроения и поведения

а) нормальный; б) трагический; в) депрессивный;

г) оптимистический;

д) истерический.

Компонент отношения человека к болезни, отражающий весь спектр чувств, обусловленных нездоровьем, а также те эмоциональные переживания, которые возникают в ситуациях, связанных с заболеванием

а) физиологический; б) эмоциональный;

в) мотивационно-поведенческий; г) регулятивный;

д) когнитивный.

Компонент отношения человека к болезни, подразумевающий выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью

а) физиологический; б) эмоциональный;

в) мотивационно-поведенческий; г) регулятивный;

д) когнитивный.

Компонент отношения человека к болезни, отражающий знание о болезни, понимание её роли и влияния на жизненное функционирование, а также знания о предполагаемом диагнозе

а) физиологический; б) эмоциональный;

в) мотивационно-поведенческий; г) регулятивный;

д) когнитивный.

Определенное видение болезни, все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений, не только болезненных, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни и её причинах

а) отношение к болезни; б) поведение в болезни;

в) внутренняя картина болезни; г) образ болезни;

д) внешняя картина болезни.

Интегральные уровни внутренней картины болезни человека (по А.Р. Лурия)

а) сенситивный; б) регулятивный; в) поведенческий; г) соматический;

д) интеллектуальный.

Уровни структуры внутренней картины болезни (по В.В. Николаевой)

а) непосредственно-чувственный;

в) интеллектуальный; г) мотивационный;

д) все ответы верны.

Структурный уровень внутренней картины болезни, отражающий совокупность болезненных ощущений, подчиненных физиологическим закономерностям (по В.В. Николаевой)

а) непосредственно-чувственный; б) эмоциональный;

в) интеллектуальный; г) мотивационный;

д) поведенческий.

Структурный уровень внутренней картины болезни, отражающий эмоциональные реакции на вызванные болезнью ощущения и на последствия болезни в жизни человека (по В.В. Николаевой)

а) непосредственно-чувственный; б) эмоциональный;

в) интеллектуальный; г) мотивационный;

д) поведенческий.

Структурный уровень внутренней картины болезни, отражающий знания о болезни и её рациональную оценку (по В.В. Николаевой)

а) непосредственно-чувственный; б) эмоциональный;

в) интеллектуальный; г) мотивационный;

д) поведенческий.

Структурный уровень внутренней картины болезни, отражающий возникновение новых мотивов поведения человека и перестройку их доболезненной структуры (по В.В. Николаевой)

а) непосредственно-чувственный; б) эмоциональный;

в) интеллектуальный; г) мотивационный;

д) поведенческий.

Явление, близкое к понятию внутренней картины болезни и отражающее адаптационный характер болезни

а) адаптационный образ болезни; б) тип взаимодействия с болезнью; в) отношение к болезни;

г) информационное поле болезни.

Форма взаимодействия человека с самим собой и окружающим миром, в котором определенное, а иногда главное место, занимает ситуация болезни

а) адаптационный образ болезни; б) тип взаимодействия с болезнью; в) отношение к болезни;

г) информационное поле болезни.

Вариант взаимодействия человека с болезнью, в котором оценка болезни пациентом совпадает с оценкой врача, а поведение пациента ориентировано на формы поведения, способствующие выздоровлению

а) адаптивный;

б) дезадаптивный; в) регулятивный; г) адекватный.

Вариант дезадаптивного взаимодействия человека с болезнью, в котором ведущее место занимает осознаваемый страх перед болезнью, противоречиво сочетающийся с неосознаваемым стремлением сохранить свою болезнь

а) психосоматический; б) невротический;

в) аффективный;

г) условно-адаптивный;

д) смешанный (диффузный).

Вариант дезадаптивного взаимодействия человека с болезнью, при котором противоречиво сочетаются осознаваемый синдром отрицания с выраженной иррациональностью, неосознаваемым чувством депрессии и страхом перед болезнью

а) психосоматический; б) невротический;

в) аффективный;

г) условно-адаптивный;

д) смешанный (диффузный).

Вариант дезадаптивного взаимодействия человека с болезнью, не имеющий в своей основе психологических механизмов внутри психического конфликта, но характеризующийся доминированием негативных эмоциональных переживаний

а) психосоматический; б) невротический;

в) аффективный;

г) условно-адаптивный;

д) смешанный (диффузный).

Вариант дезадаптивного взаимодействия человека с болезнью, характеризующийся активным игнорированием болезни вследствие отсутствия или недостатка информации о самой болезни

а) психосоматический; б) невротический;

в) аффективный;

г) условно-адаптивный;

д) смешанный (диффузный).

Ведущие психологические факторы, оказывающие влияние на формирование внутренней картины болезни человека

а) возрастные особенности;

б) генетическая наследственность;

в) профессиональный статус человека;

г) особенности темперамента и личности пациента; д) конституционное строение тела.

Ведущие психологические факторы, оказывающие влияние на формирование внутренней картины болезни человека

а) географические условия проживания; б) особенности воспитания в семье;

в) уровень образования и культуры человека; г) уровень материального достатка;

д) имеющийся в социуме «миф о болезни».

Способность человека предвосхищать ход событий, предвидеть поведение окружающих и собственные реакции в процессе изменения ситуации под влиянием болезни

а) прогностичность мышления;

б) антиципационная состоятельность; в) эмпатия;

г) интуиция;

д) личностная зрелость.

Адаптивное поведение человека в ситуации совладания с болью характеризуется

а) стремлением обрести контроль над болью доступными средствами;

б) внимательным отношением к процедурам приема лекарственных препаратов;

в) отказом от повышенной бдительности, тревожного ожидания и заведомо неэффективных приемов снятия напряжения;

г) адекватной оценкой опасности боли и возможностей регулирования её интенсивности;

д) обращением к специалисту при малейших болевых ощущениях.

Классификация типов отношения к болезни опирается на факторы (по А.Е. Личко и Н.Я. Иванову)

а) природа самого заболевания;

б) особенности воспитания в семье;

в) тип личности с характерной акцентуацией характера;

г) отношение к болезни в референтной для больного группе; д) генетические особенности больного.

Тип отношения к болезни, оценка человеком своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки реальной картины болезни, стремление во всем активно содействовать успеху лечения

а) гармонический; б) апатический;

в) сенситивный;

г) эргопатический; д) анозогнозический.

Тип отношения к болезни, характеризующийся сверхответственным, одержимым, стеническим отношением к работе, избирательным отношением к лечению и ярко выраженным стремлением во что бы то ни стало продолжать трудовую деятельность

а) гармонический; б) дисфорический; в) сенситивный;

г) эргопатический; д) анозогнозический.

Тип отношения к болезни, активная борьба с мыслями о болезни и её возможных последствиях, вплоть до отрицания очевидного, отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому»

а) паранойяльный;

б) неврастенический; в) сенситивный;

г) эргопатический; д) анозогнозический.

Тип отношения к болезни, непрерывное беспокойство и мнительность человека в отношении неблагоприятного течения болезни, неэффективности и даже опасности лечения, частая смена лечащего врача

а) тревожный; б) апатический; в) сенситивный;

г) неврастенический; д) анозогнозический.

Тип отношения к болезни, чрезмерное сосредоточение человека на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней, сочетание желания лечиться и неверия в успех

а) тревожный; б) апатический; в) сенситивный;

г) ипохондрический; д) анозогнозический.

Тип отношения к болезни, поведение по типу «раздражительной слабости», неумение и нежелание терпеть болевые ощущения, неспособность терпеливо ждать облегчения страданий

- а) ипохондрический; б) неврастенический; в) сенситивный;
г) эргопатический; д) дисфорический.

Тип отношения к болезни, свехудрученность болезнью, неверие в выздоровление, пессимизм и активные депрессивные высказывания, вплоть до суицидных мыслей

- а) тревожный; б) апатический;
в) меланхолический; г) неврастенический; д) паранойяльный.

Тип отношения к болезни, полное безразличие человека к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения, пассивное подчинение процедурам и лечению при вялости и апатии поведения

- а) эгоцентрический; б) апатический;
в) сенситивный;
г) эргопатический; д) анозогнозический.

Тип отношения к болезни, чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность человека неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни, колебания настроения в межличностных контактах

- а) тревожный;
б) паранойяльный; в) сенситивный;
г) ипохондрический; д) анозогнозический.

Тип отношения к болезни, «принятие» болезни и поиски выгод в связи недугом, выставление своих страданий и переживаний напоказ, эмоциональная нестабильность и непредсказуемость, постоянное желание показать другим свою исключительность в проявлениях болезни

- а) паранойяльный; б) эгоцентрический; в) сенситивный;
г) эргопатический; д) дисфорический.

Тип отношения к болезни, при котором пациент уверен, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла и сглаза; как следствие – крайняя подозрительность к лечению, медицинским работникам, лекарствам и разговорам о себе

- а) ипохондрический; б) апатический;
в) неврастенический; г) эргопатический; д) паранойяльный.

Тип отношения к болезни, гневливое, озлобленное настроение пациента по отношению к окружающим, зависть к здоровым людям, склонность винить в своих болезнях других, агрессивное, порою деспотическое отношение к своим близким

- а) дисфорический; б) паранойяльный; в) ипохондрический; г) эргопатический; д) эгоцентрический.

Типы отношения человека к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается

- а) гармонический; б) апатический;
в) сенситивный;
г) эргопатический; д) анозогнозический.

Типы отношения человека к болезни с интрапсихической направленностью, при которых происходит нарушение системы социальной адаптации

- а) тревожный;
б) эгоцентрический; в) неврастенический; г) меланхолический; д) дисфорический.

Типы отношения человека к болезни с интрапсихической направленностью, при которых происходит нарушение системы социальной адаптации

- а) сенситивный;
б) ипохондрический; в) паранойяльный; г) эгоцентрический; д) апатический.

Типы отношения человека к болезни с интерпсихической направленностью, при которых происходит нарушение системы социальной адаптации

- а) сенситивный;
б) анозогнозический; в) гармонический;
г) дисфорический; д) ипохондрический.

Типы отношения человека к болезни с интерпсихической направленностью, при которых происходит нарушение системы социальной адаптации

- а) эргопатический; б) эгоцентрический; в) паранойяльный; г) тревожный;
д) меланхолический.

Эталонные ответы:

1	а	13	г	25	в	37	в	49	б
2	в	14	б	26	а,д	38	г	50	в
3	а	15	а	27	д	39	а,в,г	51	б
4	б	16	г	28	а	40	б,в,д	52	в
5	в	17	в	29	б	41	б	53	б
6	г	18	д	30	в	42	а,в	54	д
7	а,в,г	19	а	31	г	43	а,в,г	55	а
8	а,в,д	20	в	32	а	44	а	56	а,г,д
9	д	21	д	33	б	45	г	57	а,в,г
10	а	22	б	34	а	46	д	58	б,д
11	б	23	в	35	в	47	а	59	а,г
12	в	24	д	36	а	48	г	60	б,в

Критерии оценки:

71-80% правильно отвеченных тестов – оценка «3» (удовлетворительно);

81-90% правильно отвеченных тестов – оценка «4» (хорошо);

91-100% правильно отвеченных тестов – оценка «5» (отлично).

Форма текущего контроля успеваемости: устная (презентация индивиду-дуальных проектов).

Темы индивидуальных проектов:

Психологические особенности работы с пациентами терапевтическогоотделения.

Психологические особенности работы с пациентами хирургическогоотделения.

Психологические особенности работы с пациентами в акушерстве и ги-некологии.

Психологические особенности работы с пациентами психиатрическогоотделения.

Психологические особенности работы с пациентами инфекционногоотделения.

Психологические особенности работы с людьми, имеющими эндокрин-ную патологию.

Психологические особенности работы с больными детьми.

Психологические особенности работы с людьми пожилого и старческоговозраста.

Психологические особенности работы с онкологическими пациентами.

Психологические особенности работы с пациентами, имеющими де-фекты тела и органов чувств.

Психологические особенности работы с пациентами, имеющими нарушения пищевого поведения. Психологические особенности работы с пациентами, имеющими сек-суальные девиации и перверсии.

Структура проекта:

Название проекта.

Автор проекта, специальность.

Актуальность проекта, цель проекта.

Список литературы по теме проекта (обязательная и дополнительная).

Краткое описание проекта (аннотация).

Словарь основных понятий.

5 и 6 пункты предлагаются в качестве раздаточного материала другим участникам группы.

Мультимедийная презентация проекта.

Теоретическое наполнение проекта (план, краткое содержание каждого пункта, список использованной литературы).

Практико-ориентированный материал (методические рекомендации, диагностики, педагогические ситуации).

Основные выводы, перспективы и прогнозы.

Критерии оценки:

Значимость и актуальность выдвинутых проблем. Психолого-педагогическая и социальная значимость проблемы.

Необходимая и достаточная глубина проникновения в проблему и при-влечение для её решения знаний из разных областей науки и практики.

Полнота, содержательность и внутренняя согласованность частей пред-ставленного проекта.

Новизна и неординарность подхода к проблеме проекта.

Оригинальность содержания и оформления проекта.

Реалистичность проекта.

Перспективность проекта.

Самостоятельность разработки проекта.

ТЕМА 4. ПСИХОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Исторические аспекты становления профессиональной деятельности медицинского работника (фельдшера).

Мотивация в структуре личности медицинского работника.

Профессионально важные качества медицинского работника.

Психологические аспекты профессиональной деятельности фельдшера.

Профессиональный стресс и синдром эмоционального выгорания у ме-дицинского работника.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил ло-гику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил ло-гику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил ар-гументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой те-мы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля: устная (решение учебных задач).

Учебная задача:

Соотнесите типы поведения медицинского работника и их характеристики.

Типы поведения:

1. Артистический тип. 2. Нервный тип. 3. Мужской тип. 4. Материнский тип. 5. «Тип специалистов». 6. Практический тип.

Характеристики:

а) по отношению к больному проявляется неискренность, появляются элементы показного, искусственного поведения, что приводит к утрате контак-та с больным, создается некий барьер;

б) аккуратен, настойчив, требователен не только к себе, но и к окружаю-щим, во взаимоотношениях с больными довольно строг, но справедлив;

в) строят свое поведение по заранее шаблонно продуманному плану, со-знательно играя определенную роль, стремясь к осуществлению своего идеала;

г) проявляет чрезвычайную заботливость и сочувствие по отношению к больным, от него «веет» добротой, с ним больной делится своими переживаниями;

д) фанатично предан своей работе, полностью отдается профессиональ-ной деятельности, его интересует узкая сфера специальной деятельности, вне которой он себя не представляет;

е) характеризуется проявлением нервозности во взаимоотношениях с больным, старается сознательно уклониться от некоторых обязанностей;

ж) отличается точностью и строгостью, педантизмом, иногда забывают о человеческой стороне больного, часто механически выполняют свои функцио-нальные обязанности;

з) часто бывает утомленным, испытывает ощущения, что его усилия не ценят, раздражен; пациенты около него не чувствуют себя спокойно;

и) неуверительно выполняет порученные ему задания, скрупулезно, тща-тельно, часто проявляя необычайную ловкость, делает все, что нужно для лече-ния больного, однако не сопереживает и не сочувствует больному, часто прояв-ляет к нему полное равнодушие;

к) решительный, энергичный, самоуверенный, последовательный, боль-ные характеризуют его поведение как «военное»;

л) своим поведением вызывает симпатию у пациентов, однако при край-нем варианте поведения этого типа существует опасность нарушения профес-сиональной дистанции в общении с больными;

м) нередко испытывают чувство превосходства над другими медицинскими работниками.

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему.

Форма текущего контроля: письменная (проверка письменного задания-Письменное задание:

Этапы профессиональной деятельности фельдшера	Осуществляемые действия и операции	Профессионально важные качества
Обследование		
Врачебный диагноз		
Определение программы действий (составление плана)		
Реализация действий (вмешательства)		
Оценка		

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему.

Форма текущего контроля: устная (разбор проекта (модели) разных видов и компонентов профессиональной деятельности).

Типовые практические задания:

Задание 1

Составьте психологический портрет успешного медицинского работника (фельдшера). Выделите в данном портрете составляющие профессиограммы и психограммы.

Задание 2

Составьте (разработайте) психологические рекомендации по преодолению профессионального стресса и развитию умений эмоциональной саморегуляции в профессиональной деятельности медицинского работника (фельдшера).

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;

наличие собственной личностной позиции.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

Основные характеристики мотивов профессиональной деятельности медицинских сестер группы «Профессионалы»

а) интерес к процессу труда;

б) ориентация на активный рост материального благосостояния; в) стремление к приобретению новых знаний и опыта;

г) стремление к решению новых сложных задач в процессе работы; д) ориентация на получение поддержки и покровительства.

Основные характеристики мотивов профессиональной деятельности медицинских работников группы «Альтруисты»

а) ориентация на служение обществу и помощь людям; б) экономия собственных энергетических ресурсов;

в) слабая выраженность потребности во власти;

г) ориентация на получение поддержки и покровительства; д) осознание важности и значимости выполняемой работы.

Основные характеристики мотивов профессиональной деятельности медицинских работников группы «Консерваторы»

а) стремление к экономии собственных энергетических ресурсов; б) низкая выраженность потребности в общении;

в) ориентация на активный рост материального благосостояния; г) ориентация на получение поддержки и покровительства;

д) избегание роли лидера, отсутствие стремления брать на себя ответственность

Основные характеристики мотивов профессиональной деятельности медицинских работников группы «Прагматики»

а) отсутствие стремления к бескорыстной помощи и служению людям;

б) ориентация на активный рост материального благосостояния; в) интерес к процессу труда, стремление к разнообразию в работе;

г) стремление к налаживанию взаимовыгодных связей с коллегами и начальством;

д) слабая выраженность потребности во власти.

Качества человека, необходимые ему для эффективного решения профессиональных задач

а) свойства темперамента;

б) профессионально важные качества; в) способности;

г) черты характера;

д) знания, умения и навыки.

Подструктура личности специалиста, характеризующаяся системой доминирующих потребностей и мотивов (по Э.Ф. Зеер)

а) подструктура направленности;

б) подструктура профессиональной компетентности; в) подструктура профессионально важных качеств;

г) подструктура профессионально значимых психофизиологических свойств.

Подструктура личности специалиста, характеризующаяся совокупностью профессиональных знаний, умений и навыков, а также способов выполнения профессиональной деятельности (по Э.Ф. Зеер)

а) подструктура направленности;

б) подструктура профессиональной компетентности; в) подструктура профессионально важных качеств;

г) подструктура профессионально значимых психофизиологических свойств.

Подструктура личности специалиста, характеризующаяся многофункциональностью и зависимостью от вида и рода профессиональной деятельности (по Э.Ф. Зеер)

а) подструктура направленности;
б) подструктура профессиональной компетентности; в) подструктура профессионально важных качеств;
г) подструктура профессионально значимых психофизиологических свойств.
Подструктура личности специалиста, определяющая развитие в процессе освоения деятельности тех или иных профессионально важных качеств (по Э.Ф. Зеер)

а) подструктура направленности;
б) подструктура профессиональной компетентности; в) подструктура профессионально важных качеств;
г) подструктура профессионально значимых психофизиологических свойств.

Основные профессионально важные качества профессий типа «чело- век-человек» (по Е.А. Климову)

а) творческий склад ума, способность моделировать возможные послед-ствия;
б) низкая потребность в общении с другим человеком; в) умение слушать, понимать человека;
г) гуманизм, долг, альтруизм;
д) осознание престижности выполняемой профессии.

Основные профессионально важные качества профессий типа «чело-век-человек» (по Е.А. Климову)

а) способность к сопереживанию и сочувствию другим людям; б) нервно-психическая устойчивость;
в) предпочтение узкого круга общения с близкими людьми; г) стремление к власти, управлению другими людьми;
д) отзывчивость, доброжелательность.

Противопоказания к профессии типа «человек-человек» (по Е.А. Климову)

а) дефекты речи, её невыразительность; б) замкнутость, необщительность;
в) равнодушие к людям;
г) медлительность и нерасторопность; д) все ответы верны.

Модель личности врача-клинициста включает в себя (по Б.А. Ясько) а) подструктуру социально обусловленных качеств личности;

б) подструктуру качеств профессионального опыта и профессиона- лизации;
в) подструктуру индивидуальных особенностей протекания познава- тельных процессов;
г) подструктуру нейродинамических свойств личности; д) все ответы верны.

Объединенный комплекс требований к психическим качествам и пси- хологическим свойствам личности медицинского работника а) профессиограмма;

б) должностные обязанности; в) психограмма;
г) система менеджмента качества; д) профессиональные компетенции.

Профессионально важное качество медицинского работника, умение раз- бираться в ощущениях больного, способность сопереживать больному человеку

а) внимательность;
б) личностная зрелость; в) оптимизм;
г) наблюдательность; д) эмпатия.

Профессионально важное качество медицинского работника, способ- ность принять на себя ответственность, мужество и решительность, умение преодолевать трудности в работе

а) эмоциональная устойчивость; б) личностная зрелость;
в) оптимизм;
г) наблюдательность; д) эмпатия.

Профессионально важное качество медицинского работника, высокий уровень развития слуховых, зрительных и тактильных ощущений, имеющих большое значение при совершении манипуляций с больным

а) эмоциональная устойчивость; б) личностная зрелость;
в) оптимизм;
г) наблюдательность; д) эмпатия.

Профессионально важные качества медицинского работника, необхо- димые на этапе обследования больного

а) коммуникабельность; б) хорошая память;
в) приветливость;
г) творческий склад ума; д) тепреливость.

Профессионально важные качества медицинского работника, необхо- димые на этапе постановки сестринского диагноза

а) профессиональная эрудиция; б) аккуратность;
в) творческий склад ума; г) хорошая память;
д) организаторские способности.

Профессионально важные качества медицинского работника, необхо- димые на этапах определения и реализации программы действий

а) организаторские способности;
б) стремление проникнуть в суть явлений; в) аккуратность и трудолюбие;
г) опрятность; д) оптимизм.

Тип поведения медицинского работника, проявляющийся в неискрен- ности к больному, элементах показного, искусственного поведения, аффектив- ностью, стремлением без чувства меры произвести впечатление на больного

а) практический; б) нервный;
в) материнский;
г) «тип специалиста»; д) артистический.

Тип поведения медицинского работника, характеризующийся прояв- лением нервозности в отношениях с больным, вспыльчивостью, грубостью, раздражительностью, уклонением от выполнения некоторых обязанностей

а) нервный;
б) артистический; в) практический; г) материнский;
д) мужской.

Тип поведения медицинского работника, отличающийся решительно- стью, энергичностью, самоуверенностью, требовательностью к себе и к окру- жающим, строгостью, но справедливостью в отношениях с больными

а) практический; б) мужской;
в) материнский; г) нервный;
д) «тип специалиста».

Тип поведения медицинского работника, отличающийся чрезмерной заботливостью и сочувствием вплоть до нарушений профессиональной дистан- ции в общении с пациентами

а) артистический; б) практический; в) материнский; г) мужской;
д) «тип специалиста».

Тип поведения медицинского работника, характеризующийся фана- тичной преданностью своей работе, переживанием чувства превосходства над другими коллегами, высоким профессионализмом в достаточно узкой сфере профессиональной деятельности

а) практический; б) мужской;
в) нервный;
г) «тип специалиста»; д) артистический.

Тип поведения медицинского работника, отличающийся точностью, строгостью и педантизмом, механическим выполнением своих профессиональ- ных обязанностей, выраженным равнодушием в отношениях с больными

а) практический;б) мужской;

в) нервный;

г) «тип специалиста»;д) артистический.

Интегративная характеристика многофункциональной деятельности ме-дицинского работника, показатель профессионализма и личностных качеств специалиста в свете современных требований реформы медицинского образования

а) профессионально важные качества;б) профессиональная компетентность;в) практическая компетентность;

г) профессиограмма.

Интегральное качество личности медицинского работника, характери-зующееся готовностью и способностью реализовывать совокупность сформиро-

ванных общих и профессиональных компетенций при осуществлении прак- тической медицинской деятельности в системе здравоохранения

а) профессионально важные качества;б) профессиональная компетентность;в) практическая компетентность;

г) профессиограмма.

Компонент практической компетентности медицинского работника, осознание важности подготовки к практической деятельности, профессиональ- ная направленность и интерес к практической деятельности

а) когнитивный;

б) мотивационно-целевой;в) деятельностный;

г) рефлексивно-оценочный.

Компонент практической компетентности медицинского работника, владение профессиональными знаниями, необходимыми для осуществления прак- тической деятельности

а) когнитивный;

б) мотивационно-целевой;в) деятельностный;

г) рефлексивно-оценочный.

Компонент практической компетентности медицинского работника, включающий в себя гностические, конструктивные, операционные, коммуника- тивные и организаторские умения

а) когнитивный;

б) мотивационно-целевой;в) деятельностный;

г) рефлексивно-оценочный.

Компонент практической компетентности медицинского работника, оценочное отношение к результатам собственной деятельности, самоанализ и самоконтроль

а) когнитивный;

б) мотивационно-целевой;в) деятельностный;

г) рефлексивно-оценочный.

Негативными последствиями профессиональной деформации меди-цинского работника являются

а) обеднение внутреннего мира и саморефлексии;б) психосоматические заболевания;

в) обезличенно-формальный стиль взаимоотношений с пациентами;г) деформация профессионального мышления;

д) конфликтность с коллегами.

Негативными последствиями профессиональной деформации меди-цинского работника являются

а) отказ от выполнения профессиональных обязанностей;

б) возникновение иллюзии всезнания;

в) сужение восприятия картины больного человека до картины егоболезни;

г) уход из профессии;

д) нарушение развития целостных представлений о природе и сущ-ности человека.

Эталоны ответов:

1	а,в,г	8	в	15	д	22	а	29	б
2	а,в,д	9	г	16	б	23	б	30	а
3	а,б,д	10	а,в,г	17	г	24	в	31	в
4	а,б,г	11	а,б,д	18	а,в,д	25	г	32	г
5	б	12	д	19	а,в,г	26	а	33	а,в,г
6	а	13	д	20	а,в,д	27	б	34	б,в,д
7	б	14	в	21	д	28	в		

Критерии оценки:

71-80% правильно ответвленных тестов – оценка «3» (удовлетворительно);

81-90% правильно ответвленных тестов – оценка «4» (хорошо);

91-100% правильно ответвленных тестов – оценка «5» (отлично).

МОДУЛЬ 3. ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

ТЕМА 1. ЭЛЕМЕНТЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ В ПРОФЕССИ-ОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Многоплановый характер общения: коммуникация, интеракция, перцепция.

Психология конфликта: понятие, причины, структура, стратегии поведения.

Социальная психология малых групп и коллективов. Динамическиепроцессы в малой группе.

Социальная власть в группе. Проблемы лидерства и руководства группой.

Психология межгрупповых отношений.

Социально-психологический климат лечебного учреждения: определе- ние и условия оптимизации.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил ло- гичку изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил ло- гичку изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил ар- гументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой те-мы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля: устная (решение учебных задач).

Учебные задачи:

Задача 1.

Вставьте пропущенные слова. Свой ответ обоснуйте.

Общественные отношения носят _____ характер, их сущность во взаимодействии конкретных _____ ролей.

Специфическая черта межличностных отношений - _____. Эти отношения можно рассматривать как показатель _____ группы.

Коммуникация – это акт и процесс установления _____ между субъектами взаимодействия посредством выработки общего _____ передаваемой и воспринимаемой _____.

Коммуникативный барьер – психологическое _____, возникающее на пути передачи _____ информации.

Интерактивная сторона общения – это условный термин, обозначающий характеристику тех компонентов _____, которые связаны с _____, с непосредственной организацией их _____.

Стратегия взаимодействия – совокупность _____ особенностей _____ человека в отношениях с другими людьми, проявляющихся в той или иной социальной ситуации.

Социальная перцепция – образное _____ человеком себя, других людей и социальных явлений окружающего мира.

Механизмы социальной перцепции – _____, посредством которых люди _____, понимают и оценивают другого _____.

Конфликт – открытое _____ противоположных _____, интересов, взглядов, мнений субъектов _____.

Продуктивный конфликт – касается не личностей, а порождается различием _____ на какую – либо проблему, на способы её решения.

Задача 2.

Определите вид общения.

Общение с близким человеком по телефону.

Общение преподавателя и студента на лекции.

Общение людей на митинге.

Прослушивание теле(радио)передачи.

Деловая переписка с представителем конкурирующей фирмы.

Общение членов семьи вечером за ужином.

Общение кондуктора с безбилетным пассажиром в транспорте.

Просмотр вечерних новостей по телевидению.

Задача 3.

Приведите примеры следующих типов и уровней общения.

Диалогическое межличностное общение.

Манипулятивное общение.

Фатическое общение.

Личностное общение.

Диалогическое формальное общение.

Императивное общение.

Информационное общение.

Личностное общение.

Задача 4.

Соотнесите понятия и их содержание.

Понимание субъектом своих собственных индивидуальных особенностей и того, как они проявляются во внешнем поведении; осознание того, как он воспринимается другими людьми.

Стиль подачи информации, различные приемы использования средств языка для выражения мыслей.

Стремление субъектов взаимодействия идти на взаимные уступки и реализовывать свои интересы с учетом интересов противоположной стороны.

Непонимание двух людей, говорящих на разных языках.

Отсутствие стремления к удовлетворению интересов другого человека, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей.

Постижение эмоционального состояния другого человека, понимание его эмоций, чувств и переживаний.

Непонимание смысла сказанного.

Стремление человека добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому.

Особая форма восприятия и познания другого человека, основанная на формировании по отношению к нему устойчивого позитивного чувства.

Эмоциональное состояние коммуникатора неосознанно воспринимается реципиентом настолько сильно, что его собственное психическое состояние становится тождественным психическому состоянию коммуникатора.

Качество альтернативного поведения, ориентированного на компромисс и сотрудничество как ведущие стратегии взаимодействия.

Воспринимаемый и передаваемый образ личности.

Понятия

А. Ассертивность. Б. Фонетический барьер общения. В. Имидж личности. Г. Избегание. Д. Аттракция. Е. Соперничество. Ж. Семантический барьер общения. З. Психологическое заражение. И. Компромисс. К. Эмпатия. Л. Стилистический барьер общения. М. Социальная рефлексия.

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему.

Форма текущего контроля: устная (разбор проекта (модели) разных видов и компонентов профессиональной деятельности).

Типовые практические задания:

Задание 1

Составьте развернутую социально-психологическую характеристику любой малой группы, которую вы очень хорошо знаете, с описанием интегральных психологических характеристик и всех параметров группы.

Задание 2

Подготовьте развернутую характеристику руководителя (реального, воображаемого или с использованием художественного образа), учитывая представленные в научной литературе критерии.

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;

наличие собственной личностной позиции.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

Взаимодействие двух или более людей, состоящее в обмене между ними информацией познавательного или аффективно-оценочного характера

а) отношения; б) общение; в) контакт;

г) деятельность; д) учение.

Уровень анализа категории общения, изучающий общение в масштабах времени, сопоставимых с длительностью человеческой жизни

а) макроуровень; б) мезауровень; в) микроуровень; г) миниуровень;

д) уровень онтогенеза.

Уровень анализа категории общения, изучающий общение как сменяющуюся совокупность целенаправленных логически завершаемых контактов или ситуаций взаимодействий

а) макроуровень; б) мезауровень; в) микроуровень; г) миниуровень;

д) уровень онтогенеза.

Уровень анализа категории общения, изучающий элементарные единицы общения как сопряженные акты или транзакции

- а) макроуровень; б) мезауровень; в) микроуровень; г) миниуровень;

д) уровень онтогенеза.

Основные компоненты общения а) коммуникативный;

- б) перцептивный; в) интерактивный; г) духовный;

д) соматический.

Вид общения, прямое естественное общение «лицом к лицу», когда субъекты взаимодействия находятся рядом и общаются посредством речи и паралингвистических средств

- а) опосредованное общение; б) массовое общение;
- в) непосредственное общение; г) косвенное общение;
- д) доверительное общение.

Непосредственное общение может быть а) формальным и межличностным;

- б) прямым и опосредованным; в) вынужденным и желаемым; г) деловым и доверительным; д) вербальным и невербальным.

Вид общения, множественные контакты незнакомых людей, определяющие социальные коммуникационные процессы

- а) прямое;
- б) опосредованное; в) деловое;
- г) массовое;
- д) информационное.

Массовое общение может быть

- а) формальным и межличностным; б) прямым и опосредованным;
- в) вынужденным и желаемым; г) деловым и доверительным; д) вербальным и невербальным.

Вид общения, при котором происходит сообщение особо значимой информации, решаются глубокие, интимные вопросы

- а) прямое;
- б) опосредованное;
- в) деловое; г) массовое;
- д) доверительное.

Вид общения, при котором взаимодействующие субъекты выступают не как свободные личности, а как представители тех или иных государств, социальных групп и институтов

- а) прямое;
- б) опосредованное; в) деловое;
- г) массовое;
- д) представительское.

Вид общения, общение человека с самим собой а) прямое;

- б) пролонгированное; в) деловое;
- г) массовое;
- д) информационное.

По критерию равноправия партнеров общение делится на типы а) диалогическое и монологическое;

- б) прямое и опосредованное;
- в) деловое и представительское; г) индивидуальное и массовое; д) вербальное и невербальное.

Вид монологического общения, проявляющееся в стремлении одного из общающихся доминировать над другим

- а) манипулятивное; б) императивное;
- в) пролонгированное; г) авторитарное;
- д) авторитарное.

Вид монологического общения, характеризующееся стремлением одного из общающихся использовать своего партнера в качестве объекта воздействия

- а) авторитарное; б) императивное;
- в) пролонгированное; г) манипулятивное; д) авторитарное.

Уровень общения, при котором происходит простой обмен репликами для поддержания разговора без заинтересованности во взаимодействии

- а) фатический;
- б) информационный; в) личностный;
- г) интерактивный; д) перцептивный.

Уровень общения, на котором происходит обмен интересной для собеседников новой информацией

- а) фатический;
- б) информационный; в) личностный;
- г) интерактивный; д) перцептивный.

Уровень общения, при котором субъекты способны к самому глубокому самораскрытию и постижению сущности другого человека

- а) фатический;
- б) информационный; в) личностный;
- г) интерактивный; д) перцептивный.

Вид общения, который является нормативно одобренным, жестко регламентированным и функционирующим в какой-либо сфере для решения определенных задач

- а) прямое;
- б) пролонгированное; в) информационное; г) массовое;
- д) деловое.

К основным признакам делового общения относятся а) целенаправленность;

- б) регулируемость межличностными отношениями; в) преобладание авторитарного стиля общения;
- г) регламентированность нормативными документами; д) функционально-ролевой характер.

К основным признакам делового общения относятся а) преобладание диалогических типов общения;

- б) атрибутивность;
- в) иерархичность и субординационность;
- г) преобладание коллегиальности в принятии решений;
- д) четкая структурированность способов и алгоритмов общения.

К основным признакам деловой беседы относятся а) заранее планируется;

- б) наличие большого разнообразия поставленных тем; в) направлена на достижение определенных целей;
- г) имеет информационно-эмоциональный характер;
- д) связана с необходимостью выработки определенного решения.

Фазы деловой беседы

- а) начало и передача информации; б) аргументирование;
- в) опровержение доводов собеседника;
- г) принятие решений; д) все ответы верны.

Факторы эффективности делового общения а) субъективные факторы собеседников; б) время проведения беседы;

- в) ситуационно-обстановочные факторы; г) тема беседы;
- д) количество участников беседы.

Результат деловой беседы зависит от следующих условий а) места и времени проведения беседы;

- б) количества участников беседы; в) личности собеседников;

- г) тематики беседы;
 д) техники проведения беседы.
 Тактика проведения деловой беседы включает в себя
 а) определение конкретных целей, задач и плана беседы; б) создание обстановки доверия;
 в) умение слушать и задавать вопросы; г) постановка актуальной темы беседы; д) создание имиджа собеседников.
 Открытое столкновение противоположных позиций, взглядов, мнений субъектов взаимодействия, проявляющееся в споре, где каждый стремится отстаивать свое мнение
 а) разговор;
 б) конфликтная ситуация; в) конфликт;
 г) инцидент; д) стычка.
 Структура конфликта включает в себя а) конфликтную ситуацию;
 б) объект;
 в) инцидент;
 г) конфликтогены;
 д) группу поддержки.
 Способ разрешения конфликта, ведущий к рассогласованию взаимодействия, наращиванию напряженности и росту предубежденности против партнера по общению
 а) деструктивный конфликт; б) продуктивный конфликт; в) латентный конфликт;
 г) внутриличностный конфликт; д) смещенный конфликт.
 Способ разрешения конфликта, способствующий формированию все-стороннего понимания проблемы, признания законности аргументации партнера по общению и разрешению конфликта
 а) деструктивный конфликт; б) продуктивный конфликт; в) латентный конфликт;
 г) внутриличностный конфликт; д) смещенный конфликт.
 Вид конфликта, представляющий собой столкновения взаимодействующих людей, чьи цели либо взаимно исключают друг друга и несовместимы в данной ситуации, либо противодействуют или мешают друг другу
 а) межгрупповой;
 б) внутриличностный; в) межличностный;
 г) производственный;
 д) смещенный конфликт.
 Вид конфликта, возникающий из-за противоборства групп в коллективе или социуме
 а) межгрупповой;
 б) внутриличностный; в) межличностный;
 г) производственный;
 д) смещенный конфликт.
 Вид конфликта, определяемый интериоризацией личностью разнонаправленных ценностных ориентаций в процессе воспитания и социализации
 а) межгрупповой;
 б) внутриличностный; в) межличностный;
 г) производственный;
 д) смещенный конфликт.
 Вид конфликта, при котором реальные, наиболее значительные противоречия между субъектами скрываются за внешними, незначительными противоречиями
 а) межгрупповой;
 б) внутриличностный; в) межличностный;
 г) производственный;
 д) смещенный конфликт.
 Вид конфликта, который должен был бы произойти, но не происходит, так как по тем или иным причинам он либо не осознается субъектами взаимодействия, либо скрывается ими за социально приемлемыми формами поведения
 а) межгрупповой;
 б) внутриличностный;
 в) межличностный; г) латентный;
 д) смещенный конфликт.
 Причины конфликтов в лечебном учреждении а) барьер целей;
 б) барьер правил общения; в) барьер ролей;
 г) барьер понятий и совместного владения знаниями; д) все ответы верны.
 Стратегия поведения в конфликте, заключающаяся в стремлении человека добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому, в результате чего в выигрыше остается только одна сторона
 а) сотрудничество; б) компромисс;
 в) соперничество; г) избегание;
 д) приспособление.
 Стратегия поведения в конфликте, заключающаяся в стремлении субъектов идти на взаимные уступки и реализовывать свои интересы с учетом интересов противоположной стороны
 а) сотрудничество; б) компромисс;
 в) соперничество; г) избегание;
 д) приспособление.
 Стратегия поведения в конфликте, которая позволяет партнерам по общению прийти к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон
 а) сотрудничество; б) компромисс;
 в) соперничество; г) избегание;
 д) приспособление.
 Стратегия поведения в конфликте, при которой одна сторона конфликта жертвует собственными интересами ради интересов другого человека
 а) сотрудничество; б) компромисс;
 в) соперничество; г) избегание;
 д) приспособление.
 Стратегия поведения в конфликте, предполагающая как отсутствие стремления к удовлетворению интересов другого человека, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей
 а) сотрудничество;
 б) компромисс; в) соперничество; г) избегание;
 д) приспособление.

Эталоны ответов:

1	б	10	д	19	д	28	а,б,в	37	в
2	а	11	д	20	а,г,д	29	а	38	б
3	б	12	б	21	а,в	30	б	39	а

4	в	13	а	22	а,в,д	31	в	40	д
5	а,б,в	14	б	23	д	32	а	41	г
6	в	15	г	24	а,в	33	б		
7	а	16	а	25	в,г,д	34	д		
8	г	17	б	26	а,б,в	35	г		
9	б	18	в	27	в	36	д		

Критерии оценки:

71-80% правильно отвеченных тестов – оценка «3» (удовлетворительно);

81-90% правильно отвеченных тестов – оценка «4» (хорошо);

91-100% правильно отвеченных тестов – оценка «5» (отлично).

ТЕМА 2. ДЕЛОВОЕ ОБЩЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ

Форма текущего контроля: устная (устный опрос).

Вопросы для проверки знаний:

Деловое общение в медицине: понятие, структуре, специфические особенности, этапы реализации.

Проблема информирования больного о его заболевании.

Конфликт в общении медицинского работника и больного.

Ятрогении в структуре делового общения медицинского работника с больным.

Взаимодействие медицинского работника с родственниками больного.

Паллиативная помощь. Тактика поведения медицинского работника с умирающими больными.

Критерии оценки:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;

«хорошо» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

Форма текущего контроля: устная (решение ситуационных (профессиональных) задач).

Ситуационные задачи:

Задача 1.

В кабинете онколога при очередной диспансеризации между больной А. и врачом произошел такой диалог:

Сколько вам лет?

Пятьдесят.

Есть ли у вас опухоли?

Вроде бы нет.

Странно! В вашем возрасте уже что-нибудь может быть.

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 2.

Ребёнок 5 лет боится сесть в стоматологическое кресло, с трудом открывает рот для осмотра и плачет даже при одном виде инструментов. Врач прикрикивает на него и говорит: «Если ты немедленно не успокоишься, то тебя будут лечить бормашиной – вот посмотри, как она жужжит. А если это не поможет, то тебе положат в больницу, а маму отправят домой».

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 3.

Больная К. пришла к профессору-кардиологу на консультацию по поводу кардиофобии. Профессор был на кафедральном совещании, и больную пришлось принять дежурному врачу. Вначале он долго выяснял, почему он должен заниматься с К., направленной на консультацию к профессору. Потом, ознакомившись с проведенными обследованиями и не найдя никаких опасений с точки зрения кардиологии, он с неудовлетворением отрезал: «Кардиофобия – это страх смерти от сердечного заболевания. По нашей части у вас «все чисто». Не бойтесь: «от сердца» вы не умрете. Идите к психиатру!».

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 4.

Больной П., которому две недели назад провели диагностическую биопсию из области опухоли языка, обратился к оперирующему хирургу с просьбой сообщить уточненный диагноз. Врач не нашел ничего более подходящего, чем ответить: «Идите в морг, там вам все скажут».

Пациент не знал, что хирурги обычно направляют биопсии в патолого-анатомическое отделение, и с ним случился сердечный приступ.

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 5.

Больная С. обратилась к участковому терапевту с жалобами на частые приступы одышки с хрипами и откашливанием, постоянное ощущение «комка в горле», мешающего говорить и глотать. Сделав необходимые обследования и исключив наличие терапевтической патологии, врач резко оборвал причитания больной: «Успокойтесь и перестаньте морочить мне голову! У вас просто истерические приступы, Вы – истеричка!»

Задание:

Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?

Как бы на месте врача поступили вы?

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим положениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре, сущности и объему;

наличие собственной личностной позиции.

Форма текущего контроля: устная (решение учебных задач).

Учебная задача:

Задача 1.

Установите правильную последовательность осуществления технических этапов психологического консультирования пациента медицинским работником. Заключение динамического контракта (объяснение организационных аспектов и доли ответственности клиента (пациента), коррекция нереалистических ожиданий пациента).

Завершение консультирования с предоставлением пациенту права по- вторного обращения при необходимости или назначение впоследствии поддерживающей встречи.

Совместное с клиентом (пациентом) решение проблемы.

Установление контакта.

Оказание клиенту (пациенту) эмоциональной поддержки и объяснение его проблемной ситуации.

Закрепление мотивации и способов реализации выбранного решения.

Предоставление клиенту (пациенту) возможности выговориться. Ино- гда это приводит к тому, что человек начинает лучше понимать проблему и самостоятельно находит пути для её решения.

Выбор оптимального, с точки зрения пациента, решения.

Определение регистра возможных решений проблемы (консультантпредлагает свой профессиональный и жизненный опыт только после того, как клиент (пациент) предложил 2-3 возможных решения).

Задача 2.

Установите соответствие между вариантами общения медицинского ра- ботника с больным и их характеристиками.

Варианты общения.

1. Контакт масок. 2. Прimitивное общение. 3. Формально-ролевое обще- ние. 4. Деловое общение. 5. Духовное межличностное общение. 6.

Манипуля- тивное общение.

Характеристики:

- а) подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделить- ся любой интимной проблемой каждому из участников общения;
- б) малая заинтересованность медицинского работника или больного в ре- зультатах взаимодействия, например, при проведении обязательного профилак- тического осмотра;
- в) в отдельных случаях преследует цель снижение ожиданий больного успеха от лечения в связи с избеганием медицинским работником ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья пациента;
- г) оценка другого человека как нужный или мешающий объект; если объ- ект нужен – то с ним активно вступают в контакт, если мешает – отталкивают;
- д) отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности со- беседника с использованием привычного набора выражения лица, жестов, стандартных фраз;
- е) учитывает особенности личности, характера, возраста, настроения со- беседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения;
- ж) содержание и средства общения четко регламентированы, вместо зна- ния личности собеседника обходятся знанием его социальной роли;
- з) неравное взаимодействие, когда медрabотник рассматривает проблемы больного с позиций собственных знаний;
- и) направлено на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов;
- к) редко встречается в системе «врач-больной», так как диагностическоеи лечебное взаимодействие не подразумевает глубокого интимного контакта;
- л) в отдельных случаях преследует цель демонстрации необходимости дополнительных квалифицированных воздействий со стороны медицинского работника с целью получения вознаграждения.

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим поло- жениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре,сущности и объему.

Форма текущего контроля: устная (разбор проекта (модели) разных ви- дов и компонентов профессиональной деятельности).

Практическое задание:

Составьте рекомендации для медицинских работников по взаимодей- ствию с родственниками пациентов с различными соматическими заболеваниями (хирургического профиля, терапевтического, гинекологического и т.д.).

Критерии оценки:

научный характер ответа, соответствие основным теоретическим поло- жениям;

краткость и четкость ответа;

соблюдение требований, предъявляемых к содержанию по структуре,сущности и объему;

наличие собственной личностной позиции.

Форма текущего контроля: письменная (проверка эссе).

Задание:

Напишите эссе на тему: «Паллиативная помощь и эвтаназия: быть или небыть?»

Критерии оценки:

Оценка	Описание
5	во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме эссе, выпол-нена задача заинтересовать читателя; деление текста на введение, основную часть и заключение; в основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис; заключение содержит выводы, логично вытекающие из содержания основной части; правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи; для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком; демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.

4	во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме эссе, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя; в основной части логично, связно, но недостаточно полно доказывается выдвинутый тезис; заключение содержит выводы, логично вытекающие из содержания основной части; уместно используются разнообразные средства связи; для выражения своих мыслей аспирант не пользуется упрощенно-примитивным языком.
3	во введении тезис сформулирован нечетко или не вполне соответствует теме эссе; в основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно; заключение выводы не полностью соответствуют содержанию основной части; недостаточно или, наоборот, избыточно используются средства связи; язык работы в целом не соответствует уровню студента.
2	во введении тезис отсутствует или не соответствует теме эссе; в основной части нет логичного последовательного раскрытия темы; выводы не вытекают из основной части;
	средства связи не обеспечивают связность изложения; отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение; язык работы можно оценить как «примитивный».
0	работа написана не по теме; в работе один абзац и больше позаимствован из какого-либо источника.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тестирование).

Тестовые задания:

Вид общения, который является нормативно одобренным, жестко регламентированным и функционирующим в какой-либо сфере для решения определенных задач

- а) деловое;
- б) фактическое; в) духовное;
- г) опосредованное; д) общественное.

Основные признаки делового общения) целенаправленность;

- б) неформальность;
- в) регламентированность;
- г) межличностный характер;
- д) позиционная оформленность.

Основные признаки делового общения) независимость от обстановки;

- б) функционально-ролевой характер;
- в) зависимость от возраста субъектов общения; г) атрибутивность;
- д) зависимость от групповой структуры участников общения.

Главная цель взаимодействия медицинского работника и больного) снятие болевых симптомов;

- б) оказание помощи больному;
- в) установление духовного контакта;
- г) проникновение в эмоциональные переживания больного; д) сопереживание и сочувствие больному.

Факторы, обуславливающие ожидания больного в процессе взаимодействия с медицинским работником

- а) предварительная информация о медработнике; б) репутация медучреждения;
- в) «дорога» в медицинское учреждение; г) все ответы верны.

Модель взаимодействия медицинского работника с больным, характеризующаяся пассивной ролью больного, неравной позицией по отношению к пациенту, ведущая роль медработника в осуществляемых лечебных мероприятиях

- а) руководство; б) партнерство;
- в) контрактная; г) эмпатийная; д) конфликтная.

Модель взаимодействия медицинского работника с больным, сотрудничество в вопросах лечения, разделение ответственности за результаты лечебного процесса между медперсоналом и больным

- а) руководство; б) партнерство; в) контрактная; г) эмпатийная; д) конфликтная.

Модель взаимодействия медицинского работника с больным, сотрудничество на основе взаимных обязательств, обозначенных задач, ожидаемых результатов

- а) руководство; б) партнерство; в) контрактная; г) эмпатийная; д) конфликтная.

Отношения, составляющие фундамент лечебной среды любого лечебного учреждения

- а) отношения врач – больной;
- б) отношения медицинская сестра – больной; в) отношения врач – родственники пациента; г) отношения медицинская сестра - врач;
- д) отношения врач – медицинская сестра – больной.

Взаимодействие врача и больного включает этапы) сбор анамнеза;

- б) назначение обследования;
- в) установление контакта с родственниками пациента;
- г) назначение лечения и разъяснение больному дальнейшего отношения к заболеванию;
- д) выполнение необходимых медицинских процедур.

Оптимальный вариант взаимодействия врача и пациента) установление духовного контакта;

- б) достижение оптимального терапевтического или лечебного альянса; в) выработка четких этапов оказания медицинских услуг;
- г) соблюдение больным всех предписаний и назначений врача;
- д) удовлетворение физических и психологических потребностей больного.

Возникновению у пациента сопротивления достижению терапевтического альянса способствуют

- а) нозофильная тенденция, снятие позитивного смысла болезни; б) негативное отношение родственников к лечению и врачу;
- в) резкая смена привычного образа жизни больного, игнорирование болезни;
- г) длительность лечебного процесса;
- д) наличие особой внутренней картины болезни у больного, особый адаптационный образ болезни.

Возникновению у пациента сопротивления достижению терапевтического альянса способствуют

- а) территориальная удаленность лечебного учреждения от места жительства пациента;
- б) угроза самооценке пациента;
- в) социально-культурные и образовательные разногласия врача и больного;
- г) страх потерять своего врача, остаться один на один с болезнью; д) негативная терапевтическая реакция.

Факторы, влияющие на выбор дистанции взаимодействия медицинского работника и пациента

- а) принадлежность к определенной структуре; б) место жительства пациента;
- в) социальный статус больного;
- г) стаж профессиональной деятельности медработника; д) психологические установки медработника и больного.

Факторы, влияющие на выбор дистанции взаимодействия медицинского работника и пациента

- а) профиль лечебного учреждения; б) возраст участников общения;
- в) поставленный диагноз;
- г) наличие или отсутствие психического напряжения; д) длительность оказываемых лечебных процедур.

Этап общения медицинского работника и пациента, на котором они получают представления о поведении друг друга, особенностях характера, переживаниях и дальнейших целях работы

- а) этап ориентации; б) развернутый этап; в) завершающий этап;
- г) этап сбора анамнеза;
- д) этап назначения лечения и его осуществления.

Этап общения медицинского работника и пациента, на котором формируется сотрудничество больного и медработника, направленное на достижение благоприятного результата лечебных мероприятий

- а) этап ориентации; б) развернутый этап; в) завершающий этап;
- г) этап сбора анамнеза;
- д) этап назначения лечения и его осуществления.

Этап общения медицинского работника и пациента, реализуемый при выписке больного и заключающийся в психологической подготовке родственников и близких больного к тому, как поддерживать пациента и что делать в той или иной ситуации дома

- а) этап ориентации; б) развернутый этап; в) завершающий этап;
- г) этап сбора анамнеза;
- д) этап назначения лечения и его осуществления.

Вариант общения медицинского работника и пациента, формальный контакт, слабая заинтересованность медработника или больного в результатах взаимодействия, использование привычных фраз и выражений лица, скрывающих истинное отношение друг к другу

- а) «контакт масок»;
- б) формально-ролевое общение;
- в) духовное межличностное общение; г) манипулятивное общение;
- д) примитивное общение.

Вариант общения медицинского работника и пациента, при котором другого человека оценивают как нужный или мешающий объект

- а) «контакт масок»;
- б) формально-ролевое общение;
- в) духовное межличностное общение; г) манипулятивное общение;
- д) примитивное общение.

Вариант общения медицинского работника и пациента, при котором вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли, а средства и содержание общения полностью регламентируются

- а) «контакт масок»;
- б) формально-ролевое общение; в) деловое общение;
- г) манипулятивное общение; д) примитивное общение.

Вариант общения медицинского работника и пациента, при котором проблемы больного рассматриваются медработником с позиций собственных профессиональных знаний, а личностные особенности пациента учитываются исключительно в интересах лечебного процесса

- а) «контакт масок»;
- б) формально-ролевое общение; в) деловое общение;
- г) манипулятивное общение; д) примитивное общение.

Вариант общения медицинского работника и пациента, достаточное редко встречающийся в лечебных учреждениях в силу того, что диагностическое и лечебное взаимодействие медработника и пациента не подразумевает возможности обсуждения любой интимной проблемы

- а) «контакт масок»;
- б) формально-ролевое общение; в) деловое общение;
- г) духовное межличностное общение; д) примитивное общение.

Вариант общения медицинского работника и пациента, направленное на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов (например, получение дополнительного материального вознаграждения от пациента)

- а) «контакт масок»;
- б) формально-ролевое общение; в) деловое общение;
- г) манипулятивное общение; д) примитивное общение.

Информирование больного о его заболевании имеет аспекты а) медицинский;

- б) соматический;
- в) психологический; г) интеллектуальный; д) социальный.

Основные цели информирования больного о его заболевании а) уменьшение уровня аффективных расстройств;

- б) достижение определенности пациента в своем диагнозе и заболевании;
- в) обеспечение адекватного отношения пациента к болезни; г) установление контакта с родственниками пациента;
- д) достижение терапевтического альянса.

Основные принципы информирования больного о его заболевании

- а) подробность и полнота информации обо всех сторонах болезни и лечения;
- б) вскрытие всех возможных причин возникновения данного заболевания;
- в) распределение ответственности за эффективность лечения с больным;
- г) коррекция «адаптационного образа» болезни у пациента; д) обеспечение конфиденциальности информации.

Эффект восприятия пациентом медицинского работника, при котором формирование мнения о частных свойствах и качествах медработника происходит на основе общих впечатлений о нем

- а) эффект «ореола»;
- б) эффект «авансирования»;
- в) эффект «проецирования на других собственных свойств»; г) эффект первичности;
- д) эффект предпочтительности.

Эффект восприятия пациентом медицинского работника, при котором суждения о медработнике зависят от сведений, полученных о нем в первую очередь, и определяют отношение к нему в дальнейшем

- а) эффект «ореола»;
- б) эффект «авансирования»;
- в) эффект «проецирования на других собственных свойств»; г) эффект первичности;
- д) эффект предпочтительности.

Эффект восприятия пациентом медицинского работника, при котором позитивная установка на восприятие медработника определяется такими качествами, которые имеются у самого пациента

- а) эффект «ореола»;
- б) эффект «авансирования»;
- в) эффект «проецирования на других собственных свойств»; г) эффект первичности;
- д) эффект предпочтительности.

Причина возникновения конфликта в лечебном учреждении, проявляющаяся в том, что участники взаимодействия преследуют противоположные или несоотносимые друг с другом цели лечебного процесса

- а) барьер квалификации; б) барьер правил общения; в) барьер ролей;
- г) барьер целей;
- д) барьер совместного владения знаниями.

Причина возникновения конфликта в лечебном учреждении, связанная с нарушением участниками взаимодействия общепринятых понятий, предписаний, определенных границ, в рамках которых строится общение

- а) барьер квалификации; б) барьер правил общения; в) барьер ролей;
- г) барьер целей;
- д) барьер совместного владения знаниями.

Причина возникновения конфликта в лечебном учреждении, проявляющаяся в несовпадении ролевого поведения у участников взаимодействия

- а) барьер квалификации; б) барьер правил общения; в) барьер ролей;
- г) барьер целей;
- д) барьер совместного владения знаниями.

Причина возникновения конфликта в лечебном учреждении, при которой медицинский работник использует во взаимодействии специальные термины и понятия, незнакомые пациенту

- а) барьер квалификации;
- б) барьер правил общения; в) барьер ролей;
- г) барьер целей;
- д) барьер совместного владения знаниями.

Вид конфликта в лечебном учреждении, обусловленный несовпадением ожиданий больного с реальностью, неудовлетворенностью требований и ожиданий участников взаимодействия

- а) нереалистические (беспредметные); б) реалистические (предметные);
- в) личностные;
- г) межличностные.

Вид конфликта в лечебном учреждении, имеющий целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, когда конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью

- а) нереалистические (беспредметные); б) реалистические (предметные);
- в) личностные;
- г) межличностные.

В понятие «идеальный пациент» медицинский работник включает а) малую осведомленность в медицинских вопросах;

- б) веру и отсутствие сомнений в профессионализме медработника; в) готовность беспрекословно выполнять назначения;
- г) умение четко излагать свою проблему и жалобы; д) все ответы верны.

Уровень конфликта между медицинским работником и пациентом, незначительные разногласия, разрешающиеся сами собой и не влияющие на характер и результат лечебного процесса

- а) стычки;
- б) столкновения; в) кризис;
- г) спор;
- д) пререкания.

Уровень конфликта между медицинским работником и пациентом, выражающийся в снижении удовлетворенности от общения, расширении круга причин, вызывающих споры и уменьшении желания сотрудничества

- а) стычки;
- б) столкновения; в) кризис;
- г) спор;
- д) пререкания.

Уровень конфликта между медицинским работником и пациентом, угрожающий дальнейшему продолжению взаимодействия в лечебном процессе при решении одной из сторон прервать данные отношения

- а) стычки;
- б) столкновения; в) кризис;
- г) спор;
- д) пререкания.

Профессионально важное качество медицинского работника, его способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с людьми, которая подразумевает достижения взаимопонимания между партнерами по общению, осознание ситуации и предмета общения

- а) коммуникативная компетентность; б) коммуникативная толерантность; в) эмоциональная стабильность;
- г) эмпатия;
- д) коммуникативная культура.

Профессионально важное качество в структуре коммуникативной компетентности медицинского работника, терпимость и снисходительность к пациенту, способность в процессе взаимодействия с больным оставаться в рамках профессиональной роли

- а) коммуникативная компетентность; б) коммуникативная толерантность; в) эмоциональная стабильность;
- г) эмпатия;
- д) коммуникативная культура.

Профессионально важное качество в структуре коммуникативной компетентности медицинского работника, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, сохранение контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом

- а) коммуникативная компетентность; б) коммуникативная толерантность; в) эмоциональная стабильность;
- г) эмпатия;
- д) коммуникативная культура.

Профессионально важное качество в структуре коммуникативной компетентности медицинского работника, способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию

- а) коммуникативная компетентность; б) коммуникативная толерантность; в) эмоциональная стабильность;
- г) эмпатия;
- д) коммуникативная культура.

Профессионально важное качество в структуре коммуникативной компетентности медицинского работника, личный уровень индивидуальной способности к деловому межличностному общению, готовность принимать передавать информацию на основе владения устной и письменной речью, соблюдая её нормативность, лексическое разнообразие и этику взаимодействия

- а) коммуникативная компетентность; б) коммуникативная толерантность; в) эмоциональная стабильность;
г) эмпатия;

д) коммуникативная культура.

Компонент коммуникативно-речевой культуры медицинского работника, характеризующий потребность и мотивацию к общению, осознание значимости коммуникации в жизнедеятельности, стремление к овладению коммуникативными умениями и навыками

- а) мотивационный; б) когнитивный;
в) деятельностный; г) рефлексивный; д) ценностный.

Компонент коммуникативно-речевой культуры медицинского работника, включающий в себя основы и правила вербального и невербального общения, а также опыт человечества в коммуникативной деятельности

- а) мотивационный; б) когнитивный;
в) деятельностный; г) рефлексивный;
д) информационный.

Компонент коммуникативно-речевой культуры медицинского работника, характеризующий совокупность умений и навыков коммуникативного взаимодействия, комплекс коммуникативных действий, основанных на высокой теоретической и практической готовности к межличностным контактам

- а) мотивационный; б) когнитивный;
в) деятельностный; г) рефлексивный; д) практический.

Компонент коммуникативно-речевой культуры медицинского работника, характеризующий способность к самовыражению в коммуникативном общении, готовность отбирать, передавать и получать конкретную информацию с целью влияния на партнера по общению

- а) мотивационный; б) когнитивный;
в) деятельностный; г) рефлексивный; д) аналитический.

Изменения психики человека под влиянием неправильного мнения, ошибочного высказывания врача

- а) ятрогении; б) психопатия;
в) акцентуация характера; г) копинг-поведение;
д) стратегия совладания.

Виды ятрогений) психические;

б) соматические; в) социальные;

г) поведенческие;

д) коммуникативные.

Наиболее частые причины ятрогений

- а) неправильно проводимое медицинское просвещение; б) возраст медицинского работника;
в) заострение внимания на неблагоприятных исходах операции или лечения;
г) стаж профессиональной деятельности медработника; д) высокомерное отношение к пациенту.

Наиболее частые причины ятрогений

- а) индивидуальные особенности медработника и пациента;
б) реальная или предполагаемая возможность раскрытия медицинской тайны;
в) переоценка и неправильное истолкование выявленных при осмотре изменений в организме;
г) платный характер оказываемых медицинских услуг;
д) этическая и эстетическая неприемлемость некоторых медицинских процедур.

Основные группы ошибок деятельности медицинского работника, оказывающие отрицательное влияние на пациента

- а) несоблюдение основных правил ухода за больными; б) некорректное обращение с пациентами;
в) агрессивность;
г) предоставление советов и поучения; д) все ответы верны.

Некорректное обращение медицинского работника с пациентом включает в себя

- а) демонстративное равнодушие;
б) несерьезное отношение к замечаниям и мелким жалобам пациентов; в) излишняя официальность и чрезмерная фамильярность;
г) отсутствие внимания или, наоборот, навязчивое внимание; д) все ответы верны.

Эталоны ответов:

1	а	12	а, в, д	23	г	34	д	45	д
2	а, в, д	13	б, г, д	24	г	35	б	46	а
3	б, г	14	а, в, д	25	а, д	36	а	47	б
4	б	15	б, г	26	а, в, д	37	д	48	в
5	г	16	а	27	а, в, д	38	а	49	г
6	а	17	б	28	а	39	б	50	а
7	б	18	в	29	б	40	в	51	а, б
8	в	19	а	30	в	41	а	52	а, в, д
9	а, б, д	20	д	31	г	42	б	53	б, в, д
10	а, б, г	21	б	32	б	43	в	54	д
11	б	22	в	33	в	44	г	55	д

Критерии оценки:

71-80% правильно отвеченных тестов – оценка «3» (удовлетворительно);

81-90% правильно отвеченных тестов – оценка «4» (хорошо);

91-100% правильно отвеченных тестов – оценка «5» (отлично).

ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ

Форма промежуточной успеваемости: дифференцированный зачет.

Форма проведения промежуточной аттестации: устно.

Перечень вопросов для проверки знаний:

Понятие и предмет психологии как науки.

Взаимосвязь психологии с современными науками о человеке. Отрасли психологической науки.

Методы психологических исследований.

Мозг и психика. Естественнонаучные основы понимания психики.

Понятие, основные характеристики и функции психики человека. Структура психических явлений.

Сознание и бессознательное в структуре психики человека.

Сенсорно-перцептивные процессы познания (ощущения и восприятие).
Память и воображение как познавательные процессы.
Мышление как высший познавательный процесс. Мышление и речь.
Понятие, виды и свойства внимания.
Эмоциональная сфера личности: понятие, функции, основные проявления.
Воля и волевые качества человека.
Понятие личности в психологии. Направленность личности и её формы.
Психологические структурные образования личности (самосознание, «образ Я», самооценка, уровень притязаний, Я-концепция).
Способности личности: понятие, виды и уровни развития.
Понятие, физиологические основы и свойства темперамента.
Типы темперамента, их влияние на поведение и деятельность человека.
Понятие характера. Черты характера. Акцентуации характера.
Психологические феномены и психопатологические симптомы: основные принципы разграничения.
Основные диагностические принципы альтернативы: понятие, основные характеристики и особенности проявления в диагностике и оценке психического состояния человека.
Роль социально-психологического состояния общества в оценке феноменологии клинических проявлений.
Клиническая сущность и проявления психологических феноменов и психопатологических симптомов.
Личность и болезнь. Типы личности, предрасположенные к определенным болезням.
Влияние заболеваний на психику человека и его поведение.
Понятие внутренней картины болезни. Факторы формирования внутр-ренней картины болезни.
Боль как фактор отношения к болезни. Стратегии совладения с болью.
Типы отношения к болезни.
Исторические аспекты становления профессиональной деятельности медицинского работника (фельдшера).
Мотивация в структуре личности медицинского работника.
Психологические аспекты профессиональной деятельности фельдшера.
Профессиональный стресс и синдром эмоционального выгорания у медицинского работника.
Многоплановый характер общения: коммуникация, интеракция, перцепция.
Психология конфликта: понятие, причины, структура, стратегии поведения. Конфликт в общении медицинского работника и больного.
Социальная психология малых групп и коллективов. Динамические процессы в малой группе.
Социальная власть в группе. Проблемы лидерства и руководства группой.
Психология межгрупповых отношений.
Социально-психологический климат лечебного учреждения: определение и условия оптимизации.
Деловое общение в медицине: понятие, структура, специфические особенности, этапы реализации.
Проблема информирования больного о его заболевании.
Ятрогении в структуре делового общения медицинского работника с больным.
Взаимодействие медицинского работника с родственниками больного.
Паллиативная помощь. Тактика поведения медицинского работника с умирающими больными.
Перечень типовых учебных и ситуационных задач для проверки умений

Задача 1.

В кабинете онколога при очередной диспансеризации между больной А. и врачом произошел такой диалог:

Сколько вам лет?

Пятьдесят.

Есть ли у вас опухоли? - Вроде бы нет.

Странно! В вашем возрасте уже что-нибудь может быть.

Задание: 1. Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач? 2. Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 2.

Ребёнок 5 лет боится сесть в стоматологическое кресло, с трудом открывает рот для осмотра и плачет даже при одном виде инструментов. Врач крикливо на него и говорит: «Если ты немедленно не успокоишься, то тебя будут лечить бормашиной – вот посмотри, как она жужжит. А если это не поможет, то тебе положат в больницу, а маму отправят домой».

Задание: 1. Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач? 2. Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 3.

Больная К. пришла к профессору-кардиологу на консультацию по поводу кардиофобии. Профессор был на кафедральном совещании, и больную пришлось принять дежурному врачу. Вначале он долго выяснял, почему он должен заниматься с К., направленной на консультацию к профессору. Потом, ознакомившись с проведенными обследованиями и не найдя никаких опасений с точки зрения кардиологии, он с неудовлетворением отрезал: «Кардиофобия – это страх смерти от сердечного заболевания. По нашей части у вас «все чисто». Не бойтесь: «от сердца» вы не умрете. Идите к психиатру!».

Задание: 1. Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач? 2. Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 4.

Больной П., которому две недели назад провели диагностическую биопсию из области опухоли языка, обратился к оперирующему хирургу с просьбой сообщить уточненный диагноз. Врач не нашел ничего более подходящего, чем ответить: «Идите в морг, там вам все скажут». Пациент не знал, что хирурги обычно направляют биопсии в патологоанатомическое отделение, и с ним случился сердечный приступ.

Задание: 1. Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач? 2. Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 5.

Больная С. обратилась к участковому терапевту с жалобами на частые приступы одышки с хрипами и откашливанием, постоянное ощущение «комка в горле», мешающего говорить и глотать. Сделав необходимые обследования и исключив наличие терапевтической патологии, врач резко оборвал причитания

больной: «Успокойтесь и перестаньте морочить мне голову! У вас просто истерические приступы, Вы – истеричка!»

Задание: 1. Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач? 2. Как бы на месте врача поступили вы?

Задача 6.

Проверьте, всё ли правильно в приведённом отрывке. Нет ли в тексте ошибок? Если попытаться кратко выразить суть различий между характером, темпераментом и личностью, то можно сказать, что свойства темперамента отражают то, почему человек действует определённым образом, черты характера

что именно он делает, а качества личности – то, как он это делает.

Задача 7.

Подготовьте развернутую характеристику руководителя (реального, воображаемого или с использованием художественного образа), учитывая представленные в научной литературе критерии.

Задача 8.

Пациентка 56 лет вызывает скорую помощь не реже двух раз в неделю по поводу резкого повышения АД (которое она определяет по самочувствию). В момент осмотра повышение АД фиксируется не всегда. При разговоре с врачом выглядит взволнованной, многословно описывает свое состояние, пристально смотрит в лицо врачу. Из беседы выясняется, что пациентка недавно вышла на пенсию, её дочь в связи с замужеством стала проживать отдельно от неё.

Задание: 1. Определите тип отношения к болезни. 2. Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 9.

Молодой человек 18 лет обратился в косметологический центр по поводу незначительного кожного дефекта на носу – следа перенесенного в детстве абсцесса. Пациент недоволен своей внешностью, считает, что она мешает ему общаться, сосредоточиться на учебе. Хирурги отказываются делать пластическую операцию, поскольку дефект совсем незначителен. Во время беседы пациент несколько суетлив, говорит тихим голосом, внимательно смотрит на врача, эмоционально реагирует на его высказывания. Услышав мнение хирурга, заметно расстраивается, но не настаивает на операции.

Задание: 1. Определите тип отношения к болезни. 2. Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 10.

Пациент 68 лет, работающий пенсионер, имеющий семью, находится в глазном отделении с диагнозом глаукома левого глаза. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический и постинфарктный склероз. Себя считает спокойным, добродушным, с устойчивым настроением. За свою жизнь дважды обращался к врачам: сыпной тиф в 19 лет и инфаркт в 62 года. К здоровью всегда относился достаточно беспечно. Настоящее обращение к врачам связано с ощущением неловкости, периодическим потемнением в глазах, ухудшением зрения. Свое заболевание расценивает как легкое, не грозящее серьезными последствиями. При разъяснении врачами всей серьезности заболевания и необходимости продолжительного лечения вначале соглашается с доводами врачей регулярно лечиться. Через несколько дней вновь начинает считать свое заболевание несерьезным, пропускает лечебные процедуры. В общем рисунке поведения и высказываний прослеживается добродушный фон настроения.

Задание: 1. Определите тип отношения к болезни. 2. Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 11.

Пациент 45 лет, по специальности врач-рентгенолог, у которого недавно диагностирована эпилепсия (травматического генеза), отказывается принимать лекарственные препараты и считает свое заболевание временным недомоганием, не требующим лечения. В разговоре с врачом обстоятелен, подробно рассказывает о своей жизни, работе. Говорит, что обычно берет на себя всю работу, связанную с анализом данных и оформлением документации, так как это требует внимания и терпения и ему всегда это удавалось. Любит проводить время дома и на даче, мастера что-то полезное. Себя характеризует как человека в целом уравновешенного, однако склонного подолгу переживать неприятное. Хочет вернуться в привычную обстановку – домой и к работе.

Задание: 1. Определите тип отношения к болезни. 2. Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 12.

Пациент 40 лет, водитель, пришел на прием к стоматологу с острой болью (без записи). Спокойно ожидал, когда у врача будет возможность его принять. Коротко сообщил жалобы, не вдаваясь в подробности и объяснения. На вопросы врача отвечал скупой. Терпеливо перенес медицинские процедуры и, выслушав рекомендации, удалился.

Задание: 1. Определите тип отношения к болезни. 2. Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 13.

Больной К. общительный, разговорчивый, любит быть на виду, оптимист, поверхностен, артистичен, стремится завладеть вниманием окружающих, вызывает напоказ свои страдания и переживания.

Задание: 1. Определите тип отношения к болезни. 2. Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 14.

Из воспоминаний врача: «Как и многие студенты, я во время учебы, иногда ночами дежурил в горбольнице медбратам. Обычно мне удавалось ладить с больными, и отношения у нас были самые сердечные. Все же на очередном дежурстве у меня возник конфликт с больной, которая требовала сделать ей инъекцию лекарства, не назначенного врачом. Я не смог убедить больную в неправомерности её просьбы, и она нагрубила мне. Утром, как обычно, я подошел к ней, чтобы сделать инъекцию назначенного врачом лекарства. Во время укола больная резко вскрикнула: «Что вы делаете? Решили отомстить мне?». Я был шокирован. Я и думать забыл о случившемся вечером, и у меня, конечно, и в мыслях не было ничего подобного».

Задание: 1. Определите тип отношения к болезни. 2. Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 15.

Женщине 45 лет. Она узнала, что у неё сахарный диабет. Врач назначил дополнительное обследование, чтобы уточнить схему лечения. Но больная стала безразлична к своей дальнейшей судьбе, не хочет обследоваться и лечиться. Потеряла интерес к своим прежним увлечениям, перестала общаться с подругами. Посещает врача только при настойчивых уговорах и в сопровождении дочери. На приеме ведет себя пассивно, безучастно.

Задание: 1. Определите тип отношения к болезни. 2. Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 16.

У больного 36 лет, страдающего хроническим гастритом, которому назначено эндоскопическое обследование, вызывает опасение, что при зондировании часть эндоскопа может остаться в желудке. Настаивает на том, чтобы его направили на консультацию к известному зарубежному специалисту, о приезде которого в страну он узнал из телепередачи. Тревога перед исследованием несколько уменьшилась после того, как ему навстречу попалась уборщица с полным ведром.

Задание: 1. Определите тип отношения к болезни. 2. Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 17.

Больной В., страдающий хронической почечной недостаточностью и находящийся на лечении в отделении экстракорпорального гемодиализа, нарушает питьевой режим, заявляя, что это на его состояние не влияет. Употребляет домашние спиртовые настойки, ссылаясь на то, что «его дед пил и 90 лет дожил». Между сеансами гемодиализа занимается тяжелой физической работой дома.

Задание: 1. Определите тип отношения к болезни. 2. Как Вы думаете, под влиянием каких факторов мог сформироваться данный тип?

Задача 18.

Составьте психологический портрет успешного медицинского работника (фельдшера). Выделите в данном портрете составляющие профессиограммы и психограммы.

Задача 19.

Составьте (разработайте) психологические рекомендации по преодолению профессионального стресса и развитию умений эмоциональной саморегуляции в профессиональной деятельности медицинского работника (фельдшера).

Задача 20.

Составьте рекомендации для медицинских работников по взаимодействию с родственниками пациентов с различными соматическими заболеваниями (хирургического профиля, терапевтического, гинекологического и т.д.).

Критерии оценки:

Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал курса, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с профессиональной практикой, свободно справляется с поставленными задачами и вопросами, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

Оценка «хорошо» также выставляется студенту, если он твердо знает материал курса, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если студент не владеет основными понятиями курса, имеет фрагментарные знания по предмету, не может сопоставить различные подходы, обобщить материал, сформулировать выводы. Допускает ошибки в пояснении теоретических положений, затрудняется в установлении связи между теорией и практикой профессиональной деятельности, излагает материал без иллюстрирования примерами и нелогично.

Таблица соответствия оценочных средств образовательным результатам

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
-----------------------------	--------------------------------

Знания	
Знание 1: основные задачи и методы психологии	Вопрос 1, 2, 3
Знание 2: психические процессы и состояния	Вопрос 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Знание 3: структуру личности	Вопрос 13, 14, 15, 16, 17, 18
Знание 4: пути социальной адаптации и мотивации личности	Вопрос 13, 23, 29, 30
Знание 5: основы психосоматики (со-матический больной, внутренняя картина болезни, пограничные расстройства)	Вопрос 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
Знание 6: психология медицинского работника	Вопрос 28, 29, 30, 31
Знание 7: этапы профессиональной адаптации	Вопрос 29, 30, 31
Знание 8: принципы профилактики эмоционального «выгорания» специа- листа	Вопрос 11, 30, 31
Знание 9: аспекты семейной психологии	Вопрос 2, 25, 41, 42
Знание 10: психологические основы ухода за умирающим	Вопрос 39, 42
Знание 11: определение понятий «пси-хогиена», «психопрофилактика» и «психотерапия»	Вопрос 2, 31, 38, 42
Знание 12: особенности психических процессов у здорового и больного человека	Вопрос 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
Знание 13: функции и средства общения	Вопрос 32, 33, 34, 35, 36, 37
Знание 14: закономерности общения	Вопрос 32, 33, 34, 35, 36, 37
Знание 15: приемы психологической саморегуляции	Вопрос 11, 30, 31
Знание 16: основы делового общения	Вопрос 37, 38, 39, 40, 41, 42
Умения	
Умение 1: использовать средства общения в психотерапевтических целях	Задача 1, 2, 3, 4, 5, 20
Умение 2: давать психологическую оценку личности	Задача 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18
Умение 3: применять приемы психологической саморегуляции	Задача 18, 19, 20

15. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ»

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА»
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.02.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет
Форма проведения: устно

Общетеоретические вопросы

Предмет и содержание анатомии и физиологии, их место в системе подготовки фельдшеров. Основные направления анатомической и физиологических наук и их задачи.

Методы анатомического исследования (прижизненные и посмертные).

История анатомии в странах Древнего мира (Гиппократ, Аристотель, Гален и др.). Значение трудов Галена, в эпоху средних веков и Возрождения (Ибн-Сина, Леонардо да Винчи, Везалий, Сервет, Гарвей, Мальпиги и др.). Значение трудов Везалия и Гарвея.

История анатомии в России XVIII и XIX веков (Пётр I, М.И. Шейн, А.П. Протасов, А.М. Шумлянский, И.В. Буяльский, Н.И. Пирогов, В.А. Бец, П.Ф. Лесгафт, М.Н. Максимович-Амбодик, П.А. Загорский).

Выдающиеся российские анатомы XX века (В.П. Воробьев, В.Н. Тонков, В.Н. Шевкуненко, Г.М. Иосифов, Д.А. Жданов, В.В. Куприянов).

Общий план развития костей. Классификация костей. Развитие костей туловища.

Общий план развития скелета верхних и нижних конечностей. Основные аномалии. Отделы трубчатых костей. Рентгеновское изображение трубчатых костей.

Общий план развития лицевого черепа. Видовые особенности черепа человека.

Общий план развития мозгового черепа. Череп новорожденного. Индивидуальные особенности черепа.

Общий план развития скелетных мышц туловища и конечностей. Особенности развития мускулатуры головы, шеи и диафрагмы.

Общий план развития ротовой полости (первичной и окончательной). Основные аномалии.

Начальные этапы развития пищеварительной системы. Развитие языка, глотки, пищевода, желудка. Основные аномалии.

Общий план развития тонкой и толстой кишки, печени, поджелудочной железы и селезенки.

Общий план развития органов дыхательной системы. Основные аномалии.

Общий план развития почек (стадии предпочки и первичной почки).

Общий план развития органов мочевой системы (образование окончательной почки, мочеточников, мочевого пузыря). Основные аномалии.

Общий план развития внутренних мужских половых органов. Основные аномалии.

Общий план развития внутренних женских половых органов. Основные аномалии.

Общий план развития мужских и женских наружных половых органов. Основные аномалии.

Общая характеристика кругов кровообращения (основные сосуды и их связь с камерами сердца, функция). Закономерности распределения артерий в полых и паренхиматозных органах. Понятие о «чудесных сетях». М. Сервет, В. Гарвей.

Понятие о внутри- и межсистемных анастомозах. Портокавальные и кавакавальные анастомозы.

Общий план развития сердечно-сосудистой системы. Основные аномалии.

Общий план развития лимфатической системы.

Общий план развития головного мозга. Основные аномалии.

Общий план развития спинного мозга, его оболочек и спинномозговых нервов.

Общий план развития органа зрения. Основные аномалии.

Общий план развития органа слуха и равновесия. Основные аномалии.

Анатомия опорно-двигательного аппарата

Позвонки (виды и особенности их строения, крестец).

Соединения позвонков. Атлантозатылочный и атлантоосевой суставы (строение, виды движений, вспомогательные элементы). Позвоночный столб в целом.

Наружное и внутреннее основание черепа (отделы, сообщения и их содержимое). Височная и подвисочная ямки.

Кости лицевого черепа, их строение.

Кости мозгового черепа. Височная кость, каналы височной кости.

Кости мозгового черепа. Лобная, затылочная, теменная, основная кости.

Глазница (стенки, сообщения и содержимое). Крыловидно-небная ямка (стенки, сообщения и содержимое).

Кости плечевого пояса и свободного отдела верхней конечности.

Ребра, грудина. Соединения ребер.

Грудная клетка в целом. Главные дыхательные мышцы, их кровоснабжение и иннервация. Рентгеновское изображение грудной клетки.

Классификация соединений костей. Непрерывные соединения (виды, примеры). Полусуставы.

Общие данные о строении сустава. Классификация суставов. Виды движения в суставах. Рентгеновское изображение суставов. П.Ф. Лесгафт.

Плечевой сустав (строение, виды движений, вспомогательные элементы, кровоснабжение и иннервация).

Локтевой сустав (строение, виды движений, вспомогательные элементы, кровоснабжение, лимфоотток и иннервация).

Лучезапястный сустав и суставы кисти (строение и виды движений, вспомогательные элементы, кровоснабжение, иннервация).

Кости нижней конечности и таза.

Соединения костей таза. Таз в целом. Размеры женского таза.

Тазобедренный сустав (строение, виды движений, вспомогательные элементы, кровоснабжение, иннервация).

Коленный сустав (строение, виды движений, вспомогательные элементы, сумки, кровоснабжение, иннервация).

Кости голени и стопы, их соединения, суставы, связки.

Суставы Шопара и Лисфранка. Своды стопы, их пассивные и активные «затяжки». Опорные точки стопы.

Голеностопный сустав (строение, виды движений, вспомогательные элементы, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация).

Вспомогательный аппарат скелетных мышц (фасции, синовиальные влагалища, слизистые сумки, сесамовидные кости, блоки). Синовиальные влагалища ладони.

Мимические и жевательные мышцы (строение, функции, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация).

Мышцы шеи, их функция, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация.

Мышцы спины и груди (классификация, функция, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация).

Диафрагма (части, отверстия и их содержимое, слабые места, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).

Мышцы живота (функция, кровоснабжение, лимфоотток и иннервация). Влагалище прямой мышцы живота. Белая линия живота.

Паховый канал (стенки, кольца, содержимое). Другие слабые места передней брюшной стенки.

Мышцы плечевого пояса и плеча (группы, функции, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация).

Мышцы предплечья (группы мышц и их состав, функция). Топография предплечья. Групповая иннервация, кровоснабжение, лимфоотток мышц предплечья.

Мышцы кисти (группы, функции, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация). Каналы и синовиальные влагалища кисти.

Мышцы таза, их кровоснабжение, лимфоотток, иннервация. Топография таза и ягодичной области.

Мышцы бедра (группы, состав, кровоснабжение, лимфоотток и иннервация). Топография бедра, борозды, приводящий канал.

Мышцы голени и стопы (группы, состав, функции, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация).

Анатомия внутренних органов

Ротовая полость (стенки и сообщения). Язык (строение, слизистая оболочка, мышцы, кровоснабжение, иннервация и лимфоотток).

Мягкое небо (строение, мышцы, кровоснабжение, иннервация). Границы зева.

Зубы (виды, строение, формула, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация). Молочные зубы.

Крупные слюнные железы: околоушная, подъязычная, поднижнечелюстная. Строение, топография выводных протоков, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация.

Глотка (отделы, сообщения, топография, слои стенки, мышцы, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация). Лимфоидное кольцо Пирогова.

Пищевод, его отделы, внешний вид, строение стенки, топография. Кровоснабжение пищевода, иннервация, региональные лимфатические узлы.

Желудок - внешний вид, покрытие брюшиной, строение стенки, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток.

12-ти перстная кишка (топография, отделы, слои стенки, отношение ее к брюшине, связь с протоками пищеварительных желез, кровоснабжение и иннервация, лимфоотток).

Тонкая кишка (отделы, топография, отношение к брюшине, строение стенки, кровоснабжение, иннервация, региональные лимфатические узлы).

Толстая кишка (отделы, топография, отношение к брюшине, строение стенки, признаки толстой кишки, кровоснабжение, лимфоотток, региональные лимфатические узлы, иннервация).

Слепая кишка (строение, топография, отношение к брюшине, червеобразный отросток и варианты его положения, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация).

Прямая кишка (топография, отделы, строение стенки, сфинктеры, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация). Отношение к брюшине.

Печень (внешнее строение, внутреннее строение, топография, отношение к брюшине, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация). Желчный пузырь и желчевыносящие пути.

Поджелудочная железа (строение, топография, протоки, кровоснабжение, иннервация и региональные лимфатические узлы).

Носовая полость (стенки, носовые ходы и их сообщения с околоносовыми пазухами, кровоснабжение и иннервация).

Гортань (топография, хрящи, соединения, мышцы, отделы полости гортани, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток и региональные лимфатические узлы).

Трахея и бронхи (строение, топография, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация). Бронхиальное дерево.

Легкие. Внешнее строение, состав и топография корней легких, границы, структурные единицы легкого, альвеолярное дерево. Кровоснабжение, иннервация, лимфоотток и региональные лимфатические узлы. Рентгеновское изображение легких.

Серозные оболочки и полости (общая характеристика). Серозные оболочки грудной клетки - плевра и перикард (строение и топография, кровоснабжение и иннервация). Границы плевры.

Понятие средостения: отделы, органы средостения, их топография.

Почки (внешний вид и внутреннее строение, топография, оболочки почки, фиксирующий аппарат, кровоснабжение, иннервация, региональные лимфатические узлы). Нефрон.

Мочеточники, мочевого пузыря (внешний вид, строение стенок, топография, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация). Рентгеновское изображение мочеточников и мочевого пузыря. Женский мочеиспускательный канал (топография, сфинктеры).

Яичко и его придаток (внешний вид, внутреннее строение, семявыносящие пути, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация). Оболочки яичка, семенной канатик.

Мужской мочеиспускательный канал (части, сообщения, сфинктеры). Предстательная железа и семенные пузырьки (строение, места открытия протоков). Мужские наружные половые органы.

Придатки матки (строение, топография, отношение к брюшине, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация).

Матка и влагалище (внешний вид, положение, строение стенок, полостей, топография, отношение к брюшине, кровоснабжение, иннервация, региональные лимфатические узлы). Фиксирующий аппарат матки.

Наружные женские половые органы (строение, кровоснабжение, иннервация).

Промежность (мышцы, отделы, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация).

Анатомия эндокринных желез

Классификация желез секреции, Бранхиогенные железы (строение, топография, кровоснабжение, иннервация).

Экто- и мезодермальные железы внутренней секреции, (строение, топография, кровоснабжение, иннервация).

Нейрогенная группа и железы адреналовой системы (строение, топография, кровоснабжение, иннервация).

Анатомия центральной нервной системы

Общие данные о строении нервной системы (нейрон, их виды, ядра, ганглии, нервы, их внутриствольное строение). Рефлекторные дуги соматического и вегетативного рефлексов.

Спинной мозг (внешний вид, понятие сегмента спинного мозга, функция, топография серого и белого вещества, кровоснабжение). Оболочки спинного мозга, межоболочечные пространства.

Продолговатый мозг (внешнее строение, топография серого и белого вещества). Медиальная петля и её состав.

Собственно задний мозг (части, их внешнее строение, функция, топография серого и белого вещества).

Ромбовидный мозг. Ромбовидная ямка (границы, проекция ядер черепных нервов).

IV желудочек головного мозга (стенки, сообщения).

Источники и пути оттока цереброспинальной жидкости.

Средний мозг (внешнее строение, функция, топография серого и белого вещества). Латеральная петля.

Ствол мозга (состав, топография серого и белого вещества). Ретикулярная формация (строение, локализация, связи, функция).

Промежуточный мозг (отделы и их состав). Функциональная характеристика. III желудочек, его стенки, сообщения.

Базальные ядра (понятие о стриопаллидарной системе). Функциональная характеристика базальных ядер.

Белое вещество полушарий (комиссуральные, ассоциативные и проекционные волокна). Внутренняя капсула и топография путей ее составляющих.

Основные борозды и извилины больших полушарий головного мозга. Локализация центров I и II сигнальных систем.

Обонятельный мозг (центральный и периферический отделы). Понятие о лимбической системе.

Бочковые желудочки головного мозга (стенки, сообщения). Источники и пути оттока цереброспинальной жидкости.

Сознательные двигательные пути (пирамидные).

Экстрапирамидная система.

Проводящие пути проприоцептивную чувствительности (сознательные и бессознательные).

Проводящие пути экстероцептивной чувствительности (болевой, температурной, тактильной).

Оболочки головного мозга. Межоболочечные пространства. Синусы твердой мозговой оболочки, пути оттока венозной крови из полости черепа.

Циркуляция цереброспинальной жидкости.

Анатомия органов чувств

Наружное и среднее ухо (строение, кровоснабжение и иннервация).

Внутреннее ухо (лабиринт, его отделы, перилимфатическое и эндолимфатическое пространства).

Орган зрения (оболочки глазного яблока, преломляющие среды). Камеры глаза и циркуляция водянистой влаги.

Вспомогательный аппарат глазного яблока (мышцы, веки, слезный аппарат, конъюнктивы). Их кровоснабжение и иннервация).

Анатомия периферической нервной системы

Спинномозговой нерв и его ветви. Формирование сплетений. Задние ветви спинномозговых нервов и области их распределения.

Шейное сплетение (сложение, топография, ветви и области иннервации). Грудные спинномозговые нервы (ветви и области иннервации).

Надключичная часть плечевого сплетения (короткие ветви, их зоны иннервации).

Срединный и мышечно-кожный нервы. Иннервация кожи верхней конечности.

Лучевой и локтевой нервы (топография, ветви и области иннервации).

Поясничное сплетение (источники формирования, ветви и области иннервации).

Крестцовое сплетение (сложение, топография, ветви, области иннервации).

Седалищный нерв (ход, ветви, области иннервации). Групповая иннервация мышц голени и стопы.

Большеберцовый и общий малоберцовые нервы (топография, ветви, области иннервации).

I пара черепных нервов. Обонятельный проводящий путь.

II пара черепных нервов. Зрительный проводящий путь. Дуга зрачкового рефлекса.

III, IV, VI пары черепных нервов (глазодвигательная функция).

V пара черепных нервов (ядра, функциональный состав волокон, топография, сложение, ветви и области иннервации).

VII пара черепных нервов (лицевой и промежуточный нервы, функциональный состав проводников, ядра, топография ветвей, области иннервации).

VIII пара черепных нервов. Слуховой проводящий путь.

IX пара черепных нервов (ядра, функциональный состав, топография, ветви, области иннервации).

X пара черепных нервов (ядра, функциональный состав волокон, топография, отделы, ветви и области иннервации).
 XI и XII пары черепных нервов (ядра, функциональный состав, топография, ветви, области иннервации).
 Вегетативная часть нервной системы, ее деление и характеристика отделов, высшие вегетативные центры. Рефлекторная дуга вегетативного рефлекса.
 Парасимпатический отдел вегетативной нервной системы (центры, периферическая часть). Связь с черепными и спинномозговыми нервами.
 Симпатический отдел вегетативной нервной системы (центры, периферическая часть). Связь со спинномозговыми нервами, принципы симпатической иннервации органов шеи, грудной клетки, брюшной полости.
 Симпатический ствол, топография, узлы, ветви, области иннервации.
 Вегетативное сплетение брюшной аорты (источники формирования, узлы, отделы, ветви и зоны иннервации).
 Анатомия кровеносных и лимфатических сосудов
 Общий план строения артериального русла, закономерности хода и распределения сосудов, варианты ветвления. Внутри- и межсистемные анастомозы и понятие о коллатеральном кровотоке, микроциркуляторное русло.
 Круги кровообращения. Сердце (внешний вид, топография). Кровоснабжение и иннервация сердца Рентгеноанатомия сердца.
 Камеры и перегородки сердца, их строение. Клапанный аппарат.
 Слои стенки сердца. Особенности строения миокарда предсердий и желудочков. Проводящая система сердца. Артерии и вены сердца.
 Аорта и ее отделы. Ветви дуги аорты и ее грудного отдела.
 Париеальные и висцеральные ветви брюшной аорты, зоны их кровоснабжения, анастомозы.
 Общая, наружная и внутренняя подвздошные артерии (топография, ветви, зоны кровоснабжения, анастомозы).
 Наружная сонная артерия (ветви и области кровоснабжения, анастомозы).
 Внутренняя сонная артерия, топография, ее ветви и области кровоснабжения. Кровоснабжение головного мозга (Виллизиев круг).
 Подключичная артерия (топография, ветви, области кровоснабжения, анастомозы).
 Подмышечная и плечевая артерии (отделы, ветви, зоны кровоснабжения, анастомозы). Кровоснабжение плечевого сустава.
 Лучевая и локтевая артерии. Кровоснабжение локтевого и лучезапястного суставов. Артериальная система кисти (ладонные дуги, источники формирования и ветви).
 Бедренная артерия (топография, ветви, области кровоснабжения). Кровоснабжение тазобедренного сустава.
 Подколенная артерия, артерии голени и стопы (топография, ветви, области кровоснабжения). Кровоснабжение коленного сустава.
 Система верхней полой вены (сложение, притоки и области дренирования). Непарная и полунепарная вены.
 Система нижней полой вены (сложение, притоки, области дренирования). Кавакавальные анастомозы.
 Воротная вена (источники формирования). Портокаваальные анастомозы.
 Венозные синусы твердой мозговой оболочки. Диплоэтические вены. Венозные выпускники. Внутренняя яремная вена и другие крупные вены шеи, их притоки и анастомозы.
 Вены верхних и нижних конечностей (поверхностные и глубокие).
 Кровообращение плода и изменения в сердечно-сосудистой системе после рождения. Основные аномалии.
 Общий план строения лимфатической системы (капилляры, сосуды, коллекторы, стволы, притоки, лимфатические узлы). Развитие лимфатической системы. Лимфоотток от молочной железы.
 Грудной и правый лимфатические протоки (сложение, топография, притоки, области дренирования).
 Лимфатическая система (сосуды и узлы) верхней и нижней конечностей.

Органы лимфоидной системы

Классификация органов лимфоидной системы. Первичные органы лимфоидной системы (костный мозг, вилочковая железа), их строение, развитие, кровоснабжение.
 Периферические органы лимфоидной системы (состав, строение, топография).
 Селезенка (строение, топография, кровоснабжение и иннервация).

ПЕРЕЧЕНЬ ОБРАЗОВАНИЙ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ АТТЕСТАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ НА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ЗАЧЕТЕ

Краниология

1. Рваное отверстие.
2. Крылонебная ямка.
3. Верхняя глазничная щель.
4. Канал подъязычного нерва
5. Круглое отверстие.
6. Мыщелковый канал.
7. Сонный канал.
8. Подглазничный канал.
9. Нижняя глазничная щель.
10. Канал зрительного нерва.
11. Овальное отверстие.
12. Яремное отверстие.

Миология

13. Собственно жевательная мышца.
14. Грудно-ключично-сосцевидная мышца.
15. Передняя лестничная мышца.
16. Малая грудная мышца.
17. Диафрагма.
18. Наружная косая мышца живота.
19. Паховый канал.
20. Четырехстороннее отверстие.
21. Трехстороннее отверстие.
22. Клювоплечевая мышца.
23. Плечевая мышца.
24. Локтевая ямка и ее границы.
25. Поверхностный сгибатель пальцев.
26. Глубокий сгибатель пальцев.
27. Канал лучевого нерва.
28. Лучевой сгибатель запястья.
29. Короткий лучевой разгибатель запястья.
30. Квадратный пронатор.
31. Круглый пронатор
32. Запястный канал.
33. Локтевой запястный канал.
34. Большая поясничная мышца.

35. Запирательный канал.
36. Большая приводящая мышца.
37. Портняжная мышца.
38. Гребешковая мышца.
39. Приводящий канал.
40. Двуглавая мышца бедра.
41. Полусухожильная мышца.
42. Бедренный треугольник.
43. Трехглавая мышца голени.
44. Длинная малоберцовая мышца.
45. Длинный разгибатель большого пальца стопы.
46. Глубокое бедренное кольцо
47. Большая грудная мышца
48. Поверхностное паховое кольцо
49. Локтевой сгибатель запястья
50. Двуглавая мышца плеча

Спланхнология

51. Поднижнечелюстная слюнная железа.
52. Околоушная слюнная железа.
53. Сальниковое отверстие.
54. Щитовидная железа.
55. Реберно-диафрагмальный синус плевры.
56. Брюшной отдел пищевода.
57. Желудок.
58. Малая кривизна желудка
59. Поджелудочная железа.
60. 12-ти перстная кишка.
61. Селезенка.
62. Ворота печени.
63. Левая доля печени.
64. Желчный пузырь.
65. Общий желчный проток.
66. Тонкая кишка.
67. Общий печеночный проток.
68. Правая почка и мочеточник.
69. Левая почка и мочеточник.
70. Илеоцекальный угол.
71. Восходящая ободочная кишка.
72. Поперечная ободочная кишка.
73. Нисходящая ободочная кишка.
74. Слепая кишка.
75. Червеобразный отросток.
76. Сигмовидная кишка.
77. Прямая кишка.
78. Яичники (или семенной канатик).
79. Прямокишечно-пузырное углубление (или прямокишечно-маточное).
80. Большой сальник
81. Мочевой пузырь

Ангиология

82. Лицевая артерия.
83. Верхнечелюстная артерия.
84. Язычная артерия.
85. Внутренняя сонная артерия.
86. Верхняя щитовидная артерия.
87. Внутренняя яремная вена.
88. Верхняя полая вена.
89. Грудная аорта.
90. Лёгочный ствол.
91. Щит шейный ствол.
92. Непарная вена.
93. Воротная вена.
94. Задняя огибающая плечо артерия.
95. Огибающая лопатку артерия.
96. Глубокая артерия плеча.
97. Коллатеральные локтевые артерии.
98. Локтевая артерия.
99. Лучевая артерия.
100. Плечевая вена.
101. Головная вена.
102. Глубокая бедренная артерия.
103. Латеральная огибающая бедро артерия.
104. Передняя большеберцовая артерия.
105. Большая подкожная вена.
106. Брюшная аорта
107. Чревный ствол
108. Верхняя брыжеечная артерия
109. Нижняя брыжеечная артерия
110. Нижняя луночковая артерия
111. Дуга аорты
112. Плечевая артерия
113. . Бедренная артерия.
114. Нижняя полая вена
115. Восходящая аорта
116. Бедренная вена

117. Плечеголовная вена
 118. Полунепарная вена
- Неврология
119. Лицевой нерв.
 120. Подглазничный нерв
 121. Нижний луночковый нерв.
 122. Языкоглоточный нерв.
 123. Добавочный нерв.
 124. Подъязычный нерв.
 125. Язычный нерв.
 126. Блуждающий нерв (грудной отдел).
 127. Возвратный гортанный нерв.
 128. Блуждающий нерв (шейный отдел).
 129. Шейный отдел пограничного симпатического ствола.
 130. Грудной отдел пограничного симпатического ствола.
 131. Длинный грудной нерв.
 132. Подкрыльцовый нерв.
 133. Надлопаточный нерв.
 134. Срединный нерв.
 135. Локтевой нерв.
 136. Лучевой нерв.
 137. Запирательный нерв.
 138. Бедренный нерв.
 139. Подкожный нерв ноги (скрытый)
 140. Латеральный кожный нерв бедра.
 141. Глубокий малоберцовый нерв.
 142. Мышечно-кожный нерв
 143. Диафрагмальный нерв

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ДИСЦИПЛИНЫ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА

Модуль 2.

ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗГИБЫ ПОЗВОНОЧНИКА

1. сколиоз вправо
2. сколиоз влево
3. поясничный лордоз
4. шейный кифоз

2. ГЕМИАРТРОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. лонное сочленение
2. соединение крестца с подвздошной костью
3. соединение ребер с позвонками
4. соединение ключицы с грудиной

3. СИНДЕСМОЗ - ЭТО СОЕДИНЕНИЕ КОСТЕЙ ПОСРЕДСТВОМ

1. хрящевой ткани
2. собственно-соединительной ткани
3. костной ткани
4. мышечной ткани

4. СОЕДИНЕНИЕ I РЕБРА С ГРУДИНОЙ ЭТО:

1. синостоз
2. диартроз
3. синдесмоз
4. синхондроз

5. В ОБРАЗОВАНИИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА НЕ УЧАСТВУЕТ:

1. дистальный лучелоктевой сустав
2. проксимальный лучелоктевой сустав
3. плечелоктевой сустав
4. плечелучевой сустав

6. ВНУТРИСУСТАВНОЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:

1. связка головки бедра
2. подвздошно-бедренная связка
3. подвздошно-крестцовая связка
4. круговая зона

7. ВНУТРИСУСТАВНОЙ СВЯЗКОЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. передняя крестообразная
2. коллатеральная большеберцовая
3. подколенная косая
4. коллатеральная малоберцовая

8. В ФОРМИРОВАНИИ СУСТАВА ШОПАРА ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ:

1. голеностопный сустав
2. пяточно-кубовидный сустав
3. подтаранный сустав
4. предплюсно-плюсневый сустав

9. "КЛЮЧОМ" ШОПАРОВА СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ

1. тыльная межкостная связка
2. раздвоенная связка
3. межфаланговые связки
4. длинная подошвенная связка

10. СУСТАВОМ ЛИСФРАНКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. предплюсно-плюсневые
2. межплюсневые
3. плюснефаланговые
4. подтаранный

11. ИСТИННОЙ (АКУШЕРСКОЙ) КОНЪЮГАТОЙ НАЗЫВАЮТ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ

1. мысом и подвздошно-лонным возвышением
2. мысом и верхним краем лонного сочленения
3. мысом и наиболее выступающей точкой внутренней поверхности лонного сочленения
4. мысом и нижним краем лонного сочленения

12. ОБРАЗОВАНИЕ, ОТКРЫВАЮЩЕЕСЯ В СРЕДНИЙ НОСОВОЙ ХОД

1. лобная пазуха
2. клиновидное отверстие
3. клиновидная пазуха
4. носослезный канал

13. БОЛЬШОЙ РОДНИЧОК ЗАКРЫВАЕТСЯ:

1. на 2-м месяце
2. на 2-м году
3. у доношенных детей при рождении закрыт
4. на 6-м месяце

МОДУЛЬ 3.

МИОЛОГИЯ

14. ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. щечная
2. височная мышца
3. круговая мышца рта
4. мышца, поднимающая верхнюю губу

15. СЛАБЫМ МЕСТОМ ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. отверстие нижней полой вены
2. аортальное отверстие
3. отверстие пищевода
4. сухожильный центр

16. ВЕРХНЮЮ СТЕНКУ ПАХОВОГО КАНАЛА ОБРАЗУЮТ:

1. апоневроз наружной косой мышцы живота
2. нижние края внутренней косой и поперечной мышц живота
3. поперечная фасция
4. паховая связка

17. ПЕРЕДНЮЮ СТЕНКУ ПАХОВОГО КАНАЛА СОСТАВЛЯЕТ

1. апоневроз наружной косой мышцы живота
2. нижние края внутренней косой и поперечной мышц живота
3. поперечная фасция
4. паховая связка

18. ЗАДНЮЮ СТЕНКУ ПАХОВОГО КАНАЛА СОСТАВЛЯЕТ

1. апоневроз наружной косой мышцы живота
2. нижние края внутренней косой и поперечной мышц живота
3. поперечная фасция
4. паховая связка

19. ЛАТЕРАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ ЧЕТЫРЕХСТОРОННЕГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. хирургическая шейка плечевой кости
2. большая круглая мышца
3. большая грудная мышца
4. подлопаточная мышца

20. В МЫШЕЧНОЙ ЛАКУНЕ ПРОХОДИТ

1. подвздошно-поясничная мышца
2. бедренная артерия
3. бедренно-половой нерв
4. бедренная вена

21. В СОСУДИСТОЙ ЛАКУНЕ ПРОХОДИТ

1. бедренная вена
2. бедренный нерв
3. латеральный кожный нерв бедра
4. большая скрытая (подкожная) вена

22. БЕДРЕННОЕ КОЛЬЦО СПЕРЕДИ ОГРАНИЧЕНО:

1. паховой связкой
2. гребенчатой связкой
3. лакунарной связкой

4. подвздошно-гребенчатой дугой

23. СПЕРЕДИ ГОЛЕНА-ПОДКОЛЕННЫЙ (ГРУБЕРОВ КАНАЛ) ОГРАНИЧЕН:

1. камбаловидной мышцей
2. задней большеберцовой мышцей
3. длинной малоберцовой мышцей
4. икроножной мышцей

МОДУЛЬ 4

СПЛАНХНОЛОГИЯ

24. ЭЛАСТИЧЕСКИЙ КОНУС ГОРТАНИ ОБРАЗОВАН:

1. щитонадгортанной связкой
2. подъязычно-надгортанной связкой
3. перстневидно-щитовидной связкой
4. преддверной связкой

25. БИФУРКАЦИЯ ТРАХЕИ РАСПОЛОЖЕНА НА УРОВНЕ:

1. на уровне VI шейного позвонка
2. на уровне IV грудного позвонка
3. на уровне V грудного позвонка
4. на уровне VI грудного позвонка

26. ЭЛЕМЕНТЫ КОРНЯ ПРАВОГО ЛЕГКОГО СВЕРХУ ВНИЗ РАСПОЛОЖЕНЫ В ПОРЯДКЕ:

1. бронх-артерия-вена-вена
2. вена-артерия-бронх-вена
3. артерия-вена-вена-бронх
4. артерия-бронх-вена-вена

27. ЭЛЕМЕНТЫ КОРНЯ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО СВЕРХУ ВНИЗ РАСПОЛОЖЕНЫ В ПОРЯДКЕ:

1. бронх-артерия-вена-вена
2. вена-артерия-бронх-вена
3. артерия-вена-вена-бронх
4. артерия-бронх-вена-вена

28. ПРОТОК ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТКРЫВАЕТСЯ:

1. в преддверье полости рта на слизистой щеки
2. в полость рта под языком
3. в ротовую часть глотки
4. в носовую часть глотки

29. АНАТОМИЧЕСКИМ СУЖЕНИЕМ ПИЩЕВОДА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. глоточное сужение
2. бронхиальное сужение
3. диафрагмальное сужение
4. кардиальное сужение

30. В СОСТАВ ЭЛЕМЕНТОВ ПЕЧЕНОЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ ВХОДИТ:

1. нижняя полая вена
2. чревный ствол
3. общий желчный проток
4. левая желудочная артерия

31. ТАЗОВОЕ СУЖЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА РАСПОЛОЖЕНО:

1. в области пограничной линии таза
2. в подвздошной ямке
3. в месте входа в мочевой пузырь
4. в брюшной части мочеточника каналец

32. В НАПОЛНЕННОМ СОСТОЯНИИ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ПОКРЫТ БРЮШИНОЙ:

1. не покрыт
2. экстраперитонеально
3. мезоперитонеально
4. интраперитонеально

33. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ПОЛОЖЕНИЯМИ МАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. изгиб назад (ретрофлексию) и наклон вперед (антеверсию)
2. изгиб вперед (антефлексию) и наклон вперед (антеверсию)
3. изгиб назад (ретрофлексию) и наклон назад (ретроверсию)
4. изгиб латерально и наклон назад (ретроверсию)

34. СЛОЙ МИОКАРДА, ОБЩИЙ ДЛЯ ОБОИХ ПРЕДСЕРДИЙ

1. наружный циркулярный слой
2. глубокий продольный
3. поверхностный продольный
4. средний циркулярный

35. ЧИСЛО СЛОЕВ МИОКАРДА В СТЕНКЕ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА

1. один
2. два
3. три
4. четыре

36. КОНЕЧНОЙ ВЕТВЬЮ ПРАВОЙ ВЕНЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. огибающая ветвь
2. краевая ветвь
3. задняя межжелудочковая артерия
4. передняя межжелудочковая артерия

37. ОСНОВНЫМИ ВЕТВЯМИ ЛЕВОЙ ВЕНЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. предсердные ветви
2. краевые ветви
3. огибающая и передняя межжелудочковая артерия
4. перегородочные ветви

МОДУЛЬ 5 НЕРВНАЯ СИСТЕМА

38. МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ОСНОВУ СЕРОГО ВЕЩЕСТВА МОЗГА СОСТАВЛЯЮТ:

1. псевдоуниполярные нейроны
2. биполярные нейроны
3. мультиполярные нейроны
4. униполярные нейроны

39. СПИННОЙ МОЗГ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ:

1. XI-XII грудных позвонков
2. I-II поясничных позвонков
3. II-III поясничных позвонков
4. I-II крестцовых позвонков

40. СРЕДНИЕ НОЖКИ МОЗЖЕЧКА СВЯЗЫВАЮТ МОЗЖЕЧОК С

1. с продолговатым мозгом
2. с мостом
3. со средним мозгом
4. с промежуточным мозгом

41. ПОЛОСТЬЮ РОМБОВИДНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

1. IV желудочек
2. III желудочек
3. силвиев водопровод
4. боковые желудочки

42. БАРАБАННАЯ ПОЛОСТЬ ОТДЕЛЕНА ОТ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ:

1. задней стенкой
2. медиальной стенкой
3. латеральной стенкой
4. передней стенкой

43. ФОНТАНОВЫ ПРОСТРАНСТВА РАСПОЛОЖЕНЫ:

1. в задней камере глаза
2. в радужно-роговичном углу
3. в ресничном теле
4. в сетчатке

44. ЧЕРЕЗ ВЕРХнюю ГЛАЗНИЧНУЮ ЩЕЛЬ НЕ ПРОХОДИТ:

1. глазодвигательный нерв
2. отводящий нерв
3. блоковый нерв
4. зрительный нерв

45. ПРОИЗВОДНЫЕ ПЕРВОЙ ЖАБЕРНОЙ ДУГИ ИННЕРВИРУЕТ:

1. блоковый нерв
2. тройничный нерв
3. лицевой нерв
4. языкоглоточный нерв

46. ПРОИЗВОДНЫЕ ВТОРОЙ ЖАБЕРНОЙ ДУГИ ИННЕРВИРУЕТ:

1. блоковый нерв
2. тройничный нерв
3. лицевой нерв
4. языкоглоточный нерв

47. ПРОВОДНИКОВЫЙ СОСТАВ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА ВКЛЮЧАЕТ:

1. симпатические, парасимпатические и двигательные волокна
2. чувствительные, симпатические и парасимпатические волокна
3. чувствительные, двигательные и парасимпатические волокна
4. двигательные, чувствительные и симпатические волокна

48. СЕРЫЕ СОЕДИНИТЕЛЬНЫЕ ВЕТВИ ИМЕЮТ:

1. все спинномозговые нервы
2. грудные спинномозговые нервы
3. крестцовые спинномозговые нервы
4. копчиковые спинномозговые нервы

49. В ИННЕРВАЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ:

1. чревное сплетение
2. верхнее брыжеечное сплетение
3. нижнее брыжеечное сплетение

4. подчревное сплетение

50. ПОДКРЫЛЬЦОВЫЙ НЕРВ ПРОХОДИТ:

1. через отверстие лопатки
2. через трехстороннее отверстие
3. через четырехстороннее отверстие
4. через спиральный канал

51. ЛУЧЕВОЙ НЕРВ ПРОХОДИТ

1. через трехстороннее отверстие
2. через четырехстороннее отверстие
3. через спиральный канал
4. через отверстие лопатки

52. ЧЕРЕЗ ПАХОВЫЙ КАНАЛ ПРОХОДИТ

1. подвздошно-подчревный нерв
2. подвздошно-паховый нерв
3. бедренный нерв
4. латеральный кожный нерв бедра

53. ЧЕРЕЗ МЫШЕЧНУЮ ЛАКУНУ ПРОХОДИТ

1. запирающий нерв
2. подреберный нерв
3. бедренный нерв
4. подвздошно-подчревный нерв

МОДУЛЬ 5

АНАТОМИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМ

54. НЕПОСРЕДСТВЕННО ОТ ДУГИ АОРТЫ ОТХОДЯТ:

1. правая общая сонная артерия
2. правая подключичная артерия
3. левая подключичная артерия
4. правая наружная сонная артерия

55. АРТЕРИЯ, ОГИБАЮЩАЯ ЛОПАТКУ, ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ:

1. четырехстороннее отверстие
2. трехстороннее отверстие
3. лучевой канал
4. межлестничное пространство

56. АРТЕРИАЛЬНЫЙ (ВИЛЛИЗИЕВ) КРУГ БОЛЬШОГО МОЗГА ФОРМИРУЕТ ВЕТВИ:

1. наружной и внутренней сонных артерий
2. внутренней сонной и подключичной артерий
3. наружной сонной и подключичной артерий
4. подключичной артерии

57. ДУГА РИОЛАНА - ЭТО АНАСТОМОЗ МЕЖДУ:

1. правой и средней ободочными артериями
2. средней и левой ободочными артериями
3. левой ободочной и сигмовидной артериями
4. сигмовидной и верхней прямокишечной артериями

58. "КОРОНА СМЕРТИ" - ЭТО АНАСТОМОЗ МЕЖДУ:

1. нижней и верхней надчревными артериями
2. запирающей ветвью нижней надчревной артерией и лобковой ветвью запирающей артерии
3. нижней надчревной и бедренной артериями
4. нижней надчревной и глубокой артерией бедра

59. В ЗЯПЯСТНОМ ЛОКТЕВОМ КАНАЛЕ (ГИЙОНОВ КАНАЛ) ПРОХОДИТ:

1. поверхностная ветвь лучевой артерии
2. локтевая артерия
3. лучевая артерия
4. глубокая ветвь локтевой артерии

МОДУЛЬ 6

АНАТОМИЯ ЛИМФОИДНОЙ, ЛИМФАТИЧЕСКОЙ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМ

60. ПЕРВИЧНЫЕ ОРГАНЫ ЛИМФОИДНОЙ СИСТЕМЫ:

1. лимфатические узлы
2. миндалины глотки
3. селезенка
4. красный костный мозг

61. ТОПОГРАФИЯ ТИМУСА

1. в заднем средостении
2. в переднем средостении
3. на шее
4. в подкрыльцовой ямке

62. К МИНДАЛИНАМ ОКРУЖНОСТИ ХОАН ОТНОСЯТ:

- 1 небные и язычную миндалины
- 2 трубные и глоточную миндалины
- 3 язычную и трубные миндалины
- 4 глоточную и язычную миндалины

63. К МИНДАЛИНАМ ОКРУЖНОСТИ ЗЕВА ОТНОСЯТ:

1. небную и язычную миндалины
2. трубные и глоточную миндалины
3. язычную и трубные миндалины
4. глоточную и язычную миндалины

64. ЛИМФОИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ:

1. одиночные лимфоидные узелки
2. групповые лимфоидные узелки
3. лимфатические узлы
4. миндалины

65. АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ КАПИЛЛЯРОВ:

1. эпидермис кожи
2. яичники
3. фасции
4. мышцы

66. МЛЕЧНАЯ ЦИСТЕРНА РАСПОЛОЖЕНА:

1. у начала грудного протока
2. у начала правого лимфатического протока
3. в грудной части грудного протока
4. в шейной части грудного протока

67. ПРАВЫЙ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ ПРОТОК ВПАДАЕТ:

1. в верхнюю полую вену
2. в правую наружную яремную вену
3. в правый венозный угол
4. в правую подкрыльцовую вену

68. ЭНДОКРИННЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ БРАНХИОГЕННОЙ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. надпочечники
2. щитовидная и паращитовидная железа
3. половые железы
4. панкреатические островки

69. ЭНДОКРИННЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ НЕЙРОГЕННОЙ ГРУППЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. надпочечники
2. щитовидная и паращитовидная железы
3. гипофиз и эпифиз
4. половые железы

70. В КАКОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТМЕЧАЕТСЯ МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА?

1. в головке
2. в шейке
3. в теле
4. в хвосте

Критерии оценивания результатов промежуточной аттестации

Оценка «отлично»

Тестовые задания: 91%-100%

Практические навыки: 8-10 правильных ответов

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы, а также по основным вопросам, выходящим за ее пределы, демонстрация органов и структур, изученных ранее и изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах;

точное использование научной латинской и русской (английской) терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

безупречное владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования; умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;

выраженная способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации;

- полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им критическую оценку, использовать научные достижения других дисциплин;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;
творческая самостоятельная работа на практических занятиях, элективах и при самоподготовке к занятиям, участие в НИРС, УИРС по проблемам анатомии, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «хорошо»

Тестовые задания: 81%-90%

Практические навыки: 6-8 правильных ответов

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем вопросам в объеме учебной программы, демонстрация органов и структур, изученных ранее и изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах, таблицах;

использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, лингвистически и логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы;

владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования, умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;

способность самостоятельно решать сложные проблемы в рамках учебной программы;

усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;

- самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «удовлетворительно»

Тестовые задания: 71%-80%

Практические навыки: 5-6 правильных ответов

Собеседование:

достаточные знания в объеме учебной программы;

знание описания основных деталей строения, топографии органа (части тела) в объеме учебника, курсов лекций, вспоминание мелких деталей строения при помощи наводящих вопросов преподавателя;

использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обобщения и выводы с помощью наводящих вопросов;

демонстрация изучаемых в рамках данной темы органов, основных деталей их строения на анатомических препаратах, таблицах, муляжах;

владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), умение работать с негатоскопом, по алгоритму распознавать основные детали строения на рентгенограммах, томограммах;

решение под руководством преподавателя стандартных (типовых) ситуационных задач;

способность самостоятельно применять типовые решения в рамках учебной программы;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

- умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;

- самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, редкое участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

Оценка «неудовлетворительно»

Тестовые задания: 70 % и ниже

Практические навыки: 3-4 правильных ответа

Собеседование:

недостаточно полный объем знаний об изученных органах в рамках образовательного стандарта;

знание описания строения органа (части тела) в объеме учебника;

неумение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;

использование латинских и русских (английских) терминов с существенными лингвистическими и логическими ошибками;

перечисление органов, изучаемых в рамках данной темы, только упоминание их на таблицах, муляжах, препаратах, не умение расположить их правильно, неумение демонстрировать анатомические образования на натуральных препаратах или их заместителях (муляжах);

неправильное владение инструментарием анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), некомпетентность в решении стандартных (типовых) ситуационных задач;

пассивность на практических занятиях,

неадекватное, безразличное отношение к натуральным анатомическим препаратам, нарушение деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

отказ от ответа.

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знать анатомию и физиологию человека	Вопросы: 2,15,24,26,28,30,32,34,36,38,40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70,72,74,78,80,82,84,86,88,90,92,94,96,98,100,102,104,106,108,110,112,114,116,118,122,124,142. Вопросы: 1,2,3,5,7,9,11,13,15,17,19,21,23,25,27,29,31,33,37,41,43,47,49,51,55,57,61,81,87,93,97,99,101,113,115,119,133,135,139.
Уметь использовать знания анатомии и физиологии для обследования пациента, постановки предварительного диагноза	Вопросы: 2,15,24,26,28,30,32,34,36,38,40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70,72,74,78,80,82,84,86,88,90,92,94,96,98,100,102,104,106,108,110,112,114,116,118,122,124,142. Вопросы: 1,2,3,5,7,9,11,13,15,17,19,21,23,25,27,29,31,33,37,41,43,47,49,51,55,57,61,81,87,93,97,99,101,113,115,119,133,135,139.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ»

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

ПО ТЕМЕ МОДУЛЯ -1: «АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ

КАК НАУКИ»

Форма текущего контроля: устная (устный опрос)

Контрольные вопросы к практическому материалу.

Анатомия и физиология как науки, их задачи. Описательное, функциональное и прикладное направления в изучении строения тела человека.

Понятие о филогенезе, онтогенезе. Диапазон индивидуальной анатомической изменчивости: норма, аномалия, порок, уродство.

Уровни развития живой материи. Понятие о тканях.

Стадии развития зародыша.

Строение зародыша на стадии 3-х зародышевых листков. Зародышевые листки и их отделы.

Методы анатомических исследований (препарирование, инъекции, коррозия, макро-микроскопия, рентгенологический метод), их значение в изучении тела человека).

Основы гистологии. Эпителиальные ткани. Определение понятия - ткань.

Классификация тканей.

Эпителиальная ткань – расположение, виды, функции.

Строение покровного эпителия.

Строение железистого эпителия.

Виды желез. Типы секреции.

Соединительная ткань – расположение в организме, виды, функции.

Строение соединительной ткани.

Клетки соединительной ткани и межклеточное вещество.

Опорно-трофическая соединительная ткань.

Хрящевая ткань – расположение, строение, виды, функции

Костная ткань – расположение, строение, виды, функции.

Мышечные ткани – виды, расположение.

Поперечнополосатая скелетная мышечная ткань - строение, функциональные.

Гладкая мышечная ткань.

Поперечнополосатая сердечная мышечная ткань особенности.

Нервная ткань – расположение, строение.

Строение нейрона. Виды нейронов. Синапс – строение, виды. Понятие о медиаторах

Потребности человека.

Орган, системы органов.

Анатомическая терминология. Основные анатомические термины.

Части тела человека.

Основные плоскости и оси.

Критерии оценивания результатов текущего контроля

Оценка «отлично»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, демонстрация органов и структур, изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах, таблицах;

точное использование научной латинской и русской (английской) терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

безупречное владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования; умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;

полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;

творческая самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «хорошо»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, в объеме учебной программы, демонстрация органов и структур, изученных ранее и изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах, таблицах;

использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, лингвистически и логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы;

владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования, умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;

усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;

самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «удовлетворительно»

Собеседование:

достаточные знания по теме занятия в объеме учебной программы;

знание описания основных деталей строения, топографии органа (части тела) в объеме учебника, курсов лекций, вспоминание мелких деталей строения при помощи наводящих вопросов преподавателя;

использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обобщения и выводы с помощью наводящих вопросов;

демонстрация изучаемых в рамках данной темы органов, основных деталей их строения на анатомических препаратах, таблицах, муляжах;

владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), умение работать с негатоскопом, по алгоритму распознавать основные детали строения на рентгенограммах, томограммах;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;

самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, редкое участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

Оценка «неудовлетворительно»

Собеседование:

недостаточно полный объем знаний об изученных органах в рамках образовательного стандарта;

знание описания строения органа (части тела) в объеме учебника;

неумение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;

использование латинских и русских (английских) терминов с существенными лингвистическими и логическими ошибками;

перечисление органов, изучаемых в рамках данной темы, только узнавание их на таблицах, муляжах, препаратах, не умение расположить их правильно, неумение демонстрировать анатомические образования на натуральных препаратах или их заменителях (муляжах);

неправильное владение инструментарием анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), некомпетентность в решении стандартных (типовых) ситуационных задач;

пассивность на практических занятиях,
неадекватное, брезгливое отношение к натуральным анатомическим препаратам, нарушение деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.
отказ от ответа.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

ПО ТЕМЕ МОДУЛЯ -2: «КОСТИ ЧЕРЕПА, ТУЛОВИЩА, ПОЯСОВ И СВОБОДНЫХ КОНЕЧНОСТЕЙ»

Контрольные вопросы к практическому материалу.

Форма текущего контроля: устная (устный опрос)

Строение грудного позвонка.

Строение типичного шейного позвонка. Особенность строения I, II, VII шейных позвонков.

Различия в строении грудных, шейных и поясничных позвонков.

Строение крестца и копчика.

Грудина, ее части, строение. Функциональное значение губчатого вещества грудины.

Ребра, их количество, строение. Особенности строения I, II, X ребер.

Строение лопатки и ключицы.

Строение плечевой кости.

Строение лучевой и локтевой костей.

Строение костей запястья, пястья и фаланг пальцев.

Строение тазовой кости.

Строение бедренной кости. Надколенник.

Большой и малый таз. Вход, выход из таза, стенки таза.

Половые различия таза, размеры большого таза.

Размеры малого таза. Размеры плоскости входа и плоскости выхода.

Строение большеберцовой и малоберцовой костей.

Строение и взаимное расположение костей стопы.

Деление черепа на мозговую и лицевую отделы, крышу и основание, границы этих отделов.

Лобная кость, ее части, их строение.

Затылочная кость, ее части, их строение.

Теменная кость, ее части, их строение.

Клиновидная кость, ее части, строение.

Височная кость, ее части, строение.

Особенности строения пирамиды височной кости.

Решетчатая кость, ее части, их строение.

Особенности строения верхней челюсти.

Особенности строения нижней челюсти.

Строение слезной, скуловой, носовой, нижней носовой раковины, сошника, подъязычной, небной костей.

Границы и отделы наружного и внутреннего основания черепа, их сообщения.

Места выхода черепно-мозговых нервов.

Строение глазницы, ее стенки и сообщения.

Строение височной и подвисочной ямок.

Строение и сообщения крылонебной ямки.

Полость носа. Общий план строения.

Стенки полости носа и кости их образующие.

Придаточные пазухи носа: лобная, клиновидная, верхнечелюстная, ячейки решетчатой кости. Места открытия в носовую полость.

Топография венозных выпускников, их значение.

Каналы височной кости.

Особенности строения черепа новорожденного.

Нижнечелюстной сустав, особенности его строения, оси движения.

Контрольные вопросы к лекционному материалу.

Анатомия как наука, ее задачи. Описательное, функциональное и прикладное направления в изучении строения тела человека.

Понятие о филогенезе, онтогенезе. Диапазон индивидуальной анатомической изменчивости: норма, аномалия, порок, уродство.

Уровни развития живой материи. Понятие о тканях.

Стадии развития зародыша.

Строение зародыша на стадии 3-х зародышевых листков. Зародышевые листки и их отделы.

Методы анатомических исследований (препарирование, инъекции, коррозия, макро-микроскопия, рентгенологический метод), их значение в изучении тела человека).

Кость как орган, функции костей. Стадии и способы окостенения.

Классификация костей.

Развитие костей туловища; позвонков, ребер, грудины и их аномалии.

Развитие костей верхней конечности. Их аномалии.

Развитие костей нижней конечности. Их аномалии.

Отделы длинной трубчатой кости, метаэпифизарные хрящи. Их значение.

Особенности строения верхних конечностей как органа труда.

Особенности строения нижних конечностей как органов опоры и локомоции.

Общая характеристика позвоночного столба, его отделы, изгибы позвоночника, их значения и сроки формирования.

Деление черепа на мозговую и лицевую отделы, особенности их строения в связи с функцией.

Особенности развития и строения плоских (костей крыши черепа) и пневматизированных (содержащих пазухи и ячейки) костей. Прикладное значение этих данных.

Особенности развития (фило- и онтогенез) костей лицевого черепа. Развитие мозгового черепа, особенности развития костей крыши и основания черепа.

Особенности строения черепа новорожденного. Соотношения в развитии мозгового и лицевого черепа.

Роднички, их топография. Функциональное значение. Сроки закрытия родничков.

Половые и типовые особенности строения черепа, аномалии развития.

Краниометрия. Формы черепов по данным краниометрии.

Особенности развития костей свода черепа. Строение свода черепа новорожденного. Показать и назвать швы, роднички.

Особенности развития костей основания черепа. Строение основания черепа новорожденного. Синхондрозы основания черепа.

Аномалии развития черепа и его костей.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

ПО ТЕМЕ МОДУЛЯ -2: «СОЕДИНЕНИЕ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА, ТУЛОВИЩА, ПОЯСОВ И СВОБОДНЫХ КОНЕЧНОСТЕЙ»

Форма текущего контроля: устная (устный опрос)
 Контрольные вопросы к практическому материалу.
 Виды соединения костей. Непрерывные соединения, их разновидности и краткая характеристика, примеры.
 Строение сустава, основные и вспомогательные элементы. Значение синовиальной жидкости.
 Классификация суставов по числу суставных поверхностей, по кол-ву осей движения. Значение работ П.Ф. Лесгафта.
 Виды соединений в позвоночном столбе между тканями, дугами и отростками позвонков.
 Особенности соединения крестцовых позвонков и крестца с копчиком.
 Соединение 1 и 2 шейных позвонков между собой и 1 позвонка с черепом. Характеристика этих суставов и их функция.
 Соединение ребер с грудиной, друг с другом.
 Соединение ребер с позвонками.
 Грудная клетка в целом. Значение формы грудной клетки для нормального функционирования органов, заложенных в ней.
 Грудноключичный сустав, строение и функция.
 Акромиально-ключичный сустав, строение и функция.
 Собственные синдесмозы лопатки.
 Плечевой сустав, его строение и функция.
 Локтевой сустав, его строение и функция.
 Лучезапястный сустав, его строение и функция.
 Соединение костей предплечья между собой.
 Кисть, как целое, виды ее соединений, кисть, как орган труда.
 Строение крестцово-подвздошного сочленения и его функция.
 Строение лобкового симфиза (лонное сочленение).
 Синартрозы в области таза: синдесмозы, синостозы, синхондрозы.
 Строение тазобедренного сустава и его функция.
 Соединение костей голени между собой.
 Строение голеностопного сустава и его функция.
 Шопаров и Лисфранков суставы, их ключи (связки), клиническое значение.
 Стопа, как целое, виды соединений. Своды стопы, их значение.
 Рентгеновское изображение суставов.

Показать на препаратах костей (модуль №2)

Тело позвонка, дугу и ее ножки.
 Головку ребра.
 Назвать на латинском (греч.) языке отдельные звенья свободной верхней конечности.
 Шейку лучевой кости.
 Проксимальный эпифиз бедренной кости.
 Верхнюю и нижнюю позвоночные вырезки.
 Гребень головки ребра.
 Назвать кости плечевого пояса.
 Головку плечевой кости.
 Дистальный эпифиз большеберцовой кости.
 Отростки позвонка.
 Гребень шейки ребра.
 Назвать отделы кисти.
 Хирургическую и анатомическую шейки плечевой кости.
 Шероховатую линию (медиальную и латеральную губы).
 Отверстие поперечных отростков шейного позвонка.
 Истинные ребра.
 Назвать кости проксимального и дистального рядов запястья.
 Дельтовидную бугристость плечевой кости.
 Передний и задний бугорки поперечных отростков шейного позвонка.
 Верхний и нижний край ребра (борозду ребра).
 Грудинный конец ключицы.
 Мышцелок плечевой кости.
 Края лопатки.
 Типичные шейные позвонки.
 Суставные поверхности на головке ребра.
 Акромиальный конец ключицы.
 Надмыщелки плечевой кости.
 Тазовые кости (правая и левая).
 Атипичные шейные позвонки.
 Угол и бугорок ребра.
 Состав мышцелка плечевой кости.
 Назвать и показать составные части тазовой кости.
 Сосцевидный отросток на поясничном позвонке.
 Части грудины.
 Поверхности лопатки.
 Лучевую и венечную ямки дистального эпифиза плечевой кости.
 Вертлужную впадину.
 Верхнюю и нижнюю позвоночные вырезки.
 Поверхности грудины.
 Углы лопатки.
 Диафиз плечевой кости.
 Запирательное отверстие.
 Позвоночное отверстие.
 Ложные ребра.
 Надосную, подосную и подлопаточную ямки лопатки.
 Бугорки плечевой кости.
 Гребень подвздошной кости.
 Поясничный позвонок.
 Ключичные вырезки на рукоятке грудины.
 Головку лучевой кости.
 Апофизы лучевой кости.

Крыло подвздошной кости.
Части крестца.
Яремную вырезку на рукоятке грудины.
Бугристость лучевой кости.
Гребни бугорков плечевой кости.
Ости подвздошной кости.
Верхнюю и нижнюю позвоночные вырезки.
Угол грудины.
Шиловидный отросток лучевой кости.
Дистальный эпифиз лучевой кости.
Дугообразную линию.
Бугорок передней лестничной мышцы на 1-ом ребре.
Крестцовый канал.
Суставную окружность локтевой кости.
Бугристость локтевой кости.
Седалищный бугор.
Ушковидные поверхности крестца.
Реберные вырезки на груди.
Локтевой и венечный отростки локтевой кости.
Запястную суставную поверхность лучевой кости.
Ветви лобковой кости.
Зуб тела 2-го шейного позвонка.
Дорсальную поверхность крестца (срединный, промежуточный и латеральный крестцовые гребни).
Суставную окружность лучевой кости.
Блоковидную вырезку локтевой кости.
Вертелы бедренной кости.

Показать на влажных препаратах суставов:

Плечевой сустав.
Лобковый симфиз.
Переднюю продольную борозду.
Межпозвоночный диск.
Запирательную мембрану.
Крестцово-остистую связку.
Запирательный канал.
Заднюю продольную связку.
Суставы головки ребра.
Суставную капсулу и суставную губу тазобедренного сустава.
Запястно-пястные суставы.
Грудино-реберный синхондроз 1-го ребра.
Крестцово-бугорную связку.
Связку головки бедренной кости.
Мениски коленного сустава.
Хирургический сустав Шопара.
Крестообразные связки коленного сустава.
Запирательную мембрану.
Надостистую связку.
Синдесмозы лопатки.
Межпозвоночный диск (фиброзное кольцо и студенистое ядро).
Суставные поверхности на головке ребра.
Переднюю и заднюю атлантозатылочные мембраны.
Коллатеральные связки локтевого сустава и назвать их.
Межфаланговые суставы.
Анатомические плоскости.
Внутрисуставной диск в лучезапястном суставе.
Синдесмозы лопатки.
Межкостную перепонку предплечья.
Суставы запястья.
Покровную мембрану.
Переднюю и заднюю мембраны грудины.
Суставные поверхности в плечевом суставе и назвать их.
Суставы запястья.
Запирательную мембрану.
Пястно-фаланговые суставы.
Кольцевую связку локтевого сустава.
Коллатеральные связки луче-запястного сустава.
Пограничную линию.
Покровную мембрану.
Акромиально-ключичный сустав.
Сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча.
Лобковый симфиз.
Хирургический сустав Лисфранка.
Синдесмозы крестца.
Полулунную поверхность вертлужной впадины.
Проксимальный луче-локтевой сустав и назвать их суставные поверхности.
Большое седалищное отверстие.
Синдесмозы таза.
Крестцовобугорную связку.
Крестцовоподвздошный сустав.
Изгибы позвоночного столба.
Пограничную линию
Ушковидные поверхности крестца.
Связки крестцово-подвздошного сустава.
Выйную связку.

Виды движение в суставах по сагиттальной оси.
Лобковый симфиз.
Назвать план ответа по артрологии.
Реберно-позвоночные суставы.
Суставную поверхность локтевой кости.
Передние и задние лучистые грудино-реберные связки.
Канал запястья.
Атлантоосевой сустав срединный.
Поперечную связку атланта.
Зарисовать схему строения сустава.
Малое седалищное отверстие.
Место прикрепления суставной капсулы тазобедренного сустава.

Критерии оценивания результатов текущего контроля

Оценка «отлично»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, демонстрация органов и структур, изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах, таблицах;
точное использование научной латинской и русской (английской) терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

безупречное владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования; умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;

полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;

творческая самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «хорошо»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, в объеме учебной программы, демонстрация органов и структур, изученных ранее и изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах, таблицах;

использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, лингвистически и логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы;

владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования, умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;

усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;

самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «удовлетворительно»

Собеседование:

достаточные знания по теме занятия в объеме учебной программы;

знание описания основных деталей строения, топографии органа (части тела) в объеме учебника, курсов лекций, вспоминание мелких деталей строения при помощи наводящих вопросов преподавателя;

использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обобщения и выводы с помощью наводящих вопросов;

демонстрация изучаемых в рамках данной темы органов, основных деталей их строения на анатомических препаратах, таблицах, муляжах;

владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), умение работать с негатоскопом, по алгоритму распознавать основные детали строения на рентгенограммах, томограммах;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;

самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, редкое участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

Оценка «неудовлетворительно»

Собеседование:

недостаточно полный объем знаний об изученных органах в рамках образовательного стандарта;

знание описания строения органа (части тела) в объеме учебника;

неумение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;

использование латинских и русских (английских) терминов с существенными лингвистическими и логическими ошибками;

перечисление органов, изучаемых в рамках данной темы, только узнавание их на таблицах, муляжах, препаратах, не умение расположить их правильно, неумение демонстрировать анатомические образования на натуральных препаратах или их заменителях (муляжах);

неправильное владение инструментарием анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), некомпетентность в решении стандартных (типовых) ситуационных задач;

пассивность на практических занятиях,

неадекватное, безразличное отношение к натуральным анатомическим препаратам, нарушение деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

отказ от ответа.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

ПО ТЕМЕ МОДУЛЯ -3: «МИОЛОГИЯ»

Форма текущего контроля: устная (устный опрос)

Контрольные вопросы к практическому материалу.

Мышцы и фасции спины: поверхностные, глубокие.

Мышцы и фасции груди.

Подкрыльцовая полость, ее стенки, «треугольники», отверстия.

Мышцы и фасции живота.

Влагалище прямой мышцы живота, строение его стенок выше и ниже пупочного кольца.

Диафрагма, ее части, отверстия, сосуды, нервы, проходящие через нее.

Мышцы и фасции плечевого пояса.

Мышцы и фасции плеча, топография плеча. Мышечно-плечевой канал.
Мышцы и фасции предплечья, топография предплечья.
10. Мышцы кисти: возвышения большого пальца, малого пальца, срединная группа.
Синовиальные влагалища сухожилий кисти. Костно-фиброзные каналы кисти.
Мышцы и фасции таза, топография тазовой области: над - под - грушевидное отверстие, запирающий канал.
Мышцы и фасции ягодичной области.
Мышцы и фасции бедра, топография бедра, борозды, треугольники, каналы.
Подколенная ямка. Гунтеров (приводящий) канал, его стенки, содержимое, отверстия.
Мышцы и фасции голени, топография голени. Голеноподколенный (Грубберов) канал, его стенки, содержимое, отверстия.
Мышечно-малоберцовый канал, его стенки, содержимое, отверстия.
Мышцы и фасции стопы.
Мышцы шеи: поверхностные, мышцы подъязычной кости, лестничные, предпозвоночные мышцы.
Топография шеи: области, треугольники шеи, межлестничные пространства.
Фасции шеи, межфасциальные пространства.
Жевательные и мимические мышцы.
Мышцы, действующие на грудную клетку (мышцы вдоха и выдоха).
Контрольные вопросы к лекционному материалу.
1. Характеристика мышечной ткани (исчерченных, неисчерченных мышц и миокарда).
Функции скелетных (исчерченных) мышц.
Микроскопическое строение скелетных (исчерченных) мышц.
Макроскопическое строение скелетных (исчерченных) мышц.
Части скелетной мышцы и соединительно - тканевые оболочки. Скелетная мышца - как орган.
Классификация скелетных мышц.
Развитие мышц туловища и их аномалии.
Развитие мышц верхней и нижней конечностей и их аномалии.
8. Развитие мышц головы и шеи и их аномалии.
9. Развитие диафрагмы и ее аномалии.
10. Строение и классификация фасций. Вклад Н.И. Пирогова в изучении фасций.
11. Производные фасции (костно-фиброзные каналы, межмышечные перегородки, направляющие связки).
12. Синовиальные влагалища.
13. Вспомогательный аппарат скелетных мышц (слизистые и синовиальные сумки, блоки, сесамовидные кости).
14. Слабые места в стенках брюшной полости. Их определение, анатомическое строение и клиническое значение.
15. Слабые места в верхней (диафрагма) и нижней стенок брюшной полости.
16. Слабые места в задней стенке брюшной полости.
Слабые места на передней стенке брюшной полости (пупочное кольцо, белая полулунная и дугообразные линии).
Топография пространства под полой связкой: мышечная и сосудистая лакуны, их содержимое.
Паховый канал (стенки, кольца).
Бедренный канал (стенки, кольца).

Показать на препаратах (модуль №3)

Собственно жевательная мышца.
Грудино-ключично-сосцевидная мышца.
Передняя лестничная мышца.
Малая грудная мышца.
Диафрагма.
Наружная косая мышца живота.
Паховый канал.
Четырехстороннее отверстие.
Клювоплечевая мышца.
Перекрест сухожилий.
Плечевая мышца.
Локтевая ямка и ее границы.
Длинная мышца, отводящая большой палец кисти.
Глубокий сгибатель пальцев.
Канал лучевого нерва.
Лучевой сгибатель запястья.
Короткий лучевой разгибатель запястья.
Короткий сгибатель большого пальца стопы.
Квадратную мышцу подошвы.
Квадратный пронатор.
Запястный канал.
Локтевой запястный канал.
Большая поясничная мышца.
Бедренное кольцо.
Запирающий канал.
Трехстороннее отверстие.
Длинная приводящая мышца.
Поверхностный сгибатель пальцев.
Портняжная мышца.
Гребешковая мышца.
Приводящий канал.
Двуглавая мышца бедра.
Полусухожильная мышца.
Бедренный треугольник.
Трехглавая мышца голени.
Длинная малоберцовая мышца.
Длинный разгибатель большого пальца стопы.
Короткий сгибатель пальцев.
Удерживатель сухожилий сгибателей.
Длинная ладонная мышца.
Трехглавая мышца плеча.
Длинная головка двуглавой мышцы плеча.

Дельтовидная мышца.
Широчайшая мышца спины.
Напрягатель широкой фасции бедра.
Грушевидная мышца.
Подколенная ямка и ее границы.
Верхний мышечно-малоберцовый канал.
Паховая связка.
Супинатор.
Разгибатель мизинца.
Плечелучевая мышца.
Челюстно-подъязычная мышца.
Треугольники боковой области шеи.
Поверхностное паховое кольцо.
Височная мышца.
Подлопаточная мышца.
Большая приводящая мышца.
Короткий разгибатель большого пальца кисти.
Мышца, отводящая мизинец.
Глубокое паховое кольцо.
Подкожная мышца шеи.
Треугольники передней области шеи.
Мышца, опускающая нижнюю губу.
Малая круглая мышца.
Круглый пронатор.
Короткая приводящая мышца.
Длинный разгибатель большого пальца кисти.
Мышца, приводящая большой палец кисти.
Лопаточно-подъязычная мышца.
Короткий сгибатель мизинца.
Срединная борозда.
Анатомическая табакерка.
Большая ягодичная мышца.
Подвздошная мышца.
Короткая головка двуглавой мышца плеча.
Грудино-подъязычная мышца.
Камбаловидная мышца.
Разгибатель указательного пальца.
Нижний мышечно-малоберцовый канал.
Передняя большеберцовая мышца.
Червеобразные мышцы на кисти.
Пяточное (Ахиллово) сухожилие.
Надостная мышца.
Подколенная мышца.
Тонкая мышца.
Щечная мышца.
Длинный сгибатель большого пальца кисти.
Поперечная мышца живота.
Грушевидная мышца.
Дугласова линия.
Локтевой разгибатель запястья.
Подвздошно-поясничная мышца.
Квадратная мышца бедра.
Подошвенная мышца.
Длинный сгибатель большого пальца стопы.
Шилоподъязычная мышца.
Ромбовидные мышцы.
Мышцы медиального тракта.

Критерии оценивания результатов текущего контроля

Оценка «отлично»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, демонстрация органов и структур, изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах; таблицах;
точное использование научной латинской и русской (английской) терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;
безупречное владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования; умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;
полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;
умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;
творческая самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «хорошо»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, в объеме учебной программы, демонстрация органов и структур, изученных ранее и изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах, таблицах;
использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, лингвистически и логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы;
владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования, умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;
усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;
умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;

самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «удовлетворительно»

Собеседование:

достаточные знания по теме занятия в объеме учебной программы;

знание описания основных деталей строения, топографии органа (части тела) в объеме учебника, курсов лекций, вспоминание мелких деталей строения при помощи наводящих вопросов преподавателя;

использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обобщения и выводы с помощью наводящих вопросов;

демонстрация изучаемых в рамках данной темы органов, основных деталей их строения на анатомических препаратах, таблицах, муляжах;

владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), умение работать с негатоскопом, по алгоритму распознавать основные детали строения на рентгенограммах, томограммах;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;

самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, редкое участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

Оценка «неудовлетворительно»

Собеседование:

недостаточно полный объем знаний об изученных органах в рамках образовательного стандарта;

знание описания строения органа (части тела) в объеме учебника;

неумение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;

использование латинских и русских (английских) терминов с существенными лингвистическими и логическими ошибками;

перечисление органов, изучаемых в рамках данной темы, только узнавание их на таблицах, муляжах, препаратах, не умение расположить их правильно, неумение демонстрировать анатомические образования на натуральных препаратах или их заменителях (муляжах);

неправильное владение инструментарием анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), некомпетентность в решении стандартных (типовых) ситуационных задач;

пассивность на практических занятиях,

неадекватное, брезгливое отношение к натуральным анатомическим препаратам, нарушение деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

отказ от ответа.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ИТоговОМУ ЗАНЯТИЮ МОДУЛЯ №4 (СПЛАНХНОЛОГИЯ)

Форма текущего контроля: устная (устный опрос)

Носовая полость (наружный нос, стенки полости носа, носовые раковины и носовые ходы, сообщения полости носа).

Придаточные пазухи полости носа.

Хрящи гортани, их строение.

Соединения гортани (синдесмозы и диартрозы).

Мышцы гортани: а) мышцы, изменяющие величину голосовой щели (расширители и суживатели) б) мышцы, изменяющие степень натяжения голосовых связок (напрягающие и расслабляющие).

Полость гортани (преддверие гортани, межсвязочный отдел, желудочки гортани, подголосовая полость), ее сообщения.

Топография гортани (скелетотопия, синтопия).

Анатомическое строение и топография трахеи и главных бронхов.

Внешнее анатомическое строение легких.

Элементы корней легких, их взаиморасположение справа и слева.

Структурные единицы легкого и бронхи, их вентилирующие.

Элементы бронхиального дерева.

Элементы альвеолярного дерева.

Скелетотопия границ легких.

Понятие о серозных оболочках и полостях. Строение серозной оболочки. Плевра.

Границы плевры, плевральная полость, синусы плевры.

Преддверие полости рта.

Собственно полость рта (строение диафрагмы полости рта, строение твердого и мягкого неба, зев и его границы).

Зубы, их внешнее и внутреннее строение, виды зубов, формула молочных и постоянных зубов.

Язык (отделы, края, поверхности, срединная и пограничная борозды, осязательные и вкусовые сосочки слизистой оболочки, язычная миндалина, мышцы языка (собственные и скелетные).

Крупные слюнные железы (околоушная, подъязычная и поднижнечелюстная), топография, выводные протоки и места их открытия.

Глотка (отделы и их сообщения).

Миндалины глотки, лимфоэпителиальное кольцо Пирогова-Вальдейера.

Топография глотки (синтопия, скелетотопия).

Пищевод (отделы пищевода, места сужений пищевода, их практическое значение, строение оболочек стенки пищевода).

Топография пищевода (скелетотопия, синтопия) по протяжению пищевода.

Желудок (отделы, стенки, кривизны, строения оболочек стенки желудка).

Топография желудка (голотопия, скелетотопия, синтопия).

Отделы тонкой кишки.

Анатомия 12-ти перстной кишки (части, изгибы, места впадения общего желчного протока, протока поджелудочной железы, добавочного протока поджелудочной железы).

Топография 12-ти перстной кишки (голотопия, скелетотопия, синтопия).

Тошная и подвздошная кишки (отличия тошей и подвздошной кишок лимфоидный аппарат, строение оболочек стенки тошей и подвздошной кишок).

Топография тошей и подвздошной кишок (голотопия, скелетотопия начального и конечного отделов, синтопия).

Отделы толстой кишки (слепая, ободочная, прямая).

Внешние отличия ободочной от тонкой кишки (ободочные ленты, вздутия, жировые подвески).

Слепая кишка и червеобразный отросток (внешнее строение слепой кишки и червеобразного отростка, илеоцекальный угол, место отхождения и варианты положения червеобразного отростка).

Ободочная кишка (отделы и изгибы ободочной кишки, вздутия, жировые подвески и мышечные ленты).

Прямая кишка (отделы и изгибы прямой кишки, строение оболочек стенки прямой кишки, слизистой оболочки и подслизистой основы по отделам прямой кишки, складки ампулы и особенности их строения, мышечная пластинка слизистой оболочки, анальные столбики и пазухи, геморроидальная зона, аноректальная линия, железы, одиночные лимфоидные узелки, особенности мышечной оболочки).

Сфинктеры заднего прохода (внутренний, наружный).

Топография прямой кишки в мужском и женском организме (скелетотопия, синтопия).

Печень (внешнее строение печени -поверхности, нижний край, доли, углубления на висцеральной поверхности и их содержимое, ворота печени с их содержимым и порядком взаиморасположения элементов).

Внутреннее строение печени (фиброзная капсула, понятие о сегментарном строении печени, печеночная доля, особенности сосудистой системы печени).

Голотопия, скелетотопия, синтопия печени.

Поджелудочная железа (внешнее строение поджелудочной железы - части, поверхности, края, внутреннее строение поджелудочной железы - экскреторная и инкреторная части, выводные протоки поджелудочной железы и места их открытия).

Топография поджелудочной железы (голотопия, скелетотопия, синтопия, покрытие брюшиной).

Взаимоотношение путей выведения желчи и панкреатического сока (печеночно- поджелудочная ампула и ее сфинктер, большой и малый 12-ти перстные сосочки);

Брюшина, ее париетальный и висцеральный листки.

Понятие о брюшной и брюшинной полостях. Полость брюшины, ее половые особенности (понятие о серозных оболочках, их морфологических особенностях и функциональном и клиническом значении).

Типы покрытия брюшиной всех органов брюшной полости (интра-, мезо -, экстраперитонеальные).

Понятие о производных брюшины: связки, брыжейки, сальники.

Ход брюшины по этажам брюшинной полости. Формирование малого и большого сальников, брыжеек тонкой и толстой кишок. Содержимое печеночно-12-ти перстной связки.

Деление полости брюшины на 3 этажа, их границы.

Образования брюшины по этажам.

Почки внешнее строение (концы, поверхности, края, ворота).

Почки внутреннее строение (корковое, мозговое вещество, синус, малые и большие чашечки, лоханка).

Оболочки почки, фиксирующий аппарат.

Топография (скелетотопия, синтопия, голотопия), отношение к брюшине.

Строение нефрона (отделы нефрона: почечное тельце и его элементы, почечные канальцы и их элементы).

Особенности кровоснабжения почки (внутрипочечные ветви почечной артерии, артериальная "чудесная артериальная сеть").

Мочеточник: отделы, места сужений, строение стенки, лимфоидный аппарат (одиночные лимфоидные узелки).

Мочевой пузырь: внешнее строение (верхушка, тело, дно, шейка), строение стенки, внутренний сфинктер мочеиспускательного канала.

Топография мочевого пузыря (скелетотопия, синтопия, голотопия) в мужском и женском организме, отношение к брюшине в наполненном и опорожненном состоянии.

Женский мочеиспускательный канал (внутреннее и наружное отверстия, место открытия, строение стенки, произвольный наружный сфинктер).

Забрюшинное пространство, органы забрюшинного пространства.

Почечная фасция (предпочечный и позадипочечные листки).

Клетчаточные пространства: восходящая и нисходящая околоободочная клетчатка (paracolon ascendens et descendens), околопочечная клетчатка (paranephros), собственно забрюшинная клетчатка (tectus cellulosus retroperitonealis).

Деление мужских половых органов на внутренние и наружные.

Яичко, придаток яичка, внешнее строение яичка (концы, поверхности, края).

Внутреннее строение яичка (дольки, средостение, извитые и прямые семенные канальцы, сеть яичка, выносящие протоки).

Внешнее строение придатка яичка (головка, тело, хвост, синус).

Оболочки яичка, их строение и соответствие слоям передней брюшной стенки.

Семьявыносящий проток (части и их топография- яичковая, канатиковая, паховая, тазовая, ампула; строение стенки -слизистая оболочка, мышечная оболочка, адвентиция).

Семенной канатик: составляющие элементы (семьявыносящий проток, артерия и вены яичка, артерия и вены придатка яичка, внутренняя и наружная семенные фасции, мышца поднимающая яичко, части и их топография (мошоночная, паховая).

Семенные пузырьки (внешний вид, строение стенки, проток, синтопия).

Предстательная железа (внешнее строение: основание, верхушка, поверхности, доли, перешеек).

Внутреннее строение предстательной железы (железистая паренхима, гладкая мускулатура, капсула, предстательная часть мочеиспускательного канала, семенной холмик, сложение семьявыбрасывающих протоков, места открытия протоков предстательной железы и семьявыбрасывающих протоков).

Половой член: корень, тело, головка, наружное отверстие мочеиспускательного канала, корона головки полового члена, крайняя плоть, уздечка крайней плоти, губчатое тело (луковица, тело, головка), губчатая часть мочеиспускательного канала, пещеристые тела, ножки.

Мужской мочеиспускательный канал (отделы, изгибы).

Сужения мужского мочеиспускательного канала (перепончатая часть, внутреннее и наружное отверстия).

Расширения мужского мочеиспускательного канала (предстательная часть, область луковицы, ладьевидная ямка).

Пути выведения семени в последовательном порядке.

Деление женских половых органов на внутренние и наружные.

Яичник (внешнее строение - концы, края, поверхности, ворота, отношение к брюшине).

Фиксирующий аппарат яичников (собственная связка яичника, подвешивающая связка яичника, брыжейка яичника).

Внутреннее строение (корковое и мозговое вещество, белочная оболочка, зародышевый эпителий).

Маточная труба (отделы, отверстия, строение стенки, отношение к брюшине).

Внешнее строение матки (части- дно, тело, перешеек, надвлагалищная и влагалищные порции шейки матки; поверхности -передняя и задняя; края, полость матки, отверстия маточных труб, канал шейки матки, внутренний зев, отверстие матки (наружный зев)).

Внутреннее строение матки (слизистая оболочка, мышечная оболочка, серозная оболочка).

Фиксирующий аппарат матки (круглые, широкие, кардинальные связки матки), изгибы (anteflexio) и наклоны (anteversio) матки.

Топография матки, отношение к брюшине, околоматочная клетчатка.

Влагалище (внешнее строение, строение стенки, лимфоидный аппарат).

Наружные женские половые органы.

Преддверие влагалища (границы, органы и протоки желез, открывающиеся в него).

Тазовая диафрагма (границы, органы, проходящие через нее, мышцы и фасции, седалищно-прямокишечная ямка, околопрямокишечная клетчатка (paraproktos).

Мочеполовая диафрагма (границы, органы, проходящие через нее у муж чин и женщин, мышцы и фасции).

Клетчаточные пространства таза и промежности (околопузырная, околоматочная и околопрямокишечная клетчатка).

Внешнее строение сердца; форма, поверхности, края, борозды.

Топография сердца.

Камеры сердца, их границы, особенности строения каждой камеры, сообщения.

Клапаны сердца: створчатые и полулунные, их строение, расположение, функциональное значение.

Строение стенок сердца: эндокард, миокард, эпикард. Проводящая система сердца.

Направление тока крови внутри сердца и крупных сосудов. Большой и малый круги кровообращения.

Топография сердца. Проекция границ сердца и места выслушивания клапанов на передней стенке грудной клетки.

Сосуды сердца: артерии и вены.

Рентгеновская анатомия сердца.

Понятие средостения, деление средостения на переднее и заднее и органы, их составляющие.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ЛЕКЦИОННОМУ МАТЕРИАЛУ ПО ТЕМЕ МОДУЛЯ № 4 (СПЛАНХНОЛОГИЯ)

Форма текущего контроля: устная (устный опрос)

Морфофункциональная характеристика органов дыхательной системы.
 Основные этапы развития органов дыхания в филогенезе.
 Основные источники (эмбриональные листки) развития органов дыхания.
 Жаберный аппарат (жаберные дуги и жаберные карманы) эмбриона человека и его преобразования на этапах пренатального онтогенеза:
 I жаберная (висцеральная, челюстная, мандибулярная) дуга, ее преобразования и производные;
 Развитие носовой полости (эмбриональные источники, их объединение, разделение носовой и ротовой полостей, основные аномалии носовой полости);
 II жаберная дуга (висцеральная, подъязычная, гиоидная), ее производные;
 III жаберная дуга и ее производные;
 IV-V жаберные дуги и их производные;
 Жаберные карманы (I, II, III-IV) и их производные.
 Источники и процесс развития нижних дыхательных путей и легких.
 Факторы, обеспечивающие постоянство просвета дыхательных путей. Критические места.
 Перечислите основные моменты в развитии легких. Аномалии развития легких.
 Аномалии развития гортани и трахеи.
 Аномалии развития носовой полости и наружного носа.
 Аномалии развития бронхов и легких.
 Основные источники (эмбриональные листки) развития органов пищеварительной системы.
 Первичная кишка, деление ее на отделы и их производные.
 Формирование первичной ротовой полости (ротовой бухты).
 Формирование окончательной ротовой полости (челюстного аппарата, неба), основные аномалии.
 Развитие слюнных желез и языка, основные аномалии.
 Развитие зубов, основные аномалии.
 Производные передней кишки.
 Развитие глотки и пищевода, основные аномалии;
 Развитие желудка, основные аномалии;
 Производные средней кишки.
 Образование желточной петли.
 Производные нисходящей части желточной петли и этапы их развития (12-ти перстная, тощая и проксимальная часть подвздошной кишки);
 Производные восходящей части желточной петли и этапы их развития (дистальная часть подвздошной кишки, слепая кишка, червеобразный отросток, поперечная ободочная кишка);
 Этапы развития и изменения топографии слепой кишки и червеобразного отростка, формирование восходящей ободочной кишки, формирование печеночного и селезеночного изгибов толстой кишки;
 Развитие печени и поджелудочной железы, изменения их топографии в процессе, поворота внутренних органов;
 Основные аномалии тонкой кишки, печени, поджелудочной железы;
 Производные задней кишки: развитие нисходящей и сигмовидной кишок, надампулярного отдела и ампулы прямой кишки;
 Основные аномалии слепой кишки, червеобразного отростка, ободочной кишки;
 Формирование анального канала прямой кишки: изменения клоаки, возникновение уроректальной перегородки, расхождение мочеполювого синуса и надампулярной части и ампулы прямой кишки;
 Формирование анальной бухты, анальной мембраны и их дальнейшие преобразования;
 Основные аномалии прямой кишки.
 Филогенез органов выделительной системы.
 Основные источники (эмбриональные листки) развития органов мочевой и половой системы.
 Формирование предпочки и результат ее редукции.
 Образование первичной почки и результат ее редукции.
 Образование окончательной почки и мочеточников, основные аномалии их развития.
 Образование мочевого пузыря и женского мочеиспускательного канала, основные аномалии их развития.
 Индифферентная закладка половых органов.
 Преобразование структур индифферентной закладки половых органов в мужском организме, основные аномалии развития мужских половых органов.
 Процесс опускания яичка.
 Преобразование структур индифферентной закладки половых органов в женском организме, основные аномалии развития женских половых органов.
 Формирование мужских и женских наружных половых органов, основные аномалии их развития.
 Основные этапы преобразования сердца в филогенезе.
 Малый (легочный) круг кровообращения.
 Большой (телесный) круг кровообращения.
 Сердечный круг кровообращения.
 Плацентарный круг кровообращения.
 Перечислить основные этапы онтогенеза сердца.
 Перечислить последовательно образования перегородок внутри сердца с выделением камер.
 Дать понятие о процессе опускания сердца. Границы сердца новорожденного и взрослого человека.
 Преобразования в сердечно-сосудистой системе ребенка после рождения.
 Аномалии развития камер сердца.
 Аномалии развития магистральных сосудов.
 Сочетание аномалии развития сердца и сосудов.
 Рентгеновская анатомия сердца.

Перечень анатомических образований к модулю № 4 (спланхнология)

Носовые ходы
 Полость гортани
 Связки гортани
 Диафрагма ротовой полости
 Кривизны и поверхности желудка
 Левая доля печени
 Отделы мужской уретры
 Дно матки
 Мочеточник
 Желудочек гортани
 Главные бронхи
 Обонятельная зона носовой полости
 Твердое небо
 Круглая связка печени
 Правый брыжеечный синус
 Синус почки
 Губчатое тело полового члена

Маточные трубы
Суставы гортани
Дыхательная область носовой полости
Мембрана трахеи
Большой дуоденальный сосочек
Поджелудочная железа
Малый сальник
Малые почечные чашки
Края, поверхности, концы яичка
Ампула маточной трубы
Бифуркацию трахеи
Доли левого легкого
Отделы париетальной плевры
Небные миндалины
Червеобразный отросток
Левый брыжеечный синус
Фиброзная капсула почки
Семенные пузырьки
Шейку матки
Бронхи 1.2.3 порядков
Сегмент легкого
Бифуркацию трахеи
Дуоденальные карманы брюшины
Язычную миндалину
Пузырный проток
Корковое вещество почки
Малые половые губы
Семенные пузырьки
Перстневидный хрящ
Отделы полости носа
Поверхности легкого
Гаустры ободочной кишки
Ворота печени
Границы зева
Дно мочевого пузыря
Придаток яичка
Отделы матки
Отделы гортани
Носовые раковины, ходы
Сегмент легкого
Желудочная дорожка
Желчный пузырь
Правый боковой канал
Почечные сосочки
Семенной канатик (отделы)
Шейка матки, цервикальный канал
Корни легких
Сегментарные бронхи
Придаточные пазухи носа
Части поджелудочной железы
Небные миндалины
Сальниковое отверстие и его границы
Мужской и женский мочевой пузырь
Яичко на разрезе
Полость матки (сообщения)
Отделы гортани
Бифуркацию трахеи
Внешнее строение легкого
Изгибы 12-перстной кишки
Отличия тонкой от толстой кишки (внешние)
Виды покрытия органов брюшиной (примеры)
Правую и левую почку
Отделы семявыносящего протока
Слои стенки матки
Мышцы гортани
Левое и правое легкое
Правый главный бронх
Отделы желудка
Нижний этаж брюшной полости
Мочеточник, сужения
Элементы полового члена
Элементы внешнего строения матки
Доли и сегменты легкого
Границы доли легкого на его поверхности
Лимфоэпителиальное кольцо Пирогова-Вальдейера
Пейеровы бляшки
Печеночный изгиб ободочной кишки
Треугольник мочевого пузыря
Придаток яичка
Края яичника
Внутреннее строение гортани
Состав корней легких
Правый и левый главные бронхи
Слепую кишку с червеобразным отростком

Состав печеночно-двенадцатиперстной связки
Печеночную сумку
Дно и шейку мочевого пузыря
Предстательную железу
Цервикальный канал
Преддверие гортани
Части пристеночной плевры
Сегменты правого легкого
Серповидная связка печени
Столбики прямой кишки
Правый и левый брыжеечные синусы
Верхний и нижний полюса почки
Отверстия мужского мочеиспускательного канала
Связки матки
Поверхности печени
Формула постоянных и молочных зубов
Дугласов карман
Голосовая щель
Состав корней легких
Отделы нефрона
Оболочки яичка
Слой стенки матки
Хрящи гортани
Поверхности легкого
Отделы глотки
Отделы толстой кишки
Сумки верхнего этажа брюшинной полости
Элементы почки на разрезе
Придаток и синус придатка яичка
Отделы маточной трубы

Критерии оценивания результатов текущего контроля

Оценка «отлично»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, демонстрация органов и структур, изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах; таблицах;
точное использование научной латинской и русской (английской) терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

безупречное владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования; умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;

полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;

творческая самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «хорошо»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, в объеме учебной программы, демонстрация органов и структур, изученных ранее и изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах, таблицах;

использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, лингвистически и логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы;

владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования, умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;

усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;

самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «удовлетворительно»

Собеседование:

достаточные знания по теме занятия в объеме учебной программы;

знание описания основных деталей строения, топографии органа (части тела) в объеме учебника, курсов лекций, вспоминание мелких деталей строения при помощи наводящих вопросов преподавателя;

использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обобщения и выводы с помощью наводящих вопросов;

демонстрация изучаемых в рамках данной темы органов, основных деталей их строения на анатомических препаратах, таблицах, муляжах;

владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), умение работать с негатоскопом, по алгоритму распознавать основные детали строения на рентгенограммах, томограммах;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;

самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, редкое участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

Оценка «неудовлетворительно»

Собеседование:

недостаточно полный объем знаний об изученных органах в рамках образовательного стандарта;

знание описания строения органа (части тела) в объеме учебника;

неумение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;

использование латинских и русских (английских) терминов с существенными лингвистическими и логическими ошибками;

перечисление органов, изучаемых в рамках данной темы, только узнавание их на таблицах, муляжах, препаратах, не умение расположить их правильно, неумение демонстрировать анатомические образования на натуральных препаратах или их заменителях (муляжах);

неправильное владение инструментарием анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), некомпетентность в решении стандартных

(типовых) ситуационных задач;
пассивность на практических занятиях,
неадекватное, безразличное отношение к натуральным анатомическим препаратам, нарушение деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.
отказ от ответа.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К МОДУЛЮ № 5 «НЕРВНАЯ СИСТЕМА»

Форма текущего контроля: устная (устный опрос)

Контрольные вопросы к лекционному материалу

Основные типы строения нервной системы в филогенезе.

Развитие спинного мозга в онтогенезе человека.

Развитие головного мозга человека: стадии трёх и пяти мозговых пузырей, соответствие им отделов мозга.

Понятие о нейроне, виды нейронов по морфологическим и функциональным признакам. Нейроглия.

Понятие о ядрах и ганглиях. Их функциональная характеристика.

Ретикулярная формация ствола мозга, особенности её строения, ядра, связи, основные проводящие пути. Сущность «центрэнцефалической» теории.

Понятие о миеоархитектонике мозга, виды волокон белого вещества полушарий мозга.

Кора больших полушарий головного мозга. Учение И.П.Павлова о коре, как высшем органе нервной деятельности. Цитоархитектоника коры полушарий головного мозга и заслуги В.А. Беца в её изучении.

Определение коркового центра по И.П.Павлову, понятие о I и II сигнальных системах, основные центры их в коре полушарий.

Перечислить видовые специфические черты мозга человека.

Определение анализатора по И.П.Павлову, его составные звенья и роль каждого из них.

Значение и функция органа слуха и равновесия.

Этапы филогенеза органа слуха и равновесия.

Онтогенез органа слуха и равновесия, его основные аномалии развития (источники и процесс образования ушной раковины, наружного слухового прохода и барабанной перепонки наружного уха).

Онтогенез органа слуха и равновесия, его основные аномалии развития (источники и процесс образования слуховой трубы, барабанной полости, слуховых косточек и слуховых мышц среднего уха).

Онтогенез органа слуха и равновесия, его основные аномалии развития (источники и процесс формирования перепончатого и костного лабиринтов внутреннего уха).

Значение и функция органа зрения.

Этапы филогенеза органа зрения (беспозвоночные, ракообразные и насекомые, круглоротые, отдельные рыбы и ящерицы, костистые рыбы и амфибии, рептилии и птицы).

Онтогенез органа зрения: (образование сетчатки глаза и зрительного нерва).

Онтогенез органа зрения: (формирование хрусталика).

Онтогенез органа зрения: (формирование сосудистой и фиброзной оболочек глаза).

Онтогенез органа зрения: (образование стекловидного тела).

Развитие вспомогательного аппарата глаза: (формирование век и конъюнктивы).

Развитие вспомогательного аппарата глаза: (образование слезного аппарата глаза).

Развитие вспомогательного аппарата глаза: (наружных мышц глаза).

Контрольные вопросы к практическому материалу

Внешнее строение спинного мозга, его положение, границы. Понятие о корешках спинного мозга, их состав. Спинномозговые узлы.

Топография серого вещества спинного мозга. Понятие о сегменте спинного мозга. Схема простой рефлекторной дуги.

Топография белого вещества спинного мозга. Характеристика канатиков белого вещества и проводящих путей в них.

Оболочки спинного мозга, межоболочечные пространства и их содержимое.

Внешнее и внутреннее строение продолговатого мозга.

Внешнее и внутреннее строение моста.

Ромбовидная ямка, её границы, проекция на её поверхность ядер черепных нервов.

Основание головного мозга и места выхода корешков черепных нервов.

Внешнее и внутреннее строение мозжечка, ножки мозжечка и проводящие пути в них.

IV желудочек, его стенки и сообщения.

Анатомия перешейка ромбовидного мозга. Латеральная петля и её состав.

Внешнее и внутреннее строение среднего мозга на уровне верхних и нижних бугров четверохолмия.

Промежуточный мозг и его отделы. III желудочек, его стенки и сообщения.

Анатомия зрительного бугра (таламуса) и его функциональное значение. Надталамическая (эпиталамус), таламическая (метаталамус) области и их функциональное значение.

Анатомия подталамической области (гипоталамуса) и функциональное значение входящих в неё образований.

Мозолистое тело, свод, передняя спайка мозга. Их строение и функциональное значение.

Конечный мозг, его отделы. Обонятельный мозг.

Рельеф полушарий головного мозга. Доли, основные борозды и извилины, доли.

Характеристика белого вещества полушарий головного мозга. Ассоциативные, комиссуральные и проекционные пути. Внутренняя капсула и проходящие в ней пути.

Базальные ядра, их топография и функционально-клиническое значение.

Экстрапирамидная система, её центры, связи и функциональное значение.

Корковые концы анализаторов I сигнальной системы.

Корковые концы анализаторов II сигнальной системы.

Боковые желудочки головного мозга: их строение, сообщения.

Анатомо-функциональная характеристика лимбической системы.

Особенности строения твёрдой мозговой оболочки головного мозга, её производные. Анатомия венозных синусов.

Мягкие оболочки головного мозга. Межоболочечные пространства и их содержимое. Цистерны подпаутинного пространства. Образование и пути циркуляции спинномозговой жидкости.

Спиномозжечковые пути. Эфферентные пути мозжечка. Его характеристика и топография. Связи мозжечка с корой головного мозга и другими отделами.

Пирамидные пути: кортикоспинальный и кортиконуклеарный. Их характеристика и топография.

Проводящий путь сознательной кожной чувствительности. Его характеристика и топография.

Проводящий путь сознательной проприоцептивной чувствительности, его топография. Пучки Голля и Бурдаха, их характеристика на разных уровнях мозга.

Руброспинальный и тектоспинальный пути, их характеристика, топография.

Состав и формирование медиальной петли.

Отделы органа слуха и равновесия.

Наружное ухо (ушная раковина, наружный слуховой проход, барабанная перепонка).

Среднее ухо (барабанная полость, слуховая труба, слуховые косточки и мышцы).
 Внутреннее ухо (костный и перепончатый лабиринты).
 Пути проведения звука.
 Слуховой проводящий путь (сознательная и бессознательная порции).
 Вестибулярный проводящий путь (сознательная и бессознательная порции).
 Общая характеристика органа зрения - глазного яблока, вспомогательного аппарата глаза, полюса и оси глазного яблока.
 Наружная оболочка глазного яблока (склера и роговица, строение, функция).
 Сосудистая оболочка, ее отделы (собственно сосудистая оболочка, ресничное тело с его ресничным кружком, ресничными отростками и ресничный венцом, радужка).
 Ресничная мышца ресничного тела с ее радиарными, меридиональными и циркулярными волокнами, функция.
 Суживатель и расширитель зрачка, функция.
 Сетчатая оболочка (сетчатка): пигментная и светочувствительная части; желтое пятно, центральная ямка, диск зрительного нерва, центральная артерия сетчатки, их функциональное значение.
 Строение хрусталика (поверхности, полюса, капсула, ресничный поясик – циннова связка).
 Прозрачные среды глаза (оптическая ось глаза, роговица, передняя и задняя камеры глазного яблока, хрусталик, стекловидное тело).
 Продукция и циркуляция водянистой влаги.
 Радужно-роговичный угол с его пространствами (фонтановыми), венозный синус склеры (шлемов канал).
 Вспомогательный аппарат глаза: наружные мышцы глазного яблока (прямые – верхняя, нижняя, медиальная, латеральная; косые – верхняя, нижняя), их функция.
 Вспомогательный аппарат глаза: веки, строение, функция.
 Вспомогательный аппарат глаза: конъюнктив (верхний и нижний своды, конъюнктивальный мешок).
 Вспомогательный аппарат глаза: слезный аппарат (слезная железа, слезный мешок, носослезный проток, слезные каналы).
 Зрительный проводящий путь:
 - сознательная порция;
 - бессознательная порция.

Перечень анатомических элементов (практические навыки)
 к модулю №5 «Нервная система»

Серп большого мозга (твердая оболочка головного мозга)
 Намет мозжечка
 Верхний сагиттальный синус (твердой мозговой оболочки)
 Нижний сагиттальный синус
 Поперечный синус
 Сигмовидный синус
 Пирамида продолговатого мозга
 Олива продолговатого мозга
 Базиллярная борозда (моста)
 Средняя мозжечковая ножка
 Нижняя мозжечковая ножка
 Верхняя мозжечковая ножка
 Мост
 Верхний мозговой парус
 IV желудочек (на сагиттальном разрезе)
 Ромбовидная ямка
 Полушарие мозжечка "Древо жизни" (на разрезе мозжечка)
 Ножка мозга (средний мозг)
 Крыша среднего мозга (пластинка четверохолмия)
 Водопровод среднего мозга (на срезе среднего мозга)
 Мозговой ствол
 Промежуточный мозг
 Шишковидное тело
 Таламус
 Медиальное коленчатое тело
 Латеральное коленчатое тело
 Зрительный перекрест
 Сосцевидное тело
 Серый бугор
 III желудочек
 Межжелудочковое отверстие
 Центральная борозда полушария большого мозга
 Латеральная борозда полушария большого мозга
 Прецентральная борозда
 Верхняя лобная борозда
 Нижняя лобная борозда
 Постцентральная борозда
 Внутритеменная борозда
 Верхняя височная борозда
 Нижняя височная борозда
 Борозда мозолистого тела
 Поясная борозда
 Теменно-затылочная борозда
 Шпорная борозда
 Борозда гиппокампа
 Коллатеральная борозда
 Обонятельная борозда
 Предцентральная извилина
 Верхняя лобная извилина
 Средняя лобная извилина
 Нижняя лобная извилина
 Постцентральная извилина
 Верхняя теменная доля
 Нижняя теменная доля
 Верхняя височная извилина

Средняя височная извилина
Нижняя височная извилина
Островковая доля большого мозга (островок)
Поясная извилина
Перешеек поясной извилины
Парацентральная доля
Предклинье
Клин
Парагиппокампальная извилина
Язычная извилина
Прямая извилина
Обонятельная луковица
Обонятельный тракт
Обонятельный треугольник
Переднее продырявленное вещество
Мозолистое тело
Передняя спайка (мозга)
Свод мозга
Прозрачная перегородка (мозга)
Центральная часть бокового желудочка
Передний рог бокового желудочка
Задний рог бокового желудочка
Нижний рог бокового желудочка
Головка хвостатого ядра
Тело хвостатого ядра
Хвост хвостатого ядра
Чечевицеобразное ядро
Ограда
Внутренняя капсула (конечный мозг)
Ушную раковину с ее завитком
Полукружные каналы
«Кортиев» орган
Ушную раковину с ее противозавитком
Улитку с ее основанием
Эндолимфатическое пространство на схеме
Средняя лобная извилина ушную раковину с ее казелком
Улитка с ее куполом
Передний полукружный проток
Ушная раковина с ее противоказелком
Улитка с ее стержнем
Задний полукружный проток
Ушная раковина с ее долькой
Улитка с ее спиральной пластинкой
Латеральный полукружный проток
Наружный слуховой проход с его хрящевой частью
Вторичная барабанная перепонка
Наружный слуховой проход с его костной частью
Улитка с ее спиральным каналом
Барабанная перепонка
Барабанная полость
Маточка и мешочек
Слуховые косточки
Маточково-мешочковый проток на схеме
Диск зрительного нерва
Задняя камера глаза
Слуховая труба с ее костной частью
Улитковый проток
Передняя камера глаза
Хрусталик
Слуховая труба с ее хрящевой частью
Соединяющий проток на схеме
Желтое пятно и центральная ямка
Венозный синус склеры

ВОПРОСЫ К ИТОГОВОМУ ЗАНЯТИЮ МОДУЛЯ № 5 «АНАТОМИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ» Форма текущего контроля: устная (устный опрос)

Контрольные вопросы к практическому материалу:

- I пара черепных нервов. Обонятельный проводящий путь.
 - II пара черепных нервов. Зрительный проводящий путь. Дуга зрачкового рефлекса.
 - III, IV, VI пары черепных нервов (глазодвигательная функция).
 - V пара черепных нервов (ядра, функциональный состав волокон, топография, сложение, ветви и области иннервации).
 - VII пара черепных нервов (лицевой и промежуточный нервы, функциональный состав проводников, ядра, топография ветвей, области иннервации).
 - VIII пара черепных нервов. Слуховой проводящий путь.
 - IX пара черепных нервов (ядра, функциональный состав, топография, ветви, области иннервации).
 - X пара черепных нервов (ядра, функциональный состав волокон, топография, отделы, ветви и области иннервации).
 - XI и XII пары черепных нервов (ядра, функциональный состав, топография, ветви, области иннервации).
- Вегетативная часть нервной системы, ее деление и характеристика отделов, высшие вегетативные центры. Рефлекторная дуга вегетативного рефлекса.
Парасимпатический отдел вегетативной нервной системы (центры, периферическая часть). Связь с черепными и спинномозговыми нервами.
Симпатический отдел вегетативной нервной системы (центры, периферическая часть). Связь со спинномозговыми нервами, принципы симпатической

иннервации органов шеи, грудной клетки, брюшной полости.
Симпатический ствол, топография, узлы, ветви, области иннервации.
Вегетативное сплетение брюшной аорты (источники формирования, узлы, отделы, ветви и зоны иннервации).
Спинномозговой нерв и его ветви. Формирование сплетений. Задние ветви спинномозговых нервов и области их распределения.
Шейное сплетение (сложение, топография, ветви и области иннервации).
Грудные спинномозговые нервы (ветви и области иннервации).
Плечевое сплетение (сложение, топография, ветви и области иннервации).
Надключичная часть плечевого сплетения (короткие ветви, их зоны иннервации).
Срединный и мышечно-кожный нервы.
Лучевой и локтевой нервы (топография, ветви и области иннервации).
Иннервация кожи верхней конечности и кисти.
Поясничное сплетение (источники формирования, ветви и области иннервации).
Крестцовое сплетение (сложение, топография, ветви, области иннервации).
Седалищный нерв (ход, ветви, области иннервации). Групповая иннервация мышц голени и стопы.
Большеберцовый и общий малоберцовые нервы (топография, ветви, области иннервации).
Иннервация кожи нижней конечности и стопы.

Контрольные вопросы по лекционному материалу

Классификации черепных нервов.

Принцип сложения черепных нервов.

Развитие черепных нервов.

Филогенез вегетативной нервной системы. Причина обособления вегетативного отдела, последовательность возникновения его структурных элементов.

Онтогенез вегетативной нервной системы. Происхождение вегетативных центров, ганглиев. Установка связей между вегетативными центрами, ганглиями и объектами иннервации.

Деление организма на сому и висцеру, условность этого деления.

Общие моменты и принципиальные отличия анатомии соматического и вегетативного отделов нервной системы.

Общие данные о формировании вегетативных сплетений. Внеорганные и органические вегетативные сплетения и их структурные компоненты.

Сложение спинномозговых нервов, их сегментарная принадлежность и характеристика составляющих их нервных волокон.

На примере грудных спинномозговых нервов, перечислить их ветви и дать им функциональную оценку.

Охарактеризовать задние ветви спинномозговых нервов. Назвать их общие признаки и отметить отличия задних ветвей у первых двух шейных нервов.

Дать оценку передним ветвям спинномозговых нервов, указав какие из них участвуют в образовании сплетений.

Отметить, за счет, каких спинномозговых нервов формируется шейное сплетение. Назвать его основные группы ветвей. Дать анатомо-функциональную оценку диафрагмальным нервам и перечислить зоны их иннервации.

За счет, каких спинномозговых нервов формируется плечевое сплетение. Отметить его топографию и назвать основные группы ветвей. Из коротких ветвей охарактеризовать функциональную и клиническую значимость подмышечного нерва, а из длинных; лучевого, локтевого и срединного нервов.

Что собой представляют межреберные нервы? Отметить их топографию в межреберных, промежутках, зоны иннервации и клиническую картину распространения по ним боли при невралгиях.

За счет, каких спинномозговых нервов формируется поясничное сплетение. Отметить его топографию и назвать основные группы его ветвей. Из коротких ветвей охарактеризовать функциональную и клиническую значимость бедренно-полового нерва, а у длинных ветвей: бедренного и приводящего нервов.

Отметить, какие спинномозговые нервы участвуют в сложении крестцового сплетения, указать на его топографию. Назвать основные группы его ветвей.

Охарактеризовать седалищный нерв и его основные ветви: большеберцовый и малоберцовый нервы. Дать им функциональную оценку и отметить клиническую значимость.

Аномалии (варианты) спинномозговых нервов.

Перечень анатомических образований к модулю № 5

«Анатомия периферической и вегетативной нервной систем»

Обонятельная луковица и тракт.

Надглазничный нерв.

Подглазничный нерв.

Язычный нерв.

Нижний альвеолярный нерв.

Подбородочный нерв.

Лицевой нерв.

Ветви околоушного сплетения.

Языкоглоточный нерв.

Возвратный гортанный нерв.

Блуждающий нерв (шейный отдел).

Блуждающий нерв (грудной отдел).

Добавочный нерв.

Подъязычный нерв.

Шейный отдел пограничного симпатического ствола.

Грудной отдел пограничного симпатического ствола.

Белые соединительные ветви (по схеме).

Серые соединительные ветви (по схеме).

Диафрагмальный нерв.

Длинный грудной нерв.

Надлопаточный нерв.

Подлопаточный нерв.

Грудоспинной нерв.

Латеральный и медиальный грудные нервы.

Подмышечный нерв.

Мышечно-кожный нерв.

Латеральный кожный нерв предплечья.

Медиальный кожный нерв плеча.

Медиальный кожный нерв предплечья.

Срединный нерв.

Локтевой нерв.
Лучевой нерв на плече.
Канал лучевого нерва.
Лучевой нерв на предплечье.
Межреберные нервы.
Подвздошно-подчревный нерв.
Подвздошно-паховый нерв.
Бедренно-половой нерв (его две ветви).
Латеральный кожный нерв бедра.
Запирательный нерв.
Бедренный нерв.
Подкожный нерв.
Верхний ягодичный нерв.
Нижний ягодичный нерв.
Половой нерв.
Задний кожный нерв бедра.
Седалищный нерв.
Большеберцовый нерв.
Медиальный подошвенный нерв.
Латеральный подошвенный нерв.
Общий малоберцовый нерв.
Поверхностный малоберцовый нерв.
Глубокий малоберцовый нерв.
Медиальный кожный нерв икры.
Латеральный кожный нерв икры.
Икроножный нерв.

Критерии оценивания результатов текущего контроля

Оценка «отлично»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, демонстрация органов и структур, изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах; таблицах;
точное использование научной латинской и русской (английской) терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;
безупречное владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования; умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;
полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;
умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;
творческая самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «хорошо»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, в объеме учебной программы, демонстрация органов и структур, изученных ранее и изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах, таблицах;
использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, лингвистически и логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы;
владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования, умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;
усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;
умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;
самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «удовлетворительно»

Собеседование:

достаточные знания по теме занятия в объеме учебной программы;
знание описания основных деталей строения, топографии органа (части тела) в объеме учебника, курсов лекций, вспоминание мелких деталей строения при помощи наводящих вопросов преподавателя;
использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обобщения и выводы с помощью наводящих вопросов;
демонстрация изучаемых в рамках данной темы органов, основных деталей их строения на анатомических препаратах, таблицах, муляжах;
владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), умение работать с негатоскопом, по алгоритму распознавать основные детали строения на рентгенограммах, томограммах;
усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;
умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;
самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, редкое участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

Оценка «неудовлетворительно»

Собеседование:

недостаточно полный объем знаний об изученных органах в рамках образовательного стандарта;
знание описания строения органа (части тела) в объеме учебника;
неумение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;
использование латинских и русских (английских) терминов с существенными лингвистическими и логическими ошибками;
перечисление органов, изучаемых в рамках данной темы, только узнавание их на таблицах, муляжах, препаратах, не умение расположить их правильно, неумение продемонстрировать анатомические образования на натуральных препаратах или их заменителях (муляжах);
неправильное владение инструментарием анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), некомпетентность в решении стандартных (типовых) ситуационных задач;
пассивность на практических занятиях,
неадекватное, брезгливое отношение к натуральным анатомическим препаратам, нарушение деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

отказ от ответа.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МОДУЛЯ № 6 (АНАТОМИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМ)

Форма текущего контроля: устная (устный опрос)

- Аорта, ее отделы, топография. Ветви дуги и грудной аорты (париетальные и висцеральные).
- Брюшная аорта, топография. Непарные ветви, области кровоснабжения.
- Париетальные и парные висцеральные ветви брюшной аорты.
- Подкрыльцовая артерия, топография и распределение ее ветвей, анастомозы.
- Артерии плеча и их основные коллатерали, области кровообращения.
- Артерии (поверхностные и глубокие) предплечья и кисти.
- Общие, наружные и внутренние подвздошные артерии. Топография, распределение ветвей, основные анастомозы.
- Бедренная и подколенная артерии, топография, распределение ветвей и их основные коллатерали, области кровоснабжения.
- Артерии голени и стопы. Топография, распределение ветвей и их основные коллатерали, области кровоснабжения.
- 10. Главнейшие коллатерали артерий верхних и нижних конечностей и их практическое значение.
- 11. Кровоснабжение плечевого, локтевого, лучезапястного суставов.
- 12. Кровоснабжение тазобедренного, коленного и голеностопных суставов.
- 13. Система верхней полой вены: плечеголовые вены, наружная яремная вена, передняя яремная вена, подключичная вена.
- 14. Система верхней полой вены: внутренняя яремная вена- внутричерепные и внечерепные притоки.
- 15. Вены верхней конечности (поверхностные и глубокие).
- 16. Вены непарная и полунепарная, вены стенок туловища. Позвоночные сплетения.
- 17. Система нижней полой вены (париетальные и висцеральные притоки).
- 18. Вены таза и нижней конечности.
- 19. Система воротной вены.
- 20. Кровообращение плода.
- 21. Портоскаважные и каво-каважные анастомозы и их практическое значение.

Контрольные вопросы к лекционному материалу:

- Малый, большой и «сердечный» круги кровообращения.
- Анатомо-функциональные особенности артериальной системы.
- Дать определение артериям. Крайние формы изменчивости ветвления артерий.
- Строение и характеристика слоев стенки артерий.
- Понятие об анастомозах, виды анастомозов (внутри и внесистемные).
- Понятие о коллатеральных, примеры коллатеральных артерий на конечностях. Вклад В.И.Тонкова в изучение коллатерального кровообращения.
- Микроциркуляторное русло, характеристика каждого звена.
- Понятие об артериальных «чудесных сетях», примеры.
- Развитие артерий: преобразование правых жаберных аортальных дуг.
- Развитие артерий: преобразование левых жаберных аортальных дуг.
- Развитие артерий: преобразование сегментарных артерий.
- Анатомо-функциональные особенности венозной системы.
- Виды венозных систем в организме человека.
- Развитие вен: преобразование в системе передних кардинальных вен.
- Развитие вен: преобразование в системе задних кардинальных вен.
- Развитие вен: формирование нижней полой вены.
- Развитие вен: формирование воротной вены.
- Аномалии развития артерий и вен.

Перечень анатомических образований модуля № 6
(Анатомия артериальной и венозной систем).

- Лицевая артерия.
- Верхнечелюстная артерия.
- Язычная артерия.
- Внутренняя сонная артерия.
- Верхняя щитовидная артерия.
- Внутренняя яремная вена.
- Верхняя полая вена.
- Грудная аорта.
- Легочной ствол.
- Щито-шейный ствол.
- Непарная вена.
- Воротная вена.
- Задняя огибающая плечо артерия.
- Огибающая лопатку артерия.
- Глубокая артерия плеча.
- Коллатеральные локтевые артерии.
- Локтевая артерия.
- Лучевая артерия.
- Плечевая вена.
- Латеральная подкожная вена «руки».
- Латеральная огибающая бедро артерия.
- Передняя большеберцовая артерия.
- Большая подкожная вена.
- Общие подвздошные вены.
- Затылочная артерия.
- Поверхностная височная артерия.
- Средняя менингеальная артерия.
- Подглазничная артерия.
- Надглазничная артерия.
- Позвоночная артерия.
- Артерия большого пальца кисти.
- Артерии поверхностной ладонной дуги.

Чревный ствол.
Собственно печеночная артерия.
Верхняя брыжеечная артерия.
Яичковая (яичниковая) артерия.
Промежуточная вена локтя.
Нижняя брыжеечная вена.
Малая подкожная вена.
Правый венозный угол.
Левый венозный угол.
Бедренная вена.
Почечные вены.
Подключичная вена.
Суставную сеть коленного сустава.

Критерии оценивания результатов текущего контроля

Оценка «отлично»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, демонстрация органов и структур, изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах; таблицах;
точное использование научной латинской и русской (английской) терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;
безупречное владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования; умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;
полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;
умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;
творческая самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «хорошо»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, в объеме учебной программы, демонстрация органов и структур, изученных ранее и изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах, таблицах;
использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, лингвистически и логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы;
владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования, умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;
усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;
умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;
самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «удовлетворительно»

Собеседование:

достаточные знания по теме занятия в объеме учебной программы;
знание описания основных деталей строения, топографии органа (части тела) в объеме учебника, курсов лекций, вспоминание мелких деталей строения при помощи наводящих вопросов преподавателя;
использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обобщения и выводы с помощью наводящих вопросов;
демонстрация изучаемых в рамках данной темы органов, основных деталей их строения на анатомических препаратах, таблицах, муляжах;
владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), умение работать с негатоскопом, по алгоритму распознавать основные детали строения на рентгенограммах, томограммах;
усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;
умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;
самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, редкое участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

Оценка «неудовлетворительно»

Собеседование:

недостаточно полный объем знаний об изученных органах в рамках образовательного стандарта;
знание описания строения органа (части тела) в объеме учебника;
неумение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;
использование латинских и русских (английских) терминов с существенными лингвистическими и логическими ошибками;
перечисление органов, изучаемых в рамках данной темы, только узнавание их на таблицах, муляжах, препаратах, не умение расположить их правильно, неумение демонстрировать анатомические образования на натуральных препаратах или их заменителях (муляжах);
неправильное владение инструментарием анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), некомпетентность в решении стандартных (типовых) ситуационных задач;
пассивность на практических занятиях,
неадекватное, безразличное отношение к натуральным анатомическим препаратам, нарушение деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.
отказ от ответа.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МОДУЛЯ № 7

(АНАТОМИЯ ЛИМФОИДНОЙ, ЛИМФАТИЧЕСКОЙ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМ)

Форма текущего контроля: устная (устный опрос)

Анатомия лимфатической системы: капилляры, сосуды, стволы и протоки - характеристика каждого звена.

Лимфатические узлы (классификация, строение, расположение).

Лимфатические узлы и сосуды головы и шеи.

Лимфатические узлы и сосуды верхней конечности.

Лимфатические узлы и сосуды грудной полости.

Лимфатические узлы и сосуды брюшной полости.

Лимфатические узлы и сосуды нижней конечности и таза.

Отток лимфы от молочной железы.

Органы лимфоидной системы: классификация.

Анатомия первичных (центральных) органов лимфоидной системы (красный костный мозг и тимус).

Анатомия вторичных (периферических) органов лимфоидной системы (селезенка, лимфоидные скопления миндалин, одиночные, групповые лимфоидные узелки, лимфатические узлы, лимфоидные узелки червеобразного отростка).

Анатомия органов эндокринной системы: классификация в зависимости от происхождения из зародышевых листков.

Анатомия органов эндокринной системы: бранхиогенная группа (щитовидная железа, паращитовидные железы, тимус).

Анатомия органов эндокринной системы: эктодермальные железы - неврогенная группа (эпифиз и гипофиз).

Анатомия органов эндокринной системы: эктодермальные железы – группа адреналовой системы (мозговое вещество надпочечников и хромаффинные тела).

Анатомия органов эндокринной системы: мезодермальные железы (корковое вещество надпочечников и эндокринные части половых желез).

Анатомия органов эндокринной системы: энтодермальные железы (эндокринная часть поджелудочной железы и желудочно-кишечный гормональный центр).

Контрольные вопросы к лекционному материалу:

Анатомо-функциональные особенности лимфатической системы (функции характеристика каждого звена).

Развитие лимфатической системы. Аномалии развития.

Анатомо-функциональные особенности эндокринной системы.

Связь эндокринной системы с нервной и лимфоидной системами.

Развитие эндокринных желез. Аномалии развития.

Перечень анатомических образований

к модулю № 7

(Анатомия лимфоидной, лимфатической и эндокринной систем).

Селезенка.

Тимус.

Околокишечные брыжеечные лимфатические узлы.

Правый венозный угол.

Левый венозный угол.

Поджелудочная железа.

Щитовидная железа.

Рассказать особенности кровоснабжения щитовидной железы.

Рассказать особенности кровоснабжения половых желез.

Группа лимфатических узлов подмышечной ямки.

Окологрудные лимфатические узлы.

Критерии оценивания результатов текущего контроля

Оценка «отлично»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, демонстрация органов и структур, изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах; таблицах;

точное использование научной латинской и русской (английской) терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

безупречное владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования; умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;

полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;

творческая самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «хорошо»

Собеседование:

систематизированные, глубокие и полные знания по теме занятия, в объеме учебной программы, демонстрация органов и структур, изученных ранее и изучаемых в рамках данной темы, деталей их строения на препаратах, муляжах, рентгенограммах, томограммах, таблицах;

использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, лингвистически и логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы;

владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), техникой препарирования, умение работать с негатоскопом, по алгоритму читать рентгенограммы, томограммы;

усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств, знать основные причины их возникновения;

самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, активное участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами, высокий уровень культуры исполнения заданий.

Оценка «удовлетворительно»

Собеседование:

достаточные знания по теме занятия в объеме учебной программы;

знание описания основных деталей строения, топографии органа (части тела) в объеме учебника, курсов лекций, вспоминание мелких деталей строения при помощи наводящих вопросов преподавателя;

использование латинских и русских (английских) терминов; стилистически грамотное, правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обобщения и выводы с помощью наводящих вопросов;

демонстрация изучаемых в рамках данной темы органов, основных деталей их строения на анатомических препаратах, таблицах, муляжах;

владение анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), умение работать с негатоскопом, по алгоритму распознавать основные детали строения на рентгенограммах, томограммах;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;

умение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств; самостоятельная работа на практических занятиях и при самоподготовке к занятиям, редкое участие в групповых обсуждениях, отсутствие нарушений деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.

Оценка «неудовлетворительно»

Собеседование:

недостаточно полный объем знаний об изученных органах в рамках образовательного стандарта;
 знание описания строения органа (части тела) в объеме учебника;
 неумение графически (схематически) изобразить основные этапы развития органов и систем организма, формирование аномалий и уродств;
 использование латинских и русских (английских) терминов с существенными лингвистическими и логическими ошибками;
 перечисление органов, изучаемых в рамках данной темы, только узнавание их на таблицах, муляжах, препаратах, не умение расположить их правильно, неумение демонстрировать анатомические образования на натуральных препаратах или их заменителях (муляжах);
 неправильное владение инструментарием анатомическими инструментами (пинцетом, скальпелем), некомпетентность в решении стандартных (типовых) ситуационных задач;
 пассивность на практических занятиях,
 неадекватное, брезгливое отношение к натуральным анатомическим препаратам, нарушение деонтологических и санитарно-гигиенических правил работы с анатомическими препаратами.
 отказ от ответа.

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знать анатомию и физиологию человека	Вопросы: 2,15,24,26,28,30,32,34,36,38,40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60 Вопросы: 1,2,3,5,7,9,11,13,15,17,19,21,23,25,27,29,31,33,37,41,43,47,49,51,55,57,61
Уметь использовать знания анатомии и физиологии для обследования пациента, постановки предварительного диагноза	Вопросы: 2,15,24,26,28,30,32,34,36,38,40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60 Вопросы: 1,2,3,5,7,9,11,13,15,17,19,21,23,25,27,29,31,33,37,41,43,47,49,51,55,57,61

16. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФАРМАКОЛОГИЯ»

- Тема: Общая фармакология. Врачебная рецептура
- Цель: Усвоить основные представления и понятия по разделу Общая фармакология

3. Вопросы для текущего контроля знаний по общей фармакологии :

- Понятие о фармакологии. Общая фармакология. Частная фармакология. Клиническая фармакология. Взаимосвязь фармакологии с другими дисциплинами.
 - Путь лекарства из лаборатории к постели больного.
 - Фармакинетика лекарственных веществ (пути введения, всасывание, распределение, превращение, выделение). Значение пути введения для концентрации вещества в средах организма и характера фармакологического эффекта. Метаболическая трансформация лекарств. Пути выведения и их использование для терапии. Выделение лекарственных веществ молочными железами. Проникновение через плаценту. Тератогенность. Эмбриотоксичность. Фетотоксичность.
 - Фармакодинамика лекарственных веществ. Принципы действия. Взаимодействие с рецепторами. Виды действия.
 - Факторы, влияющие на действие лекарственных веществ. Зависимость действия от дозы, виды доз. Значение структуры и физико-химических свойств, препаратов, возраста, пола, функционального состояния организма, генетических факторов, повторного введения. Особенности реакции организма ребенка 1 года жизни на действие лекарственных веществ. Комбинированное действие лекарств.
 - Явления, развивающиеся при повторном применении лекарственных средств.
 - Виды фармакотерапии
4. Вариант типовых тестовых заданий

001. Что является предметом изучения фармакологии?

- Свойства лекарственного сырья животного и растительного происхождения
- Эффекты, локализация и механизм действия лекарственных веществ
- Технология изготовления лекарственных форм
- Всасывание, распределение, биотрансформация и выделение лекарственных веществ
- Химическая структура лекарственных средств
- Влияние химической структуры на действие лекарственных веществ

002. Что включает понятие «фармакокинетика»?

- Всасывание лекарственного вещества
- Эффекты, возникающие при действии вещества
- Локализация и механизм действия вещества
- Распределение вещества в организме
- Биотрансформация вещества в организме
- Выделение вещества из организма

003. Что включает понятие «фармакодинамика»?

- Всасывание лекарственного вещества
- Эффекты, возникающие при действии лекарственного вещества
- Локализация и механизм действия вещества
- Распределение вещества в организме
- Биотрансформация вещества в организме
- Выделение вещества из организма

004. Что такое биодоступность лекарственного вещества?

- Скорость всасывания вещества
- Концентрация свободного вещества в плазме крови
- Концентрация вещества, связанного с белками плазмы крови
- Соотношение концентраций свободного вещества и вещества, связанного с белками плазмы крови
- Содержание неизмененного вещества в плазме крови относительно введенной дозы

005. Что такое период полужизни (1/2t) лекарственного вещества

- Всасывание из места введения 50% дозы вещества
- Связывание с белками плазмы крови 50% дозы вещества
- Время выведения из организма 50% вещества
- Время снижения содержания в организме введенного и всосавшегося вещества на 50%

Эталоны ответов: 001. 2,4 ; 002. 1,4,5,6 ; 003. 2,3 ; 004. 5 ; 005. 4.

1. Тема: Физиология синаптической передачи импульсов. Классификация синантогтропных средств. Холинергические средства неизбирательного действия (М- и –Н-холиномиметики. Антихолинэстеразные средства).

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические и фармакокинетические характеристики показания и противопоказания к применению М,Н-холиномиметиков, антихолинэстеразных средств, усвоить основные фармакодинамические и фармакокинетические характеристики.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме:

1. Морфология и функция эфферентных нервов. Физиология синаптической передачи нервных импульсов. Пути вмешательства в функцию синапса.
2. Классификация синатропных средств.
3. Химическая структура и основные эффекты ацетилхолина и карбохолина. Показания к применению карбохолина.
4. Антихолинэстеразные средства. Характер взаимодействия с ацетилхолинэстеразой. Основные эффекты. Сравнительная характеристика препаратов. Показания к применению. Побочные эффекты.
5. Токсикологическое значение ФОС. Клиника отравлений. . Меры помощи при отравлениях Реактиваторы. холинэстеразы (дипириксин, изонитрозин). Препараты: прозерин, галантамина гидробромид, физостигмина салицилат, армин.

4. Вариант типовых тестовых заданий

022. Укажите локализацию М-холинорецепторов в окончаниях эфферентных нервов

1. Симпатические ганглии
2. Парасимпатические ганглии
3. Органы, получающие постганглионарную симпатическую иннервацию
4. Органы, получающие постганглионарную парасимпатическую иннервацию
5. Каротидный синус
6. Мозговой слой надпочечников
7. Синапсы скелетной мускулатуры

023. Где в окончаниях эфферентных нервов располагаются Н-холинорецепторы?

1. Симпатические ганглии
2. Парасимпатические ганглии
3. Органы, получающие постганглионарную симпатическую иннервацию
4. Органы, получающие постганглионарную парасимпатическую иннервацию
5. Каротидный синус
6. Мозговой слой надпочечников
7. Синапсы скелетной мускулатуры

024. Перечислите эффекты возбуждения М-холинорецепторов

1. Повышение внутриглазного давления
2. Снижение внутриглазного давления
3. Бронхоспазм
4. Бронходилатация
5. Повышение тонуса моче- и желчевыводящих путей
6. Снижение тонуса моче- и желчевыводящих путей
7. Повышение тонуса гладких мышц и секреции желез ЖКТ
8. Снижение тонуса гладких мышц и секреции желез ЖКТ

025. Какие эффекты характерны для возбуждения Н-холинорецепторов?

1. Повышение внутриглазного давления
2. Снижение внутриглазного давления
3. Бронхоспазм
4. Бронходилатация
5. Повышение тонуса моче- и желчевыводящих путей
6. Снижение тонуса моче- и желчевыводящих путей
7. Повышение тонуса гладких мышц и секреции желез ЖКТ
8. Снижение тонуса гладких мышц и секреции желез ЖКТ

026. Какие средства входят в группу М-холиномиметиков?

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| 1. Прозерин | 5. Пилокарпина гидрохлорид |
| 2. Метацин | 6. Гигроний |
| 3. Атропина сульфат | 7. Галантамина гидробромид |
| 4. Скополамин | 8. Платифиллина гидротартрат |

Эталоны ответов: 022. 4 ; 023. 1,2,5,6,7 ; 024. 2,3,5,7 ; 025. 2,3,5,7 ; 026. 5.

1. Тема: Средства избирательно действующие на М-холинорецепторы. Н-холиномиметики.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические и фармакокинетические характеристики показания и противопоказания к применению М-холиномиметиков, М-холиноблокаторов и Н-холиномиметиков.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме:

1. М-холиномиметики. Основные препараты. Механизм действия. Фармакологические эффекты в органах. Показания к применению. Побочные эффекты. Противопоказания.
2. Отравление мускарином. Меры помощи.
3. М-холиноблокаторы. Классификация по способу получения. Механизм действия. Фармакологические эффекты в органах. Показания к применению. Побочные эффекты. Противопоказания.
4. Отравление беленой. Меры помощи.
5. Н-холиномиметики. Представители. характеристика эффекта стимуляции дыхания. Механизм действия. Показания к применению

6.Токсикологическое значение никотина.

Препараты: пилокарпина гидрохлорид, ацеклидин, атропина сульфат, экстракт и настойка красавки, скополамина гидробромид, платифиллина гидротартрат, метацин,гоматропин, цититон, лобелин.

4.Вариант типовых тестовых заданий

026. Какие средства входят в группу М-холиномиметиков?

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| 1. Прозерин | 5. Пилокарпина гидрохлорид |
| 2. Метацин | 6. Гигроний |
| 3. Атропина сульфат | 7. Галантамина гидробромид |
| 4. Скополамин | 8. Платифиллина гидротартрат |

027. Какие эффекты типичны для М-холиномиметиков?

1. Повышение внутриглазного давления
2. Снижение внутриглазного давления
3. Бронхоспазм
4. Бронходилатация
5. Повышение тонуса моче- и желчевыводящих путей
6. Снижение тонуса моче- и желчевыводящих путей
7. Повышение тонуса гладких мышц и секреции желез ЖКТ
8. Снижение тонуса гладких мышц и секреции желез ЖКТ

028. Выберите показания к применению М-холиномиметиков

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------|
| 1. Бронхиальная астма | 5. Послеоперационная атония мочевого пузыря |
| 2. Артериальная гипертензия | 6. Миастения |
| 3. Глаукома | 7. Почечная и печеночная колики |
| 4. Параличи и парезы | 8. Заболевания ЖКТ с гиперсекрецией HCl |

029. Отметьте побочные эффекты М-холиномиметиков

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1. Выраженная тахикардия | 4. Повышение внутриглазного давления |
| 2. Бронхоспазм | 5. Увеличение секреции HCl в желудке |
| 3. Артериальная гипертензия | 6. Спазм моче- и желчевыводящих путей |

030. Укажите антихолинэстеразные средства

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| 1. Прозерин | 5. Пилокарпина гидрохлорид |
| 2. Метацин | 6. Гигроний |
| 3. Атропина сульфат | 7. Галантамина гидробромид |
| 4. Скополамин | 8. Платифиллина гидротартрат |

Эталоны ответов: 026. 5 ; 027. 1,2,5,6,7 ; 028. 3,5 ; 029. 2,5,6 ; 030. 1,7 .

1.Тема: Средства блокирующие Н-холинорецепторы. Контрольная работа по рецептуре.

2.Цель:Усвоить основные фармакодинамические,фармакокинетические характеристики,показания и противопоказания к применению Н-холиноблокаторов.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме:

- 1.Классификация. Н-холиноблокаторов.
 - 2.Ганглиоблокаторы. Классификация по длительности действия.
 3. Локализация и механизм действия
 - 4.Основные фармакологические эффекты.
 - 5.Побочные эффекты. Противопоказания
 - 6.Миорелаксанты. Классификация по механизму действия.
 - 7.Характеристика миорелаксирующего эффекта.
 8. Показания к применению.
 - 9.Передозировка миорелаксантами. Меры помощи.
- Препараты: бензогексоний, пирелен, пентамин, гигроний, арфонад, тубокурарина хлорид, дитилин, мелликтин, панкуроний

4.Вариант типовых тестовых заданий

041. Отметьте ганглиоблокаторы:

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. Пентамин | 5. Панкуроний |
| 2. Метацин | 6. Гигроний |
| 3. Цититон | 7. Пилокарпин |
| 4. Прозерин | 8. Тубокурарин |

042. Какие эффекты вызывают ганглиоблокаторы?

1. Повышение внутриглазного давления
2. Снижение внутриглазного давления
3. Стимуляция дыхания
4. Угнетение дыхания
5. Артериальная гипертензия
6. Артериальная гипотония
7. Повышение тонуса скелетной мускулатуры
8. Снижение тонуса скелетной мускулатуры

043. Выберите показания к применению ганглиоблокаторов:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. Бронхиальная астма | 4. Управляемая гипотония |
|-----------------------|--------------------------|

2. Интубация во время операции
3. Остановка дыхания
5. Миастения
6. Релаксация во время операции

044. Какие побочные эффекты характерны для ганглиоблокаторов?

1. Остановка дыхания
2. Ортостатическая гипотония
3. Бронхоспазм
4. Артериальная гипертензия
5. Спазм моче- и желчевыводящих путей
6. Выраженная брадикардия

045. Перечислите миорелаксанты

1. Пентамин
2. Метацин
3. Цититон
4. Прозерин
5. Панкуроний
6. Гигроний
7. Пилокарпин
8. Тубокурарин

Эталоны ответов: 041 1.6 ; 042. 6 ; 043. 4 ; 044. 2 ; 045. 5,8 .

1. Тема: Средства действующие в адренергические синапсах.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению лекарственных средств действующих в адренергических синапсах.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме 4

1. Адреномиметические средства. Механизм передачи импульса в адренергическом синапсе.
 2. Классификация и локализация адренорецепторов.
 3. Эффекты возбуждения синаптических нервов.
 4. Прямые адреномиметики, классификация, основные эффекты, механизм действия, показания к применению и побочные эффекты отдельных групп.
 5. Косвенные адреномиметики, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и противопоказания.
 6. Адреноблокаторы, классификация. Основные эффекты, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и противопоказания.
 7. Симпатолитики. Центральные и периферические эффекты, механизм действия, показания к применению основных препаратов. Побочные эффекты и противопоказания.
- Препараты: адреналина гидрохлорид, норадреналина гидротартрат, мезатон, нафтизин, эфедрина гидрохлорид, фентоламина гидрохлорид, тропафен, празозин, анаприлин, атенолол, резерпин, октадин, галазолин, эфедрин..
4. Вариант типовых тестовых заданий

059. Где локализованы адренергические синапсы в окончаниях эфферентных нервов?

1. Симпатические ганглии
2. Парасимпатические ганглии
3. Органы, получающие постганглионарную симпатическую иннервацию
4. Органы, получающие постганглионарную парасимпатическую иннервацию
5. Каротидный синус
6. Мозговой слой надпочечников
7. Синапсы скелетной мускулатуры

060. Какие эффекты связаны с возбуждением α -адренорецепторов?

1. Бронхоспазм
2. Бронходилатация
3. Кардиотоническое действие с повышением потребления миокардом кислорода
4. Кардиодепрессивное действие с уменьшением потребления миокардом кислорода
5. Увеличение секреции ренина ЮГА почек
6. Угнетение секреции ренина ЮГА почек
7. Спазм периферических сосудов
8. Дилатация периферических сосудов

061. Что характерно для возбуждения β_1 -адренорецепторов?

1. Бронхоспазм
2. Бронходилатация
3. Кардиотоническое действие с повышением потребления миокардом кислорода
4. Кардиодепрессивное действие с уменьшением потребления миокардом кислорода
5. Увеличение секреции ренина ЮГА почек
6. Угнетение секреции ренина ЮГА почек
7. Спазм периферических сосудов
8. Дилатация периферических сосудов

062. Какие эффекты обусловлены возбуждением β_2 -адренорецепторов?

1. Бронхоспазм
2. Бронходилатация
3. Кардиотоническое действие с повышением потребления миокардом кислорода
4. Кардиодепрессивное действие с уменьшением потребления миокардом кислорода
5. Увеличение секреции ренина ЮГА почек
6. Угнетение секреции ренина ЮГА почек
7. Спазм периферических сосудов
8. Дилатация периферических сосудов

063. Перечислите прямые α -адреномиметики:

1. Адреналина гидрохлорид
2. Добутамин
3. Анаприлин
4. Норадреналина гидротартрат
5. Эфедрина гидрохлорид
6. Салбутамол
7. Мезатон
8. Празозин

Эталоны ответов: 059. 3 ; 060. 7 ; 061. 3,5 ; 062. 2,8 ; 063. 4,7 .

1.Тема: Наркозные средства. Снотворные препараты.

2.Цель:Усвоить классификацию и основные фармакодинамические,фармакокинетические характеристики,показания и противопоказания к применению наркозных,снотворных лекарственных средств действующих в адренергических синапсах.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме:

- 1.Классификация средств для наркоза.
 2. Сравнительная характеристика фармакодинамики и фармакокинетики средств для ингаляционного и неингаляционного наркоза.
 - 3.Понятие о компонентах общей анестезии. Оценка значимости средств для наркоза. Понятие о базисном, вводимом, смешанном, комбинированном и потенцированном наркозе.
 4. Этиловый спирт. Фармакодинамика и практическое использование. Острое и хроническое отравление. Меры помощи.
 5. Снотворные средства. Классификация,механизм действия и сравнительная характеристика. Применение. Явление лекарственной зависимости. Острое и хроническое отравление.
- Препараты: Эфир для наркоза,фторотан, энфлуран, закись азота, кетамин, пропанидид, гексенал, оксибутират натрия, фенобарбитал, барбитал, этиминал-натрий,, нитрозепам.флунитрозепам, этиловый спирт.

4.Вариант типовых тестовых заданий

11. Отметьте полное перечисление средств для ингаляционного наркоза:

1. Азота закись,пропанидид, фентанил.
2. Энфлуран, кетамин, фторотан
3. Фторотан, азота закись, энфлуран
4. Натрия оксибутират, тиопентал-натрий, кетамин.
- 5.Фентанил, кетамин, фторотан

12. Укажите полное перечисление средств для неингаляционного наркоза:

1. Азота закись , пропанидид, фторотан,
2. Натрия оксибутират, кетамин, тиопентал-натрий.
3. Фторотан, азота закись, энфлуран
4. Фентанил, кетамин, фторотан
5. Фторотан, азота закись, энфлуран

13. Какой из перечисленных анестетиков вызывает «диссоциативную» анестезию?

1. Пропанидид
2. Энфлуран
3. Кетамин
4. Натрия оксибутират
5. Тиопентал-натрий

14. В каком случае применяется кетамин?

1. Обезболивание при кратковременных операциях
2. Базисный наркоз.
3. Болевой шок
4. Наркоз при хирургических операциях
5. Обезболивание родов

15. Укажите показания к применению энфлурана:

1. Обезболивание при кратковременных операциях
2. Вводный наркоз
3. Обезболивание родов
4. Базисный наркоз
5. Наркоз при хирургических операциях

Эталонные ответы: 11. 3 ; 12. 2 ; 13. 3 ; 14. 1 ; 15. 4 .

1.Тема: Наркотические анальгетики. Средства, действующие в области чувствительных нервных окончаний.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические,фармакокинетические характеристики,показания и противопоказания к применению наркотических анальгетиков, средств, действующих в области чувствительных нервных окончаний.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме

- 1.Опиоидные анальгетики.Общая характеристика. Классификация.
 - 2.Морфин.Характер и механизм анальгезирующего действия морфина.
 3. Влияние на другие отделы ЦНС, ЖКТ, почки.
 4. Синтетические заменители морфина. Сравнительная характеристика по фармакодинамике и фармакокинетики препаратов.
 5. Показания к применению.
 - 6.Острое отравление, лечение. Характеристика психической и физической зависимости.
 - 7.Особенности хранения, правила выписывания и отпуска из аптеки наркотических анальгетиков.
 8. Классификация местноанестезирующих средств по способу введения. Механизм действия.
 - 9.Резорбтивные эффекты анестетиков. Применение. Токсическое действие анестезирующих веществ. Меры профилактики.
- Препараты:новокаин, ксикаин, , тримекаин, дикаин, анестезин, бупивакаин, Препараты: морфина гидрохлорид, омнопон, промедол, пентазоцин, фентанил,трамадол, налорфина гидрохлорид.

21. Выберите полное перечисление опиоидных анальгетиков:

1. Имизин, трамал, аминазин,промедол
2. Имизин, морфин, дроперидол, фентанил
3. Промедол,фентанил, морфин, трамал
4. Пирацетам, аминазин, морфин, имизин
5. Морфин, трамал, аминазин, пирацетам

22. С чем связано влияние на ЦНС опиоидных анальгетиков?

1. Возбуждение эндорфиновых рецепторов
2. Блокада α -адренорецепторов
3. Повышение чувствительности ГАМК-рецепторов в результате стимуляции бензодиазепиновых рецепторов
4. Блокада дофаминовых рецепторов

23. Укажите анальгетическую активность морфина гидрохлорида:

1. Превосходит фентанил по анальгетической активности в 100 раз
2. Слабее фентанила по анальгетической активности в 100 раз
3. Превосходит промедол по анальгетической активности в 100 раз
4. Слабее промедола по анальгетической активности в 100 раз
5. Слабее пентазацина по анальгетической активности в 100 раз

24. Отметьте длительность действия морфина гидрохлорида:

1. Длительность анальгетического действия до 30 мин
2. Длительность анальгетического действия до 5 часов
3. Длительность анальгетического действия до 12 часов
4. Длительность анальгетического действия до 24 часов
5. Длительность анальгетического действия до 48 часов

25. Укажите основное показание к применению морфина гидрохлорида:

- | | |
|------------------------------------------------|--------------|
| 1. Невралгии | 4. Миалгии |
| 2. Болевой шок | 5. Артралгии |
| 3. Обезболивание при кратковременных операциях | |

Эталоны ответов: 21. 3 ; 22. 1 ; 23. 2 ; 24. 2 ; 25. 2 .

1. Тема: Нейролептики. Транквилизаторы. Седативные средства. Противосудорожные средства.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению нейролептиков, транквилизаторов, седативных и противосудорожных средств.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме

1. Нейролептики. Общая характеристика. Классификация.
 2. Механизм действия. Центральные и периферические эффекты.
 3. Сравнительная характеристика препаратов по фармакодинамике и фармакокинетике основных антипсихотических средств.
 4. Показания к применению. Понятие о нейролептанальгезии.
 5. Побочные эффекты. Понятие о нейролептическом синдроме.
 6. Транквилизаторы. Отличие от нейролептиков. Характеристика влияния на ЦНС.
 7. Применение. Развитие лекарственной зависимости.
 8. Седативные средства. Механизм действия и применение.
 9. Симптоматические противосудорожные средства. Механизм действия. Противозепитические средства. Средства для лечения больших и малых судорожных припадков, психомоторных эквивалентов. Механизм действия. Побочные эффекты.
 10. Противопаркинсонические средства. Принципы коррекции экстрапирамидных нарушений. Классификация.
- Препараты: аминазин, трифтазин, дроперидол, галлоперидол, хлорпротиксен, диазепам, альпрозолам, экстракт валерианы, пустырник, сульфат магния, этосуксемид, карбамазепин, фенорбитал, леводопа, мидантан, циклодол, скополомин, хлоргидрат, диазепам, клоназепам

4. Вариант типовых тестовых заданий

34. Какие препараты входят в группу нейролептиков ?

1. Имизин, диазепам, аминазин, трифтазин
2. Аминазин, галоперидол, ниламид, феназепам.
3. Аминазин, галоперидол, трифтазин, дроперидол
4. Ниламид, трифтазин, имизин, феназепам
5. Феназепам, ниламид, дроперидол, аминазин

35. К какой группе психотропных средств относится аминазин?

- | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1. Психостимулирующие средства | 4. Антидепрессанты |
| 2. Транквилизаторы (анксиолитические средства) | 5. Антипсихотические средства (нейролептики) |
| 3. Ноотропные средства | |

36. Укажите основной механизм действия аминазина в ЦНС ?

1. Возбуждение эндорфиновых рецепторов
2. Блокада α -адренорецепторов
3. Повышение чувствительности ГАМК-рецепторов в результате стимуляции бензодиазепиновых рецепторов
4. Блокада дофаминовых рецепторов
5. Блокада М-холинорецепторов

37. Выберите главный лечебный эффект аминазина?

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. Противорвотный | 4. Анксиолитический |
| 2. Протившоковый | 5. Противосудорожный |
| 3. Антипсихотический | |

38. Основным показанием к применению аминазина является:

1. Симптоматическая терапия судорог
2. Психозы с возбуждением
3. Рвота центрального происхождения
4. Нарушения сна
5. Неврозы

Эталоны ответов: 34. 3 ; 35. 5 ; 36. 4 ; 37. 3 ; 38. 2 .

1. Тема: Средства, стимулирующие ЦНС.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению психостимуляторов, антидепре. Вопросы для текущего контроля знаний по ссантов, аналептиков.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме

1. Психостимуляторы. Классификация. Общая характеристика психомоторных психостимуляторов.
2. Кофеин. Фармакодинамика. Фармакокинетика. Применение. Побочные эффекты. Теизм.
3. Общая характеристика ноотропных средств. Пирацетам. Фармакодинамика. Фармакокинетика. Применение.

- 4.Общая характеристика антидепрессантов. Понятие о депрессии. Классификация.
 5.Характеристика механизма действия и побочных эффектов антидепрессантов- ИОНЗ
 6. Характеристика механизма действия и побочных эффектов антидепрессантов- ингибиторов MAO
 7.Характеристика тимолептического эффекта. Показания к применению
 8. Аналептики. Механизмы и характер влияния на дыхание и кровообращение. Сравнительная характеристика препаратов. Показания к применению.
 Возможность судорожных реакций.
 Препараты: кофеин, фенамин, меридил, сидкарб, имизин, амитриптилин, ниламид, флуоксетин, пароксетин, пирацетам, аминалон, кофеин-бензоат натрия, кордиамин, бегедрин, раствор камфоры в масле, сульфакамфокаин, карбоген.

4. Вариант типовых тестовых заданий

66. Перечислите психотропные средства из группы антидепрессантов:

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. Кофеин | 5. Сиднокарб |
| 2. Пирацетам | 6. БемеGRID |
| 3. Флуоксетин | |

67. К какой группе относится амитриптилин?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------|
| 1. Психостимулирующие средства | 4. Транквилизаторы |
| 2. Трициклические антидепрессанты | 5. Седативные средства |
| 3. Ноотропные средства | |

68. Действие амитриптилина в ЦНС вызвано:

1. Угнетением активности моноамноксидазы в нейронах
2. Увеличением выделения норадреналина и серотонина в синапсах
3. Торможением нейронального захвата норадреналина и серотонина
4. Улучшением метаболических (энергетических) процессов в нейронах
5. Увеличением активности ГАМК-ергических нейронов

69. Что характерно для амитриптилина?

1. Психотомиметическое действие
2. Психостимулирующее действие
3. Улучшение функции головного мозга после травмы, гипоксии или интоксикации
4. Тимолептическое действие (улучшение настроения)
5. Антипсихотическое действие

70. Укажите побочный эффект амитриптилина ?

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1. Соливатция | 4. Лейкоцитоз |
| 2. Повышение массы тела | 5. Брадикардия |
| 3. Снижение массы тела. | |

Эталонные ответы: 66. 3 ; 67. 2 ; 68. 3; 69. 4 ; 70. 2 .

1. Тема: Сердечные гликозиды.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению сердечных гликозидов. Дать представление о гликозидной интоксикации и мерах помощи.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме :

1. Сердечные гликозиды. Общая характеристика. Источники получения.
2. Химическое строение. Фармакодинамика сердечных гликозидов: механизм и характер влияния на силу и частоту сердечных сокращений, обмен в миокарде, возбудимость, проводимость.
3. Сущность терапевтического действия при декомпенсации сердца. Сравнительная характеристика препаратов сердечных гликозидов по фармакокинетическим свойствам, силе, скорости и продолжительности действия.
4. Принципы выбора препаратов для лечения острой и хронической сердечной недостаточности.
5. Клиника гликозидной интоксикации. Профилактика и лечение.

Препараты: дигитоксин, дигоксин, целанид, настой травы горичвета, строфантин, коргликон, настойка ландыша, калия хлорид, унитол, динатриевая соль ЭДТА, панангин, магния сульфат, лидокаин.

4. Вариант типовых тестовых заданий

148. Какие «полярные» сердечные гликозиды плохо всасываются в ЖКТ?

- | | |
|---------------|------------------|
| 1. Дигитоксин | 4. Строфантин |
| 2. Целанид | 5. Коргликон |
| 3. Дигоксин | 6. Метилдигоксин |

149. Укажите «неполярные» сердечные гликозиды, обладающие высокой биодоступностью:

- | | |
|---------------|------------------|
| 1. Дигитоксин | 4. Строфантин |
| 2. Целанид | 5. Коргликон |
| 3. Дигоксин | 6. Метилдигоксин |

150. Что такое квота элиминации сердечных гликозидов?

1. Время снижения содержания вещества в крови на 50%
2. Время полного выведения всосавшегося вещества из организма
3. Количество метаболизированного и выделенного из организма вещества в течение 24 ч

151. Отметьте сердечные гликозиды с низкой квотой элиминации и наиболее высоким риском развития интоксикации

- | | |
|---------------|------------------|
| 1. Дигитоксин | 4. Строфантин |
| 2. Целанид | 5. Коргликон |
| 3. Дигоксин | 6. Метилдигоксин |

152. Перечислите сердечные гликозиды быстрого и непродолжительного действия:

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. Дигитоксин | 4. Строфантин |
| 2. Целанид | 5. Коргликон |

Эталоны ответов: 148. 1 ; 149. 4,5 ; 150. 3; 151. 1 ; 152. 4,5 .

1.Тема: Противоаритмические средства. Средства, регулирующие водно-солевой обмен и кислотно-щелочное равновесие.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению противоаритмических средств, диуретиков и препаратов корригирующих нарушения КОС.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме :

- 1.Значение нарушений вегететивного тонуса и электролитного бананса сердца в возникновении сердечных аритмий.
 - 2.Классификация средств для лечения тахикартимий.
 3. Механизм, характер действия и применение основных препаратов, применяющихся при повышении возбудимости миокарда.
 - 4.Побочные эффекты и противопоказания противоаритмических средств.
 5. Характеристики основных групп препаратов, применяющихся при брадикартимиях.
 - 6.Классификация диуретиков по механизму действия.
 - 7.Механизм действия разных групп. Сравнительная оценка препаратов (сила, скорость, длительность действия, эффективность при разной реакции среды, побочные эффекты).
 - 8.Показания к применению. Принципы комбинаций препаратов.
- Препараты: хинидина сульфат, новокаинамид, этмозин, аймалин, адреномиметики, М-холинолитики, глюкокортикоиды, фуросемид, этакриновая кислота, дихлортиазид, спиронолактон, триамптерен, маннит.
- 4.Вариант типовых тестовых заданий

165. Отметьте блокаторы натриевых каналов (противоаритмические средства I класса):

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. Добутамин | 4. Верапамил |
| 2. Новокаинамид | 5. Лидокаин |
| 3. Анаприлин | 6. Амиодарон |

166. Выберите блокаторы натриевых и кальциевых каналов (противоаритмические средства II класса):

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. Добутамин | 4. Верапамил |
| 2. Новокаинамид | 5. Лидокаин |
| 3. Анаприлин | 6. Амиодарон |

167. Какие противоаритмические препараты являются блокаторами калиевых каналов (противоаритмические средства III класса):

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. Добутамин | 4. Верапамил |
| 2. Новокаинамид | 5. Лидокаин |
| 3. Анаприлин | 6. Амиодарон |

168. Перечислите блокаторы кальциевых каналов:

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. Добутамин | 4. Верапамил |
| 2. Новокаинамид | 5. Лидокаин |
| 3. Анаприлин | 6. Амиодарон |

169. С чем связано противоаритмическое действие анаприлина?

1. Блокада симпатических влияний на сердце
2. блокада парасимпатический влияний на сердце
3. Снижение проницаемости клеточных мембран для натрия
4. Снижение проницаемости клеточных мембран для кальция
5. Снижение проницаемости клеточных мембран для натрия и кальция
6. Снижение проницаемости клеточных мембран для калия

Эталоны ответов: 165. 2,5 ; 166. 3 ; 167. 6; 168. 4 ; 169. 1,3,4, .

1.Тема: Средства, регулирующие тонус сосудов и артериальное давление.

2.Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению антигипертензивных, гипертензивных, антиангинальных средств.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме

1. Антигипертензивные средства. Классификация.
2. Антиадренергические средства. Локализация. Механизм действия. Побочные эффекты.
- 3.Характеристика периферических вазодилататоров миотропного действия.
- 4.Ингибиторы АПФ. Механизм гипотензивного действия. Побочные эффекты.
- 5.Блокаторы АТ- рецепторов. Механизм действия. Побочные эффекты.
- 6.Характеристика диуретиков, применяемых для лечения гипертонических болезней.
- 7.Препараты, используемые для базисного лечения гипертонической болезни, гипертонических кризов, периферических нарушений кровообращения.
- 8.Комбинированное применение средств с разной локализацией действия.
9. Принципы нормализации кислородного обеспечения сердца при стенокардии
- 10.Антиангинальные средства. Классификация препаратов по механизму действия. Средства для купирования и профилактики приступов стенокардии.
- 11.Гипертензивные средства. Классификация по механизму действия. Средства применяемые для лечения острых и хронических гипотоний .

Препараты: клофелин, метилдофа, моксонидин, пирилен, бензогексоний, резерпин, октадин, тропафен, анаприлин, дибазол, магния сульфат, дихлортиазид, фуросемид, верапамил, нифедипин, каптоприл, эналаприл, лозартан нитроглицерин, сустарк, эринит, валидол, предуктал, карбокромен анаприлин, верапамил. Ангиотензинамид

4.Вариант типовых тестовых заданий

194. Выберите группы препаратов, которые применяются для лечения артериальных гипертензий:

- | | |
|----------------------|---------------------------------|
| 1. М-холиноблокаторы | 4. β-Адреноблокаторы |
| 2. α-Адреноблокаторы | 5. Блокаторы кальциевых каналов |

3. Диуретики 6. Антиангинальные средства

195. Какие антигипертензивные средства являются ингибиторами РАС?

- | | |
|---------------|-----------------------------|
| 1. Моксонидин | 5. Нифедипин |
| 2. Празозин | 6. Эналаприл |
| 3. Лозартан | 7. Атенолол |
| 4. Анаприлин | 8. Дихлотиазид (гипотиазид) |

196. С чем связан механизм антигипертензивного действия эналаприла?

1. Кардиодепрессивное действие с уменьшением сердечного выброса
2. Блокада α -адренорецепторов сосудистых синапсов
3. Стимуляция α 2-адренорецепторов депрессорной зоны вазомоторного центра
4. Блокада АТ1-ангиотензиновых рецепторов гладкой мускулатуры сосудов
5. Торможение активности ангиотензин I-превращающего фермента
6. Угнетение секреции ренина при блокаде β 1-адренорецепторов ЮГА почек

197. Укажите основные свойства эналаприла:

1. Увеличивает диурез при длительном приеме
2. Снижает диурез при длительном приеме
3. Вызывает гиперкалиемию при длительном приеме
4. Вызывает гипокалиемию при длительном приеме
5. Наличие синдрома отмены
6. Отсутствие синдрома отмены

198. Определите антигипертензивный препарат, действие которого обусловлено блокадой АТ1-рецепторов сосудов:

- | | |
|---------------|-----------------------------|
| 1. Моксонидин | 5. Нифедипин |
| 2. Празозин | 6. Эналаприл |
| 3. Лозартан | 7. Атенолол |
| 4. Анаприлин | 8. Дихлотиазид (гипотиазид) |

Эталоны ответов: 194. 2,3,4,5 ; 195. 3,6 ; 196. 5; 197. 4 ; 198. 3 .

1. Тема: Средства, влияющие на систему крови.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению средств влияющих на систему крови.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме

1. Средства для лечения гипер- и гипохромных анемий. Всасывание и механизм действия препаратов железа и кобальта, цианкобаламина.
 2. Средства угнетающие лейкопоз. Классификация, механизмы действия, побочные эффекты отдельных групп препаратов. Показания к применению .
 3. Антикоагулянты. Классификация. Сравнительная характеристика гепарина и неодикумарина по фармакодинамике, фармакокинетике, показаниям к применению и оказанию медицинской помощи при передозировке.
 4. Антиагреганты. Классификация по механизму действия. Особенности клинического применения и побочные эффекты отдельных групп препаратов.
 5. Фибринолитические средства. Механизм действия. Применение. Побочные эффекты
 6. Средства повышающие свертывание крови (гемостатики). Классификация. Применение.
 7. Антифибринолитические средства. Механизм действия. Применение. Побочные эффекты
- Препараты: пентоксил, натрия нуклеат, меркаптопурин, винкристин, рубомицина гидрохлорид, метотрексат, миелосан, циклофосфан, гепарин, неодикумарин, фенилин, кислота ацетилсалициловая, стрептокиназа, альтеплаза, натрия цитрат, викасол, тромбин, фибриноген, протамин сульфат, контрикал, кислота аминаокапроновая, глюкокортикоиды, витамины С и Р, кальция хлорид и глюконат.

4. Вариант типовых тестовых заданий

228. Перечислите препараты, стимулирующие эритропоз:

- | | |
|------------------|----------------------------|
| 1. Цианкобаламин | 4. Железа закисного лактат |
| 2. Пентоксил | 5. Натрия нуклеинат |
| 3. Ферковен | 6. Кислота фолиевая |

229. Укажите препараты для лечения гипохромной анемии:

- | | |
|------------------|----------------------------|
| 1. Цианкобаламин | 4. Железа закисного лактат |
| 2. Пентоксил | 5. Натрия нуклеинат |
| 3. Ферковен | 6. Кислота фолиевая |

230. Отметьте препараты для лечения гиперхромной анемии:

- | | |
|------------------|----------------------------|
| 1. Цианкобаламин | 4. Железа закисного лактат |
| 2. Пентоксил | 5. Натрия нуклеинат |
| 3. Ферковен | 6. Кислота фолиевая |

231. Перечислите средства, стимулирующие лейкопоз:

- | | |
|------------------|----------------------------|
| 1. Цианкобаламин | 4. Железа закисного лактат |
| 2. Пентоксил | 5. Натрия нуклеинат |
| 3. Ферковен | 6. Кислота фолиевая |

232. Укажите препараты из группы антиагрегантов:

- | | |
|---------------|------------------------------|
| 1. Викасол | 5. Кислота аминаокапроновая |
| 2. Тиклодипин | 6. Кислота ацетилсалициловая |
| 3. Контрикал | 7. Стрептокиназа |
| 4. Гепарин | 8. Фенилин |

Эталоны ответов: 228. 3,4 ; 229. 3,4 ; 230. 1,6; 231. 2, 5 ; 232. 6 .

1. Тема: Гормональные препараты.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению гормональных средств.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме

1. Регуляция функций системы гипоталамус-гипофиз-периферические железы.
2. Классификация гормональных препаратов.
3. Препараты гормонов гипофиза. Классификация. Механизм действия. Применение.
4. Препараты гормонов щитовидной железы. Механизм действия. Терапевтическое применение. Антитиреоидные средства. Механизм действия, применение, побочные эффекты.
5. Препараты гормонов поджелудочной железы. Препараты инсулина. Влияние инсулина на обмен веществ. Принципы дозирования при лечении сахарного диабета. Препараты пролангированного действия. Побочные эффекты. Лечение гипогликемической комы.
6. Синтетические гипогликемические средства. Механизм действия. Применение. для перорального введения.
7. Препараты женских половых гормонов. Физиологическое действие эстрогенов и гестагенов. Применение. Осложнения.
8. Препараты мужских половых гормонов. Физиологическое действие (андрогенное, анаболизирующее) мужских половых гормонов. Показания к применению. Побочные эффекты. Анаболические стероиды.

Препараты: тиреоидин, трийодтиронина гидрохлорид, метилтиоурацил, мерказолил, препараты йода. инсулин простой, бутамид, глибутид эстрон, синэстрол, диэтилстильбестрон, прогестерон, тестостерона пропионат. Влияние на обмен и показания к применению анаболических стероидов (феноболлин, ретаболил).

4. Вариант типовых тестовых заданий

248. Перечислите препараты естественных глюкокортикоидных гормонов:

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Триамцинолон | 4. Дексаметазон |
| 2. Гидрокортизона ацетат | 5. Преднизолон |
| 3. Флуметазон | 6. Дезоксикортикостерона ацетат |

249. Какие препараты являются синтетическими глюкокортикоидными гормонами?

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Триамцинолон | 4. Дексаметазон |
| 2. Гидрокортизона ацетат | 5. Преднизолон |
| 3. Флуметазон | 6. Дезоксикортикостерона ацетат |

250. Какие глюкокортикоиды не всасываются при местном применении?

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| 1. Триамцинолон | 4. Дексаметазон |
| 2. Гидрокортизона ацетат | 5. Преднизолон |
| 3. Флуметазон | 6. Синафлан |

251. Для глюкокортикоидов характерны следующие эффекты:

1. Снижение содержания глюкозы в крови
2. Повышение содержания глюкозы в крови
3. Угнетение процессов иммуногенеза
4. Стимуляция процессов иммуногенеза
5. Противовоспалительное действие
6. Провоспалительное действие
7. Артериальная гипотония
8. Артериальная гипертония

252. Какие эффекты вызывает дезоксикортикостерона ацетат?

1. Увеличивает диурез и натрийурез
2. Снижает диурез и натрийурез
3. Повышает артериальное давление
4. Снижает артериальное давление
5. Увеличивает выделение почками калия
6. Тормозит выделение почками калия

Эталонные ответы: 248. 2 ; 249. 1,4,5 ; 250. 3,6; 251. 2,3, 5 ; 252. 2 .

1. Тема: Противовоспалительные средства. Противоаллергические средства

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению противовоспалительных средств, противоаллергических средств.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме :

1. Метаболизм арахидоновой кислоты и его роль в формировании воспалительной реакции.
2. Нестероидные противовоспалительные средства. Классификация по способности угнетать активность различных изоферментов ЦОГ. Характеристики и механизмы развития противовоспалительного, анальгезирующего и жаропонижающего эффектов нестероидных противовоспалительных средств. Сравнение с наркотическими анальгетиками. Показания к применению. Побочные эффекты.
3. Стероидные противовоспалительные средства. Механизм действия. Характеристика противовоспалительного эффекта. Применение. Побочные эффекты.
4. Стадии аллергического процесса. Общая характеристика противоаллергических средств. Классификация. Механизм действия и особенности применения, средств влияющих на разных стадиях аллергического процесса: глюкокортикоиды, В-адреномиметики, М – холиноблокаторы, стабилизаторы мембран тучных клеток, метилксантины, противогистаминные средства, препараты с антилейкотриеновым действием.
5. Принципы лечения бронхиальной астмы и анафилактического шока.

Препараты: препараты глюкокортикоидов, кислота ацетилсалициловая, амидопирин, анальгин, бутадион, индометацин, ибупрофен, димедрол, дипразин, диазолин, супрастин, кромолин-натрий, адреналин, эуфиллин, диклофенак натрий анаболических стероидов (феноболлин, ретаболил).

4. Вариант типовых тестовых заданий

321. В группу стероидных противовоспалительных средств входят:

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. Ортофен | 4. Преднизолон |
| 2. Индометацин | 5. Дексаметазон |
| 3. Парацетамол | 6. Целекоксиб |

322. С чем связано прямое вмешательство стероидных противовоспалительных средств в процессы воспаления?

1. Подавление образования комплекса антиген-антитело
2. Угнетение фосфолипазы A2 и синтеза ПГЕ2
3. Ингибирование липооксигеназы и синтеза лейкотриенов
4. Торможение циклооксигеназы 2 и синтеза ПГЕ2
5. Угнетение тромбоксансинтазы и синтеза ТхА2

323. Какие основные эффекты характерны для стероидных противовоспалительных средств?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Иммуносупрессивный | 4. Седативный |
| 2. Противоаллергический | 5. Иммуностимулирующий |
| 3. Анальгезирующий | 6. Противовоспалительный |

324. Перечислите нестероидные противовоспалительные средства:

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. Ортофен | 4. Преднизолон |
| 2. Индометацин | 5. Дексаметазон |
| 3. Парацетамол | 6. Целекоксиб |

325. Какие основные эффекты характерны для нестероидных противовоспалительных средств?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Иммуносупрессивный | 4. Седативный |
| 2. Противоаллергический | 5. Иммуностимулирующий |
| 3. Анальгезирующий | 6. Противовоспалительный |

Эталоны ответов: 321. 4,5 ; 322. 2 ; 323. 1,2; 324.1,2,3, 6 ; 325. 3,6 .

1. Тема: Средства, влияющие на функцию органов дыхания.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению средств, влияющих на функцию органов дыхания.

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме:

1. Противокашлевые препараты. Общая характеристика. Классификация. Применение.

2. Отхаркивающие средства. Классификация. Сравнительная характеристика препаратов по механизму действия и побочным эффектам. Показания к применению. Смысл комбинации противокашлевых и отхаркивающих средств.

3. Средства для лечения бронхиальной астмы. Сравнительная характеристика основных групп препаратов по механизму, выраженности и скорости развития бронхолитического эффекта для лечения приступа удушья, профилактики астматических приступов и астматического статуса.

4. Принципы фармакотерапии отека легких с краткой характеристикой применяемых фармакологических групп.

5. Стимуляторы дыхания. Классификация. Применение.

Препараты: кодеин, либексин, термопсис, иодистый калий, ацетилцистеин, сальбутамол, аминофиллин, преднизолон, инталитроп, зафирлукаст, zileuton, фуросемид, кофеин, бемеград.

4. Вариант типовых тестовых заданий

332. Какие группы препаратов стимулируют активность дыхательного центра?

- | | |
|----------------------|---------------------------------|
| 1. М-холиномиметики | 4. Н-холиноблокаторы |
| 2. М-холиноблокаторы | 5. Аналептики |
| 3. Н-холиномиметики | 6. Антихолинэстеразные средства |

333. Выберите препараты прямо стимулирующие дыхательный центр:

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. Кордиамин | 3. Бемеград |
| 2. Кофеин | 4. Цититон |

334. Укажите стимуляторы дыхания смешанного типа:

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. Кордиамин | 3. Бемеград |
| 2. Кофеин | 4. Цититон |

335. В основе действия каких препаратов лежит рефлекторная стимуляция дыхательного центра?

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. Кордиамин | 3. Бемеград |
| 2. Кофеин | 4. Цититон |

336. Какие средства обладают противокашлевым действием?

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. Настой травы термопсиса | 4. Ацетилцистеин |
| 2. Кодеина фосфат | 5. Либексин |
| 3. Бромгексин | 6. Трипсин кристаллический |

Эталоны ответов: 332. 3,6 ; 333. 2,3 ; 334. 1; 335. 4 ; 336. 2,5 .

1. Тема: Антибиотики.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению антибиотиков .

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме.

1. Общая характеристика.

2. Классификация антибиотиков по механизму антимикробного действия.

3. Классификация антибиотиков по спектру противомикробного эффекта

4. Классификация по клиническому применению.

5. Пенициллины. Классификация. Основные фармакодинамические характеристики: механизм, спектр действия, тип антимикробного эффекта.

Фармакокинетика. Показания к применению Побочные эффекты.

6. Цефалоспорины. Классификация. Основные фармакодинамические характеристики: механизм, спектр действия, тип антимикробного эффекта.

Фармакокинетика. Показания к применению Побочные эффекты.

Препараты: бензилпенициллин натриевая соль, новокаиновая соль бензилпенициллина, бициллин-1, бициллин-5, ампициллин, оксациллин, амоксициллин, амоксиклав, цефалексин, цефазолин, цефуроксим, цефотаксим, цефепим.

4. Вариант типовых тестовых заданий

386. В группу β-лактамовых антибиотиков входят:

- | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. Природные и полусинтетические пенициллины | 4. Полусинтетические макролиды (азалиды) |
| 2. Полусинтетические аминогликозиды | 5. Полусинтетические тетрациклины |
| 3. Цефалоспорины | 6. Карбапенемы |

387. Для каких противомикробных средств характерно бактерицидное действие?

1. Ингибиторы синтеза стенки микробной клетки
2. Ингибиторы функции цитоплазматической мембраны
3. Ингибиторы синтеза нуклеиновых кислот
4. Ингибиторы синтеза белка
5. Модификаторы клеточного метаболизма

388. Для каких противомикробных средств характерно бактериостатическое действие?

1. Ингибиторы синтеза стенки микробной клетки
2. Ингибиторы функции цитоплазматической мембраны
3. Ингибиторы синтеза нуклеиновых кислот
4. Ингибиторы синтеза белка
5. Модификаторы клеточного метаболизма

389. Перечислите природные (биосинтетические) пенициллины:

- | | |
|---------------------|----------------------------------------|
| 1. Бензилпенициллин | 4. Ампициллин |
| 2. Бициллин 3 | 5. Амоксициллин |
| 3. Оксациллин | 6. Бензилпенициллина новокаиновая соль |

390. В какую группу антибиотиков входят пенициллины?

1. Ингибиторы синтеза стенки микробной клетки
2. Ингибиторы функции цитоплазматической мембраны
3. Ингибиторы синтеза нуклеиновых кислот
4. Ингибиторы синтеза белка
5. Модификаторы клеточного метаболизма

Эталонные ответы: 386.1, 3,6 ; 387. 1,2,3 ; 388. 4,5; 389. 1,2,6 ; 390. 1 .

1. Тема: Антибиотики.

2. Цель: Усвоить основные фармакодинамические, фармакокинетические характеристики, показания и противопоказания к применению антибиотиков .

3. Вопросы для текущего контроля знаний по теме.

1. Аминогликозиды. Классификация. Основные фармакодинамические характеристики: механизм, спектр действия, тип антимикробного эффекта. Фармакокинетика. Показания к применению Побочные эффекты.

2. Тетрациклины. Классификация. Основные фармакодинамические характеристики: механизм, спектр действия, тип антимикробного эффекта. Фармакокинетика. Показания к применению Побочные эффекты.

3. Макролиды. Азалиды. Классификация. Основные фармакодинамические характеристики: механизм, спектр действия, тип антимикробного эффекта. Фармакокинетика. Показания к применению Побочные эффекты.

4. Карбапенемы. Представители. Основные фармакодинамические характеристики: механизм, спектр действия, тип антимикробного эффекта. Фармакокинетика. Показания к применению Побочные эффекты.

5. Фторхинолоны. Классификация. Основные фармакодинамические характеристики: механизм, спектр действия, тип антимикробного эффекта. Фармакокинетика. Показания к применению Побочные эффекты.

6. Принципы антибиотикотерапии.

7. Осложнения антибиотикотерапии.

Препараты: гентамицин, нетромицин, стрептомицин, тетрациклин, доксициклин, метациклин, эритромицин, рокситромицин, кларитромицин, азитромицин, тиенам, офлоксацин, ломефлоксацин, пefлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин.

4. Вариант типовых тестовых заданий

403. В группу аминогликозидов входят следующие антибиотики:

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 1. Стрептомицина сульфат | 4. Гентамицин сульфат |
| 2. Цефуросим | 5. Азитромицин |
| 3. Метациклин | 6. Ампициллин |

404. В какую группу по механизму антимикробного действия входят аминогликозиды?

1. Ингибиторы синтеза стенки микробной клетки
2. Ингибиторы функции цитоплазматической мембраны
3. Ингибиторы синтеза нуклеиновых кислот
4. Ингибиторы синтеза белка
5. Модификаторы клеточного метаболизма

405. Что характерно для спектра антимикробного действия гентамицина?

1. Узкий спектр действия с влиянием на грамположительную микрофлору
2. Широкий спектр действия с преимущественным влиянием на грамположительную микрофлору
3. Широкий спектр действия с преимущественным влиянием на грамотрицательную микрофлору
4. Широкий спектр действия
5. Влияние на синегнойную палочку
6. Влияние на туберкулезную палочку

406. Какие свойства отличают гентамицин?

1. Разрушается при приеме внутрь
2. Не разрушается при приеме внутрь
3. Относительно высокая токсичность
4. Относительно низкая токсичность

5. Разрушается β-лактамазой
6. Не разрушается β-лактамазой

407. Перечислите побочные эффекты аминогликозидов:

1. Снижение слуха и вестибулярные расстройства
2. Аллергические реакции
3. Кандидамикоз
4. Нефротоксическое действие
5. Эмбриотоксическое действие
6. Реакция бактериолиза

Эталонные ответы: 403.1, 4 ; 404. 4 ; 405. 3,5; 406. 1,4,6 ; 407. 1,2,4

Критерии оценки знаний по дисциплине «Фармакология» в ходе устного опроса, а также выполнения письменных контрольных работ:

Оценка «отлично» - исчерпывающие знания по классификации, номенклатуре, фармакодинамике, фармакокинетике, показаниям к применению, побочным эффектам, а также способность проводить сравнительную характеристику препаратов в пределах изучаемой группы лекарственных средств.

Оценка «хорошо» - знания классификации, фармакодинамики, показаний к применению и побочных эффектов изучаемой группы лекарственных средств.

Оценка «удовлетворительно» - знания классификации, фармакологических эффектов и применения изучаемой группы лекарственных средств.

Оценка «неудовлетворительно» - крайне ограниченные, фрагментарные знания классификации, фармакологических эффектов и применения изучаемой группы лекарственных средств или отсутствие таковых.

Критерии оценки знаний по дисциплине «Фармакология» при выполнении тестовых заданий:

Оценка «отлично» - 90-95% правильных ответов

Оценка «хорошо» - 80 – 85% правильных ответов

Оценка «удовлетворительно» - 71 – 79% правильных ответов

Оценка «неудовлетворительно» - меньше 71 % правильных ответов

Форма промежуточной аттестации – экзамен

Форма проведения промежуточной аттестации – устно

Перечень вопросов для проверки знаний и умений при проведении промежуточной аттестации.

ОБЩАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

1. Содержание фармакологии. Место фармакологии в ряду медицинских и биологических наук.
2. Задачи и методы фармакологии на современном этапе развития науки.
3. Роль работ Н.П. Кравкова и И.П. Павлова в развитии отечественной фармакологии.
4. Государственная фармакопея РФ. Ее содержание и назначение.
5. Правила хранения и выписывания наркотических, ядовитых и сильнодействующих веществ.
6. Структура рецепта. Формы рецептурных бланков. Требования, предъявляемые к рецепту
7. Значение пола и возраста в действии лекарств. Зависимость эффекта от патологического состояния организма.
8. Виды действия лекарственных веществ (местное, рефлекторное, резорбтивное, прямое, косвенное, основное, побочное, токсическое).
9. Понятие о дозе. Виды доз. Терапевтическая широта действия лекарственных веществ.
10. Фармакокинетика лекарственных веществ. Всасывание, распределение, инактивация, выведение. Факторы влияющие на проникновение веществ через биологические мембраны.
11. Пути введения лекарственных веществ в организм, сравнительная характеристика и значение для проявления фармакологического эффекта.
12. Комбинированное действие лекарственных веществ. Виды и клиническое значение явлений синергизма и антагонизма. Антидотизм.
13. Побочное и токсическое действие лекарств. Сенсibilизация и идиосинкразия. Тератогенность и эмбриотоксичность.
14. Явления, развивающиеся при повторном введении лекарств. Тахифилаксия, привыкание, кумуляция, лекарственная зависимость (психическая, физическая).
15. Путь лекарства из лаборатории к постели больного. Понятие о плацебо.
16. Общие принципы биологической стандартизации лекарственных веществ.

ЧАСТНАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Вещества, влияющие на периферический отдел нервной системы.

17. Средства для местной анестезии. Локализация и механизм действия. Сравнительная оценка анестетиков. Выбор средств для разного вида анестезий. Токсическое действие препаратов. Меры по его предупреждению. (Препараты: новокаин, дикаин, ксикаин, анестезин).
18. растительные вяжущие, обволакивающие, адсорбирующие средства. Механизм действия. Показания к применению. (Препараты: танин, кора дуба, крахмал, активированный уголь).
19. Раздражающие средства неспецифического действия. Рефлексы, возникающие при применении этих веществ, их значение в лечебном эффекте. Практическое использование препаратов. (Препараты: раствор аммиака, масло терпентинное очищенное, горчичники, ментол, камфорный спирт, метилсалицилат).
20. Механизм передачи нервного импульса в холинергических синапсах. Локализация и функциональное значение М-и-Н-холинорецепторов. Классификация средств, влияющих на передачу возбуждения в холинергических синапсах.
22. Антихолинэстеразные средства. Классификация, механизм и характер действия. Сравнительная характеристика препаратов. Показания к применению. (Препараты: физостигмина салицилат, прозерин, галантамина гидробромид, фосфакол).
22. Токсикологическое значение фосфоорганических антихолинэстеразных веществ. Клиника отравления. Меры помощи. Реактиваторы холинэстеразы. (Дипириксим, изонитрозин).
23. М-холиномимитические средства. Механизм действия. Влияние на глаз, гладкие мышцы внутренних органов, секрецию желез. Сравнительная характеристика препаратов. Показания к применению. Картина отравления мускарином, меры помощи. (Препараты: пилокарпина гидрохлорид, ацеклидин).
24. М-холиноблокирующие средства. Алкалоидосодержащие растения. Механизм действия препаратов. Влияние на глаз, функцию внутренних органов и ЦНС. Сравнительная характеристика препаратов. Показания к применению. (Препараты: атропина сульфат, экстракт и настойка красавки, скополамина гидробромид, платифиллина гидротартрат, метацин).
25. Острое отравление препаратами и растениями, содержащими атропин. Меры помощи.
26. Группа Н-холиномимитических средств. Механизм и характер влияния на организм. Сравнительная характеристика препаратов. Клиническое использование. (Препараты: цититон, лобелина гидрохлорид). Токсическое действие никотина.
27. Ганглиоблокирующие средства. Механизм и характер влияния на организм. Сравнительная характеристика препаратов. Классификация по длительности действия. Показания к применению. (Препараты: бензогексоний, пирилен, гиргоний, пахикарпина гидрохлорид).
28. Миорелаксанты. Классификация. Механизм и характер действия. Сравнительная характеристика препаратов. Применение в клинике. Меры помощи при передозировке. (Препараты: дитилин, тубокурарина хлорид, мелликтин).

29. Механизмы передачи нервного импульса в адренергических синапсах. Локализация и функциональное значение А-и-В-адренорецепторов. Классификация средств, влияющих на передачу возбуждения в адренергических синапсах.
30. Прямые андреномиметики. Классификация по влиянию на разные типы адренорецепторов. Сравнительная характеристика действия препаратов на сердечно-сосудистую систему, бронхи, обмен веществ. Применение. (Препараты: адреналина гидрохлорид, норадrenalина гидротартрат, мезатон, нафтизин, изадрин, фенотерол, салбутамол).
31. Непрямые андреномиметики. Механизм действия. Фармакодинамика. Влияние на ЦНС. Применение. (Препараты: эфедрина гидрохлорид).
32. Андреноблокаторы. Классификация по влиянию на разные типы адренорецепторов. Основные эффекты и применение препаратов. Побочное действие. (Препараты: фентоламина гидрохлорид, празозин, анаприлин).
33. Симпатолитики. Локализации, механизм действия и основные эффекты препаратов. Терапевтическое применение. Побочное действие (Препараты: резерпин, октадин).

Вещества, влияющие на центральную нервную систему.

34. Средства для ингаляционного наркоза. Возможные механизмы синаптического действия. Характеристика состояния наркоза. Стадии наркоза. Понятие о компонентах современной анестезии. Значимость средств для наркоза в современной анестезии.
35. Требования, предъявляемые к средствам для наркоза. Сравнительная характеристика препаратов, используемых для ингаляционного наркоза. Наркотическая сила, управляемость, анальгезирующая активность, раздражающее действие, особенности течения наркоза: влияние на сердечно-сосудистую систему и паренхиматозные органы. Показания к применению препаратов. (Препараты: эфир, фторотан, закись азота).
36. Средства для неингаляционного наркоза. Пути введения. Особенности неингаляционного наркоза по сравнению с ингаляционным. Сравнительная характеристика препаратов: активность, скорость и продолжительность действия, управляемость, побочные эффекты. (Препараты: тиопентал-натрий, пропанидид (сомбревин), натрия оксибутират, кетамин).
37. Понятие о базисном, вводимом, смешанном и комбинированном наркозе. Значимость комбинаций средств для наркоза. Потенцированный наркоз. (Препараты, используемые для разных видов комбинаций и потенцирования действия наркотических веществ).
38. Снотворные средства. Классификация. Механизм действия. Влияние на структуру сна. Сравнительная характеристика препаратов по силе, скорости и длительности действия. Применение. Побочные эффекты. (Препараты: фенобарбитал, этилморфин, нитразепам).
39. Побочные эффекты снотворных средств. Острое отравление снотворными и принципы его фармакотерапии.
40. Резорптивное и местное действие этилового алкоголя. Применение. Клиника и лечение острого и хронического отравления алкоголем.
41. Опий. Источники получения. Состав. Фармакологическая характеристика алкалоидов опия. Показания к применению опиоидов.
42. Морфин. Механизм анальгезирующего эффекта. Влияние на центры продолговатого мозга и желудочно-кишечный тракт. Показания к назначению.
43. Синтетические заменители морфина. Механизм действия. Сравнительная характеристика препаратов. Клиническое применение. (Препараты: промедол, пентазопин, фентанил). Понятие о нейролептанальгезии.
44. Побочные эффекты наркотических анальгетиков. Острые и хроническое отравление анальгетиками. Лечение. Налорфин.
45. Ненаркотические анальгетики. Особенности болеутоляющего действия. Механизмы анальгезирующего, противовоспалительного и жаропонижающего эффектов. Показания к применению. Побочные эффекты. (Препараты: кислота ацетилсалициловая, парацетамол, анальгин).
46. Нейролептические средства фенотиазинового ряда. Механизм центрального и периферического действия. Характеристика основных эффектов. Клиническое применение. Побочные реакции. (Препараты: аминазин, трифтазин).
47. Нейролептические средства, производные бутеферона. Механизм действия. Фармакологические эффекты. Показания к применению. (Препараты: галоперидол, дроперидол). Понятие о нейролептоанальгезии.
48. Транквилизаторы и седативные средства. Особенности механизма действия каждой группы. Сравнительная характеристика препаратов. Показания к применению. Понятие о атаральгезии. (Препараты: настойка валерианы, натрия бромид, диазепам, сибазон, фенозепан).
49. Средства для купирования судорог. Механизм действия и сравнительная характеристика препаратов. Противозлептические средства. Оценка эффективности отдельных препаратов при разных формах эпилепсии. (Препараты: фенобарбитал, дифенин, натрия вальпроат, этосуксимид, кабамазепин, дизепам, дроперидол, натрия оксибутират, магния сульфат, хлоралгидрат).
50. Средства для лечения паркинсонизма. Принципы коррекции экстрапирамидных нарушений. Побочные эффекты препаратов. (Препараты: циклодол, леводопа, мидантан).
51. Вещества, возбуждающие ЦНС. Психостимуляторы. Характеристика психостимулирующего эффекта. Влияние на сердечно-сосудистую систему. Показания к применению. Побочные эффекты. (Препараты: кофеин, меридил, сиднокарб).
52. Ноотропные средства. Влияние на метаболические процессы в ЦНС и высшую нервную деятельность. Показания к применению. (Препараты: пирацетам).
53. Вещества, возбуждающие ЦНС. Классификация. Антидепрессанты. Механизм действия. Сравнительная оценка отдельных препаратов. Антидепрессивное, психостимулирующее, седативное действия. Побочные эффекты. (Препараты: имизин, амитриптилин, ниапамид).
54. Аналептики. Механизм влияния на дыхание и кровообращение. Сравнительная характеристика препаратов. Показания к применению. Отравление аналептиками. Меры помощи. (Препараты: кофеин, кордиамин, бемегрид, этимизол, камфара, сульфакамфокаин).
55. Сердечные гликозиды. Источники получения. Характер и механизм кардиотропного действия. Сущность терапевтического действия сердечных гликозидов при декомпенсации сердца (влияние на гемодинамику).
56. Препараты наперстянки. Фармакокинетика. Коэффициент элиминации. Принципы дозирования. Сравнительная характеристика препаратов. Применение: дигитоксин, дигоксин, целанид.
57. Строфантин. Механизм действия. Фармакокинетика. Коэффициент элиминации. Принципы дозирования. Показания к применению. Отечественные заменители строфантина. (Препараты: строфантин, коргликон).
58. Препараты горичвета и ландыша. Особенности действия по сравнению с препаратами наперстянки. Влияние на ЦНС. Применение. (Препараты: трава горичвета, адонизид, настойка ландыша, коргликон).
59. Клиника, профилактика и лечение интоксикации сердечными гликозидами. (Препараты: унитиол, панангин, калия хлорид, динатриевая соль ЭДТА).
60. Средства для лечения тахикардий. Принципы регуляции автоматизма и эффективного рефрактерного периода сердца. Механизм действия отдельных препаратов. Побочные эффекты. (Препараты: хинидина сульфат, новокаиномид, ксикаин, калия хлорид, панангин, анаприлин, верапамил, сердечные гликозиды).
61. Средства, применяемые при блокадах проводящих систем сердца. Принципы действия. (Препараты: В-адреномиметики, М-холиномиметики, глюкокортикоиды, тиазидные, диуретики).
62. Гипотензивные средства. Классификация по механизму действия. Механизм действия основных препаратов. Сравнительная гипотензивная активность, скорость, продолжительность действия препаратов. Показания к применению. Побочные эффекты. (Препараты: клофелин, метилдофа, празозин, резерпин, анаприлин, октадин, каптоприл).
63. Принципы комбинированного лечения гипертонической болезни на разных ее стадиях. Механизм действия препаратов. Значимость каждой группы в гипертоническом эффекте. (Препараты: препараты психоседативных, диуретических, нейротропных, гипотензивных средств. Миотропные средства: натрия нитропруссид, диазоксид, миноксидил, магния сульфат).
64. Средства для лечения стенокардии. Классификация по механизму действия. Сравнительная характеристика препаратов (механизм, сила, скорость, длительность эффекта). Показания к применению. (Препараты: нитроглицерин, сустак, анаприлин, верапамид).
65. Средства для лечения стенокардии. Классификация по механизму действия. Препараты, снижающие потребность миокарда в кислороде. Механизм действия, показания к применению. (Препараты: нитроглицерин, сустак, тринитролонг, анаприлин, верапамид).
66. Вещества, повышающие артериальное давление. Механизм действия основных групп препаратов. Сравнительная активность, скорость и продолжительность действия. Средства для лечения острых и хронических гипотоний. (Препараты: общетонизирующие средства – препараты Женьшеня, китайского лимонника, пантокрин, кофеин-натрия бензоат, кордиамин, сульфокамфокаин, норадrenalина гидротартрат, мезатон, эфедрина гидрохлорид, ангиотензинамид).
67. Диуретики, классификация по силе действия. Мощные диуретики. Механизм действия. Сравнительная характеристика препаратов по силе, скорости, длительности действия. Показания к применению. Основные побочные эффекты, меры их профилактики и устранения. (Препараты: этиакриновая кислота, фуросемид, буфенокс).

68. Диуретики, классификация по силе действия. Умеренные диуретики. Механизм, сила, скорость и длительность действия. Показания к применению. Основные побочные эффекты, меры их профилактики и устранения. (Препараты: дихлортиазид, оксодолин, манит).
69. Диуретики, классификация по силе действия. Слабые диуретики. Механизм действия. Показания к применению. Основные побочные эффекты. (Препараты: спиронолактон, триамтерен).
70. Вещества, применяемые при дегидратации и для ликвидации нарушений кислотно-щелочного равновесия. Сравнительная характеристика препаратов. (Препараты: изотонические растворы глюкозы, натрия хлорида, натрия гидрокарбонат, раствор Рингер-Локка, полиглюкин, натрия лактат, трисамин).
71. Средства, стимулирующие эритропоэз. Классификация. Механизм действия и показания к применению отдельных препаратов. (Препараты: железа лактат, ферковен, коамид, цианокобаламин, фолиевая кислота).
72. Средства, стимулирующие лейкопоэз. Механизм действия. Показания к применению. (Препараты: пентоксил, натрия нуклеинат).
73. Средства, угнетающие лейкопоэз. Классификация противолейкозных средств. Механизм действия каждой группы препаратов. Показания к применению. Принципы лечения острых лейкозов. Побочные действия препаратов. (Препараты: миелосан, циклофосфан, меркаптопурин, метотрексат, винкристин, рубомицин, глюкокортикоиды).
74. Средства, препятствующие свертыванию крови. Классификация. Механизм действия и сравнительная характеристика прямых и непрямых антикоагулянтов. Показания и противопоказания к применению. Меры борьбы с передозировкой гепарина и наодикумарина. (Препараты: гепарин, наодикумарин, фенилин: средства, угнетающие агрегацию тромбоцитов, кислота ацетилсалициловая, дипиридамол).
75. Вещества, способствующие свертыванию крови. Механизм действия препаратов. Показания к применению. (Препараты: викасол, тромбин, фибриноген).
76. Препараты, влияющие на процессы фибринолиза. Классификация. Механизм действия. Показания к применению. (Препараты: стрептолиза, стрептодеказа, фибринолизин, контрикал, аминокaproновая кислота).
77. Бронхолитические средства. Классификация по механизму действия. Сравнительная характеристика препаратов. Средства для купирования и предупреждения приступов бронхиальной астмы. (Препараты: изадрин, адреналина гидрохлорид, салбутамол, эфедрина гидрохлорид, атропина сульфат, теofilлин, зуфиллин, кромолин-натрий, глюкокортикоиды).
78. Средства, влияющие на тонус и сократительную активность миомерия. Классификация. Фармакологическая характеристика препаратов спорыньи, показания к назначению. Заменители препаратов спорыньи. Средства, используемые для стимуляции родов. Механизм действия. (Препараты: эргометрина малеат, котарнина хлорид, питуитрин, окситацин, синэстрол, пахикарпина гидроидид, прозерин, динопрост (ПРФ 2)).
79. Отхаркивающие средства. Локализация и механизм действия отдельных препаратов. Показания к применению. (Препараты: настой травы термопсиса, нашатырно-анисовые капли, натрия гидрокарбонат, терпингидрат, калия иодид, трипсин кристаллический).
80. Противокашлевые средства. Механизм действия. Показания к применению. Смысл комбинаций с отхаркивающими. (Препараты: кодеина фосфат, либексин).
81. Принципы фармакологического вмешательства при отеке легких. Механизм действия препаратов. (Препараты: строфантин, бензогексоний, гигроний, манит, фуросемид, спирт этиловый).
82. Средства, повышающие и понижающие аппетит. Механизм действия. Побочные явления. (Препараты: настойка полыни, дезопимон, мазиндол).
83. Рвотные и противорвотные средства. Механизм действия. Показания к применению отдельных препаратов. (Препараты: апоморфина гидрохлорид, этаперазин, скополамина гидробромид, таблетки «Аэрон»).
84. Средства, применяемые при нарушении функции желез желудка. Средства заместительной терапии и антацидные средства. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты. (Препараты: пепсин, кислота хлористоводородная разведенная, фестал, натрия гидрокарбонат, магния окись, алюминия гидроокись, алмагель).
85. Средства, понижающие секрецию желез желудка. (Антисекреторные средства). Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты. (Препараты: циметидин, ранитидин, пирензинин, омепразол).
86. Гастропротекторы, защищающие слизистую оболочку желудка и 12-ти перстной кишки. Механизм действия. Показания к применению. (Препараты: де-нол, сукралфат).
87. Средства, угнетающие и усиливающие моторику ЖКТ. Механизм действия и сравнительная характеристика препаратов. Показания к применению. (Препараты: атропина сульфат, папаверина гидрохлорид, но-шпа, ацеклидин, прозерин).
88. Слабительные средства. Классификация. Механизм действия и сравнительная характеристика различных групп слабительных. Особенности применения. (Препараты: магния сульфат, натрия сульфат, масло касторовое, вазелиновое масло, экстракт крушины жидкий, порошок корня ревеня, изафенин, фенолфталеин).
89. Желчегонные средства. Классификация по механизму действия. Характеристика основных препаратов. Показания к назначению. (Препараты: кислота дегидрохолевая, оксафенамид, холосал, алахол, магния сульфат, атропина сульфат, папаверина гидрохлорид).

Вещества, влияющие на иммунные и воспалительные процессы.

90. Стероидные противовоспалительные средства. Возможные механизмы противовоспалительного действия. Применение. Побочные эффекты. (Препараты: гидрокортизон, преднизолон, триамцинолон, дексаметазон, флорметазона иолат, синафлан).
91. Нестероидные противовоспалительные средства. Механизмы противовоспалительного, жаропонижающего и анальгезирующего действия препаратов. Показания к применению. Побочные эффекты. (Препараты: кислота ацетилсалициловая, индометацин, ибупрофен, напроксен, бутадион, диклофенак-натрий (ортофен)).
92. Иммунодепрессивные средства. Механизм действия. Показания к применению, побочные эффекты. (Препараты: азатиоприн, циклоспорин, преднизолон).
93. Иммуностимулирующие средства. Механизм действия, применение. (Препараты: тактивин, левамизол, продигозан).
94. Препараты для лечения анафилактических расстройств. Классификация по механизму действия. Механизмы формирования противоаллергического эффекта. Показания к применению. Побочные эффекты. (Препараты: глюкокортикоиды, в-адреномиметики, ксантины, кромолин натрий, керотифен, димедрол, супрастин, дипразин, диазолин, фенкарол).

Вещества, с преимущественным влиянием на процессы тканевого обмена.

95. Гормональные препараты передней доли гипофиза. Влияние на функцию желез внутренней секреции. Показания к применению препаратов. (Препараты: кортикотропин, гонадотропин сыровоточный и хорионический, пролактин).
96. Препараты задней доли гипофиза. Механизм действия. Показания к применению. (Препараты: питуитрин, окситоцин, вазопрессин, адиуректин).
97. Препараты инсулина и его синтетических заменителей. Применение. Острое отравление инсулином и меры помощи. (Препараты: инсулин). Механизм действия синтетических средств для лечения диабета. (Препараты: глибенкламид, бутамид, глибутид).
98. Препараты гормонов коры надпочечников. Классификация. Влияние на обмен веществ, структуру различных тканей, реакции организма. Механизм основных фармакологических эффектов. Сравнительная характеристика препаратов. Осложнения при применении глюкокортикоидов и меры профилактики. Терапевтическое применение.
99. Препараты мужских половых гормонов. Действие на организм, применение. Анаболические стероидные и нестероидные средства, механизм действия, клиническое использование, побочные эффекты. (Препараты: тестостерона пропионат, метилтестостерон, метандростенолон, феноболл, ретаболл, калия оротат).
100. Естественные и синтетические препараты женских половых гормонов. Физиологическое значение эстрогенов и гестогенов. Терапевтическое применение. (Препараты: эстерон, синэстрол, диэтилстильбестрол, прогестерон).
101. Препараты гормонов щитовидной железы. Механизм действия. Влияние на обмен веществ. Показания к применению. (Препараты: тиреоидин, трийодтиронина гидрохлорид, кальцитонин).

102. Антитиреоидные средства. Механизм действия. Характеристика основных препаратов. Применение. Побочные эффекты. (Препараты: мерказолил, кадия иодид, Спиртовой раствор йода, дийодтиронин).
103. Ферментные препараты. Препараты пищеварительных желез. Практическое использование протеаз, деполимераз, нуклеиновых кислот и препаратов гялуронидазы. (Препараты: пепсин, панкреатин, натуральный желудочный сок, панзинорм, трипсин, хемотрипсин кристаллический, фибринолизин, ДНК-аза, РНК-аза, лиаза, ронидаза).
104. Ингибиторы протеолитических ферментов. (Препараты: контрикал, кислота аминокaproновая).
105. Аскорбиновая кислота. Рутин. Биологическая роль. Клиническое применение. Явление гипервитаминоза аскорбиновой кислоты.
106. Препараты витамина В1, В5, В6. Биологическая роль. Показания к применению. Осложнения терапии тиаминем. (Препараты: тиамин бромид, кокарбоксилаза, кальция пантотенат, пиридоксин).
107. Биологическая роль рибофлавина и никотиновой кислоты. Показания к применению. Влияние никотиновой кислоты на тонус сосудов. (Препараты: рибофлавин, кислота никотиновая, никотинамид).
108. Препараты витамина Д. биологическая роль. Показания к применению. Явления гипервитаминоза. Гормональные препараты для регуляции фосфорно-кальциевого обмена. (Препараты: рыбий жир, раствор эргокальциферола в масле и спирте, паратиреоидин, тиреокальцитонин).
109. Препараты витамина А. механизм действия, применение. Явления гипервитаминоза. (Препараты: раствор ретинола ацетата в масле).
110. Биологическая роль токоферола. Практическое использование.
111. Антиатеросклеротические средства, классификация. Механизм влияния на обмен холестерина и липопротеидов. Применение при разных типах гиперлипидемий. Побочные эффекты. (Препараты: клофибрат, холестирамин, пармидин).
112. Соли щелочных и щелочно-земельных металлов. Особенности действия. Применение. (Препараты: натрия хлорид, калия хлорид, кальция глюконат, кальция хлорид, магния сульфат, бария сульфат).
113. Кислоты и щелочи. Действие на кожу и слизистые. Влияние на функции ЖКТ. Применение. Использование щелочных соединений для коррекции кислотно-щелочного равновесия. Острое отравление кислотами и щелочами, принципы его лечения. (Препараты: кислота хлористоводородная разведенная, натрия гидрокарбонат, магния окись, кислота борная, кислота салициловая).

Противомикробные и противопаразитарные средства.

114. Понятие о дезинфицирующем, антисептическом и химиотерапевтическом действии лекарственных веществ. Принципы современной химиотерапии.
115. Сульфаниламидные препараты. Механизм и спектр антибактериального действия. Сравнительная характеристика по спектру действия, фармакокинетическим свойствам, продолжительности эффекта, клиническому использованию. Показания к применению. Осложнения, меры профилактики. (Препараты: стрептоцид, сульфадимезин, этазол, уросульфам, сульфацил-натрий, сульфацилпиримидин, сульфадиметоксин, фталазол, бисептол).
116. Пенициллины. Получение. Естественные и полусинтетические препараты. Механизм действия. Спектр действия. Длительность действия и дозировка препаратов. Показания к применению. Осложнения, меры их профилактики и устранения. (Препараты: бензилпенициллина натриевая соль, бензилпенициллина новокаиновая соль, бициллины, оксациллина натриевая соль, ампициллина тригидрат).
117. Цефалоспорины. Механизм и спектр действия препаратов. Показания к применению. Побочные эффекты. (Препараты: цефалексин, цефуроксим (кетоцеф), цефотаксин (клафоран)).
118. Антибиотики тетрациклинового ряда. Механизм и спектр действия. Дозирование. Применение, побочные эффекты. (Препараты: тетрациклин, метациклин, доксициклин).
119. Левомецетин. Механизм и спектр действия. Показания к применению. Побочные эффекты. (Препараты: левомецетин).
120. Антибиотики-макролиды. Механизм действия. Спектр действия, показания к применению. (Препараты: эритромицин, олеандомицин).
121. Антибиотики-аминогликозиды. Механизм и спектр действия. Сравнительная характеристика препаратов. Показания к применению. Побочные эффекты. (Препараты: неомицина сульфат, стрептомицина сульфат, мономицин, канамицин, гентамицин, амикацин).
122. Полимиксины. Механизм и спектр действия препаратов. Показания к применению.
123. Осложнение антибиотикотерапии, меры их профилактики.
124. Основные и резервные противотуберкулезные средства. Классификация. Механизм действия основных групп препаратов, клиническое применение. (Препараты: стрептомицина сульфат, рифампицин, изониазид, натрия парааминосалицилат, этамбутол). Пути предупреждения образования устойчивых форм микробов.
125. Противогрибковые антибиотики. Механизм и спектр действия. Показания к применению. (Препараты: нистатин, амфотерицин В, гризеофульвин).
126. Синтетические противогрибковые средства производные нафтиридина, нитрофурана и 8-оксихинолона. Спектр антимикробного действия препаратов. Показания к применению. Побочные эффекты. (Препараты: кислота налидиксовая, фуразолидон, фурациллин, энтеросептол, нитроксилин).
127. Антисептические и дезинфицирующие средства. Классификация. Препараты ароматического и алифатического ряда, красители, кислоты и щелочи, детергенты. Механизм действия и сравнительная характеристика основных препаратов. Применение. (Препараты: фенол, чистый, деготь березовый, ихтиол, спирт этиловый, формалин, кислота борная, раствор аммиака, бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, этакридина лактат).
128. Галогеносодержащие и кислородоотдающие антисептики. Характеристика основных препаратов. Практическое использование. (Препараты: раствор йода спиртовой, хлорами Б, перекись водорода, калия перманганат).
129. Общая характеристика местного и резорбтивного действия солей тяжелых металлов. Условия, определяющие противомикробную активность. Особенности применения отдельных препаратов. (Препараты: ртути дихлорид, цинка сульфат, цинка окись). Острое и хроническое отравление препаратами ртути, меры помощи.
130. Противосифилитические средства. Механизм действия препаратов бензилпенициллина и висмута. Побочные эффекты. (Препараты: бензилпенициллина натриевая соль, Бициллин 1,3,5, бийохинол).
131. Средства для лечения кишечных гельминтов. Классификация. Сравнительная характеристика и особенности применения препаратов. (Препараты: пиперазина адидинат, нафтамон, левамизол, экстракт мужского папоротника, фенасал, мебендазол).
132. Основные принципы лечения острых отравлений.

Типовые ситуационные задачи для текущего контроля и промежуточной аттестации профессиональных умений.

1. У больного травматический отек мозга, гипоксические судороги. Какое из наркотических средств целесообразно использовать для купирования судорог.
2. При фторотановом наркозе у больного наблюдалась брадикардия и снижение артериального давления. Предложите прессорные средства, которые в данной ситуации будут повышать артериальное давление и объясните ваш выбор.
3. Больному с ампутацией нижних конечностей нужно сделать перевязку. Перечислите наркотические средства для обезболивания этой процедуры. Объясните свой выбор.
4. При вправлении вывиха с использованием пропанидида возникло апноэ. Чем объясняется данное осложнение. Требуется ли оно фармакологической коррекции.
5. Больному с язвенной болезнью желудка беспокоят боли в эпигастриальной области. Врач назначил 0,5% раствор новокаина по 1 столовой ложке 3 раза в день. Оцените целесообразность и эффективность данного назначения с учетом фармакокинетических фармакодинамических свойств новокаина.
6. Отметить основные фармакологические свойства, определяющие выбор антиангинального средства для купирования приступа стенокардии. Перечислить препараты, которые могут применяться с этой целью с указанием форм выпуска и особенностей назначения.
7. Определить основные требования к лекарственному средству для профилактики приступов стенокардии. Перечислить препараты, которые наиболее соответствуют этим требованиям с указанием форм выпуска.
8. При назначении нитроглицерина у некоторых пациентов отмечаются признаки ортостатической гипотонии. В чем проявляется это осложнение и как его предупредить.

9. Указать побочные эффекты пропранолола, применяющегося для лечения хронической коронарной недостаточности. Отметить препараты с аналогичным механизмом действия, у которых подобные эффекты не выражены.
10. Для лечения ишемической болезни сердца в последнее время стали активно применять триметазидин. Отметить фармакологическую группу и механизм действия указанного препарата.
11. Указать антиангинальный препарат, который обладает коронарорасширяющим и антиагрегантным эффектом. Определить фармакологическую группу и показание к применению.
12. Больному с тиреотоксическим кризом, у которого отмечались увеличение щитовидной железы, двигательное и психическое возбуждение, частый пульс, повышенное артериальное давление, расширенные зрачки и повышенная температура тела врач назначил мерказолил внутрь, калия иодид, анаприлин в вену. Объясните механизм действия и целесообразность применения этих препаратов.
13. У пожилой больной микседемой после перенесенного стресса развивается гипотиреоидная кома со спутанностью сознания, снижением температуры тела, брадикардией и артериальной гипотонии. Перечислите препараты для лечения этого состояния. Кокой из них является препаратом выбора. Объясните свой выбор.
14. У больного после длительного применения глюкокортикоидных средств по поводу лечения бронхиальной астмы появились симптомы острой недостаточности коры надпочечников. Лечащий врач назначил препарат, который является синтетическим аналогом АКГГ и имеет $\frac{1}{2} T$ 24 часа. Назовите МНН и торговое наименование данного препарата. Дайте обоснования его применения в этой ситуации.
15. Развитие цирроза печени у больного привело к возникновению кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. В связи с этим врач отделения реанимации наряду с традиционными гемостатическими средствами назначил данному больному препарат, являющийся синтетическим аналогом гормона, который продуцируется гипоталамусом и D-клетками слизистой оболочки желудка и поджелудочной железы. Назовите МНН и торговое наименование данного препарата. Дайте обоснования его применения в этой ситуации.
16. Определите МНН, торговое название и показания к применению препарата, который содержит естественный хорионический гонадотропин, у женщин стимулирует образование и выделение прогестерона и овуляцию, у мужчин стимулирует выделение тестостерона.

Критерии оценки знаний в ходе промежуточной аттестации на экзамене по дисциплине «Фармакология»

Оценка «отлично» - исчерпывающие знания по классификации, номенклатуре, фармакодинамике, фармакокинетике, показаниям к применению, побочным эффектам, а также способность проводить сравнительную характеристику препаратов в пределах изучаемой группы лекарственных средств.

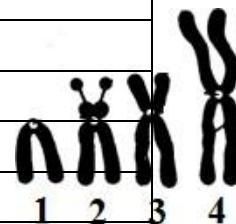
Оценка «хорошо» - знания классификации, фармакодинамики, показаний к применению и побочных эффектов изучаемой группы лекарственных средств.

Оценка «удовлетворительно» - знания классификации, фармакологических эффектов и применения изучаемой группы лекарственных средств.

Оценка «неудовлетворительно» - крайне ограниченные, фрагментарные знания классификации, фармакологических эффектов и применения изучаемой группы лекарственных средств или отсутствие таковых.

Таблица соответствия образовательных результатов оценочным средствам.

Формируемые знания и умения	Вопросы для проверки
уметь: выписывать лекарственные формы в виде рецепта с использованием справочной литературы	Вопросы № 4,5,6,9,11 Задачи № 1,3 7
уметь: находить сведения о лекарственных препаратах в доступных базах данных;	Вопросы № 4 Задачи № 5,9,10
уметь: ориентироваться в номенклатуре лекарственных средств;	Вопросы № 17-132 Задачи № 6,8,11
применять лекарственные средства по назначению врача;	Вопросы № 17-132
уметь: давать рекомендации пациенту по применению различных лекарственных средств;	Вопросы № 17-132
знать: лекарственные формы, пути введения лекарственных средств, виды их действия и взаимодействия;	Вопросы № 1-16
знать: основные лекарственные группы и фармакотерапевтические действия лекарств по группам;	Вопросы № 17-132
знать: побочные эффекты, виды реакций и осложнений лекарственной терапии;	Вопросы № 13, № 17-132
знать: правила заполнения рецептурных бланков;	Вопросы № 4,5,6,9,11



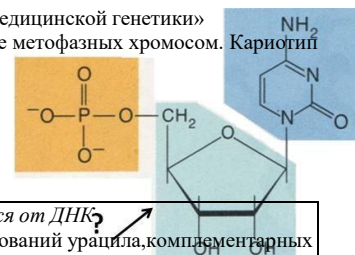
17. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГЕНЕТИКА ЧЕЛОВЕКА С ОСНОВАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ»

Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля по дисциплине «Генетика человека с основами медицинской генетики»

Тема 1: Строение и функции ядра клетки. Нуклеиновые кислоты. Уровни укладки ДНК в хромосому. Строение метафазных хромосом. Кариотип человека и методы его изучения.

Вариант 1

Выберите один правильный ответ



1. Ядро клетки состоит из

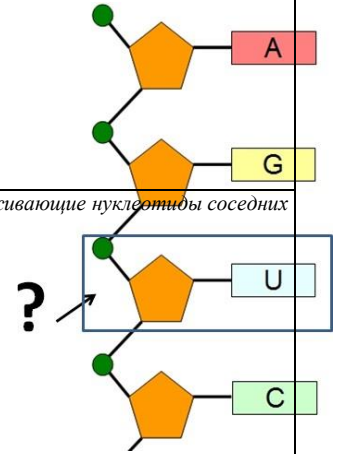
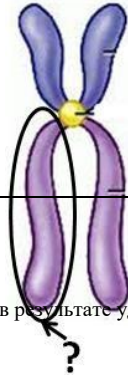
Нуклеоплазмы, ядрышка, хроматина, ядерных пор
Ядерной оболочки, ядрышка, ядерного сока
Кариолемы, кариоплазмы, хроматина, ядрышка
Кариолемы, ядрышка, ядерного сока, рибосом.

7. РНК клетки отличается от ДНК?

Состоит из азотистых оснований урацила, комплементарных дитозину.
Одноцепочечная молекула не образующая комплементарных
Одноцепочечный биополимер в состав которого входит дезоксирибоза
Состоит из мономеров - нуклеотидов

<p>Какие клеточные структуры НЕ содержат ДНК?</p> <p>ядро митохондрии рибосомы пластиды</p>	<p>б. В норме человек имеет _____ параутосом и _____ пар(ы) половых хромосом .</p> <p>а) 23 и 23 23 и 2 46 и 1 22 и 1</p>
<p>Структура клетки, состоящая из ДНК и белков, и изменяющая свою конформацию в ходе клеточного деления.</p> <p>Ядро Хроматин Ядерная пора Цитоплазма</p>	<p>8. Тип хромосом обозначенных цифрой – 4?</p> <p>Субметацентрические Метацентрические Акроцентрические Телоцентрические</p>
<p>4. Кариотип - это:</p> <p>Общий термин для любого типа хромосом Совокупность всех генов, характерных для человека Совокупность числа и морфологии хромосом характерная для определенного вида Совокупность хромосом живого организма</p>	<p>Что изображено под знаком «?»</p> <p>Азотистое основание пентоза остаток фосфорной кислоты нуклеотид</p>
<p>5. Аутосомы:</p> <p>Совокупность всех хромосом кроме половых Нормальные хромосомы соматических клеток Хромосомы, содержащие генетическую информацию о всех признаках человека, кроме половых черт</p>	<p>10. Ядро клетки было обнаружено</p> <p>Мишером Брауном Чаргафтом Уотсоном и Криком</p>
<p>д) Структуры хромосом к которым присоединяются нити веретена деления</p>	
<p>Что изображено по знаку «?»</p> <p>Кинетохорные микротрубочки Длинное плечо Короткое плечо Центомера Хроматида Теломера</p>	<p>14. Выделенный на рисунке компонент - это</p> <p>хроматин азотистое основание урацил нуклеотид ДНК нуклеотид РНК аминокислота</p>

<p>12. Наименьший уровень упаковки ДНК эукариот?</p> <p>Ядрышковый Нуклеотидный Нуклеосомный Нуклеомерный</p>	<p>15. Слабо конденсированный и слабо окрашенный активный хроматин ядра называется</p> <p>Гетерохроматин Эухроматин</p>
<p>13. Хроматида - это</p> <p>Плотные участки на периферии ядра Кольцевая хромосома бактерий структурный элемент хромосомы, формирующийся в результате удвоения ДНК Часть хромосомы в области первичной перетяжки</p>	<p>16. Химические связи, удерживающие нуклеотиды соседних цепочек ДНК?</p> <p>Фосфодиэфирные Водородные Ионные Пептидные</p>



КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

Вариант 1		Вариант 2	
1	C	1	C
2	C	2	C
3	B	3	C
4	C	4	C
5	A	5	A
6	B	6	A
7	D	7	B
8	B	8	C
9	B	9	E
10	B	10	B
11	A	11	B
12	C	12	B
13	C	13	B
14	D	14	C
15	B	15	D
16	B	16	C

0-10%	- 0 баллов
11-30%	- 1 балл
31-49%	- 2 балла
50-55%	- 2,5 балла
56-64%	- 3 балла
65-70%	- 3,5 балла
71-80%	- 4 балла
80-85%	- 4,5 балла
86-100%	- 5 баллов

Тема 2: Размножение как основное свойство живого. Размножение на клеточном уровне. Жизненный цикл клетки, характеристика периодов, регуляция. Процессы репликации и репарации в ходе жизненного цикла. Понятие апоптоза.
Митоз, мейоз, амитоз.

ВАРИАНТ 1

Соматическая клетка обезьяны содержит 48 хромосом. Определите количество хромосом и молекул ДНК в ходе мейотического деления.

Определите фазу митоза,



обозначенную на рисунке, и запишите основные процессы характерные для этой стадии.

Одна из цепочек молекулы ДНК содержит следующую последовательность нуклеотидов:
 АГГЦЦТАЦГГАТ. Определите последовательность второй цепи ДНК с указанием водородных связей.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

«ОТЛИЧНО»

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера).

«ХОРОШО»

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»

Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»

Выставляется по вопросам билета, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска.

Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий антропологии, неумение применить знания практически. Тема 3: Биосинтез белка как результат реализации генетической информации. Генетический код и его характеристика. Этапы синтеза белка: транскрипция, трансляция. Регуляция активности генов.

ВАРИАНТ 1

Молекулы ДНК, на которой синтезируется участок центральной петли тРНК, имеет следующую последовательность нуклеотидов: ГТТГГЦТАГЦТТЦГТ.

Установите нуклеотидную последовательность участка тРНК, который синтезируется на данной фрагменте, и аминокислоту, которую будет переносить этот тРНК в процессе биосинтеза белка, если четвертый триплет соответствует антикодону тРНК. Ответ поясните. Для решения задачи используйте таблицу генетического кода.

Первый нуклеотид	Второй нуклеотид			
	Ц	Г	У	А
Ц	ЦЦЦ Про ПроЦЦУ Про ЦЦА Про	ЦГЦ Арг АргЦГУ Арг ЦГА Арг	ЦУЦ Лей ЛейЦУУ Лей ЦУА Лей	ЦАЦ Гис ГисЦАГ Гли ЦАА Гли
Г	ГЦЦ Ала АлаГЦУ Ала ГЦА Ала	ГГЦ Гли ГлиГГУ Гли ГГА Гли	ГУЦ Вал ВалГУУ Вал ГУА Вал	ГАЦ Асп АспГАГ Гли ГАА Гли
У	УЦЦ Сер УЦГ Сер УЦУ Сер УЦА Сер	УГЦ Цис УГУ Цис УГГ Три УГА стоп	УУЦ Фен УУУ Фен УУА Лей УУГ Лей	УАЦ Тир УАУ Тир УАГ стоп УАА стоп
А	АЦЦ Тре ТреАЦУ Тре АЦА Тре	АГЦ Сер СерАГТ Арг АГА Арг	АУЦ Иле ИлеАУА Иле АУГ Мет	ААЦ Асн АснААГ Лиз ААА Лиз

Схема какой структуры изображена на схеме? Какие блоки она включает? Укажите значение структуры, обозначенной как «ДСС»

ССР	П	Э	ДСС	И	ДСС	Э	ДСС	И	ДСС	Э	ДСС	И	ДСС	Э	Т	ССР

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера).

«ХОРОШО»

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»

Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»

Выставляется по вопросам билета, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска.

Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий антропологии, неумение применить знания практически.

Тема 4: Наследственность как основное свойство живого. Закономерности наследования законов Г. Менделя. Взаимодействие аллельных и неаллельных генов.

ВАРИАНТ 1. У человека имеется две формы глаукомы, которые определяются рецессивными аутосомными несцепленными генами.

А) Какова вероятность рождения ребенка с аномалией, если оба родителя гетерозиготны по обоим парам патологических генов?

Б) Какова вероятность рождения ребенка с аномалией в семье, где один из родителей гетерозиготен по обоим парам патологических генов, а другой нормален в отношении зрения и гомозиготен по обоим парам генов?

ВАРИАНТ 2. У человека имеется две формы глухонемоты, которые определяются рецессивными аутосомными несцепленными генами.

а) какова вероятность рождения детей глухонемыми в семье, где мать и отец страдают одной и той же формой глухонемоты, а по другой форме глухонемоты они гетерозиготны?

б) какова вероятность рождения детей глухонемыми в семье, где оба родителя страдают разными формами глухонемоты, а по второй паре генов глухонемоты каждый из них гетерозиготен?

ВАРИАНТ 3. Голубоглазый правша женился на кареглазой правше. У них родилось двое детей: кареглазый левша и голубоглазый правша. От второго брака этого мужчины с другой кареглазой правой женщиной родилось 9 кареглазых детей, все правши. Каковы наиболее вероятные генотипы всех трех родителей? Определите вероятность гетерозиготности второй женщины.

ВАРИАНТ 4. Полидактилия, близорукость и отсутствие малых коренных зубов передаются как доминантные аутосомные признаки. Гены всех трех признаков находятся в разных парах хромосом. Какова вероятность рождения детей без аномалий в семье, где оба родителя страдают всеми тремя недостатками, но гетерозиготны по всем трем парам признаков?

ВАРИАНТ 5. Катаракты имеют несколько разных наследственных форм. Большинство из них наследуется как доминантные аутосомные признаки, некоторые как рецессивные аутосомные несцепленные признаки.

Какова вероятность рождения детей с аномалией, если оба родителя страдают доминантно наследующейся формой катаракты, но гетерозиготны по ней и еще гетерозиготны по двум рецессивным формам катаракты?

ВАРИАНТ 6. Акаталазия (отсутствие каталазы в крови) обусловлена редким аутосомным рецессивным геном. У гетерозигот активность каталазы понижена по сравнению с нормой. У обоих родителей и единственного сына активность каталазы оказалась пониженной. Определите вероятность рождения полностью здорового ребенка в данной семье.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера).

«ХОРОШО»

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»

Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»

Выставляется по вопросам билета, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска.

Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий антропологии, неумение применить знания практически.

Тема 5: Хромосомная теория наследственности (закон Т. Моргана). Генетика пола.

Наследование признаков сцепленных с полом, ограниченное и контролируемое полом.

ВАРИАНТ 1. Синдром дефекта ногтей и коленной чашечки определяется полностью доминантным аутосомным геном. На расстоянии 10 морганид от него находится локус группы крови по системе АВО. Один из супругов имеет II(A) группу крови, другой – III(B). Тот, у которого II группа крови, страдает дефектом ногтей и коленной чашечки. Известно, что его отец был I группы крови и не имел этих аномалий, а мать с IV группой крови имела оба дефекта. Супруг, имеющий III группу крови, нормален в отношении гена дефекта ногтей и коленной чашечки и гомозиготен по обоим парам анализируемых генов.

Определите вероятность рождения в этой семье, страдающих дефектом ногтей и коленной чашечки и возможной группы крови их.

ВАРИАНТ 2. У человека локус резус-фактора сцеплен с локусом определяющим форму эритроцитов и находится от него на расстоянии 3 морганид (3% кроссинговера т.е. возможен перекрест).

Резус-положительность (доминантный ген) и эллиптоцитоз (эритроциты эллиптической формы) определяются доминантными аутосомными генами. Один из супругов гетерозиготен по обоим признакам. При этом резус-положительность он унаследовал от одного родителя, а эллиптоцитоз от другого. Второй супруг резус-отрицателен и имеет нормальные эритроциты. Определите процентное соотношение вероятных генотипов и фенотипов детей в этой семье.

ВАРИАНТ 3. При скрещивании особей AaBb и aabb получено следующее количество потомков: 805 AaBb, 796 aabb, 106 Aabb и 110 aaBb. Как наследуются признаки, контролируемые генами А и В. Происходит ли кроссинговер, если да, то какой процент кроссоверных особей образуется?

ВАРИАНТ 4. Гены А, М и N относятся к одной группе сцепления. Определите расстояние между генами А и N, если расстояние между генами А и М равно 7,5 морганиды, а между генами М и N 3,5 морганиды. Изобразите графически положение генов А, М и N в хромосоме, если расстояние А – N равно 5 морганидам

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

«ОТЛИЧНО»

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера).

«ХОРОШО»

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»

Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»

Выставляется без беседы по вопросам билета, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска.

Тема 6: Множественные аллели. Система групп крови АВО как пример множественного аллелизма. Система резус-фактора и ее значение для человека
Наследование HLA – системы.

ВАРИАНТ 1. У некоторых людей антигены системы АВО находятся не только в эритроцитах, но могут выделяться со слюной и другими жидкостями. Это секреторы, у них есть доминантный ген S. Несекреторы этого делать не могут (s). Система АВО контролируется множественными аллелями: I^0, I^A, I^B

При исследовании четырех членов семьи установлено: мать имеет антиген В в эритроцитах, но не содержит его в слюне; отец имеет антиген А в эритроцитах и в слюне; первый ребенок имеет IV(AB) группу крови и является несекретором; второй ребенок имеет I(O) группу крови. Какие дети могут быть еще в этой семье?

ВАРИАНТ 2. Мужчина, имеющий резус-отрицательную кровь IV(AB) группы женился на женщине с резус-положительной кровью III(B) группы. В семье имеется два ребенка, один из которых внебрачный: первый с резус-отрицательной кровью III(B) группы? второй – с резус-положительной I(O) группы. Определите по какой из двух пар аллелей исключается отцовство?

ВАРИАНТ 3. У человека кроме групп крови системы АВО изучены группы кровисистемы MN, которые обуславливаются кодоминантными аллелями одного локуса M и

N. Сочетание этих аллелей в генотипе могут дать три генотипа MM, NN и MN.

а) Генотип матери AOMMDd, отца BBMNDd. Определите сколько и какие сочетания антигенов возможны у детей

б) женщина, имеющая антигены A(Rh⁻)MN, отец которой имел I(O) группу крови, вышла замуж за мужчину, кровь которого содержит антигены AB(Rh⁺)N. Мать мужа была резус-отрицательной. Определить вероятность, что ребенок будет иметь такое же сочетание антигенов как у отца.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

«Отлично» - выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера).

«ХОРОШО»

«Хорошо» - выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач, правильное проведение анализа. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»

Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы на основе зубрежки, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»

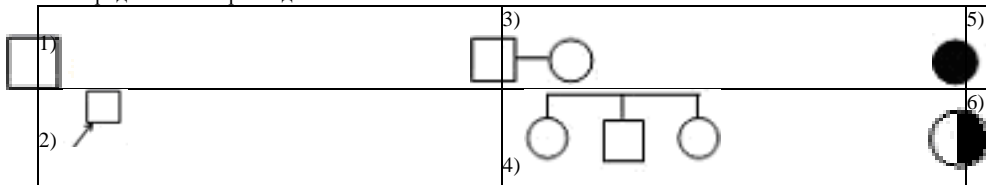
Выставляется без беседы по вопросам билета, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска.

Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий антропологии, неумение применить знания практически.

Тема 7: Изменчивости и ее значение в онтогенезе человека. Фенотипическая и генотипическая изменчивость. Генный, хромосомный и геномный уровни
нарушения генетического аппарата.

Вариант 1

При составлении родословной пробанд обозначается ...



Выберите утверждения характерные для голландрического типа наследования.

Признак проявляется только у гомозигот

Признак проявляется у мужчин и женщин с одинаковой степенью вероятности

Признак проявляется только у мужчин

Носители рецессивного гена женщины, а признак чаще проявляется у мужчин

Мужчина, имеющий данный признак передает его всем своим дочерям и непередает его сыновьям

Цитогенетический метод – это метод ...

Составления родословной

Изучение содержания тех или иных веществ в крови

Изучение набора хромосом

Изучение коэффициентов конкордантности и дискордантности у сибсов

Экспресс метод определения Y хромосомы применяется для диагностики ...

Синдрома Шерешевского-Тернера

Болезни Дауна

Синдрома Клайнфельтера

Синдроме кошачьего крика

Гемофилии

Дальтонизма

Два тельца Бара обнаруживаются в соматических клетках ...

при синдроме Шерешевского-Тернера
при болезни Дауна
при синдроме Клайнфельтера

при синдроме триплоX
у здорового мужчины
у здоровой женщины

Коэффициент дискордантности у монозиготных близнецов ...
Около 0%
Около 25 % 3) Около 50-70%

Приближается к 100%
Может иметь любое значение

Клетки, наиболее часто используемые для проведения метода кариотипирования.
Эритроциты
Тромбоциты
Лейкоциты
Половые клетки
Клетки эпителия слизистой щеки

Любые

Согласно Денверской классификации хромосом X хромосома относится к _____
группе.

A
B
C
D

E
F

G

Заболевание, для диагностики которого используют биохимический метод
Синдром Шерешевского-Тернера
Болезнь Дауна
Синдром Клайнфельтера

Синдром «кошачьего крика»

Фенилкетонурия
Нет верного ответа

Скрининг сывороточных маркеров включает изучение эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и гемоглобина хорионического гонадотропина, холестерина, глюкозы, гомоцистеина альфа-фетопротеина, хорионического гонадотропина, неконъюгированного эстриола, ассоциированного с беременностью протеина-А альфа-фетопротеина, холестерина, неконъюгированного эстриола, ассоциированного с беременностью протеина-А, липопротеидов низкой и высокой плотности

Перекоэффициентный уровень профилактики наследственной патологии
 Направлен на женщин, выделенных в «группу риска» по итогам УЗИ
 Направлен на здоровых людей в период до и после зачатия
 Проводится по отношению к больным и направлен на устранение появления болезни через раннюю диагностику до момента родов
 Устранение осложнений болезни через адекватную реабилитацию и коррекцию в постнатальном периоде

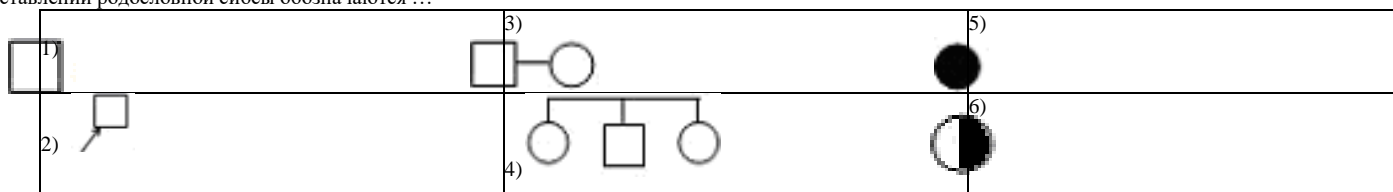
Оптимальный возраст женщины для зачатия
 1) 18–25 лет 2) 20–40 лет 3) 24–34 года 4) 18–38 лет

Метод пренатальной диагностики, основанный на исследовании клеток ворсинок, входящих в состав плаценты.

- Амниоцентез
- Кордоцентез
- Хориоцентез
- Дерматоскопия
- Группа методов, предназначенных для выявления вариаций в структуре исследуемого участка ДНК вплоть до расшифровки первичной последовательности нуклеотидов.
- Кариотипирование
- Гибридизация соматических клеток
- Секвенирование
- Плантоскопия
- Пальмоскопия
- Картирование

Вариант 2

При составлении родословной sibсы обозначаются ...



Выберите утверждения характерные для X сцепленного рецессивного типа наследования.
 Признак проявляется только у гетерозигот
 Признак проявляется у мужчин и женщин с одинаковой степенью вероятности
 Признак проявляется только у мужчин
 Носители рецессивного гена женщины, а признак чаще проявляется у мужчин
 Наименьшая вероятность проявления признака в потомстве 25%

Метод кариотипирования - это метод ...
 изучения структуры гена
 изучения структуры и числа хромосом
 сравнения кариотипов животных разных типов
 флюоресцентного определения Y хромосомы

Экспресс метод определения X хромосомы применяется для диагностики ...
 Синдрома Шерешевского-Тернера
 Болезни Дауна
 Синдрома Клайнфельтера

Синдроме кошачьего крика
 Гемофилии
 Дальтонизма

Отсутствие тельца Бара обнаруживаются в соматических клетках ...
 при синдроме Шерешевского-Тернера при синдроме триплоX
 при болезни Дауна у здорового мужчины
 при синдроме Клайнфельтера у здоровой женщины

Коэффициент конкордантности у дизиготных близнецов ...
 Около 0%
 Около 25 % 3) Около 50-70%

Приближается к 100%
 Может иметь любое значение

Клетки, наиболее часто используемые для проведения экспресс-метода определения X полового хроматина.

Эритроциты
Тромбоциты
Лейкоциты

Половые клетки
Клетки эпителия слизистой щеки

Любые

Согласно Денверской классификации хромосом Y хромосома относится к _____ группе.

A
B

C
D

E
F

G

Заболевание, для диагностики которого используется цитогенетический метод

Альбинизм
Дальтонизм
Гемофилия

Синдром «кошачьего крика»

Фенилкетонурия

Нет верного ответа

Неонатальный скрининг направлен на выявление

ФКУ, галактоземия, врожденный гипотиреоз, аденогенитальный синдром, синдром Дауна
ФКУ, мукровисцероза, галактоземия, врожденный гипотиреоз, аденогенитальный синдром
Синдром Дауна, Синдром Клайнфельтера, Синдром Эдвардса, Синдром Патау
Альбинизм, фенилкетонурия, серповидно-клеточная анемия

FISH метод относится к

Экспресс методам
Клинико-генеалогическому методу
Биохимическому методу
Цитогенетическому методу

С возрастом матери возрастает риск рождения детей

С геномными болезнями

Генными болезнями

С низким весом

Детским церебральным параличом

Метод пренатальной диагностики, основанный на исследовании крови из пуповины.

Амниоцентез
Кордоцентез
Хориоцентез
Дерматоскопия

Метод составления генетических карт хромосом называется ...

Кариотипирование
Гибридизация соматических клеток
Секвенирование
Плантоскопия
Пальмоскопия
Картирование

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

	ВАРИАНТ 1					ВАРИАНТ 2							
1.	2				1	4							
2.	3				2	4							
3.	3				3	2							
4.	3				4	1							
5.	4				5	5							
6.	1				6	3							
7.	3				7	5							
8.	3				8	7							
9.	0-10% 5				0-2 - 0 баллов				9	4			
10.	11-30% 3				3-4 - 1 балл				10	2			
	31-49% 2				5-6 - 2 балла								
11.	50-55% 2				7 - 2,5 балла				11	4			
	56-64% 3				8 - 3 балла								
12.	65-70% 3				9 - 3,5 балла				12	1			
	71-80% 3				10-11 - 4 балла								
14.	80-85%				12-13 - 4,5 балла				14	6			
	86-100%				14 - 5 баллов								

Фонд оценочных средств для проведения

промежуточной аттестации по дисциплине «Генетика человека с основами медицинской генетики»

Форма промежуточной аттестации: зачет
Форма проведения: письменно

Вопросы к зачету

Роль ядра и цитоплазмы в передаче наследственной информации.

Химическая организация генетического материала. Строение нуклеиновых кислот (ДНК и РНК) их свойства и функции.

Ядро клетки. Основные компоненты ядра, их структурно-функциональная характеристика.

Доказательства роли ядра в хранении и передаче наследственной информации. Строение ядра, характеристика ядерных структур: ядерная оболочка, ядерный сок, ядрышки, виды хроматина.

Современные представления о строении хромосом: нуклеосомная модель хромосом, уровни организации ДНК в хромосомах.

Хроматин как форма существования хромосом (гетеро- и эухроматин): строение, химический состав.

Кариотип человека. Правила хромосом (прямые и косвенные). Строение метафазных хромосом. Виды хромосом (гомологичные и негомологичные, аутосомы и гетеросомы, метацентрические, и т.д.). Денверская и Парижская классификации хромосом.

Репродукция как основное свойство живого. Этапы размножения в ходе эволюции.

Уровни репродукции (молекулярный, клеточный, тканевой и т.д.) 10. Репродукция на молекулярном уровне. Репликация ДНК.

11. Репродукция на клеточном уровне. Жизненный и митотический циклы клетки. 12. Регуляция митотического цикла. Значение нарушения регуляторных механизмов для наследственной патологии.

13. Репродукция на организменном уровне. Бесполое и половое размножение. 14. Мейоз как основной клеточный механизм полового процесса.

Репарация как основное свойство живого. Виды репарации. Значение в наследственной патологии.

Самовоспроизведение наследственного материала. Принципы и этапы репликации.

Значение репликации.

Репарация как механизм поддержания гомеостаза. Виды репарации. 18. Генетический код, его характеристика.

Механизмы и способы реализации генетической информации:

транскрипция и посттранскрипционные процессы,

прямая и обратная транскрипция,

трансляция и посттрансляционные процессы.

Регуляция экспрессии генов на генном уровне у прокариот и эукариот.

Предмет, разделы и основные открытия в области генетики. Уровни организации генетического материала.

Ключевые понятия генетики (ген, аллель, гомозиготы, гетерозиготы, генотип, фенотип и генофонд, плейотропия).

Классификация типов моногенного наследования признаков. Законы Г. Менделя, их цитологический механизм. Менделирующие признаки человека. Гипотеза

«чистоты гамет».

Основные положения хромосомной теории наследственности. Закон сцепленного наследования Т. Моргана.

Генетика пола. Теории определения пола (хромосомная, балансовая).

Морфофункциональная характеристика половых хромосом.

Наследование сцепленное с полом, ограниченное и контролируемое полом. 27. Генотип как целостная система взаимодействующих аллелей.

Формы взаимодействия аллельных генов: полное и неполное доминирование, кодоминирование, аллельное исключение, межаллельная комплементация.

Множественные аллели, определение, примеры.

Закономерности наследования АВО системы групп крови. Медицинское значение. 31. Наследование Rh- фактора. Гемолитическая болезнь плода.

Генотип как целостная система взаимодействующих аллелей.

Формы взаимодействия аллельных генов: полное и неполное доминирование, кодоминирование, аллельное исключение, межаллельная комплементация.

Формы взаимодействия неаллельных генов: комплементарность, эпистаз, полимерия.

Плейотропия.

Генотип и среда. Пенетрантность и экспрессивность.

Основные формы изменчивости (классификация). Роль генотипа и среды в проявлении признаков, в обучение и воспитание человека.

Модификационная изменчивость: определение, примеры. Адаптивный характер модификации. Норма реакции. Экспрессивность и пенетрантность.

Виды наследственной изменчивости. Закон гомологических рядов наследственной изменчивости Н.И.Вавилова, его значение для медицины.

Комбинативная изменчивость сущность примеры. Значение комбинативной изменчивости в обеспечении генетического разнообразия людей.

Мутагенез и мутационная изменчивость. Классификация мутаций. Генокопии и фенокопии. Генетическая опасность загрязнения окружающей среды. Мутации как причина генных болезней (фенилкетонурия, альбинизм, галактоземия, серповидноклеточная анемия и другие).

Геномные мутации как причина хромосомных болезней: синдром Дауна, синдром Эдвардса, синдром Патау, синдром Клайнфельтера, синдром Шерешевского- Тернера, синдром трипло-Х. Механизм развития, фенотипические эффекты, прогноз для жизни.

Хромосомные aberrации как причина хромосомных болезней: транслокационный вариант синдрома Дауна, синдром Кошачьего крика. Механизм развития, фенотипические эффекты, прогноз для жизни.

Особенности и трудности изучения человека как объекта генетического анализа. Методы изучения наследственности и изменчивости у человека.

Успехи генетики в развитии новых методов.

Генеалогический метод, его значение и сущность. Принцип составления родословной. Типы наследования.

Цитогенетический метод: метод кариотипирования и экспресс – метод определения полового X- хроматина и Y- хроматина.

Биохимический метод, сущность, значение. Понятие о неонатальном и селективном скрининге.

Близнецовый метод, его сущность и значение.

Антропogenетические методы: фенотипический анализ и дерматоглифика, сущность и значение.

Методы пренатальной диагностики (УЗИ, амниоцентоз, кордоцентез и др.). Молекулярно – генетические методы ДНК- диагностики.

53. Гибридизация соматических клеток. Метод моделирования, сущность, значение.

Проблемно-ситуационные задачи

1. У больного в буквальном смысле обнаружено два тельца Барра. О чем это свидетельствует? Какой цитологический механизм выявленной патологии?
2. О чем свидетельствует отсутствие фермента тирозиназы? Какой тип мутации? Механизм развития патологии?
3. У молодой матери (18 лет) родился ребенок с признаками синдрома Дауна. О каком типе мутаций идет речь? Как подтвердить? Какой механизм данной мутации?
4. Юноша очень высокого роста, с развитием фигуры и ожирения по женскому типу, отмечается гинекомастия. Какое заболевание можно предположить? Какой метод нужно использовать для подтверждения диагноза?
5. Можно ли использовать экспресс-тест на половой хроматин для диагностики хромосомных аутомных заболеваний? В чем сущность экспресс-теста на половой хроматин?
6. У фенотипически здоровых родителей родился больной ребенок с фенилкетонурией. Какова вероятность рождения второго больного ребенка? По какому типу наследуется заболевание?

7. Каков кариотип здорового ребенка и как он изменится при следующих наследственных болезнях человека: болезнь Дауна, фенилкетонурия, синдром «кошачьего крика»?
8. У больной девушки в буккальном соскобе не обнаружено полового хроматина /X-хроматина/. О чем это свидетельствует? Какой цитологический механизм выявленной патологии?
9. В нашем городе проводится массовая экспресс-диагностика всех новорожденных на фенилкетонурию и гипотиреоз. Почему среди тысяч наследственных заболеваний выбраны именно эти? В чем сущность и значение экспресс-методов диагностики наследственной патологии?
10. О чем свидетельствует наличие в крови двух типов эритроцитов: нормальных и в виде серпа? Как наследуется данная мутация? Какой фенотип и прогноз здоровья у больного?
11. При анализе кариотипа обнаружена моносомия по X-хромосоме. Какой это тип мутации? Как называется патология?
12. Молодая женщина очень низкого роста (150 см), с небольшим весом 45 кг, имеет широкие плечи, узкий таз, молочные железы недоразвиты, недоразвиты яичники. Хорошо видны крыловидные складки на шее сзади. Какой диагноз можно поставить больной? Какой использовать для этого метод диагностики?
13. Ребенок прожил только 2 месяца, у него отмечено: череп необычной формы – узкий лоб, выступающий затылок, низко расположенные уши, недоразвитие нижней челюсти, пальцы рук широкие и короткие, характерная аномалия кисти – поперечная ладонная складка, врожденный порок сердца, врожденная косолапость. О каком заболевании можно думать? Какой метод лежит в основе диагностики? Какой это тип мутации?
14. В моче больного обнаружена галактоза. Ваш предполагаемый диагноз? Какой это тип мутации и механизм данной патологии?
15. У больного в моче обнаружена фенилпировиноградная кислота. О чем это свидетельствует? Какой это тип и механизм выявленной патологии?

16. В процессе развития яйцеклетки произошло нерасхождение хромосом 13 пары. Какой это тип мутации? Какая патология может появиться у ребенка?

17. В процессе развития яйцеклетки произошло нерасхождение хромосом 18 пары. Какой это тип мутации? Какая патология может появиться у ребенка?

18. В процессе развития яйцеклетки произошло нерасхождение хромосом 21 пары. Какой это тип мутации? Какая патология может появиться у ребенка?

Цитогенетические задачи.

В семье, где отец имел гипертрихоз (сцеплен с Y-хромосомой), а мать полидактилию (аутосомно-доминантный признак), родилась нормальная в отношении двух признаков дочь. Какова вероятность того, что следующий ребенок будет без аномалий, каков пол возможен у этого ребенка?

В браке здоровых родителей родился сын-альбинос (аутосомно-рецессивный признак), страдающий гемофилией. Определите вероятные генотипы родителей, а также оцените вероятность рождения второго сына здоровым?

Женщина, страдающая катарактой (доминантно-аутосомная форма), с нормальной свертываемостью крови выходит замуж за гемофилика, имеющего нормальное зрение. У них родился сын-гемофилик. Каков прогноз в отношении здоровья детей в этой семье?

Талассемия — неполностью доминантный аутосомный признак (гомозиготы почти всегда погибают). Дальтонизм — рецессивен, сцеплен с X-хромосомой. Дигетерозиготная женщина вступает в брак с мужчиной, страдающим легкой формой талассемии, но с нормальным зрением. Какова вероятность рождения полностью здоровых детей в этой семье?

В брак вступают родители с нормальной свертываемостью крови, имеющие II и III группы крови. У них рождается сын-гемофилик, имеющий I группу крови. Укажите генотипы родителей и генотипы детей, возможных в этой семье.

У человека ген карих глаз доминирует над голубыми глазами, а умение владеть преимущественно правой рукой — над леворукостью. Обе пары генов расположены в разных хромосомах. Кареглазая правша вышла замуж за мужчину с таким же фенотипом. У них родился голубоглазый ребенок-левша. Какие дети могут появиться у них в дальнейшем.

Оба родителя с курчавыми волосами и веснушками, а дочь с прямыми волосами и безвеснушек. Дочь вышла замуж за юношу с курчавыми волосами и веснушками. Мать юноши с прямыми волосами и без веснушек. Каких детей можно ожидать в молодой семье и какова их вероятность?

Отсутствие малых коренных зубов у человека наследуется как доминантный аутосомный признак. Определите генотипы и фенотипы родителей и потомства, если один из супругов имеет малые коренные зубы, а другой гетерозиготен по этому гену. Какова вероятность рождения детей с этим признаком?

У человека темный цвет волос (А) доминирует над светлым цветом (а), карий цвет глаз (В) над голубым (в). Запишите генотипы родителей, возможные фенотипы и генотипы детей, родившихся от брака светловолосого голубоглазого мужчины и гетерозиготной кареглазой светловолосой женщины.

Классическая гемофилия и дальтонизм наследуются рецессивно, сцеплено с X-хромосомой. Расстояние между генами определено в 9,8 морганид. Девушка, отец которой страдал гемофилией и дальтонизмом, а мать здорова выходит замуж за здорового мужчину. Определите вероятные фенотипы детей от этого брака.

Классическая гемофилия и дальтонизм наследуются рецессивно, сцеплено с X-хромосомой. Расстояние между генами определено в 9,8 морганид. Женщина, мать которой была с дальтонизмом, а отец — с гемофилией, вступает в брак с мужчиной, страдающим обоими заболеваниями. Определите вероятность рождения в этой семье здоровых детей.

Мужчина, страдающий дальтонизмом и глухотой, женился на женщине нормальной по зрению и слуху. У них родился сын глухой и дальтоник, дочь дальтоник, но с нормальным слухом. Определите рождения в этой семье дочери с обеими аномалиями, если известно, что дальтонизм и глухота передаются как рецессивные признаки, но дальтонизм сцеплен с X-хромосомой, а глухота — аутосомный признак.

Потемнение зубов детерминируется двумя доминантными генами, один из которых расположен в аутосоме, а другой в X-хромосоме. У родителей, которые имели темные зубы, родились мальчик и девочка с нормальным цветом зубов. Определите вероятность рождения следующего ребенка с нормальным цветом зубов, если установлено, что темный цвет зубов у матери обусловлен геном, сцепленным с X-хромосомой, а темные зубы отца — аутосомным геном.

Синдром дефекта ногтей и коленной чашечки определяется доминантным аутосомным геном. На расстоянии 10 морганид от него находится локус группы крови АВО. Один из супругов страдал дефектом ногтей и коленной чашечки и имел II(A) группу крови. У его отца не было дефекта и была I(O) группа крови. Второй супруг был здоров и имел III(B) группу крови. Его родители то же имели III(B) группы крови. Определите вероятность рождения в этой семье детей, имеющих дефект и их группы крови.

Здоровый мужчина с группой крови IV(AB) женился на здоровой женщине с группой крови I(O), отец которой страдал гемофилией. Какое потомство можно ожидать у этих супругов и с какой вероятностью?

У человека аниридия (тип слепоты) зависит от доминантного аутосомного гена, а оптическая атрофия (другой тип слепоты) — от рецессивного гена, сцепленного с X-хромосомой. Мужчина с оптической атрофией женился на женщине с аниридией. Какие у них могут быть дети? Какие дети могут быть у матери с оптической атрофией и у отца аниридией?

Альбинизм определяется рецессивным аутосомным геном, а гемофилия — рецессивным геном, сцепленным с X-хромосомой. У одной супружеской

пары, нормальной по этим признакам, родился сын - альбинос, страдающий гемофилией. Какова вероятность, что у второго ребенка проявятся обе аномалии одновременно?

У человека различия в цвете кожи обусловлены в основном двумя парами генов, которые взаимодействуют по типу полимерии: $B_1B_1B_2B_2$ — черная кожа, $b_1b_1b_2b_2$ — белая кожа. Любые три аллеля черной кожи дают темную кожу, любые два — смуглую, один — светлую. От брака смуглого мужчины и светлой женщины родились дети, из которых по $3/8$ оказалось смуглых и светлых и по $1/8$ темных и белых. Определить генотипы родителей.

Родители имеют II(A) и III(B) группу крови. У них родился ребенок с I(0) группой крови и большой серповидноклеточной анемией (наследование аутосомное с неполным доминированием). Определите вероятность рождения больных детей с IV (AB) группой крови.

Промежуточная аттестация (зачет) по

дисциплине «Генетика человека с основами медицинской генетики»

Задание А. Тестовое задание

<p>ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ЭУКАРИОТИЧЕСКОЙ КЛЕТКИ ядро, органоиды, цитоплазма ядро, цитоплазма, цитоплазматическая мембрана ядро, органоиды, включения гиалоплазма, органоиды, включения ядро, органоиды, мембрана</p>	<p>ЭРИТРОЦИТЫ ЧЕЛОВЕКА ПОМЕСТИЛИ В РАСТВОР $NaCl$. ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО МИНУТ ОНИ УВЕЛИЧИЛИСЬ В ОБЪЕМЕ, А ЗАТЕМ ЛОПНУЛИ. КАКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ЭТОТ РАСТВОР ПО ОТНОШЕНИЮ К КЛЕТКАМ ЧЕЛОВЕКА? изотоническим гипертоническим гипотоническим физиологическим</p>
<p>КАКИЕ ФУНКЦИИ ВЫПОЛНЯЕТ КОМПЛЕКС ГОЛЬДЖИ? синтез белков и полисахаридов 2.упаковка и выведение секреторных гранул 3.разделение клетки на компартменты 4.синтез АТФ 5.участвует в делении клетки</p>	<p>ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ПЛАЗМАЛЕММЫ ВКЛЮЧАЕТ липиды и белки белки, жиры, углеводы липиды, белки, нуклеиновые кислоты белки, углеводы, нуклеиновые кислоты липиды, белки, олигосахариды</p>
<p>ФУНКЦИЯ РИБОСОМ участвуют в реакциях окисления участвуют в синтезе белков участвуют в синтезе липидов участвуют в делении клетки</p>	<p>ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ХРОМАТИНА 95% ДНК и 5% белков 60% гистоновые и негистоновые белки и 40% - ДНК белки 60%, РНК 40% ДНК 40%, белки 40%, РНК 20%</p>
<p>СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЕДИНИЦА ХРОМОСОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ гетерохроматин нуклеотид нуклеосома гистоновые белки</p>	<p>СОВОКУПНОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ХРОМОСОМ ВИДА НАЗЫВАЕТСЯ генотип фенотип кариотип кариограмма</p>

<p>ЗНАЧЕНИЕ МИТОЗА СОСТОИТ В УВЕЛИЧЕНИИ ЧИСЛА хромосом в дочерних клетках по сравнению с материнской клеткой с набором хромосом, равным материнской клетке молекул ДНК в дочерних клетках по сравнению с материнской клеткой с уменьшенным вдвое набором хромосом</p>	<p>ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ХРОМОСОМ</p> <p>основу хромосомы составляет одна непрерывная двухцепочечная молекула ДНК</p> <p>хромосомы хорошо видны в интерфазе</p> <p>в процессе жизнедеятельности клеток число хромосом изменяется</p> <p>в синтетическом периоде интерфазы происходит удвоение числа хромосом</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>НОРМАЛЬНЫЙ КАРИОТИП ЖЕНЩИНЫ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>44 пары аутосом и две X- хромосомы 44 аутосомы, X и Y- хромосомы 22 пары аутосом и две X- хромосомы 23 пары аутосом</p>	<p>ХРАНИТЕЛИ И ПЕРЕДАЧА НАСЛЕДСТВЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ</p> <p>ядерная оболочка ядрышко хроматин кариоплазма клеточный центр</p>
<p>В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО УКАЗАНА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ФАЗ МИТОЗА?</p> <p>метафаза, профаза, телофаза, анафаза профаза, анафаза, телофаза, метафаза телофаза, метафаза, анафаза, профаза профаза, метафаза, анафаза, телофаза</p>	<p>РАСХОЖДЕНИЕ ХРОМАТИД К ПОЛЮСАМ КЛЕТКИ ПРОИСХОДИТ В</p> <p>интерфазе профазе метафазе анафазе телофазе</p>
<p>КАКИЕ ПРОЦЕССЫ ПРОТЕКАЮТ ВО ВРЕМЯ МЕЙОЗА?</p> <p>транскрипция денатурация конъюгация и кроссинговер увеличение числа хромосом трансляция</p>	<p>МОНОМЕРОМ ДНК ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>нуклеотид нуклеосома хромомер аминокислота нуклеиновая кислота</p>
<p>ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ БИОСИНТЕЗА БЕЛКА ПРИ ПРЯМОЙ ТРАНСКРИПЦИИ</p> <p>РНК → ДНК → РНК → белок ДНК → РНК → белок РНК → ДНК → белок</p>	<p>ПРОЦЕСС ПЕРЕНОСА ИНФОРМАЦИИ С ДНК НА РНК НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>репликация репарация транскрипция трансляция трансформация</p>
<p>ИНФОРМАЦИЯ О ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЯ АМИНОКИСЛОТ В МОЛЕКУЛЕ БЕЛКА ПЕРЕПИСЫВАЕТСЯ В ЯДРЕ С МОЛЕКУЛЫ ДНК НА МОЛЕКУЛУ</p> <p>АТФ рРНК тРНК иРНК</p>	<p>КОДИРУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ НУКЛЕОТИДОВ В ГЕНЕ, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ АМИНОКИСЛОТ В БЕЛКЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>промотор оператор экзон интрон транскриптон</p>
<p>ФОРМУ ЛИСТА КЛЕВЕРА ИМЕЕТ</p> <p>иРНК мРНК тРНК рРНК ДНК</p>	<p>ОРГАНИЗМЫ, ДАЮЩИЕ ОДИН ТИП ГАМЕТ ПО АЛЛЕЛЬНОЙ ПАРЕ ГЕНОВ НАЗЫВАЮТСЯ</p> <p>гомозиготный гетерозиготный поллиморфный</p>
<p>УЧАСТОК ХРОМОСОМЫ, В КОТОРОМ РАСПОЛОЖЕН ГЕН</p> <p>локус гетерохроматин эухроматин</p>	<p>ХРОМОСОМЫ ПАРНЫЕ, ОДИНАКОВЫЕ ПО РАЗМЕРУ, ФОРМЕ, НАБОРУ ГЕНОВ</p> <p>аутосомы половые хромосомы гомологичные хромосомы</p>

	4) негомологичные хромосомы
<p>ЕДИНИЦА ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ</p> <p>ген мутон репликон хромосома</p>	<p>СКРЕЩИВАНИЕ ДВУХ ОРГАНИЗМОВ ОТЛИЧАЮЩИХСЯ ДРУГ ОТ ДРУГОГО ПО ДВУМ ПАРАМ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ПРИЗНАКОВ</p> <p>моногибридное скрещивание дигибридное скрещивание полигибридное скрещивание возвратное скрещивание</p>
<p>СЦЕПЛЕНИЕ ГЕНОВ ОПИСАЛ</p> <p>У. Бетсон Н.Вавилов Т.Морган Г.Мендель</p>	<p>ГАМЕТЫ, В КОТОРЫЕ ПОПАЛИ ХРОМАТИДЫ ПРЕТЕРПЕВШИЕ КРОССИНГОВЕР</p> <p>женские мужские кроссоверные некроссоверные</p>
<p>ГРАНИЦЫ ВАРЬИРОВАНИЯ ПРИЗНАКА В ПРЕДЕЛАХ ГЕНОТИПА</p> <p>норма реакции плейотропия фенокопии модификационная изменчивость</p>	<p>УКАЖИТЕ КАКИЕ ПРИЗНАКИ НАСЛЕДУЮТСЯ СЦЕПЛЕНО С У-ХРОМОСОМОЙ</p> <p>дальтонизм гемофилия полидактилия волосатость наружного слухового прохода сахарный диабет</p>
<p>ЕДИНИЦА РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ ГЕНАМИ, РАВНАЯ 1% КРОССИНГОВЕРА</p> <p>метр нанометр морганида</p>	<p>МУТАЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ИЗМЕНЕНИЕМ ЧИСЛА ХРОМОСОМ - НАЗЫВАЮТСЯ</p> <p>генные геномные хромосомные</p>
<p>К КАКИМ ХРОМОСОМНЫМ АББЕРАЦИЯМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>транслокации, делеции, инверсии, дупликации трисомия, полиплоидия, моносомия транзигция, транверсия.</p>	<p>ПОВОРОТ УЧАСТКА ХРОМОСОМЫ НА 180 ГРАДУСОВ - ЭТО</p> <p>генная мутация геномная мутация делеция инверсия</p>
<p>УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ АНЕУПОИДИИ</p> <p>изменение числа хромосом кратного гаплоидному набору изменение структуры хромосом изменение структуры гена нерасхождение гомологичных хромосом при мейозе</p>	<p>СИНДРОМ ДАУНА - ЭТО</p> <p>моносомия по 21 хромосоме трисомия по 21 хромосоме полисомия по X хромосоме полисомия по 13 хромосоме трисомия по любой аутосоме</p>
<p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД</p> <p>близнецовый цитогенетический</p>	<p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОМОСОМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД</p> <p>биохимический цитогенетический</p>

<p>биохимический метод дерматоглифики</p>	<p>близнецовый фенотипического анализа</p>
<p>ВЫБЕРИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИЧИНОЙ КОТОРЫХ ЯВЛЯЮТСЯ ГЕННЫЕ МУТАЦИИ синдром Патау, синдром полисомии X фенилкетонурия, галактоземия синдром кошачьего крика</p>	<p>ВЫБЕРИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИЧИНОЙ КОТОРЫХ ЯВЛЯЮТСЯ ГЕНОМНЫЕ ГЕТЕРОПЛОИДИИ Фенилкетонурия, серповидно-клеточная анемия синдром частичной моносомии 13 хромосомы, транслокационный синдром Дауна синдром Клайнфельтера, синдром Эдвардса</p>
<p>40. КАРИОТИП БОЛЬНОГО С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ 1) 46, ХУ 2) 45, ХО 3) 47, XXУ4) 47, 18+</p>	<p>КАРИОТИП БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА 47, XXУ2) 45, ХО 3) 47, XXX</p>
<p>41. КАРИОТИП БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ КОШАЧЬЕГО КРИКА 1) 47, 18+ 2) 46, 5p- 3) 46, 5p+ 4) 45, 5p-</p>	<p>ПАТОГЕНЕЗ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ СВЯЗАН С ОТСУТСТВИЕМ ФЕРМЕНТА фенилаланин 4-гидроксилаза денитрофенилгидрозина фенилаланин тирозиназа</p>
<p>ПАТОГЕНЕЗ АЛЬБИНИЗМА СВЯЗАН С ОТСУТСТВИЕМ ФЕРМЕНТА фенилаланин-4-гидроксилазы тирозиназы галактокиназы глюкозо-1-фосфатазы</p>	<p>ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ШЕРШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА высокий рост, бесплодие, гинекомастия раннее половое созревание, расщелина твердого неба задержка полового созревания, бесплодие, низкий рост, крыловидная складка</p>
<p>ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА задержка полового созревания, телосложение по женскому типу, высокий рост, бесплодие, гинекомастия могут иметь нормальных детей все их дети с хромосомной патологией задержка полового созревания, бесплодие, низкий рост, крыловидная складка шени телосложение по мужскому типу</p>	<p>ПРОФИЛАКТИКА СЛАБОУМИЯ ПРИ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ У ДЕТЕЙ практически невозможна можно предупредить слабоумие изменением диеты - исключить углеводы в раннем возрасте можно предупредить слабоумие изменением диеты – снижение количества белков в раннем возрасте можно предупредить слабоумие изменением диеты - исключить молочный сахар в раннем возрасте</p>
<p>К ГЕННЫМ МУТАЦИЯМ ОТНОСЯТСЯ серповидно-клеточная анемия, болезнь Дауна, галактоземия фенилкетонурия, синдром "кошачьего крика, синдром Патау, альбинизм фенилкетонурия, галактоземия, альбинизм, серповидно-клеточная</p>	<p>НЕРАСХОЖДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ХРОМОСОМ В МЕЙОЗЕ ПРИВОДИТ к любым хромосомным болезням к синдрому трисомии - X, болезням Шершевского-Тернера, Клайнфельтера к болезням Дауна и другим геномным анеуплоидиям</p>

анемия, гемофилия

4) только к болезни Клайнфельтера

Задание Б. Решение задачи на молекулярную генетику

Участок молекулы ДНК имеет следующую последовательность нуклеотидов (см. табл).

Определите структуру информационной РНК, антикодоны транспортной РНК и структуру полипептида, закодированного данным геном.

Кодогены ДНК	ТАЦ	АТГ	ГГА	ЦЦЦ	АЦЦ	ГАТ	ТАЦ	ААА	АГГ
--------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Задание В. Решение генетических задач

Женщина с IV(AB) группой крови, отец которой страдал гемофилией, вступает в брак со здоровым мужчиной, отец которого имел ген гемофилии и II(A) группу крови, а мать была здоровая с III(B) группой. Определите вероятность рождения в этой семье мальчика с гемофилией и его группы крови и девочки с гемофилией и ее группы крови.

Задание Г. Проблемно-ситуационная задача

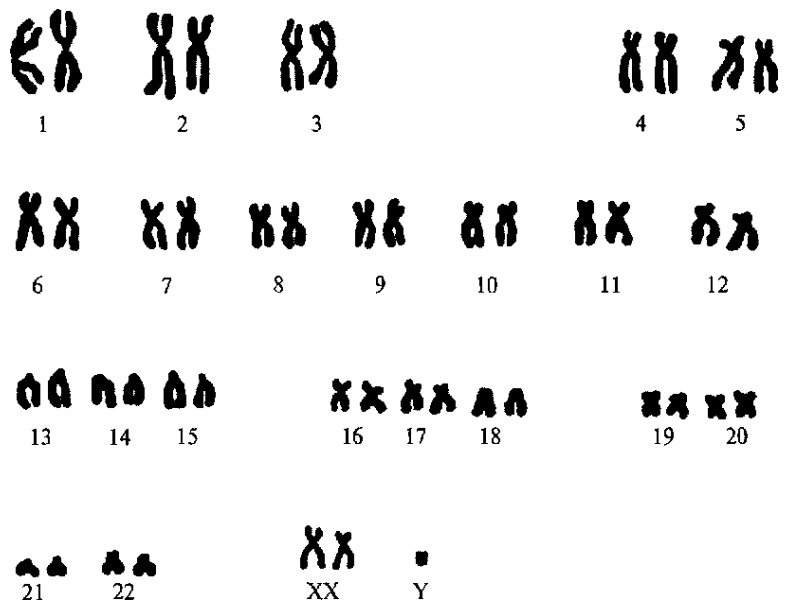
К врачу обратился пациент с жалобами на бесплодие в браке. При осмотре выявлено:

Женский тип телосложения (отложение жира в области бедер и др.)

Гинекомастия (увеличение грудных желез)

Рост около 186 см

Слабое развитие волос на теле



Ответьте на вопросы

Какой диагноз у данного пациента?

Тип мутации

Кариотип

Механизм развития (составьте схему)

Метод(ы) диагностики
Профилактика и лечение
Прогноз потомства

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

промежуточной аттестация (зачет) по дисциплине «Генетика человека с основами медицинской генетики»

Общая оценка за зачет считается по 100 бальной системе и переводится в оценку. Суммируются баллы за задание А (тестирование) (50 баллов), задание Б (10 баллов), задание В (20 баллов), задание Г (20 баллов). Сумма всех баллов переводится в оценку по предложенной шкале:

0-30 баллов	Оценка «1»
31-55 баллов	Оценка «2»
56-70 баллов	Оценка «3»
71-85 баллов	Оценка «4»
86-100 баллов	Оценка «5»

Оценка задания А (максимально 50 баллов) – каждый правильный ответ дает 1 балла, общая сумма баллов за 50 вопросов равна 50.

Оценка задания Б (максимально 10 баллов):

Задача оформлена и решена правильно, имеется ответ – 10 баллов.

Задача имеет неточности в оформлении - 7 баллов.

Задача имеет ошибки в оформлении, незначительные биологические ошибки, имеется правильный ответ -5 баллов

Задача имеет грубые биологические ошибки, нет ответа – 3 балла.

Оценка задания В (максимально 20 баллов):

Задача оформлена и решена правильно, имеется ответ – 20 баллов.

Задача имеет неточности в оформлении - 15 баллов.

Задача имеет ошибки в оформлении, незначительные биологические ошибки, имеется правильный ответ -10 баллов

Задача имеет грубые биологические ошибки, нет ответа – 7 балла.

Оценка задания Г (максимально 20 баллов):

Задача оформлена и решена правильно, имеется ответ – 20 баллов.

Задача имеет неточности в оформлении - 15 баллов.

Задача имеет ошибки в оформлении, незначительные биологические ошибки, имеется правильный ответ -10 баллов

Задача имеет грубые биологические ошибки, нет ответа – 7 балла.

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формирование знаний и умений	Вопросы и задания для проверки
<i>Знание 1.</i>	<i>Вопросы:</i> 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 12, 13, 14,
Биохимические и цитологические основы наследственности.	15, 16, 18, 19, 20, 21, 22
<i>Знание 2.</i> Закономерности наследования признаков, виды взаимодействия генов.	<i>Вопросы:</i> 17, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33,
<i>Знание 3.</i> Методы изучения наследственности и изменчивости человека в норме и патологии.	<i>Вопросы:</i> 11, 31, 38, 46
<i>Знание 4.</i> Основные виды изменчивости, виды мутаций у человека, факторы мутагенеза.	<i>Вопросы:</i> 39, 44, 50 <i>Задание:</i> Б, В, Г
<i>Знание 5.</i> Основные группы наследственных заболеваний, причины и механизмы возникновения.	<i>Вопросы:</i> 30, 34, 35, 36, 37, , 40, 41, 42, 43, 45, <i>Задание:</i> В, Г

Знание 6. Цели, задачи, методы и показания к медико-генетическому консультированию.	Вопросы: 47, 48, 49, Задание: В, Б, Г
Умение 1. проводить опрос и вести учет пациентов с наследственной патологией.	Вопросы: 11, 31, 38 Задание: В, Г
Умение 2. Проводить беседы по планированию семьи с учетом имеющейся наследственной патологии	Вопросы: 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21 Задание: В, Г
Умение 3. Проводить предварительную диагностику наследственных болезней	Вопросы: 30, 34, 35, 36, 37, , 40, 41, 42, 43, 45, Задание: В, Г

18. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА»

Для текущего контроля успеваемости по каждой теме используются следующие формы контроля успеваемости:

- Устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)
- Письменная (реферат, контрольная работа, тестирование)

Критерии оценки качества знаний студентов для текущего контроля

Оценка “отлично” выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный материал; исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически ответившему на вопросы; увязывающему теоретические вопросы с практическим их применением.

Студент свободно справляется с задачами, вопросами, практическими работами, знает необходимый нормативный материал, владеет навыками решения профилактических вопросов, умеет пользоваться гигиенической аппаратурой

Оценка “хорошо” выставляется студенту, твердо знающему программный материал, грамотно и по существу отвечающему на вопросы не допускающему при ответе существенных ошибок. Студент умеет применять теоретические знания в практической деятельности, владеет навыками пользования гигиенической аппаратурой, знает необходимый минимум гигиенических нормативов.

Оценка “удовлетворительно” выставляется студенту, имеющему знания лишь основных разделов предмета, но не усвоившему его деталей. Студент допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения последовательности в ответе, испытывает затруднения в выполнении обязательных навыков и приемов в общей гигиене, слабо знает нормативный материал, неуверенно выполняет практические работы и решает задачи.

Оценка “неудовлетворительно” выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки по основным разделам общей гигиены.

Студент не знает названий приборов, применяемых в гигиенической практике, обязательных гигиенических нормативов, не может выполнить практическую работу, решить задачу, не дает ответов на дополнительные и наводящие вопросы.

Вопросы для текущего контроля по темам занятий

Тема: Гигиенические требования к микроклимату больничных помещений

Контрольные вопросы:

1. Понятие о микроклимате и факторах его составляющих.
2. Виды микроклимата, влияние дискомфорта микроклимата на теплообмен и здоровье человека (переохлаждение, перегревание)
3. Химическая и физическая терморегуляция.
4. Гигиеническое обоснование и нормирование параметров микроклимата в различных отделениях больницы.
5. Методы и приборы, используемые для оценки микроклимата.
6. Гигиеническая характеристика существующих систем отопления и вентиляции.

Пример типовой ситуационной задачи

Больные, лежащие в палате соматического отделения городской клинической больницы, жалуются на духоту в помещении. Палата на 4 койки, размером 5,8x4x3,2 м., размеры форточки 0,35x0,5 м. Скорость движения воздуха через форточку 0,24 м/сек.

При проведении обследования палаты санитарным врачом было установлено, что воздухообмен в палате составляет из расчета на одну койку 40 м³/час - приток и 30 м³/час – вытяжка. Одновременно были отобраны пробы воздуха, при исследовании которых было выявлено содержание формальдегида – 0,7 мг/м³; хлористого этила – 56 мг/м³.

Задание:

Рассчитайте коэффициент аэрации, необходимый объем вентиляции, кратность воздухообмена.

Оцените результаты исследований качества воздуха в палате.

Дайте рекомендации по улучшению воздушного микроклимата данного помещения.

Эталон ответа

1. Коэффициент аэрации рассчитывается следующим образом:

$K_{\text{азр}} = 3\phi / 3\pi = 0,175 / 22,32 = 1/1278$ (недостаточная аэрация при норме не менее 1/50).

Необходимый объем вентиляции $X = 22,6 \times N / (1,0 - 0,4) = 150,7 \text{ м}^3$.

Кратность воздухообмена:

I способ: $K = X / V$. $K = 150,7 / 5,8 \times 4 \times 3,2 = 2,03 \text{ р/ч}$.

II способ: X – объем вентиляции: $X = a \times v \times c$, где

a – S вентиляционного отверстия, м^2 ;

v – скорость движения воздуха, м/с ;

c – время проветривания, с;

V – кубатура, объем помещения, м^3

$K = 0,35 \times 0,5 \times 0,24 \times 3600 / 5,8 \times 4 \times 3,2 = 2,03 \text{ р/ч}$. – нижняя граница нормы (норматив – 2-4 р/час).

В соответствии с «Санитарно-эпидемиологическими требованиями к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (СанПиН 2.1.3.2630-10) воздухообмен в палате для взрослых должен составлять в норме из расчета на одну койку не менее 80 $\text{м}^3/\text{час}$ по притоку и не менее 80 $\text{м}^3/\text{час}$ на одну койку по вытяжке;

содержание формальдегида нормируемое – 0,5 $\text{мг}/\text{м}^3$;

хлористого этила – 50 $\text{мг}/\text{м}^3$.

Рекомендации:

- необходимо чаще проветривать палату;
- можно уменьшить в палате количество коек;
- необходимо организовать кондиционирование воздуха.

Тема: Гигиеническая оценка естественного и искусственного освещения помещений.

Контрольные вопросы:

1. Солнечная радиация, ее спектральный состав и значение для человека. Биологическое значение видимой, инфракрасной и ультрафиолетовой части солнечного спектра, их волновая характеристика.
2. Факторы, влияющие на уровень естественного освещения в помещениях. Типы инсоляционных режимов. Внешние и внутренние факторы, влияющие на освещенность рабочего места.
3. Показатели, характеризующие состояние естественного освещения, их нормативы для жилых зданий, школ, больниц. Понятие о СК, КОЕ, углах отверстия, падения, коэффициенте заложения.
4. Гигиенические требования к искусственному освещению. Понятия о комбинированном и совмещенном освещении.
5. Методы оценки естественного и искусственного освещения. Устройство люксметра. Методика оценки освещенности при помощи люксметра. Методика определения СК, КОЕ, угла отверстия, угла падения, коэффициента заложения.

Тема: Гигиеническое значение атмосферного воздуха. Загрязнение и охрана атмосферного воздуха как социальная и экологическая проблема.

Контрольные вопросы:

1. Атмосферный воздух, как фактор окружающей среды. Химический состав атмосферного воздуха и физиолого-гигиеническое значение его основных компонентов.
2. Природа атмосферных загрязнений, их источники и сравнительная гигиеническая характеристика.
3. Влияние атмосферных загрязнений на санитарно-бытовые условия жизни населения и экологию.
4. Глобальные проблемы человечества, связанные с загрязнением атмосферного воздуха.
5. Влияние атмосферных загрязнений на здоровье населения.
6. Технологические, планировочные, санитарно-технические и законодательные мероприятия по борьбе с загрязнением атмосферного воздуха.

Пример типовой ситуационной задачи

Сотрудники офисного помещения предъявляют жалобы на быструю утомляемость и плохое самочувствие в конце рабочего дня. В помещении работают 8 человек, размеры помещения – 6х4х3,5 м. Вентиляция естественная, через форточку размером 0,4х0,5 м.

В помещении офиса была отобрана проба воздуха, по результатам которой установлено, что концентрации загрязняющих веществ составляют: гексиллацетата – 0,9 $\text{мг}/\text{м}^3$; аммиака – 2,3 $\text{мг}/\text{м}^3$; бутилакрилата – 0,02 $\text{мг}/\text{м}^3$; озона – 0,35 $\text{мг}/\text{м}^3$, фенола – 0,01 $\text{мг}/\text{м}^3$.

Задание:

Оцените качество воздуха в данном помещении.

Рассчитайте коэффициент аэрации и необходимую кратность воздухообмена.

Дайте рекомендации по улучшению параметров воздушной среды в помещении офиса.

Эталон ответа

1. Воздух офисного помещения характеризуется высокими значениями содержания аммиака ($N = 0,2 \text{ мг}/\text{м}^3$), гексиллацетата – $N 0,1 \text{ мг}/\text{м}^3$; бутилакрилата – $N 0,0075 \text{ мг}/\text{м}^3$; озона – $N 0,16 \text{ }^3\text{мг}/\text{м}$. Содержание фенола – $N - 0,01 \text{ мг}/\text{м}^3$. По количественному уровню данных веществ судят о степени чистоты воздуха в помещениях, где постоянно пребывают люди, в частности о загрязнении воздуха продуктами деструкции полимерных материалов. Присутствие озона в воздухе офисного помещения свидетельствует об использовании офисной техники, в частности ксерокса. Наличие данных веществ небезразлично для организма: кроме того, что аммиак является душно пахнущим веществом, их присутствие в воздухе может приводить к поверхностному дыханию, и как следствие – к уменьшению легочной вентиляции, к головной боли, к снижению окислительных процессов в организме. Концентрации загрязняющих веществ превышают нормативы. Это свидетельствует о недостаточности и неэффективности естественной вентиляции.

2. Коэффициент аэрации – 1/20 (норма – 1/50).

Кратность воздухообмена – 3,6 (норма – 2-4 раза в час).

3. Рекомендации:

- необходимо кондиционирование воздуха;
- чаще проводить влажную уборку в помещении.
- выделить отдельное помещение для размещения оргтехники.

Тема: Санитарно-гигиенические требования к качеству питьевой воды. Организация водоснабжения населенных мест.

Контрольные вопросы:

1. Водный обмен и здоровье населения:

а) физиологическое значение воды;

- б) санитарно-гигиеническое значение воды;
- в) эпидемиологическое значение воды;
- г) бальнеологическое значение воды;
- 2. Питьевая вода как фактор неинфекционной заболеваемости.
- 3. Нормы водопотребления для населения.
- 4. Гигиенические требования к качеству питьевой воды при централизованном водоснабжении.
- 5. Гигиенические требования к качеству питьевой воды при децентрализованном водоснабжении.

Пример типовой ситуационной задачи

При анализе проб воды при централизованном водоснабжении выявлено, что: запах при 20 °С - 3 балла, привкус при 20 °С - 2 балла, цветность -35, мутность - 1,9 мг/л.

Задание:

- 1. По каким показателям оцениваются органолептические свойства питьевой воды?
- 2. Какова интенсивность запаха и его характеристика при 2 баллах?
- 3. Можно ли использовать воду с указанными органолептическими свойствами в питьевых целях?

Эталон ответа

Органолептические свойства питьевой воды оцениваются по следующим показателям: запах, привкус, цветность и мутность.

2-ум баллам соответствует запах, обнаруживаемый исследуемым лицом, если обратить на него внимание.

Данную воду нельзя использовать в питьевых целях, так как показатели запаха, цветности и мутности превышают гигиенические нормативы.

Тема Основы физиологии труда.

Контрольные вопросы:

Основы физиологии труда. Изменения в организме человека в процессе трудовой деятельности.

Работоспособность. Утомление и переутомление, перенапряжение и их профилактика.

Труд умственный и труд физический, их классификация и характеристики.

Гигиеническая классификация и критерии оценки условий труда и вредных производственных факторов.

Гигиена умственного труда. Профилактика заболеваний, связанных с высоким уровнем нервно-психического напряжения, интенсификацией производственных процессов.

Влияние условий труда на состояние здоровья промышленных рабочих. Профессиональные и производственно-обусловленные заболевания, профессиональные отравления.

Пример типовой ситуационной задачи

При медосмотре сотрудники лаборатории предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, эмоциональную неустойчивость, головные боли, заторможенность, робость. При объективном исследовании отмечался мелкий и частый тремор век и пальцев вытянутых рук, иногда гингивиты, геморрагические кровоизлияния на слизистых. В лаборатории используются приборы с ртутным заполнением. Содержание ртути в воздухе колебалось от 0,01 до 0,05 мг/м³ (ПДК 0,01-0,005 мг/м³). В соскобе штукатурки со стен и в паркете пола обнаружены следы ртути. Приборы на столах, покрытых винилпластом. Вентиляция общеобменная.

Задание:

- 1. Оцените результаты медосмотра и условия труда в лаборатории.
- 2. Предложите мероприятия по оздоровлению условий труда.

Эталон ответа

В результате медосмотра установлено, что работники имеют клинические признаки хронического отравления ртутью. Условия труда являются вредными так как содержание ртути в воздушной среде помещений превышает ПДК.

В данном помещении необходимо провести капитальный ремонт с заменой штукатурки, помещения, где работают с ртутью необходимо оборудовать местной вытяжной вентиляцией. В случаях превышения ПДК ртути в воздухе на рабочих местах обязательно использование средств индивидуальной защиты работниками.

Тема Основы гигиены детей и подростков

Контрольные вопросы:

Понятие о здоровье. Основные критерии оценки состояния здоровья детей.

Понятие о физическом развитии детей и подростков. Факторы, влияющие на физическое развитие.

Особенности физического развития детей и подростков в настоящее время. Гигиенические аспекты акселерации. Понятие о ретардации и децелерации.

Показатели физического развития детей и подростков, характеризующие антропометрические, физиометрические и соматоскопические признаки.

Оценка физического развития индивидуума и коллектива.

Оценка физического развития методом сигмальных отклонений, по шкалам регрессии и центильным методом. Построение профиля физического развития.

Распределение детей и подростков по группам здоровья.

Принципы и методы закаливания детей и подростков.

Тема: Актуальные проблемы гигиены и экологии. УИРС.

Предлагаемые темы УИРС (учебно-исследовательская работа студентов):

Гигиенические проблемы крупных городов. Гигиенические и экологические проблемы г. Оренбурга.

Градообразующие факторы

Загрязнение атмосферного воздуха в крупных городах.

Автотранспорт как основной источник загрязнения атмосферы.

Проблема загрязнения водоемов в крупных городах.

Проблема дефицита питьевой воды в крупных городах.

Проблема загрязнения почвы в крупных городах.

Шум и вибрация как фактор среды обитания человека. Меры профилактики.

Электромагнитное поле радиочастот, его роль как фактора окружающей среды, меры профилактики воздействия.

Состояние здоровья населения в современных городах.

Гигиенические вопросы планировки и застройки городов, принцип функционального зонирования города.

Мероприятия по благоустройству городов. Роль зеленых насаждений, водоемов, рекреационных зон, их гигиеническое значение.

Гигиеническая характеристика строительных и отделочных материалов жилых зданий.
Гигиеническая оценка планирования жилища, микроклимата и освещенности жилых помещений.
Проблема утилизации твердых и жидких отходов в крупных городах.
Радиоактивное загрязнение окружающей среды Оренбургской области.

Тема: Общие требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность.

Контрольные вопросы:

1. Современные задачи больничной гигиены.
2. Гигиеническая оценка существующих систем больничного строительства.
3. Гигиенические требования к выбору земельного участка и планировке больничной усадьбы.
4. Палатная секция - основная структурно-планировочная единица больницы.
5. Мероприятия по профилактике внутрибольничной инфекции.
6. Гигиеническая оценка санитарного благоустройства больниц. Водоснабжение, канализация.

Пример типовой ситуационной задачи

В пульмонологическом отделении, в больничной палате, предназначенной для лечения больных с пневмонией, провели гигиеническое исследование микроклимата в холодный период года. При этом установлено, что температура воздуха в палате составила – 18 °С, относительная влажность 70%, скорость движения воздуха 0,45 м/с. Окна палаты ориентированы на северо-запад. Искусственное освещение представлено лампами накаливания, уровень которых в палатах составляет 40 Лк.

Задание:

Дайте гигиеническую оценку микроклимата палаты и свои рекомендации.
Какие показатели микроклимата являются оптимальными для данных больных?

Эталон ответа

Микроклимат в палате не соответствует гигиеническим нормам.
Показатели микроклимата, оптимальные для данных больных: температура воздуха 20-22°С, относительная влажность 30-60%, скорость движения воздуха 0,15 м/с.

Тема: Санитарно-гигиенические требования к специализированным отделениям организаций, осуществляющих медицинскую деятельность

Контрольные вопросы:

1. Санитарно-гигиенические требования к размещению и содержанию приемного отделения.
2. Санитарно-гигиенические требования к инфекционным отделениям. Отличительные особенности боксов, полубоксов и боксированных палат.
3. Санитарно-гигиенические требования к хирургическому отделению и оперблоку. Правила работы с пациентами, имеющими инфекцию, вызванную резистентным золотистым стафилококком.
4. Санитарно-гигиенические требования к акушерским стационарам.
5. Санитарно-гигиенические требования к детским отделениям.

Тема: Санитарно-гигиенические требования к обращению с медицинскими отходами

Контрольные вопросы:

Классификация медицинских отходов.
Требования к сбору и временному хранению медицинских отходов на территории больницы в зависимости от класса опасности.
Транспортирование и перемещение медицинских отходов.
Методы обезвреживания и утилизации медицинских отходов.

Тема: Гигиенические требования к питанию населения

Контрольные вопросы:

Значение питания для здоровья, физического развития и работоспособности населения.
Концепция и принципы рационального питания
Белки животного и растительного происхождения, их источники, гигиеническое значение.
Жиры животного и растительного происхождения, их источники, роль в питании человека.
Простые и сложные углеводы, их источники, гигиеническое значение.
Витамины, их источники, гигиеническое значение.
Минеральные соли, их источники, гигиеническое значение.
Особенности рационального (здорового) питания различных групп населения.

Пример типовых ситуационных задач

Задача №1

К окулисту обратился больной, 55 лет, с жалобами на появление трудностей с управлением автомобилем в ночное время, на внезапные расстройства зрения при плохом освещении. В то же время дневное зрение остается нормальным. Питание нерегулярное, в анамнезе – панкреатит. Какова предполагаемая причина описанных симптомов? Назначьте профилактические и лечебные мероприятия.

Эталон ответа

Предполагаемая причина – гемералопия («куриная слепота»). В ее основе – гиповитаминоз витамина А (ретинола). Ретинол входит в состав пигмента палочек родопсина, обеспечивающего сумеречное зрение и темновую адаптацию. В данном случае в организм поступает недостаточно витамина А (неполноценное питание) либо он не всасывается (эндогенные причины – панкреатит). Также на развитие гемералопии влияет недостаток в организме витаминов РР и В2.

Задача №2

На консультации у дерматолога женщина, 22 лет, астенического телосложения. Жалобы на шелушение кожи, плохо заживающие ранки (гноиники) на коже и слизистых, постоянную сухость во рту, ухудшение зрения. В анамнезе – анорексия (наблюдалась у психиатра). При осмотре выявлен гиперкератоз, папулезная сыпь, атрофия потовых и сальных желез, ксерофтальмия. Объясните механизм возникших симптомов. Назначьте профилактические и лечебные мероприятия.

Эталон ответа

Описанные симптомы указывают на авитаминоз ретинола (витамина А), связанный с недостаточным его поступлением с пищей. Один из механизмов действия ретинола – связывание его с цитозольными рецепторами (ретинол-связывающими белками), после чего витамин А проникает в ядро. В ядре он вызывает репрессию генов, регулируя, таким образом, биосинтез определенных белков (гликопротеинов мембран).

Ретинол стимулирует пролиферацию клеток, эпителизацию и предотвращает избыточное ороговение эпителия. При его недостаточности кожа становится сухой, появляются папулезная сыпь, шелушение, развивается сухость роговицы (ксерофтальмия), наблюдается поражение верхних дыхательных путей, пищеварительного канала, мочеполовой системы.

Тема: Профилактика пищевых отравлений.

Контрольные вопросы:

Понятие о пищевых отравлениях.

Классификация пищевых отравлений.

Пищевые отравления бактериального происхождения. Условия для их возникновения. Меры профилактики.

Микотоксикозы. Этиология, клиническая картина отравления, профилактика.

Пищевые отравления немикробной природы острые и хронические (ядовитые растения, грибы, ядохимикаты, тяжелые металлы и др.).

Порядок санитарно-эпидемиологического расследования случаев пищевых отравлений.

Пример типовой ситуационной задачи

Среди отдыхающих и персонала Дома отдыха возникло следующее заболевание: через 3–4 часа после завтрака, во время которого подавался к чаю торт, у пострадавших появились спастические боли по всему животу, тошнота, рвота, выраженная слабость. В некоторых случаях отмечалось повышение температуры до 37,7–38°С. Быстро принятые меры (промывание желудка, высокие очистительные клизмы, прием сульфаниламидных препаратов) способствовали ликвидации заболевания и на следующий день после вспышки все пострадавшие были в удовлетворительном состоянии.

Обследование пищеблока показало, что возникновение заболевания было связано с употреблением всеми заболевшими торта на завтрак. Крем для торта был приготовлен из сливочного масла и сахарного сиропа. При изготовлении торта был нарушен санитарный режим: осадочные мешочки и наконечники не стерилизовались, бачок для приготовления крема был плохо промыт. Кроме того, накануне вышел из строя холодильник, правильное хранение крема не было обеспечено, что создало благоприятные условия для интенсивного размножения токсигенной микрофлоры, которая и была обнаружена в торте, сливочном масле, употреблявшемся для изготовления крема, и в самом креме. Идентичные штаммы возбудителя были выделены из промывных вод ЖКТ пострадавших, из смывов с рук и из зева работников пищеблока.

Задание:

1. Какие условия способствовали инфицированию продуктов?
2. Дайте характеристику токсина, вызвавшего нарушение со стояния пострадавших?
3. Какие профилактические мероприятия следует рекомендовать для создания нормальных санитарно-гигиенических условий в пищеблоке дома отдыха?

Эталон ответа

Инфицирование «виновного» продукта - торта с масляным кремом, произошло в процессе приготовления, т.к. бачок для крема был плохо промыт и осадочные мешочки – не простерилизованы, а также в результате неправильного хранения, поскольку холодильник оказался неисправным.

Токсин *Staphylococcus aureus*. Патогенные стафилококки вырабатывают энтеротоксин, к которому человек обладает высокой чувствительностью. Главным свойством энтеротоксина является его термоустойчивость: он выдерживает не только длительное кипячение, но и автоклавирование. В замороженных продуктах стафилококки не погибают, но энтеротоксин не образуется. Если энтеротоксин образовался в продукте до его замораживания, то он не инактивируется, такой продукт может вызвать пищевое отравление.

3. Профилактические мероприятия:

Своевременное периодическое обследование персонала пищеблоков, кондитеров на бактерионосительство, недопущение к работе лиц, не имеющих санитарную книжку.

Ежедневный осмотр работников пищеблока на наличие у них гнойничковых поражений кожи и слизистых и отстранение от работы больных.

Санация бактерионосителей.

Соблюдение правил термической обработки и хранения продуктов, правил обработки хранения инвентаря пищеблоков.

Тема: Здоровый образ жизни и его роль в сохранении здоровья населения

Контрольные вопросы:

1. Актуальность проблемы здорового образа жизни.
2. Определение понятий здоровье и здоровый образ жизни.
3. Основные компоненты здорового образа жизни.
4. Понятие о профилактике в гигиене. Общественная и индивидуальная медицинская профилактика. Первичная, вторичная и третичная профилактика
5. Индивидуальная профилактика заболеваний.

Задание для практической работы

На занятии студентам предлагается самостоятельно разработать макет санитарного бюллетеня по следующим темам:

Профилактика гриппа

Профилактика ОРЗ

Профилактика кишечных инфекций

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Профилактика СПИД

Профилактика наркомании

Профилактика алкогольной зависимости

Профилактика туберкулеза

Профилактика бронхиальной астмы

Здоровое питание
Закаливание

Тема: Современные аспекты гигиенического обучения и воспитания.

Контрольные вопросы:

1. Гигиеническое обучение и воспитание. Цель и задачи.
2. Методы и средства гигиенического обучения и воспитания.
3. Учреждения здравоохранения, ведущие гигиеническое обучение и воспитание.
4. Законодательная база ведения профилактической работы в медицинских организациях.

Задание для практической работы

На занятии студентам предлагается самостоятельно разработать план конференции по следующим темам:

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Борьба с вредными привычками

Здоровье сберегающие технологии

Профилактика гиподинамии

Профилактика сахарного диабета

Примеры типовых тестовых заданий

1. При воздушно-капельном или воздушно-пылевом пути передачи ИСМП фактором передачи является:

1. Воздушная среда
2. Предметы ухода за больными
3. Пищевые продукты
4. Медицинский инструментарий

2. При контактно-бытовом пути передачи ИСМП фактором передачи может являться:

1. Воздушная среда
2. Растворы для питья
3. Пищевые продукты
4. Медицинский инструментарий

3. При парентеральном пути передачи ИСМП фактором передачи может являться:

1. Воздушная среда
2. Растворы для питья
3. Инфицированные препараты крови
4. Медицинский инструментарий

4. При алиментарном пути передачи ИСМП фактором передачи может являться:

1. Воздушная среда
2. Предметы ухода за больными
3. Пищевые продукты
4. Медицинский инструментарий

5. Пост инъекционный абсцесс является следующей формой ИСМП:

1. Локализованная форма
2. Генерализованная форма
3. Другие инфекции

6. Сепсис является следующей формой ИСМП:

1. Локализованная форма
2. Генерализованная форма
3. Другие инфекции

7. Вирусный гепатит является следующей формой ИСМП:

1. Локализованная форма
2. Генерализованная форма
3. Другие инфекции

8. Мероприятия по профилактике ИСМП такие как, регламентирование параметров внутрибольничной среды, системы отопления, вентиляции, кондиционирования воздуха, подготовка и очистка воздуха относятся к следующей группе:

1. Санитарно-техническим
2. Архитектурно-планировочным
3. Санитарно-противоэпидемическим

9. Мероприятия по профилактике ИСМП такие как, выполнение требований и рекомендаций по устройству инфекционных отделений, операционных блоков, родильных залов, совершенствование системы изоляционно-ограничительных мероприятий и оптимизации разграничения потоков с различной степенью эпидемической опасности относятся к следующей группе:

1. Санитарно-техническим
2. Архитектурно-планировочным
3. Санитарно-противоэпидемическим

10. Мероприятия по профилактике ИСМП такие как, обработка и дезинфекция рук медицинского персонала, обеззараживание воздуха в помещениях, стерилизация и дезинфекция относятся к следующей группе:

1. Санитарно-техническим
2. Архитектурно-планировочным
3. Санитарно-противоэпидемическим

11. Мероприятия по профилактике ИСМП направленные на источник инфекции: выявление, изоляция и адекватное лечение больных, выявление и санация бактерионосителей относятся к следующей группе:

- 1.Санитарно-техническим
- 2.Архитектурно-планировочным
- 3.Санитарно-противоэпидемическим

12. Мероприятия по профилактике ИСМП направленные на повышение резистентности организма: рациональное питание, оптимальный микроклимат и воздухообмен, адекватная медикаментозная терапия, относятся к следующей группе:

- 1.Санитарно-техническим
- 2.Архитектурно-планировочным
- 3.Санитарно-противоэпидемическим

13. Иммунизация населения является следующим видом профилактики ИСМП:

- 1.Специфическая
- 2.Неспецифическая

14. Санитарно-противоэпидемические, санитарно-технические и архитектурно-планировочные мероприятия являются следующим видом профилактики ИСМП:

- 1.Специфическая
- 2.Неспецифическая

15. Наличие в медицинских отходах радиоактивных веществ, активность которых превышает гигиенически допустимый уровень, обуславливает следующий вид опасности отходов:

- 1.Санитарно-химическая опасность
- 2.Эпидемиологическая опасность
- 3.Радиационная опасность

16. Наличие в медицинских отходах патогенной микрофлоры, являющейся потенциальной угрозой возникновения инфекционных заболеваний у лиц, контактирующих с этими отходами, обуславливает следующий вид опасности отходов:

- 1.Санитарно-химическая опасность
- 2.Эпидемиологическая опасность
- 3.Радиационная опасность

17. Наличие в медицинских отходах химических веществ, которые могут оказывать токсическое, канцерогенное, аллергенное, мутагенное действие, обуславливает следующий вид опасности отходов:

- 1.Санитарно-химическая опасность
- 2.Эпидемиологическая опасность
- 3.Радиационная опасность

18. Неопасные медицинские отходы, подобные твердым бытовым отходам относятся по классификации к следующему классу:

- 1.Класс А
- 2.Класс Б
- 3.Класс В
- 4.Класс Г
- 5.Класс Д

19. Чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы относятся по классификации к следующему классу:

- 1.Класс А
- 2.Класс Б
- 3.Класс В
- 4.Класс Г
- 5.Класс Д

20. Токсические опасные отходы веществ 1 - 4 классов опасности относятся по классификации к следующему классу:

- 1.Класс А
- 2.Класс Б
- 3.Класс В
- 4.Класс Г
- 5.Класс Д

Для промежуточной аттестации:

- форма промежуточной аттестации – дифференцированный зачет,
- форма проведения – устная

Система сдачи зачета по общей гигиене с экологией человека предполагает собеседование по билету и определение уровня знаний студентов по всем разделам предмета, владение гигиенической терминологией. Оценка практических навыков осуществляется при решении ситуационных задач.

Итоговая оценка по дисциплине выставляется с учетом результатов устного собеседования и итогового рейтинга студента.

Критерии оценки качества знаний студентов

Оценка “отлично” выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный материал; исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически ответившему на вопросы; увязывающему теоретические вопросы с практическим их применением.

Студент свободно справляется с задачами, вопросами, практическими работами, знает необходимый нормативный материал, владеет навыками решения профилактических вопросов, умеет пользоваться гигиенической аппаратурой

Оценка “хорошо” выставляется студенту, твердо знающему программный материал, грамотно и по существу отвечающему на вопросы не допускающему при ответе существенных ошибок. Студент умеет применять теоретические знания в практической деятельности, владеет

навыками пользования гигиенической аппаратурой, знает необходимый минимум гигиенических нормативов. Оценка “удовлетворительно” выставляется студенту, имеющему знания лишь основных разделов предмета, но не усвоившему его деталей. Студент допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения последовательности в ответе, испытывает затруднения в выполнении обязательных навыков и приемов в общей гигиене, слабо знает нормативный материал, неуверенно выполняет практические работы и решает задачи.

Оценка “неудовлетворительно” выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки по основным разделам общей гигиены.

Студент не знает названий приборов, применяемых в гигиенической практике, обязательных гигиенических нормативов, не может выполнить практическую работу, решить задачу, не дает ответов на дополнительные и направляющие вопросы.

Вопросы к зачету по дисциплине «Гигиена и экология человека»

Роль в развитии гигиенической науки и санитарного дела в России Н.Л. Семашко, Г.В. Хлопин, А.Н. Хлопина, А.Н. Сысина, А.Н. Марзеева, Н.К. Игнатова, Ф.Г. Кроткова, А.Л. Минха.

Гигиенические проблемы экологии человека. Предмет и задачи экологии. Основные источники загрязнения атмосферы, воды, почвы.

Гигиеническая характеристика основных источников загрязнения атмосферного воздуха. Основные природоохранные мероприятия и их гигиеническая эффективность.

Понятие об экологически обусловленных заболеваниях населения. Болезнь Минамата, акродиния, Болезнь Кашина-Бека и другие.

Гигиеническое нормирование. Методология и принципы гигиенического регламентирования факторов окружающей среды (ПДК, ПДУ, ОБУВ, ПДВ).

Погода, определение и медицинская классификация типов погоды. Влияние комплекса погодных условий, атмосферного давления, колебания солнечной активности, геомагнитного поля на здоровье и работоспособность. Метеотропные реакции и их профилактика.

Климат, здоровье и работоспособность человека. Строительно-климатическое районирование территории России.

Биологическое значение ультрафиолетовой части солнечного спектра. Ультрафиолетовая недостаточность, ее проявление и профилактика.

Биологическое значение инфракрасной и видимой части солнечного спектра. Профилактика заболеваний, связанных с недостатком или избытком данной части солнечного спектра.

Химический состав атмосферного воздуха и его гигиеническое значение. Физические свойства воздуха. Высотная и кессонная болезни

Технологические, планировочные и санитарно-технические мероприятия по борьбе с загрязнением атмосферного воздуха.

Современные проблемы крупных промышленных городов. Планировка и застройка города с учетом мероприятий по санитарной охране атмосферного воздуха и снижению шума.

Гигиеническая характеристика источников водоснабжения.

Источники антропогенного загрязнения водоемов и влияние на здоровье. Санитарная охрана водоемов.

Физиологическое, санитарно-гигиеническое и народнохозяйственное значение воды. Нормы водопотребления.

Роль воды в распространении инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний. Профилактика заболеваний водного характера.

Гигиенические требования к качеству питьевой воды при централизованном и местном водоснабжении. Устройство и эксплуатация шахтных и трубчатых колодезей.

Значение питания для здоровья и физического развития. Роль И.П. Павлова в науке гигиены питания.

Понятие о рациональном питании. Принципы рационального питания. Современная теория адекватного питания.

Белки животного и растительного происхождения, их источники, гигиеническое значение.

Пищевые жиры животного и растительного происхождения, их источники, гигиеническое значение.

Профилактика заболеваний, связанных с недостаточным питанием. Алиментарная дистрофия. Квашиоркор.

Витамины водо- и жирорастворимые, их роль в питании.

Авитаминозы и гиповитаминозы, их проявление и профилактика. Продукты-источники витаминов.

Микотоксикозы: эрготизм, фузариозы, афлатоксикозы. Роль ученых Оренбургского медицинского института в изучении микотоксикозов.

Гигиенические требования к планировке, оборудованию и содержанию дошкольных детских учреждений

Основные критерии оценки состояния здоровья. Физическое развитие как один из основных показателей здоровья, методы его изучения.

Группы здоровья.

Гигиеническая оценка учебно-воспитательного режима. Гигиена учебных занятий в школе. Особенности обучения детей в начальной школе.

Гигиена умственного труда. Формы умственного труда. Профилактика утомления и переутомления.

Гигиенические основы физического воспитания и закаливания. Медицинские группы для занятий физической культурой. Требования к построению урока физкультуры.

Общие принципы проведения оздоровительных мероприятий на производстве: технологические, санитарно-технические и лечебно-профилактические. Гигиеническое регламентирование факторов производственной среды.

Понятие о профессиональных вредностях и профессиональных заболеваниях. Классификация вредных производственных факторов.

Классификация условий труда.

Вибрация, ее физическая природа, классификация, биологическое действие. Профилактика вибрационной болезни.

Шум, понятие, классификация, биологическое действие на организм. Мера профилактики шумовой патологии.

Гигиенические требования к планировке, оборудованию, санитарному благоустройству и условиям пребывания в радиологических и рентгенологических отделениях.

Гигиенические требования к участку и территории лечебных и лечебно-профилактических учреждений. Системы застройки больниц.

Гигиенические требования к планировке и оборудованию приемного отделения, палатной секции.

Гигиенические требования к планировке, внутренней отделке, отоплению, вентиляции, микроклимату, воздушной среде и освещению больничных помещений.

Гигиенические требования к планировке специализированных отделений лечебно-профилактических учреждений. Планировка и режим работы в хирургическом отделении и операционном блоке, инфекционном отделении.

Планировка и режим работы в грудном, детском, акушерском отделениях больниц и в отделении патологии недоношенных.

Классификация медицинских отходов. Общие принципы обращения с медицинскими отходами.

Требования к сбору и временному хранению медицинских отходов на территории больницы.

Способы обезвреживания эпидемически опасных медицинских отходов

Основные компоненты здорового образа жизни

Питание как фактор здорового образа жизни и его роль в сохранении здоровья общества.

Борьба с вредными привычками у населения и их влияние на состояние здоровья общества.

Понятия о первичной, вторичной и третичной профилактике среди населения.

Гигиеническое обучение и воспитание. Цель, задачи, принципы, методы и средства.

Деятельность лечебных учреждений по формированию ЗОЖ.

Санитарно-гигиеническое значение, состав и свойства почвы.

Характеристика и источники антропогенного загрязнения.

Сбор, удаление, обезвреживание, утилизация сточных вод и твердых бытовых отходов различными способами.

Примеры типовых ситуационных задач

Задача №1.

Больные, лежащие в палате соматического отделения городской клинической больницы, жалуются на духоту в помещении. Палата на 4 койки, размером 5,8x4x3,2 м., размеры форточки 0,35x0,5 м. Скорость движения воздуха через форточку 0,24 м/сек.

При проведении обследования палаты санитарным врачом было установлено, что воздухообмен в палате составляет из расчета на одну койку 40 м³/час - приток и 30 м³/час – вытяжка. Одновременно были отобраны пробы воздуха, при исследовании которых было выявлено содержание формальдегида – 0,7 мг/м³; хлористого этила – 56 мг/м³.

Задание:

Рассчитайте коэффициент аэрации, необходимый объем вентиляции, кратность воздухообмена. Оцените результаты исследований качества воздуха в палате. Дайте рекомендации по улучшению воздушного микроклимата данного помещения.

Эталон ответа

1. Коэффициент аэрации рассчитывается следующим образом:

$K_{\text{аэр}} = 3\phi / 3\pi = 0,175 / 22,32 = 1/1278$ (недостаточная аэрация при норме не менее 1/50).

Необходимый объем вентиляции $X = 22,6 \times N / (1,0 - 0,4) = 150,7 \text{ м}^3$.

Кратность воздухообмена:

I способ: $K = X/V$. $K = 150,7 / 5,8 \times 4 \times 3,2 = 2,03 \text{ р/ч}$.

II способ: X – объем вентиляции: $X = a \times v \times c$, где

a – S вентиляционного отверстия, м²;

b – скорость движения воздуха, м/с;

c – время проветривания, с;

V – кубатура, объем помещения, м³

$K = 0,35 \times 0,5 \times 0,24 \times 3600 / 5,8 \times 4 \times 3,2 = 2,03 \text{ р/ч}$. – нижняя граница нормы (норматив – 2-4 р/час).

В соответствии с «Санитарно-эпидемиологическими требованиями к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (СанПиН 2.1.3.2630-10) воздухообмен в палате для взрослых должен составлять в норме из расчета на одну койку не менее 80 м³/час по притоку и не менее 80 м³/час на одну койку по вытяжке;

содержание формальдегида нормируемое – 0,5 мг/м³;

хлористого этила – 50 мг/м³.

Рекомендации:

- необходимо чаще проветривать палату;
- можно уменьшить в палате количество коек;
- необходимо организовать кондиционирование воздуха.

Задача №2.

Сотрудники офисного помещения предъявляют жалобы на быструю утомляемость и плохое самочувствие в конце рабочего дня. В помещении работают 8 человек, размеры помещения – 6x4x3,5 м. Вентиляция естественная, через форточку размером 0,4x0,5 м.

В помещении офиса была отобрана проба воздуха, по результатам которой установлено, что концентрации загрязняющих веществ составляют: гексилангидрата – 0,9 мг/м³; аммиака – 2,3 мг/м³; бутилакрилата – 0,02 мг/м³; озона – 0,35 мг/м³, фенола – 0,01 мг/м³.

Задание:

Оцените качество воздуха в данном помещении.

Рассчитайте коэффициент аэрации и необходимую кратность воздухообмена.

Дайте рекомендации по улучшению параметров воздушной среды в помещении офиса.

Эталон ответа

1. Воздух офисного помещения характеризуется высокими значениями содержания аммиака (N – 0,2 мг/м³), гексилангидрата – N 0,1 мг/м³; бутилакрилата – N 0,0075 мг/м³; озона – N 0,16 мг/м³. Содержание фенола – N - 0,01 мг/м³. По количественному уровню данных веществ судят о степени чистоты воздуха в помещениях, где постоянно пребывают люди, в частности о загрязнении воздуха продуктами деструкции полимерных материалов. Присутствие озона в воздухе офисного помещения свидетельствует об использовании офисной техники, в частности ксерокса. Наличие данных веществ небезразлично для организма: кроме того, что аммиак является дурно пахнущим веществом, их присутствие в воздухе может приводить к поверхностному дыханию, и как следствие – к уменьшению легочной вентиляции, к головной боли, к снижению окислительных процессов в организме. Концентрации загрязняющих веществ превышают нормативы. Это свидетельствует о недостаточности и неэффективности естественной вентиляции.

2. Коэффициент аэрации – 1/20 (норма – 1/50).

Кратность воздухообмена – 3,6 (норма – 2-4 раза в час).

3. Рекомендации:

- необходимо кондиционирование воздуха;
- чаще проводить влажную уборку в помещении.
- выделить отдельное помещение для размещения оргтехники.

Задача №3

При анализе проб воды при централизованном водоснабжении выявлено, что: запах при 20 °С - 3 балла, привкус при 20 °С - 2 балла, цветность – 35, мутность – 1,9 мг/л.

Задание:

1. По каким показателям оцениваются органолептические свойства питьевой воды?

2. Какова интенсивность запаха и его характеристика при 2 баллах?

3. Можно ли использовать воду с указанными органолептическими свойствами в питьевых целях?

Эталон ответа

Органолептические свойства питьевой воды оцениваются по следующим показателям: запах, привкус, цветность и мутность.

2-ум баллам соответствует запах, обнаруживаемый исследуемым лицом, если обратить на него внимание.

Данную воду нельзя использовать в питьевых целях, так как показатели запаха, цветности и мутности превышают гигиенические нормативы.

Задача №4

К окулисту обратился больной, 55 лет, с жалобами на появление трудностей с управлением автомобилем в ночное время, на внезапные расстройства зрения при плохом освещении. В то же время дневное зрение остается нормальным. Питание нерегулярное, в анамнезе – панкреатит. Какова предполагаемая причина описанных симптомов? Назначьте профилактические и лечебные мероприятия.

Эталон ответа

Предполагаемая причина – гемералопия («куриная слепота»). В ее основе – гиповитаминоз витамина А (ретинола). Ретинол входит в состав пигмента палочек родопсина, обеспечивающего сумеречное зрение и темновую адаптацию. В данном случае в организм поступает недостаточно витамина А (неполноценное питание) либо он не всасывается (эндогенные причины – панкреатит). Также на развитие гемералопии влияет недостаток в организме витаминов РР и В2.

Задача №5

На консультации у дерматолога женщина, 22 лет, астенического телосложения. Жалобы на шелушение кожи, плохо заживающие ранки (гнойники) на коже и слизистых, постоянную сухость во рту, ухудшение зрения. В анамнезе – анорексия (наблюдалась у психиатра). При осмотре выявлен гиперкератоз, папулезная сыпь, атрофия потовых и слюнных желез, ксерофтальмия. Объясните механизм возникших симптомов. Назначьте профилактические и лечебные мероприятия.

Эталон ответа

Описанные симптомы указывают на авитаминоз ретинола (витамина А), связанный с недостаточным его поступлением с пищей. Один из механизмов действия ретинола – связывание его с цитозольными рецепторами (ретинол-связывающими белками), после чего витамин А проникает в ядро. В ядре он вызывает репрессию генов, регулируя, таким образом, биосинтез определенных белков (гликопротеинов мембран).

Ретинол стимулирует пролиферацию клеток, эпителизацию и предотвращает избыточное ороговение эпителия. При его недостаточности кожа становится сухой, появляются папулезная сыпь, шелушение, развивается сухость роговицы (ксерофтальмия), наблюдается поражение верхних дыхательных путей, пищеварительного канала, мочеполовой системы.

Задача №6

В пульмонологическом отделении, в больничной палате, предназначенной для лечения больных с пневмонией, провели гигиеническое исследование микроклимата в холодный период года. При этом установлено, что температура воздуха в палате составила – 18 °С, относительная влажность 70%, скорость движения воздуха 0,45 м/с. Окна палаты ориентированы на северо-запад. Искусственное освещение представлено лампами накаливания, уровень которых в палатах составляет 40 Лк.

Задание:

Дайте гигиеническую оценку микроклимата палаты и свои рекомендации.

Какие показатели микроклимата являются оптимальными для данных больных?

Эталон ответа

Микроклимат в палате не соответствует гигиеническим нормам.

Показатели микроклимата, оптимальные для данных больных: температура воздуха 20-22°С, относительная влажность 30-60%, скорость движения воздуха 0,15 м/с.

Задача №7

При медосмотре сотрудники лаборатории предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, эмоциональную неустойчивость, головные боли, застенчивость, робость. При объективном исследовании отмечался мелкий и частый тремор век и пальцев вытянутых рук, иногда гингивиты, геморрагические кровоизлияния на слизистых. В лаборатории используются приборы с ртутным заполнением. Содержание ртути в воздухе колебалось от 0,01 до 0,05 мг/м³ (ПДК 0,01-0,005 мг/м³). В соскобе штукатурки со стен и в паркете пола обнаружены следы ртути. Приборы на столах, покрытых винилпластом. Вентиляция общеобменная.

Задание:

1. Оцените результаты медосмотра и условия труда в лаборатории.

2. Предложите мероприятия по оздоровлению условий труда.

Эталон ответа

В результате медосмотра установлено, что работники имеют клинические признаки хронического отравления ртутью. Условия труда являются вредными так как содержание ртути в воздушной среде помещений превышает ПДК.

В данном помещении необходимо провести капитальный ремонт с заменой штукатурки, помещения, где работают с ртутью необходимо оборудовать местной вытяжной вентиляцией. В случаях превышения ПДК ртути в воздухе на рабочих местах обязательно использование средств индивидуальной защиты работниками.

Задача №8

Среди отдыхающих и персонала Дома отдыха возникло следующее заболевание: через 3-4 часа после завтрака, во время которого подавался к чаю торт, у пострадавших появились спастические боли по всему животу, тошнота, рвота, выраженная слабость. В некоторых случаях отмечалось повышение температуры до 37,7-38°С. Быстро принятые меры (промывание желудка, высокие очистительные клизмы, прием сульфаниламидных препаратов) способствовали ликвидации заболевания и на следующий день после вспышки все пострадавшие были в удовлетворительном состоянии.

Обследование пищеблока показало, что возникновение заболевания было связано с употреблением всеми заболевшими торта на завтрак. Крем для торта был приготовлен из сливочного масла и сахарного сиропа. При изготовлении торта был нарушен санитарный режим: осадочные мешочки и наконечники не стерилизовались, бачок для приготовления крема был плохо промыт. Кроме того, накануне вышел из строя холодильник, правильное хранение крема не было обеспечено, что создало благоприятные условия для интенсивного размножения токсигенной микрофлоры, которая и была обнаружена в торте, сливочном масле, употреблявшемся для изготовления крема, и в самом креме. Идентичные штаммы возбудителя были выделены из промывных вод ЖКТ пострадавших, из смывов с рук и из зева работников пищеблока.

Задание:

1. Какие условия способствовали инфицированию продуктов?

2. Дайте характеристику токсина, вызвавшего нарушение со стояния пострадавших?

3. Какие профилактические мероприятия следует рекомендовать для создания нормальных санитарно-гигиенических

условий в пищеблоке дома отдыха?

Эталон ответа

Инфицирование «виновного» продукта - торта с масляным кремом, произошло в процессе приготовления, т.к. бачок для крема был плохо

промыт и осадочные мешочки – не простерилизованы, а также в результате неправильного хранения, поскольку холодильник оказался неисправным.

Токсин *Staphylococcus aureus*. Патогенные стафилококки вырабатывают энтеротоксин, к которому человек обладает высокой чувствительностью. Главным свойством энтеротоксина является его термоустойчивость: он выдерживает не только длительное кипячение, но и автоклавирование. В замороженных продуктах стафилококки не погибают, но энтеротоксин не образуется. Если энтеротоксин образовался в продукте до его замораживания, то он не инактивируется, такой продукт может вызвать пищевое отравление.

3. Профилактические мероприятия:

Своевременное периодическое обследование персонала пищеблоков, кондитеров на бактерионосительство, недопущение к работе лиц, не имеющих санитарную книжку.

Ежедневный осмотр работников пищеблока на наличие у них гнойничковых поражений кожи и слизистых и отстранение от работы больных.

Санация бактерионосителей.

Соблюдение правил термической обработки и хранения продуктов, правил обработки хранения инвентаря пищеблоков.

Задача №9

Студентам предлагается оценить план конференции по следующим темам:

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Борьба с вредными привычками

Здоровье сберегающие технологии

Профилактика гиподинамии

Профилактика сахарного диабета

Соответствие образовательных результатов оценочным средствам

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание современное состояние окружающей среды и глобальных экологических проблем	Вопросы 2-42, 49-51
Знание факторов окружающей среды, влияющих на здоровье человека	Вопросы 2-42, 49-51
Знание основных положений гигиены	Вопросы 1,2,5
Знание гигиенические принципы организации здорового образа жизни	Вопросы 43-46,48
Знание методов, форм и средств гигиенического воспитания населения	Вопросы 47-48
Умение давать санитарно-гигиеническую оценку факторам окружающей среды	Задачи 1-8
Умение проводить санитарно-гигиенические мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, предупреждению болезней	Задачи 1-8
Умение проводить гигиеническое обучение и воспитание населения	Задача 9

19. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА С МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИЕЙ»

МАТЕРИАЛЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

МОДУЛЬ 1. ОСНОВЫ АНАТОМО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Практическое занятие №1

Тема: Латинский алфавит. Правила чтения.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос).

Задание 1. Прочтите и объясните произношение буквы c в следующих словах:

capitulum, collum, corona, fractura, sulcus, oculus, cellula, processus, facies, cervix, vacca, cytus, incisura, costa, acidum, coelia, calcaneus, cauda, caudalis, cartilago, caverna, cavernosus, cavum, cella, cerebellum, cerebrum, clavícula, colon, columna, cor, cornu, cranium, cutis, cystis.

Задание 2. Прочтите и объясните произношение буквы s в следующих словах:

ossa, ossiculum, fissura, sacrum, scapula, sacralis, scapularis, secundus, semen, septum, sinister, sinus, spongiosus, sternum, sternalis, segmentum, sulcus, sinus, synovialis, systematicus, natus, basis, dosis, plasma, tuberculosis, neoplasma, tuberositas, platysma, organismus, incisura.

Задание 3. Прочтите и объясните произношение сочетания ti в следующих словах:

substantia, combustio, mixtio, ostium, solutio, intestinum, operatio, dissectio, protuberantia, eminentia, auscultatio, spatium, palpatio, adductio, rotatio, vitium.

Задание 4. Прочтите следующие слова, обратите внимание на произношение дифтонгов ae, oe:

larynx, radix, sanguis, haema, hepar, hepaticus, liquor, aqua, quercus, foetus, vertebrae, quantum, dexter, externus, fracturae, alae, mucosa, zygoma, zona, zincum, influenza, rhizoma, squama, lingua, fossae, spinae, pnoe, unguis, plexus, salpinx, extremitas, protozoa, zoon, usus, extensor, dyspnoe, anaemia, pyaemia, zoonosis, physiologia, thorax, pharynx, encephalon, ischium, chronicus, pneumonia, foeniculum, phalanx, pharmon, concha, synchondrosis, hypophysis, arthron, epiphysis, suturae, auricula, aer, aloe, rhaphe, chole, apnoe, coelia, costae, cortex, diaphysis

Вопросы для самоконтроля:

1. Сколько букв в латинском алфавите? Назовите их.
2. Какие латинские буквы обозначают гласные звуки?
3. Сколько дифтонгов в латинском языке? Что это такое?
4. Как произносятся согласные буквы?
5. Как произносятся буквосочетания qu, ngu, ti?

6. Как произносятся диграфы ch, ph, th, rh?
7. Как ведется счет слогов в латинских словах?
8. Куда ставится ударение в слове, если второй слог долгий?
9. Куда ставится ударение в слове, если второй слог краткий?
10. На какой слог в латинских словах никогда не ставится ударение?
11. Когда второй слог считается долгим?
12. Когда второй слог считается кратким?
13. Что необходимо сделать, если встретилось слово, к которому не применимы приведенные правила?
14. Каким знаком обозначается долгота слога?
15. Каким знаком обозначается краткость слога?

Урок №2

Тема: Введение в анатомическую терминологию. Имя существительное. Основные грамматические категории. Обзор пяти склонений существительных. Несогласованное определение.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (самостоятельная работа).

Задание. *Определить долготу или краткость 2-го слога, поставить ударение:*

palpebra	gangraena	accessorius
dentalis	clavicularis	glandula
cerebellum	lamina	cavernosus

Практическое занятие №3

Тема: Введение в анатомическую терминологию. Имя существительное. Структура терминов с несогласованным определением.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. *Опрос теории по теме «Имя существительное»:*

1. Напишите на латинском языке: а) названия рода существительных; б) названия падежей; в) названия чисел.
2. Что такое определяемое слово?
3. Что такое несогласованное определение?
4. Приведите схему построения термина с несогласованным определением.
5. Постройте термины: а) мышца шеи; б) шов спинки; в) отросток дуги позвонка

Задание 2. *Напишите слова в словарной форме, укажите склонение:*

крыло	хрящ
большеберцовая кость	колени
позвонок	голова, головка
связка	большой головной мозг
перегородка	дуга

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие грамматические категории имеет латинское существительное?
2. Сколько родов в латинском языке? Какие?
3. Сколько чисел имеет латинское существительное?
4. Какие падежи имеет латинское существительное?
5. Сколько склонений в латинском языке?
6. Как определить склонение существительного?
7. Как определить род существительного?
8. Что входит в словарную форму латинских существительных?
9. Как найти основу существительного?
10. Какие окончания имеют существительные I, II, III, IV, V склонений в именительном и родительном падежах единственного и множественного числа?
11. Что такое «определяемое слово»?
12. Что такое «несогласованное определение»?

Урок №4

Тема: Введение в анатомическую терминологию. Имя прилагательное. Основные грамматические категории. Понятие о степенях сравнения. Согласованное определение. Структура терминов с согласованным определением.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. *Опрос теории по теме «Имя прилагательное»:*

1. Какие прилагательные относятся к I группе положительной степени?
2. Что такое согласованное определение?
3. Схема построения термина с согласованным определением.
4. Построить: а) слуховое отверстие, б) небный отросток, в) зрительный нерв

Задание 2. *Напишите слова в словарной форме, укажите склонение:*

раквина	сустав, соедниение
нижняя челюсть	отверстие
пузырь	проток
узел (нервный)	поверхность, лицо
ветвь	железа

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие грамматические категории имеет латинское прилагательное?
2. На какие группы делятся прилагательные в положительной степени?
3. Какие прилагательные относятся к первой группе?
4. Что входит в словарную форму прилагательных первой группы?
5. Как склоняются прилагательные первой группы?
6. Какие прилагательные относятся ко второй группе положительной степени?
7. На какие подгруппы делится вторая группа и по какому признаку?
8. Что входит в словарную форму прилагательных с тремя родовыми окончаниями?
9. С двумя родовыми окончаниями? С одним родовым окончанием?
10. В чем особенность словарной формы прилагательных с одним родовым окончанием?
11. Как склоняются прилагательные второй группы?
12. Как образуется сравнительная степень прилагательных?
13. Что входит в словарную форму прилагательных в сравнительной степени?
14. Как склоняются прилагательные в сравнительной степени?
15. Как образуется превосходная степень прилагательных?
16. Что входит в словарную форму прилагательных превосходной степени?
17. Как склоняются прилагательные в превосходной степени?
18. Какую роль выполняют прилагательные в многословных анатомических терминах?
19. Что такое «согласованное определение»?

Практическое занятие №5

Тема: Введение в анатомическую терминологию. Структура многословных анатомических терминов.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Напишите слова в словарной форме, укажите склонение:

сердечный	крестцовый
наружный	круглый
крыловидный	мочевой
суставной	передний
лобный	большой (в 3-х степ.срав.)

Задание 2. Опрос теории по теме «Имя прилагательное»:

Какие прилагательные относятся ко 2 группе положительной степени?

Что такое согласованное определение?

Схема построения термина с согласованным определением.

Задание 3. Постройте термины:

а) слуховое отверстие, б) небный отросток, в) зрительный нерв

Вопросы для самоконтроля:

1. Как склоняются прилагательные первой группы и превосходной степени? Какова их словарная форма?
2. Как склоняются прилагательные в сравнительной степени?
3. Как найти основу прилагательного?
4. Как найти основу существительного?
5. Что такое определяемое слово?
6. Что такое несогласованное определение?
7. Что такое согласованное определение?
8. Какова логическая последовательность построения трехсловного анатомического термина?
9. Какова логика анализа многословного термина?

Практическое занятие №6

Тема: Введение в анатомическую терминологию. Систематизация анализа и построения многословных анатомических терминов. Подготовка к контрольной работе.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Опрос теории по теме «Структура анатомического термина»:

Что такое определяемое слово?

Что такое несогласованное определение?

Что такое согласованное определение?

Приведите сводную таблицу 5 склонений существительных

Задание 2. Напишите слова в словарной форме, укажите склонение:

бугорок	матка
вырезка	спина
зуб	двенадцатиперстная кишка
связка	задний
ость	маленький (3 ст. сравн.)
шея, шейка	барабанный
большеберцовая кость	височный
ход, проход	наружный
язык	промежуточный
головной мозг	небный

Задание 3. Постройте термины по схеме:

а) ножка дуги позвонка, б) нижняя поверхность языка, в) горизонтальная пластинка небной кости

Задание 4. Лексический минимум к ИКР по анатомио-гистологической терминологии:

коронка	молочный
верхняя челюсть	правый
губа	лобный
перегородка	щечный
зуб	слезный
проход	малый
кариес	нижний

Вопросы для самоконтроля: Для систематизации грамматического материала используйте контрольные вопросы предыдущих занятий.

Практическое занятие №7

Тема: I контрольная работа по анатомио-гистологической терминологии.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (контрольная работа (индивидуальные письменные задания по вариантам)).

I контрольная работа по анатомио-гистологической терминологии

Вариант

1. Напишите следующие слова в словарной форме:

нижняя челюсть	область
щека	полость
вещество	небный
шов	внутренний
гребень	подъязычный
пазуха	костный
корень	слезный
головка	височный

2. Постройте следующие термины по схеме в Nom. и Gen. Sg. и Pl.:

верхнее зубное сплетение
зубная альвеола периодонта
решетчатая борозда носовой кости
уздечка верхней губы
передняя линия выи
поперечная щель головного мозга

3. Проанализируйте и переведите следующие термины:

spina nasalis anterior
sulcus palatinus minor
processus maxillaris conchae nasalis
corona dentis molaris superioris
foramen alveolare inferius
apex radices dentis

4. Пословицы (10).

Вопросы для самоконтроля: Для систематизации грамматического материала используйте контрольные вопросы предыдущих занятий.

Урок №8

Тема: Обзор существительных III склонения. Понятие о типах склонения. Сводная таблица окончаний существительных и прилагательных III склонения.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Опрос теории по теме «3 склонение существительных»:

1. Какие существительные относятся к III склонению?
2. В чем заключается особенность III склонения?
3. Как определить тип склонения существительного III склонения?
4. Какие существительные относятся к согласному типу склонения?
5. Напишите в словарной форме и определите тип следующих существительных:
основание, хряц, шея, тело, легкое, лоб

Задание 2. Напишите слова в словарной форме, укажите склонение и тип:

кора	таз
большой палец кисти	канал
сердце	поджелудочная железа
рот	грудная клетка
кожа	крестцовый (кость)

Задание 3. Определите род и тип существительных III склонения:

extensor, oris	impressio, onis	ars, artis
femur, oris	fell, fellis	asthma, atis
parotis, idis	pulvinar, aris	cochlear, aris
cutis, is	calyx, ycis	equator, oris

homo, inis	frons, ntis	pus, puris
salus, utis	tussis, is	viride, is
mucilago, inis	sal, salis	bubo, onis
extremitas, atis	iris, idis	lens, ntis
occiput, itis	zygoma, atis	febris, is

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие существительные относятся к III склонению?
2. Как найти основу существительного III склонения?
3. Что значит «равносложное» и «неравносложное» существительное?
4. Какие окончания имеют существительные мужского рода III склонения?
5. Какие окончания имеют существительные женского рода III склонения?
6. Какие окончания имеют существительные среднего рода III склонения?
7. Какие типы склонения имеют существительные III склонения?
8. Как определить тип склонения существительного?
9. В чем заключаются особенности склонения существительных разных типов?

Практическое занятие №9

Тема: Структура анатомических терминов. Существительные III склонения m, f, n. Сравнительная степень прилагательных.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Напишите слова в словарной форме, укажите склонение и тип:

отводящая мышца	почка
мышца-разгибатель	печень
живот	сердце
грудная клетка	мозговая оболочка
висок	отверстие
желудок	лоб
фаланги	кора
ножка, голень	темя
сосуд	селезенка
верхушка	кровь

Задание 2. Проанализируйте и переведите термины:

musculus levator anguli oris, musculus corrugator supercilii, musculus levator alae nasi

Вопросы для самоконтроля:

Какие родовые окончания имеют существительные III склонения мужского, женского и среднего родов?

К какому типу могут относиться существительные мужского, женского и среднего родов III склонения?

Каковы падежные окончания существительных согласного и смешанного типов для существительных мужского, женского и среднего родов III склонения?

Каковы основные исключения по роду?

Как образуется сравнительная степень прилагательных?

По какому типу склоняются прилагательные в сравнительной степени?

Урок №10

Тема: Греческие существительные I - III склонения. Греческие суффиксы в названиях патологических процессов -itis, -oma, -osis, -iasis.

Структура многословных клинических терминов.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Опрос теории по теме «Греческие существительные»:

1. Каковы родовые окончания существительных I греческого склонения?
2. Каковы родовые окончания существительных II греческого склонения?
3. Каковы родовые окончания существительных III греческого склонения?
4. Каковы особенности склонения греческих существительных?

Задание 2. Согласуйте существительные с прилагательными в скобках:

кариес (хронический, острый, поверхностный)

гингивит (глубокий, простой, язвенный)

одонтома (мягкая, сложная, простая)

язва (трофическая, травматическая, закрытая)

Задание 3. Напишите слова в словарной форме, укажите склонение:

абсцесс	доброкачественный
кариес	острый
кома	вирусный
инфаркт	детский
отек	спастический

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие существительные относятся к I греческому склонению?
2. Какие существительные относятся к II греческому склонению?
3. Какие существительные относятся к III греческому склонению?

Практическое занятие № 11

Тема: Причастия PPA и PPP. Причастия в анатомической и клинической номенклатурах.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Опрос теории по теме «Причастия».

Задание 2. Постройте термины:

1. восходящая небная артерия 2. ядро отводящего нерва 3. плотная часть черного вещества

Задание 3. Проанализируйте термины:

dens permanens, costa fluctuans, ramus communicans, vertebra prominens, arteria palatina descendens

Вопросы для самоконтроля:

Какие причастия имеются в латинском языке?

Как называется по-латыни и как образуется причастие действительного залога?

Что входит в словарную форму PPA?

Как склоняются PPA?

Какова роль PPP в многословных терминах?

Практическое занятие № 12

Тема: Обзор грамматического материала по анатомической терминологии. Подготовка к контрольной работе по анатомо-гистологической терминологии.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Лексический минимум ко ПКР по анатомо-гистологической терминологии:

саркома	отит	гортанный
канал	небо	слизистый
голова	мышца-вращатель	первичный
кариес	глазница	подглазничный
сухожилие	нос	деформирующий
бугор	бронхит	восходящий
область	мягкий	отводящий
туберкулез	полюй	приобретенный

Задание 2. Постройте термины по схеме в 2 числа и 2 падежах:

задний слезный гребень

промежуточная часть губы рта

крыльчатый отросток решетчатой кости

бугорок нижнего клыка

слизистая оболочка языка

передняя теменная артерия

Задание 3. Проанализируйте и переведите термины:

fissura orbitalis superior

meatus nasi inferior

dens incisivus inferior

cornu maius et minus

facies linguae superior

ala maior ossis sphenoidalis

Вопросы для самоконтроля:

Существительные каких родов относятся к III склонению?

Какие родовые окончания имеют существительные женского (мужского, среднего)

рода третьего склонения?

Какие существительные являются исключением по роду?

Какие типы третьего склонения вы знаете?

Как склоняются греческие существительные I-III склонения?

Что входит в словарную форму PPA?

Как склоняются PPA?

Какова роль PPA в многословных терминах?

Что входит в словарную форму PPP?

Как склоняются PPP?

Какова роль PPP в многословных терминах?

Практическое занятие № 13

Тема: Контрольная работа по анатомо-гистологической терминологии.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (контрольная работа (индивидуальные письменные задания по вариантам)).

II контрольная работа по анатомо-гистологической терминологии

Вариант

1. Напишите слова в словарной форме:

1. м. опускающая

2. сустав

3. лоб

4. легкое

5. канал

6. система

7. абсцесс

8. бронхит

9. острый

10. детский

11. отводящий

12. открытый

2. Сделайте грамматический анализ и переведите термины:

canalis alaris maior

vena comitans nervi hypoglossi
 nucleus nervi abducentis
 pulpitis purulenta communis
 diabetes juvenilis

3. Построй термины в Nom et Gen. Sg et Pl. по схеме:
 мышца, поднимающая верхнюю губу
 латеральный хрящ носа
 сложная альвеолярная железа
 травма среднего уха
 постоянный зуб

4. Пословицы (10).

Вопросы для самоконтроля: Для систематизации грамматического материала используйте контрольные вопросы предыдущих занятий.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО 1 МОДУЛЮ

Письменный ответ	Устный ответ	Оценка по 5-балльной системе
Обучающийся показал твердые знания и умения по данному разделу программы. Понимает логику построения и анализа анатомических терминов. Допустил не более 1 ошибки.	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить ошибку.	5
Обучающийся показал хорошие знания и умения по данному разделу программы. Понимает логику построения анатомических терминов. Допустил при построении и анализе многословных анатомических терминов 2-3 лексические ошибки.	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить допущенные ошибки.	4
Обучающийся показал удовлетворительные знания и умения по данному разделу программы. Понимает логику построения анатомических терминов. Допустил при анализе и построении многословных терминов не более 2-3 грамматических и 3-4 орфографических ошибок.	Обучающийся ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен проанализировать и исправить допущенные ошибки.	3
Обучающийся показал слабые знания и умения по данному разделу программы. Выполнил менее 60% задания, либо допустил при анализе и построении многословных анатомических терминов грубые грамматические ошибки (3-4); орфографические и лексические ошибки (5-6).	Обучающийся имеет слабое представление о принципах построения терминов в различных подсистемах медицинской терминологии. Нетвердо знает лексический материал. Плохо анализирует собственные ошибки.	2

ТЕСТЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

№	Содержание	Ключ
МОДУЛЬ 1. ВВЕДЕНИЕ В АНАТОМО-ГИСТОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРМИНОЛОГИЮ		
ИМЯ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ		
1.	ПЕРЕВЕДИТЕ НА РУССКИЙ ЯЗЫК <i>Nominativus Singularis</i> 1. Именительный падеж - единственное число 2. Родительный падеж - единственное число 3. Дательный падеж - единственное число 4. Винительный падеж - единственное число 5. Творительный падеж - единственное число	Именительный падеж единственное число
2.	ПЕРЕВЕДИТЕ НА ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК <i>Родительный падеж - множественное число</i> 1. <i>Nominativus pluralis</i> 2. <i>Genetivus singularis</i> 3. <i>Nominativus singularis</i> 4. <i>Genetivus pluralis</i> 5. <i>Dativus singularis</i>	<i>Genetivus pluralis</i>
3.	ПЕРЕВЕДИТЕ НА ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК НАЗВАНИЕ <i>женского рода</i> 1. <i>Masculinum (m)</i> 2. <i>Femininum (f)</i> 3. <i>Neutrum (n)</i>	<i>Femininum (f)</i>
4.	ВЫБЕРИТЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ 1 СКЛ. 1. <i>auris, is, f</i> 2. <i>ala, ae, f</i> 3. <i>sternum, i, n</i> 4. <i>ductus, us, m</i> 5. <i>caries, ei, f</i>	<i>ala, ae, f</i>
5.	ВЫБЕРИТЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ 2 СКЛ. 1. <i>vertebra, ae, f</i> 2. <i>ductus, us, m</i> 3. <i>canalis, is, m</i> 4. <i>tunica, ae, f</i> 5. <i>septum, i, n</i>	<i>septum, i, n</i>
6.	ВЫБЕРИТЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ 3 СКЛ. 1. <i>tendo, ĩnis, m</i> 2. <i>mandibula, ae, f</i> 3. <i>organon, i, n</i> 4. <i>digitus, i, m</i> 5. <i>flexura, ae, f</i>	<i>tendo, ĩnis, m</i>
7.	ВЫБЕРИТЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ 4 СКЛ. 1. <i>angulus, i, n</i> 2. <i>os, ossis, n</i> 3. <i>cervix, ĩcis, f</i> 4. <i>aorta, ae, f</i> 5. <i>sinus, us, m</i>	<i>sinus, us, m</i>
8.	ВЫБЕРИТЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ 5 СКЛ. 1. <i>truncus, i, m</i> 2. <i>meatus, us, m</i> 3. <i>caries, ei, f</i> 4. <i>fovea, ae, f</i> 5. <i>dens, ntis, m</i>	<i>caries, ei, f</i>
9.	ВЫБЕРИТЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ <i>ж. р.</i> 1. <i>musculus</i> 2. <i>maxilla</i> 3. <i>cerebrum</i> 4. <i>genu</i> 5. <i>encephalon</i>	<i>maxilla</i>
10.	ОБРАЗУЙТЕ ФОРМУ <i>Gen. Sing: ala, ae, f</i> 1. <i>ala</i> 2. <i>alarum</i> 3. <i>alae</i> 4. <i>alam</i> 5. <i>alis</i>	<i>alae</i>
11.	ДОБАВЬТЕ ОКОНЧАНИЕ <i>дуга аорты – arcus aort...</i> 1. <i>-us</i> 2. <i>-ae</i> 3. <i>-um</i> 4. <i>-i</i> 5. <i>-is</i>	<i>-ae</i>
12.	ДОБАВЬТЕ ОКОНЧАНИЕ <i>отверстие отростка - foramen process...</i> 1. <i>-us</i> 2. <i>-ae</i> 3. <i>-um</i> 4. <i>-i</i> 5. <i>-is</i>	<i>-us</i>

13.	ДОБАВЬТЕ ОКОНЧАНИЕ <i>гребень головки ребра – cristacapit... costae</i> 1. -us 2. -ae 3. -um 4. -is 5. -a	-is
ИМЯ ПРИЛАГАТЕЛЬНОЕ		
1.	ОПРЕДЕЛИТЕ СКЛОНЕНИЕ ПРИЛАГАТЕЛЬНОГО ПО СЛОВАРНОЙ ФОРМЕ <i>cavus, a, um</i> 1. I-II 2. III согласный тип 3. III гласный тип 4. IV 5. V	I-II
2.	ОПРЕДЕЛИТЕ СКЛОНЕНИЕ ПРИЛАГАТЕЛЬНОГО ПО СЛОВАРНОЙ ФОРМЕ <i>vertebralis, e</i> 1. I-II 2. III согласный тип 3. III гласный тип 4. IV 5. V	III гласный тип
3.	ОПРЕДЕЛИТЕ СКЛОНЕНИЕ ПРИЛАГАТЕЛЬНОГО ПО СЛОВАРНОЙ ФОРМЕ <i>posterior, ius</i> 1. I-II 2. III согласный тип 3. III гласный тип 4. IV 5. V	III согласный тип
4.	ОПРЕДЕЛИТЕ СКЛОНЕНИЕ ПРИЛАГАТЕЛЬНОГО ПО СЛОВАРНОЙ ФОРМЕ <i>niger, gra, grum</i> 1. I-II 2. III согласный тип 3. III гласный тип 4. IV 5. V	I-II
5.	ВЫБЕРИТЕ ПРИЛАГАТЕЛЬНОЕ <i>м. р.</i> 1. albus 2. nigra 3. purum 4. dextra 5. sinistrum	albus
6.	ВЫБЕРИТЕ ПРИЛАГАТЕЛЬНОЕ <i>с. р.</i> 1. vernalis 2. rectale 3. maior 4. palatinus 5. mollis	rectale
7.	ПОДБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>musculus lat... - широкая мышца</i> 1. -us; 2. -ae; 3. -um; 4. -i; 5. -a	-us
8.	ПОДБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>arteria dextr... - правая артерия</i> 1. -us; 2. -ae; 3. -um; 4. -i; 5. -a	-a
9.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>глубокая вена лица</i> 1. venaprofundusfacies 2. venafaciesprofundus 3. venafacieiprofunda 4. profunda vena facies 5. profunda facies vena	vena faciei profunda
10.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СОГЛАСОВАНИЕ " <i>nervus, i, m</i> " С ПРИЛАГАТЕЛЬНОМ " <i>lacrimalis, e</i> " 1. nervus lacrimales 2. nervus lacrimalis 3. nervus lacrimale 4. nervus lacrimalia 5. nervus lacrimalium	nervus lacrimalis
11.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СОГЛАСОВАНИЕ " <i>ligamentum, i, n</i> " С ПРИЛАГАТЕЛЬНОМ " <i>transversus, a, um</i> "	ligamentum transversum

	<ol style="list-style-type: none"> 1. ligamentum transversus 2. ligamentum transversa 3. ligamentum transversi 4. ligamentum transversum 5. ligamentum transversae 	
12.	<p>ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СОГЛАСОВАНИЕ "<i>glandula, ae, f</i>" С ПРИЛАГАТЕЛЬНОМ "<i>maior, ius</i>"</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>glandula maior</i> 2. <i>glandula maioris</i> 3. <i>glandula maiores</i> 4. <i>glandula maius</i> 5. <i>glandulamaiorum</i> 	<i>glandula maior</i>
13.	<p>ПОДБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>sulcuspalatin...</i> - небная борозда</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -us 2. -er 3. -a 4. -um 5. -is 	-us
14.	<p>ПОДБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>incisura infer...</i> - нижняя вырезка</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -ior 2. -ius 3. -us 4. -a 5. -um 	-ior
15.	<p>ПОДБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>epithelium dental...</i> - зубной эпителий</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -us 2. -e 3. -a 4. -um 5. -is 	-e
СТРУКТУРА МНОГОСЛОВНОГО АНАТОМИЧЕСКОГО ТЕРМИНА		
1.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИН С НЕСОГЛ. ОПР.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>sinus maxillaris</i> 2. <i>processus transversus</i> 3. <i>tuberculum pharyngeum</i> 4. <i>septum nasi</i> 5. <i>sutura palatina</i> 	<i>septum nasi</i>
2.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИН С СОГЛ. ОПР.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>crista tuberculi</i> 2. <i>ligamentum transversum</i> 3. <i>facies linguae</i> 4. <i>angulus mandibulae</i> 5. <i>sulcus sinus</i> 	<i>ligamentum transversum</i>
3.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИН С 2 СОГЛ. ОПР.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>canalis radices dentis</i> 2. <i>crista lacrimalis posterior</i> 3. <i>septum nasi osseum</i> 4. <i>foramen caecum linguae</i> 5. <i>linea nuchae superior</i> 	<i>crista lacrimalis posterior</i>
4.	<p>ПОДБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>костная перегородка носа – septum nasiosse...</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -us; 2. -ae; 3. -um; 4. -i; 5. -a 	-um
5.	<p>ПОДБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>пещеристое сплетение раковин - plexus cavernosus conch...</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -orum 2. -um 3. -ae 4. -arum 5. -a 	-arum
6.	<p>УКАЖИТЕ ПОРЯДОК СЛОВ В ЛАТИНСКОМ ТЕРМИНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сопутствующая 2. вена 3. подъязычного 4. нерва 	1, 2, 4, 3
7.	<p>НАЙДИТЕ ТЕРМИН С ОШИБКОЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>frenulum labii superioris</i> 2. <i>pars orbitale ossis</i> 3. <i>musculus rotator colli</i> 	<i>pars orbitale ossis</i>
РАЗДЕЛ I СУЩЕСТВИТЕЛЬНЫЕ III СКЛОНЕНИЯ		

1.	ВЫБЕРИТЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ III СКЛ. foramen, inis, n meatus, us, m incisura, ae, f facies, ei, f nasus, i, m	foramen, inis, n
2.	ВЫБЕРИТЕ РАВНОСЛОЖНОЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ III СКЛОНЕНИЯ 1. articulatio, onis 2. levator, oris 3. radix, icis 4. basis, is 5. systema, atis	basis, is
3.	УКАЖИТЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ ЖЕНСКОГО РОДА III СКЛОНЕНИЯ 1. caput 2. pulmo 3. articulatio 4. foramen 5. cortex	articulatio
4.	УКАЖИТЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ СРЕДНОГО РОДА III СКЛОНЕНИЯ 1. levator 2. basis 3. constrictio 4. trauma 5. mycosis	trauma
5.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>поднимающая мышца</i> 1. m.depressor 2. m.levator 3. m.abductor 4. m.extensor 5. m.corrugator	m.levator
6.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>жевательная мышца</i> 1. m.corrugator 2. m.extensor 3. m.buccinator 4. m.masseter 5. m.constrictor	m.masseter
7.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>мышца-опускатель</i> 1. m.levator 2. m.abductor 3. m.masseter 4. m.dilatator 5. m.depressor	m.depressor
8.	НАЙДИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>dens deciduus</i> 1. молочный зуб 2. собачий зуб 3. большой коренной зуб 4. зуб мудрости 5. резцовый зуб	молочный зуб
9.	НАЙДИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>dens caninus</i> 1. молочный зуб 2. зуб мудрости 3. резцовый зуб 4. собачий зуб 5. большой коренной зуб	собачий зуб
ПРИЛАГАТЕЛЬНЫЕ III СКЛОНЕНИЯ		
1.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ ПРИЛАГАТЕЛЬНОГО <i>foramenfrontal...</i> 1. -us 2. -a 3. -um 4. -is 5. -e	-e
2.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ ПРИЛАГАТЕЛЬНОГО <i>dens premolar...</i> 1. -us 2. -a 3. -um 4. -is 5. -e	-is
3.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ ПРИЛАГАТЕЛЬНОГО	-ior

	<i>parsposter...</i> 1. –us 2. –a 3. –um 4. –ior 5. –ius	
4.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНО СОГЛАСОВАННЫЙ ТЕРМИН 1. <i>protuberantia internus</i> - внутренний выступ 2. <i>ductus medianae</i> - срединный проход 3. <i>systema nervosum</i> - нервная система 4. <i>vas lymphaticum</i> – лимфатический сосуд 5. <i>pars orbitale</i> – глазничная часть	<i>systema nervosum</i> – нервная система
5.	УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНО СОГЛАСОВАННЫЙ ТЕРМИН 1. <i>arteria temporalium mediarum</i> 2. <i>sinus maxillaris</i> 3. <i>fissura transversa cerebri</i> 4. <i>septum nasiosseum</i> 5. <i>radix nervi hypoglossi</i>	<i>arteria temporalium mediarum</i>
6.	СОСТАВЬТЕ ТЕРМИН <i>мышца, поднимающая верхнюю губу</i> 1. <i>musculus depressor labii superioris</i> 2. <i>musculus levator labii superioris</i> 3. <i>musculus flexor labii superioris</i>	<i>musculus levator labii superioris</i>
ГРЕЧЕСКИЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНЫЕ		
1.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>острый бронхит – bronchitis acut...</i> 1. –us 2. –a 3. –um 4. –is 5. –e	– a
2.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>альвеолярная саркома – sarcoma alveolar...</i> 1. –us 2. –a 3. –um 4. –is 5. –e	– e
ПРИЧАСТИЯ		
1.	УКАЖИТЕ ПРОПУЩЕННОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>nervus recurre...</i> 1. -ntium 2. -ntes 3. -ntia 4. -ntis 5. -ns	-ns
2.	УКАЖИТЕ ПРОПУЩЕННОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>trauma clau...</i> 1. -us 2. -a 3. -um 4. -is 5. -e	-um
3.	ПОСТАВЬТЕ ТЕРМИН <i>ductus deferens</i> в Genetivus Singularis 1. <i>ductus defferentis</i> 2. <i>ductuum defferentis</i> 3. <i>ductus defferens</i> 4. <i>ductuum defferens</i> 5. <i>ductus defferentes</i>	<i>ductus defferentis</i>
4.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>caries incipiens</i> возвратный кариес осложненный кариес начинающийся кариес скрытый кариес угрожающий кариес	начинающийся кариес
5.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>nervus laryngeus recurrens</i> блуждающий гортанный нерв возвратный гортанный нерв сопутствующий гортанный нерв восходящий гортанный нерв 5. нисходящий гортанный нерв	возвратный гортанный нерв
6.	НАЙДИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>oedema cerephali</i> 1. отек гортани 2. отек головного мозга	отек головного мозга

	3. травма головного мозга 4. отек спинного мозга 5. отек Квинке	
7.	СОСТАВЬТЕ ТЕРМИН <i>хронический язвенный пульпит</i> 1. pulpitis ulcerosa chronica 2. pulpitis ulcerosa chronica 3. pulpitis chronicus ulcerosus 4. pulpitis chronicum ulcerosum 5. pulpitis ulcerosae chronicae	pulpitisulcerosachronica

МОДУЛЬ 2. ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Урок №14

Тема: Введение в клиническую терминологию. Структура клинических терминов. Способы образования.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала).

Вопросы для самоконтроля:

Что такое термин и терминология?

Основные источники медицинской терминологии?

Основные номенклатурные группы медицинской терминологии?

Структура однословного клинического термина?

Практическое занятие №15

Тема: Структура клинических терминов. Аффиксация: префиксация.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (самостоятельная работа).

Задание 1.

Выделите приставки
и определите их значение

I

sulfidum, i, n
bronchitis, itidis, f
receptor, oris, m
sarcoma, atis, n
scalpellum, i, n
terminatio, onis, f
recessus, us, m
parasternalis, e
dystrophia, ae, f
amnesia, ae, f
hyperplasia, ae, f
reactio, onis, f
percussio, onis, f
metastasis, is, f
hypogastrium, i, n

Выделите приставки и определите их значение

II

reanimatio, onis, f
hyperfunctio, onis, f
intravitalis, e
semilunaris, e
vaselinum, i, n
pericardium, i, n
subarachoidalis, e
parametrium, i, n
bromidum, i, n
percussio, onis, f
osteoma, atis, n
palatinus, a, um
cruciformis, e
myelitis, itidis, f
fibrosis, is, f

Вопросы для самоконтроля:

Что такое аффиксальный способ словообразования?

Какие термины образуются аффиксальным способом?

Структура производного клинического термина?

Способы перевода производных клинических терминов на русский язык?

Практическое занятие №16

Тема: Структура клинических терминов. Аффиксация: суффиксация.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (самостоятельная работа).

Задание 1.

Выделите суффиксы
и определите их значение

III

sulfis, itis, m
nephritis, itidis, f
lector, oris, f
myoma, atis, n
dysphagia, ae, f
hemiplegia, ae, f
epigastrium, i, n
validolum, i, n
angulus, i, m
solutio, onis, f

Выделите суффиксы
и определите их значение

IV

dorsalis, e
sulfas, atis, m
iodidum, i, n
transplantatio, onis, f
atrophia, ae, f
myoma, atis, n
epicranium, i, n
levator, oris, m
prodromalis, e
symphysis, is, f

arachioideus, a, um
 sulfuricus, a, um
 pelvinus, a, um
 transfusio, onis, f
 synchondrosis, is, f

repetitio, onis, f
 sutura, ae, f
 aortitis, itidis, f
 dystonia, ae, f
 pharyngeus, a, um

Вопросы для самоконтроля:

- Что такое аффиксальный способ словообразования?
- Какие термины образуются аффиксальным способом?
- Структура производного клинического термина?
- Способы перевода производных клинических терминов на русский язык?

Практическое занятие №17

Тема: Структура клинических терминов. Аффиксация.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (самостоятельная работа).

Задание 1. Подберите соответствующий суффикс существительных и дайте словарную форму термина:

№	Термин	Перевод
1.	auri...	ушко
2.	spondyl...	заболевание позвоночника невоспалительного характера
3.	ot...	воспаление (среднего) уха
4.	angi...	сосудистая опухоль
5.	flex...	стигатель
6.	papaver...	папаверин
7.	leucocyt...	увеличение содержания лейкоцитов (в крови)
8.	mixt...	смесь
9.	menth...	ментол
10.	aden...	железистая опухоль

Задание 2. Подставьте соответствующий суффикс прилагательных. Дайте словарную форму:

№	Термин	Перевод
	articul...	суставной
	delto...	дельтовидный
	foli...	густолиственный
	viscer...	внутренностный
	opera...	подлежащий операции
	vitri...	стеклянный
	pelv...	тазовый
	puru...	гнойный
	cruci...	имеющий форму креста
	oss...	костный

Вопросы для самоконтроля:

- Что входит в понятие "клиническая терминология"?
- Какие способы словообразования применяются в клинической терминологии?
- Что такое аффиксальный способ словообразования?
- Какие термины образуются аффиксальным способом?
- Структура производного клинического термина?
- Способы перевода производных клинических терминов на русский язык?

Урок №18

Тема: Словообразование в клинической терминологии. Греко-латинские дублетные обозначения органов, тканей, сред.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (самостоятельная работа).

Задание 1. Проанализируйте и переведите следующие термины:

№	Значение	Перевод
1.	osteologia	учение о костях
2.	arthropathia	
3.	kephalalgia	
4.	cardiologia	
5.	somatometria	

Задание 2. Образуйте термины с заданным значением:

№	Значение	Перевод
	заболевание костей	
	боли в костях конечностей	
	измерение головы	
	инструментальный осмотр органов грудной клетки	
	боль в позвоночнике	

Вопросы для самоконтроля:

- Что такое безаффиксальный способ словообразования?
- Какие термины образуются безаффиксальным способом?

Структура сложного клинического термина?
Способы перевода сложных клинических терминов на русский язык?

Практическое занятие №19

Тема: Словообразование в клинической терминологии. Одиночные терминологические элементы, обозначающие функциональные и патологические процессы и состояния.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (самостоятельная работа).

Задание 1. Проанализируйте и переведите следующие термины:

№	Значение	Перевод
	urolithiasis	
	aphonia	
	haematologia	
	pyodermia	
	histographia	

Задание 2. Образуйте термины с заданным значением:

	метод лечения с использованием крови		therapia
	сердечная мышца		cardium
	заболевание нервной системы		pathia
	расширение вен		ectasia
	опухоль из жировой ткани		oma

Вопросы для самоконтроля:

Что такое безаффиксальный способ словообразования?
Какие термины образуются безаффиксальным способом?
Структура сложного клинического термина?
Способы перевода сложных клинических терминов на русский язык?

Урок №20

Тема: Словообразование в клинической терминологии. Греческие (конечные) терминологические элементы, обозначающие действие, состояние, процесс.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (самостоятельная работа).

Задание 1. Проанализируйте и переведите следующие термины:

№	Значение	Перевод
1	dysuria	
2	tenorhaphia	
3	acholia	
4	myotomia	
5	dacryocystitis	

Задание 2. Образуйте термины с заданным значением:

№	Термин	ТЭ
	дыхание только в вертикальном положении	pnoe
	исправление недостатков человеческого тела	paedia
	лечение холодом	therapia
	лечение теплом	therapia
	лечение собственной кровью	therapia

Вопросы для самоконтроля:

Что такое безаффиксальный способ словообразования?
Какие термины образуются безаффиксальным способом?
Структура сложного клинического термина?
Способы перевода сложных клинических терминов на русский язык?

Практическое занятие №21

Тема: Обзор клинической терминологии. Подготовка к контрольной работе по клинической терминологии.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (самостоятельная работа).

Задание 1. Образуйте термины, вставив пропущенные части слов:

№	Значение	Перевод
	железистая опухоль	-oma
	действующий на причину	-tropus
	устранение дефектов речи	-paedia
	наука о железах внутренней секреции	endocrino-
	специалист по обезболиванию	anaesthesio-

Задание 2. Переведите термины:

№	Значение	Перевод
1.	osteoarthritis	
2.	osteochondrosis	
3.	cholecystopathia	

4.	syndesmologia	
5.	cystoma	

Вопросы для самоконтроля:

1. Что входит в понятие "клиническая терминология"?
2. Какие способы словообразования применяются в клинической терминологии?
3. Какова структура клинического производного термина?
4. Какие термины называются "сложными"?
5. Что такое начальные терминологические элементы?
6. Что такое конечные терминологические элементы?
7. Что такое свободные и связанные терминологические элементы?
8. Воспроизведите схему перевода клинических терминов.

Практическое занятие №22

Тема: Контрольная работа по клинической терминологии.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (контрольная работа (индивидуальные письменные задания по вариантам)).

II контрольная работа по фармацевтической терминологии

Вариант

Напишите следующие приставки, дайте примеры слов с этими приставками:

внутри	перенос	движение вперед
на, над	между	через
вокруг, около	против	не, без, отрицание

2. Напишите следующие суффиксы, дайте примеры слов с этими суффиксами:

- обилие, насыщенность (суф. прил.)
- опухоль (суф. сущ.)
- результат действия (сущ. 1 склон.)
- сходство, подобие (суф. прил.)
- воспаление (суф. сущ.)

3. Назовите следующие слова в словарной форме на латинском языке, приведите их греческие дублеты: язык, рука, тело, кровь, позвонок, селезенка, глаз, нижняя челюсть

4. Назовите следующие терминологические элементы и приведите примеры слов с их включением:

разрез, рассечение	описание, изображение
боль	темный, черный
белый	опущение
расширение	паралич, удар
сила, усилие	форма

5. Разберите термины по составу и переведите:

glossalgia	histologia
osteomalacia	cystoscopy
cheiloplastica	thermoplegia
laryngostenosis	lipodystrophia
oxygenotherapia	pyaemia

6. Составьте термины с заданным значением:

увеличение числа лейкоцитов	опущение матки
склонность к кровотечению	удаление миндалин
наука о заболеваниях ротовой полости	боль по ходу нерва
заболевание суставов	лечение зубов
воспаление среднего уха	рассечение железы

Вопросы для самоконтроля:

1. Что входит в понятие "клиническая терминология"?
2. Какие способы словообразования применяются в клинической терминологии?
3. Какова структура клинического производного термина?
4. Какие термины называются "сложными"?
5. Что такое начальные терминологические элементы?
6. Что такое конечные терминологические элементы?
7. Что такое свободные и связанные терминологические элементы?
8. Воспроизведите схему перевода клинических терминов.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО 2 МОДУЛЮ

Письменный ответ	Устный ответ	Оценка по 5-балльной системе
Обучающийся показал твердые знания и умения по данному разделу программы. Понимает логику построения терминов в клинической подсистеме медицинской терминологии. Допустил не более 1 ошибки.	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить ошибку.	5
Обучающийся показал хорошие знания и умения по данному разделу программы. Понимает логику построения терминов в клинической подсистеме медицинской терминологии. Допустил при анализе и конструировании однословных и	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить допущенные ошибки.	4

многословных клинических терминов 1-2 орфографических ошибки.		
Обучающийся показал удовлетворительные знания и умения по данному разделу программы. Понимает логику построения клинических терминов. Допустил при анализе и конструировании однословных и многословных клинических терминов 3-4 орфографических ошибки, и 1-2 лексических либо терминологических.	Обучающийся ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен проанализировать и исправить допущенные ошибки.	3
Обучающийся показал слабые знания и умения по данному разделу программы. Выполнил менее 60% задания, либо допустил при построении и анализе клинических однословных и многословных терминов 4-5 лексических, а также орфографические ошибки.	Обучающийся имеет слабое представление о принципах построения терминов в различных подсистемах медицинской терминологии. Нетвердо знает лексический материал. Плохо анализирует собственные ошибки.	2

ТЕСТЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

МОДУЛЬ 2.		
ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ТЕРМИНОЛОГИЮ		
СУФФИКСАЦИЯ		
1.	КАКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ СУФФИКС <i>-osis</i> : 1. воспалительный процесс 2. опухолевый процесс 3. болезненное пристрастие 4. невоспалительное заболевание	невоспалительное заболевание
2.	КАКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ СУФФИКС <i>-itis</i> : 1. воспалительный процесс 2. опухолевый процесс 3. невоспалительное заболевание 4. отклонение от нормы	воспалительный процесс
3.	КАКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ СУФФИКС <i>-oma</i> : 1. болезненное пристрастие 2. воспалительный процесс 3. опухолевый процесс 4. невоспалительное заболевание 5. отклонение от нормы	опухолевый процесс
4.	ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН, ОБОЗНАЧАЮЩИЙ «воспалительный процесс» 1. lipoma 2. arthritis 3. sialolithiasis 4. paranasalis 5. osteoma	arthritis
5.	ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН, ОБОЗНАЧАЮЩИЙ «опухолевое заболевание» 1. nephrosis 2. adenitis 3. myoma 4. tonsillitis 5. osteosclerosis	myoma
6.	ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН, ОБОЗНАЧАЮЩИЙ «невоспалительный процесс» 1. dermatitis 2. spondylosis 3. amoebiasis 4. iodismus 5. angioma	spondylosis
7.	УКАЖИТЕ ТЕРМИН, ОБОЗНАЧАЮЩИЙ «результат действия» 1. extractor 2. incisura 3. tuberculum 4. articulatio 5. lamella	incisura
8.	ДОБАВЬТЕ СУФФИКС <i>опухоль из костной ткани – oste...</i> 1. -itis 2. -oma 3. -iasis 4. -osis 5. -ism	-oma
9.	ДОБАВЬТЕ СУФФИКС <i>воспаление печени – hepat...</i> 1. -itis 2. -oma 3. -iasis 4. -osis 5. -ism	-itis
ПРЕФИКСАЦИЯ		
1.	УКАЖИТЕ ТЕРМИН СО ЗНАЧЕНИЕМ «превышение нормы, нахождение выше ч.-л.» 1. prognosis	hypertrophia

	<ul style="list-style-type: none"> 2. asthenia 3. hypertrophia 4. periodontitis 5. hypoglycaemia 	
2.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИН СО ЗНАЧЕНИЕМ «понижение, ниже нормы, под»</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. dyspnoe 2. hypertonia 3. pericarditis 4. apathia 5. hypoglossus 	hypoglossus
3.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИН СО ЗНАЧЕНИЕМ «нарушение функции, расстройство»</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. dysphagia 2. parasternalis 3. intermuscularis 4. hypoplasia 5. anaemia 	dysphagia
4.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИН СО ЗНАЧЕНИЕМ «отсутствие, отрицание»</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. symbiosis 2. diagnosis 3. anaesthesia 4. hypertonia 5. endocardium 	anaesthesia
5.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИН СО ЗНАЧЕНИЕМ «противоположный, против»</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. contralateralis 2. hypotrophia 3. symbiosis 4. processus 5. hypotrophia 	contralateralis
6.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИН СО ЗНАЧЕНИЕМ «вокруг, около»</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. intracellularis 2. transversus 3. endometrium 4. pericardium 5. biplegia 	pericardium
7.	<p>ДОБАВЬТЕ ПРЕФИКС</p> <p>Расстройство функции питания - ...trophia</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. an- 2. hyper- 3. dys- 4. peri- 5. sym- 	dys-
8.	<p>ДОБАВЬТЕ ПРЕФИКС</p> <p>остановка (отсутствие) дыхания - ...рное</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. para- 2. anti- 3. hypo- 4. a- 5. dia- 	a-
НАЧАЛЬНЫЕ И КОНЕЧНЫЕ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТЫ		
1.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТ СО ЗНАЧЕНИЕМ «болезнь, заболевание»</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. -gramma 2. -pathia 3. -algia 4. -metria 5. -therapia 	-pathia
2.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТ СО ЗНАЧЕНИЕМ «боль, болезненная чувствительность»</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. -tomia 2. -algia 3. -ectasia 4. -penia 5. -rrhagia 	-algia
3.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТ СО ЗНАЧЕНИЕМ «лечение, способ лечения»</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. -metria 2. -pathia 3. -scopia 4. -therapia 5. -logia 	-therapia
4.	<p>ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТА «haemo-»</p> <p>vas, vasis, n - сосуд sanguis, inis, m - кровь auris, is, f - ухо palatum, i, n - небо 5. saliva, ae, f - слюна</p>	sanguis, inis, m - кровь
5.	<p>УКАЖИТЕ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТ, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ТЕРМИНУ «cerebrum, i, n»</p>	encephalo –

	1. adeno – 2. stomato – 3. myo – 4. encephalo – 5. hydro	
6.	УКАЖИТЕ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТ <i>Хирургическая операция рассечения, вскрытия какого-либо органа</i> 1. -plastica 2. -tomia 3. -malacia 4. -ectomia 5. -plasia	-tomia
7.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>острый бронхит – bronchitisacut...</i> 1. – us 2. – a 3. – um 4. – is 5. – e	– a
8.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>диабетическая кома – comadiabetic...</i> 1. – us 2. – a 3. – um 4. – is 5. – e	– um
9.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА «bronchitis» 1. воспаление бронхов 2. сужение просвета бронхов 3. воспаление мелких бронхов 4. конкремент в просвете бронха 5. болезнь бронхов и легких, обусловленная наличием конкрементов в бронхах	воспаление бронхов
10.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА «osteotomia» 1. воспаление кости 2. оперативное рассечение кости 3. размягчение кости 4. опухоль из костной ткани 5. уплотнение кости	оперативное рассечение кости
11.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА «laparotomia» 1. воспаление брюшной полости 2. оперативное рассечение брюшной полости 3. расширение брюшной полости 4. наложение шва на брюшную полость 5. уплотнение брюшной полости	оперативное рассечение брюшной полости
12.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА «monophobia» 1. боязнь высоких мест 2. боязнь одиночества 3. боязнь рака 4. боязнь воды 5. боязнь темноты	боязнь одиночества
13.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА «tachycardia» 1. замедление сердечных сокращений 2. замедленное глотание 3. быстрое заглатывание пищи 4. учащение сердечных сокращений 5. учащение дыхания	учащение сердечных сокращений
14.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА «logopaedia» 1. расстройство речи 2. исправление прикуса 3. исправление дефектов речи 4. исправление нарушений опорно-двигательного аппарата 5. расстройство голоса	исправление дефектов речи
15.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ <i>боль в одном или нескольких суставах</i> 1. osteopathia 2. acropathia 3. arthropathia 4. arthralgia 5. spondylosis	arthralgia
16.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ <i>терминоэлемент, обозначающий хрящ</i> 1. arthr- 2. chondro- 3. histo- 4. chylo- 5. teno	chondro-
17.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ	белый

	<i>значение терминов leuco</i> 1. красный 2. белый 3. сухой 4. желтый 5. зеленый	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--

МОДУЛЬ 3. ОСНОВЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ И ОБЩЕЙ РЕЦЕПТУРЫ.

Урок № 23

Тема: Введение в фармацевтическую терминологию и общую рецептуру. Рецепт. Грамматический строй рецепта. Части Designationematerialiarum сложного рецепта.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Ответьте на вопросы:

1. Что такое рецепт?
2. Какова грамматическая зависимость в строке рецепта?
3. Что пишется в рецепте с большой буквы?

Задание 2. Постройте фармацевтические термины по схеме в Nom. et Gen.:

трава зверобоя, настойка мяты перечной, мазь ихтиола, настой листьев мяты

Задание 3. Проанализируйте и переведите следующие термины:

tinctura Belladonnae, oleum Vaselini, sirupus Rhei, folium Kalanchoes, tabuletta Tetracyclini

Задание 4. Переведите рецепты, выпишите их по полной форме:

1. Возьми: Настойки красавки 10 мл
Выдай.
Обозначь. По 5-8 капель 2-3 раза в день.
2. Возьми: Настойки календулы 40 мл
Выдай. Обозначь. По 10-20 капель на прием.

Вопросы для самоконтроля:

Что такое рецепт?

Какова грамматическая зависимость в строке рецепта?

Что пишется в рецепте с большой буквы?

В каком падеже указывается в рецепте доза?

В каких падежах употребляются названия лекарственных и химических веществ?

Как указываются в рецепте: а) доза твердых веществ, б) доза жидких веществ, в) сложная доза, г) неопределенная доза?

Практическое занятие № 24

Тема: Рецепт. Лекарственные формы.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Ответьте на вопросы:

Какие лекарственные формы называются магистральными и официальными?

Какие лекарственные формы относятся к твердым?

Какие лекарственные формы относятся к мягким?

Какие лекарственные формы относятся к жидким?

Задание 2. Переведите рецепты, выпишите их по полной форме:

1. Возьми: Эмульсии касторового масла 180,0
Простого сиропа 200 мл
Смешай. Выдай.
Обозначь. По 2 ст. ложки через 1 час (до наступления слабительного эффекта).
2. Возьми: Дерматола 0,2
Масла какао сколько нужно, чтобы образовался суппозиторий ректальный. Пусть будут выданы такие дозы числом 6.
Пусть будет обозначено. По 1 свече 2 раза в день в прямую кишку.

Задание 3. Напишите слова в словарной форме:

1. алоэ
2. ландыш
3. перечная мята
4. амидопирин
5. глюкоза
6. скипидар
7. касторовое масло
8. кора
9. трава
10. этиловый
11. дистиллированный
12. очищенный

Вопросы для самоконтроля:

Перечислите твердые лекарственные формы?
Перечислите мягкие лекарственные формы?
Перечислите жидкие лекарственные формы?

Урок № 25

Тема: Рецепт. Структура фармацевтических терминов. Номенклатура наименований лекарственных средств.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Ответьте на вопросы:

1. Что такое частотный отрезок?
2. Какова структура двухсловных фармацевтических терминов?

Задание 2. Напишите названия лекарственных веществ:

- 1) с отрезком - *oestr*: синэстрол, метилэстрадиол;
- 2) с отрезком - *mycin*: эритромицин, олеандомицин;
- 3) с отрезком - *cillin*: ампициллин, бициллин.

Задание 3. Переведите следующие рецепты:

1. Возьми: Масла персикового 10,0
 Ментола 0,1.
 Смешай. Выдай.
 Обозначь: Для ингаляций.
2. Возьми: Масла эвкалиптового 10,0
 Ментола 1,0
 Смешай. Выдай.
 Обозначь: Для ингаляций.

Задание 4. Напишите слова в словарной форме:

1. горицвет весенний
2. тысячелистник
3. эвкалипт
4. адонизид
5. хинин
6. нашатырно-анисовые капли
7. эуфиллин
8. глицерин
9. сахар
10. вазелин
11. этиловый эфир
12. такая доза

Задание 5. Переведите рецептурные выражения:

Смешай, пусть получится мазь.
Выдай такие дозы числом 10 в ампулах.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что такое частотный отрезок?
2. Какова структура двухсловных фармацевтических терминов?
3. В чем заключается особенность некоторых фармацевтических терминов?
4. Какова структура трехсловных фармацевтических терминов?

Урок № 26

Тема: Рецепт. Химическая номенклатура в рецепте. Структура наименований кислот, оксидов, солей.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Ответьте на вопрос:

1. Какова особенность образования латинских названий солей и оксидов?

Задание 2. Образуйте названия солей в Nom. et Gen. Sg.:

лактат кальция, глюконат кальция, нитрат серебра, хлорид стронция

Задание 3. Образуйте названия кислот в Nom. et Gen. Sing.:

фосфорная кислота, лимонная кислота, нуклеиновая кислота, серная кислота

Задание 4. Напишите слова в словарной форме:

1. ромашка
2. шалфей
3. белена
4. этилморфин
5. тиамин
6. метилсалицилат
7. борная кислота
8. хлористоводородная кислота
9. глютаминовая кислота
10. кальция глюконат
11. натрия хлорида
12. оксид ртути

Задание 5. Переведите следующие рецепты:

1. Возьми: Кальция хлорида 10,0
Воды дистиллированной 200 мл
Смешай. Выдай.
Обозначь: По 1 столовой ложке 3-4 раза в день.
2. Возьми: Апоморфина гидрохлорида 0,05
Кислоты хлористоводородной разведенной 0,5 мл
Воды дистиллированной 200 мл
Смешай. Выдай.
Обозначь: По 1 столовой ложке 2-3 раза в день (как отхаркивающее).

Вопросы для самоконтроля:

1. Каковы принципы образования латинских названий кислот?
2. Каковы принципы образования латинских названий оксидов? закисей?
3. Каковы принципы образования латинских названий солей?

Урок № 27

Тема: Рецепт. Стандартные рецептурные формулировки с глаголами. Предлоги в рецепте.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Ответьте на вопросы:

1. Какие глаголы обычно употребляются в рецепте и в каких формах?
2. Какова особенность глагола *fiо, fieri*?
3. Какие предлоги употребляются в рецепте?

Задание 2. Переведите рецепты:

1. Возьми: Линимента синтомицина 1% с новокаином 0,5% 50,0
Выдай.
Обозначь. Нанести на раневую или ожоговую поверхность.
2. Возьми: Серы "в чистом виде"
Магния оксида.
Сахара по 10,0.
Смешай, пусть образуется порошок. Выдай.
Обозначь: По 1/2 чайной ложки на прием 2 раза в день (слабительное).

Задание 3. Постройте фармацевтические термины в Nom. и Gen. Sing.:

персиковое масло	раствор адреналина гидрохлорида
порошок листьев наперстянки	масляный раствор ретаболила
нашатырно-анисовые капли	этиловый спирт
настой травы горичвета весеннего	калия бензоат
свечи с ихтиолом	выдай в таблетках, покрытых оболочкой
белая глина	
аскорбиновая кислота	смешай, пусть получится порошок

Вопросы для самоконтроля:

- Перечислите рецептурные выражения с глаголами в повелительном наклонении.
Перечислите рецептурные выражения с глаголами в сослагательном наклонении.
Перечислите рецептурные выражения с глаголом *fiо, fieri*.
Перечислите предлоги, которые употребляются в рецепте?

Урок № 28

Тема: Рецепт. Пропись готовых дозированных форм (таблеток, свечей, драже, глазных пленок).

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Ответьте на вопросы:

Чем отличается прописывание готовых дозированных форм (таблеток, свечей, драже, глазных пленок) от прописи лекарственных средств, изготавливаемых в аптеке?

Каковы грамматические особенности прописывания готовых дозированных форм (таблеток, свечей, драже, глазных пленок)?

Задание 2. Переведите рецепты:

1. Возьми: Таблетки теобромина 0,25 числом 10
Выдай.
Обозначь: По 1 таблетке 3 раза в день.
2. Возьми: Таблетки "Аэрон" числом 10
Выдай.
Обозначь: По одной таблетке на прием (профилактически за 30-60 минут до отъезда).

Вопросы для самоконтроля:

Приведите грамматические варианты прописывания таблеток, свечей, драже, глазных пленок.

Практическое занятие № 29

Тема: Рецепт. Сокращения в рецепте. Дополнительные надписи в рецепте. Наречия и местоимения в рецепте.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Ответьте на вопросы:

1. Перечислите наречия, которые употребляются в рецепте?
2. Перечислите местоимения, которые употребляются в рецепте?

Задание 3. Переведите рецепты на русский язык.

Rp: Iodi puri 0.03
Kal.iodidi 0.3
Pulv.rad. Valer. 1.5
Pulv.rhiz. Glycyrrhizae q.s. f. pil. N 30
D. S.
Rp: Ol. Terebinth.
Chloroform.aa 10.0
Linim.compositi ad 60.0
M. f. linim.
D. S.

Вопросы для самоконтроля:

1. Каковы принципы сокращения в рецепте?
2. Какие дополнительные надписи употребляются в рецепте?
3. Какие наречия употребляются в рецепте?
4. Какие местоимения употребляются в рецепте?

Практическое занятие № 30

Тема: Обзор фармацевтической терминологии. Подготовка к контрольной работе.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Напишите следующие фармацевтические термины в Nom. et Gen. Sing.:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. нашатырно-анисовые капли | 6. настойка красавки |
| 2. персиковое масло | 7. раствор кодеина фосфата |
| 3. пероксид водорода | 8. цинковая мазь |
| 4. жидкий экстракт алоэ | 9. лактат кальция |
| 5. перечная мята | 10. жидкий экстракт боярышника |

Задание 2. Напишите следующие рецептурные формулировки:

1. Выдай в черной склянке.
2. Выдай такие дозы числом 10 в таблетках.
3. Смешай, чтобы образовалась паста.
4. Смешай, чтобы образовалась вагинальная свеча.
5. Смешай, выдай, обозначь.

Задание 3. Переведите следующие рецепты:

1. Возьми: Экстракта алоэ жидкого для инъекций 1 мл
Пусть будут выданы такие дозы числом 15 в ампулах.
Пусть будет обозначено. По 1 мл под кожу.
2. Возьми: Порошка леворина для суспензии 4 000 000 ЕД
Выдай.
Обозначь. По 2 чайных ложки 4 раза в день ребенку 10 лет.

Вопросы для самоконтроля:

- Структура рецепта. Части рецепта.
Понятие о простом и сложном рецепте. Части *Designatio materialium* сложного рецепта.
Основные правила оформления рецепта.
Виды доз.
Грамматическая зависимость в строке рецепта.

Практическое занятие № 31

Тема: Контрольная работа по фармацевтической терминологии.

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (контрольная работа (индивидуальные письменные задания по вариантам)).

Контрольная работа по фармацевтической терминологии

Вариант

Напишите фармацевтические термины в Nom. Et Gen. Sg.:

натрия сульфат	раствор перекиси водорода
салициловая кислота	касторовое масло
настойка зверобоя	масляный раствор витамина Д
настой шалфея	цинковая мазь
раствор лидокаина	атропина сульфат
таблетка, покрытая оболочкой	калия бензоат
экстракт красавки	крахмальная слизь

Переведите рецептурные строчки, укажите грамматическую зависимость:

- Смешай, чтобы получился противоастматический сбор.
Смешать. Простерилизовать. Выдать в ампулах для инъекций.
Выдай такие дозы числом 10 в вошеной бумаге.
Смешай, пусть получатся ректальные свечи.
Выдать такие дозы числом 10 в таблетках, покрытых оболочкой.

Выпишите рецепт по полной форме, указав названия частей:

Возьми: Новокаина 0,25
Натрия хлорида 3,0
Калия хлорида 0,038
Кальция хлорида 0,062
Воды для инъекций 500 мл
Смешать. Простерилизовать!
Выдать. Обозначить. Антисептическое средство

4. Переведите рецепты, сделайте разбор строчек:

Возьми: Салициловой кислоты 1,0
Этилового спирта 95% 50 мл
Смешай. Выдай.
Обозначь. Антисептическое средство.
Возьми: Раствора эфедрина гидрохлорида 5% 1 мл
Выдать такие дозы числом 6 в ампулах.
Обозначить.
Возьми: Отвара корневища змеевика 10,0 – 200 мл
Выдай. Обозначь. Для полоскания при стоматите.
Возьми: Таблетки «Хлозенид», покрытые оболочкой 0,005 числом 50
Выдай.
Обозначь. По 1 таблетке 2 раза в день.

Вопросы для самоконтроля:

Глаголы в рецепте. Рецептурные формулы с глаголами в *Imperativus*.

Рецептурные формулы с глаголами в *Conjunctivus*.

Глагол *fit*: особенности, использование в рецептурных формулах.

Лекарственные формы: твердые, мягкие, жидкие.

Пропись готовой дозированной формы. Грамматические варианты прописывания таблеток, свечей, драже.

Химическая номенклатура в рецепте. Образование наименований солей, оксидов, кислот. Суффиксы и префиксы в химической номенклатуре.

Структура фармацевтических терминов: «частотный отрезок» в тривиальных наименованиях лекарственных средств, особенности названий масел, мазей и др.

Практическое занятие № 32

Тема: Обзор материала по анатомической терминологии.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Напишите слова в словарной форме:

1. м. опускающая	7. абсцесс
2. сустав	8. бронхит
3. лоб	9. острый
4. легкое	10. детский
5. канал	11. отводящий
6. система	12. открытый

Задание 2. Сделайте грамматический анализ и переведите термины:

canalis alaris maior
vena comitans nervi hypoglossi
nucleus nervi abducentis
pulpitis purulenta communis
diabetes juvenilis

Задание 3. Постройте термины в *Nom et Gen. Sg et Pl.* по схеме:

мышца, поднимающая верхнюю губу
латеральный хрящ носа
сложная альвеолярная железа
травма среднего уха
постоянный зуб

Вопросы для самоконтроля:

Имя существительное: основные грамматические категории; словарная форма; определение склонения, рода; выделение основы. Сводная таблица пяти склонений существительных.

Имя прилагательное: основные грамматические категории. Понятие о степенях сравнения. Две группы прилагательных в положительной степени: 1-ая группа (родовые окончания, словарная форма, склонение). 2-ая группа (деление на подгруппы, словарная форма прилагательных с различным числом родовых окончаний, склонение).

Прилагательные в сравнительной степени: образование, словарная форма, склонение.

Прилагательные в превосходной степени: образование, словарная форма, склонение.

Структура анатомических терминов. Понятие об определяемом слове, несогласованном и согласованном определении.

Практическое занятие № 33

Тема: Обзор материала по фармацевтической терминологии.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Напишите в следующие фармацевтические термины в *Nom et Gen. Sg.*:

нашатырно-анисовые капли
настойка красавки
свечи с ихтиолом
слизь крахмала
персиковое масло
раствор кодеина фосфата
бриллиантовая зелень
разведенный раствор
пероксида водорода

настой листьев наперстянки
скипидар очищенный
сложный порошок
отвар коры дуба
жидкий экстракт алоэ для
инъекций
алтейный сироп
цинковая мазь

Задание 2. Напишите следующие рецептурные выражения:

Выдать в черной склянке.

Выдать такие дозы числом 6 в ампулах.

Выдай такие дозы числом 10 в желатиновых капсулах.

Смешай. Выдай. Обозначь.

Смешай, чтобы образовалась паста.

Смешай, пусть образуются ректальные свечи.

Задание 3. Напишите рецепты по полной форме, указав части и грамматическую зависимость:

Возьми: Апоморфина гидрохлорида 0,05

Кислоты хлористоводородной разведенной 0,5 мл

Воды дистиллированной 200 мл

Смешай. Выдай.

Обозначь: По 1 столовой ложке 2-3 раза в день
(как отхаркивающее).

Возьми: Фосфата кодеина 0,015

Ацетилсалициловой кислоты 0,5

Аскорбиновой кислоты 0,1

Рутин 0,02

Димедрола 0,02

Лактата кальция 0,1

Смешай, пусть получится порошок. Выдай такие дозы числом 20.

Обозначь. По 1 порошку 3 раза в день.

Вопросы для самоконтроля:

Структура рецепта. Части рецепта.

Понятие о простом и сложном рецепте. Части *Designatio materialium* сложного рецепта.

Основные правила оформления рецепта.

Виды доз.

Грамматическая зависимость в строке рецепта.

Глаголы в рецепте. Рецептурные формулы с глаголами в *Imperativus*.

Рецептурные формулы с глаголами в *Conjunctivus*.

Глагол *fit*: особенности, использование в рецептурных формулах.

Лекарственные формы: твердые, мягкие, жидкие.

Пропись готовой дозированной формы. Грамматические варианты прописывания таблеток, свечей, драже.

Химическая номенклатура в рецепте. Образование наименований солей, оксидов, кислот. Суффиксы и префиксы в химической номенклатуре.

Структура фармацевтических терминов: «частотный отрезок» в тривиальных наименованиях лекарственных средств, особенности названий масел, мазей и др.

Практическое занятие № 34

Тема: Обзор материала по клинической терминологии.

Форма текущего контроля успеваемости: устная (устный опрос теоретического материала), письменная (лексический диктант).

Задание 1. Проанализируйте и переведите термины:

Amnesia

Anaemia

Anaesthesia

Angioma

Asthenia

Bradycardia

Bronchectasia

Bronchostenosis

Cystalgia

Cystitis

Endometritis

Gastrotonia

Gerontologia

Glossalgia

Haemorrhoea

Hepatomia

Haematoma

Hyperaesthesia

Hysteropexia

Cephalalgia

Laryngoscopia

Macroglossia

Oncologus

Ophthalmorrhagia

Osteodystrophia

Paranephritis

Pelviographia

Pyothorax

pyodermia

Pyorrhoea

rhinorrhagia

stomatorrhagia

toxaemia

Задание 2. Построить термины с заданным значением:

белокровие

боль в суставах (в языке, в области сердца)

боль в мочевом пузыре

водянка почки, водянка крови

воспаление вен (века, почки, печени) заболевание суставов (костного мозга)

паралич языка

зубная боль

наложение шва на желудок

образование мочи

осмотр мочевого пузыря

отсутствие памяти (мочи)

паралич одной конечности

паралич двух конечностей

опухоль из нервных волокон

размягчение костей (железы)

разрез, рассечение гортани (вены)

расстройство глотательной функции

расширение вен

страх одиночества

Вопросы для самоконтроля:
 Понятие о клинической терминологии.
 Способы словообразования, применяемые в клинической терминологии.
 Структура сложного клинического термина.
 Структура производного клинического термина.
 Понятие о начальных и конечных терминологических элементах.
 Понятие о свободных и связанных терминологических элементах.
 Схема перевода клинических терминов.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО 3 МОДУЛЮ

Письменный ответ	Устный ответ	Оценка по 5-балльной системе
Обучающийся показал твердые знания и умения по всем разделам программы данной дисциплины. Понимает логику построения терминов в различных подсистемах медицинской терминологии. Допустил не более 1 ошибки.	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить ошибку.	5
Обучающийся показал хорошие знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения терминов в различных подсистемах медицинской терминологии. Допустил - при построении и анализе многословных терминов 2-3 лексические ошибки; - при анализе и конструировании одно словных клинических терминов 1-2 орфографических ошибки; - при оформлении рецепта – 1 ошибку.	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить допущенные ошибки.	4
Обучающийся показал удовлетворительные знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения терминов в различных подсистемах медицинской терминологии. Допустил - при анализе и построении многословных терминов не более 2-3 грамматических и 3-4 орфографических ошибок; - при анализе и конструировании одно словных клинических терминов 3-4 орфографических ошибки, и 1-2 лексических либо терминологических; - при оформлении рецепта – 1 грамматическая и 2-3 орфографических либо лексических ошибок.	Обучающийся ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен проанализировать и исправить допущенные ошибки.	3
Обучающийся показал слабые знания и умения по основным разделам программы. Выполнил менее 60% задания, либо допустил: - при анализе и построении многословных терминов грубые грамматические ошибки (3-4); орфографические и лексические ошибки (5-6); - при построении и анализе клинических однословных терминов 4-5 лексических, а также орфографические ошибки. - при оформлении рецепта – 5-6 ошибок различного характера.	Обучающийся имеет слабое представление о принципах построения терминов в различных подсистемах медицинской терминологии. Нетвердо знает лексический материал. Плохо анализирует собственные ошибки.	2

ТЕСТЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

№	Содержание	Ключ
МОДУЛЬ 3. ОСНОВЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ И ОБЩЕЙ РЕЦЕПТУРЫ		
ЧАСТОТНЫЕ ОТРЕЗКИ		
1.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ названия местнообезболивающих средств включают частотный отрезок 1. -vit- 2. -aethyl- 3. -pur- 4. -aesthes- 5. -sed-	-aesthes-
2.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ антибиотикам, продуцируемым грибом <i>Streptomyces</i> , соответствует частотный отрезок 1. -cyclin- 2. -alg- 3. -cillin- 4. -mycin- 5. -phyll-	-mycin-
3.	УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ <i>Pentalginum</i> 1. витамины 2. антибиотики 3. болеутоляющие	болеутоляющие

	4. сердечные 5. жаропонижающие	
4.	УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ <i>Oligovitum</i> местн. обезболивающие антибиотики витамины сердечные глюкозосодержащие	витамины
5.	УКАЖИТЕ АНТИБИОТИК 1. Microcidum 2. Gentamycinum 3. Urosulfanum 4. Septin 5. Antipyrinum	Gentamycinum
6.	УКАЖИТЕ ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ 1. Oxylinum 2. Methicillinum 3. Oestradiolum 4. Ichthyolum 5. Plathyphyllinum	Oestradiolum
7.	УКАЖИТЕ УСПОКАИВАЮЩЕЕ СРЕДСТВО 1. Analginum 2. Senadexin 3. Hypothiazidum 4. Seduxen 5. Aethazolum	Seduxen
8.	УКАЖИТЕ БОЛЕУТОЛЯЮЩЕЕ СРЕДСТВО 1. Pentalginum 2. Nitrofunginum 3. Testosteronum 4. Prochodolum 5. Mentholum	Pentalginum
СТРУКТУРА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ТЕРМИНА		
1.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА <i>спиртовой раствор йода</i> solutio Iodispirituosa solutio Iodispirituosus solutio Iodumspirituosum spirituosaolutio Iodi spirituosa Iodisolutio	solutio Iodispirituosa
2.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА <i>глазная тетрациклиновая мазь</i> 1. ophthalmica unguenti Tetracyclini 2. unguenti Tetracyclini ophthalmicum 3. unguentum Tetracyclini ophthalmicum 4. Tetracyclinum ophthalmicum unguentum 5. ophthalmicum unguentum ophthalmicum	unguentum Tetracyclini ophthalmicum
3.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА <i>infusum foliorum Digitalis</i> настойка листьев наперстянки настой листьев наперстянки настой листьев красавки настой цветков наперстянки настойка цветков наперстянки	настой листьев наперстянки
4.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА <i>корневище валерианы</i> Rhizoma Valerianae Radices Valerianae Rhizomata Valerianae Radicum Valerianae Radix Valerianae	Rhizoma Valerianae
ХИМИЧЕСКАЯ НОМЕНКЛАТУРА		
1.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>серная кислота</i> acidum nitrosum acidum sulfuricum acidum salicylicum acidum ascorbinicum acidum phosphoricum	acidum sulfuricum
2.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>бескислородная соль</i> 1. -id-um 2. -is 3. -as	-id-um
3.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>сульфат</i> 1. sulfis 2. sulfas 3. sulfidum	sulfas

	4. sulfatis 5. sulfitis	
4.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>водород</i> Magnesium Hydrogenium Oxygenium Hydrargyrum Plumbum	Hydrogenium
5.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>Hydrargyrum</i> 1. магний 2. ртуть 3. марганец 4. азот 5. фтор	ртуть
6.	ОПРЕДЕЛИТЕ НАИМЕНОВАНИЕ СОЛИ 1. acidum ascorbinicum 2. Natrii chloridum 3. Zinci oxydum 4. Aluminii peroxydum 5. acidum phosphoricum	Natrii chloridum
НОМЕНКЛАТУРНЫЕ НАИМЕНОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ		
1.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>Recipe: Herbae Adonidis</i> 1. Возьми: Травы зверобоя 2. Возьми: Травы ландыша 3. Возьми: Травы горичвета 4. Возьми: Травы шалфея 5. Возьми: Травы крапивы	Возьми: Травы горичвета
2.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ <i>свечи с димедролом - Suppositoria cum ...</i> 1. Dimedrolum 2. Dimedroli 3. Dimedrolorum 4. Dimedrola 5. Dimedrolo	Dimedrolo
3.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ <i>в ампулах для инъекций – in ampullis ... injectionibus</i> ad per pro cum in	pro
4.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ <i>для детей – ... infantibus</i> ad per pro cum in	pro
5.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>крапива</i> 1. Crataegus 2. Digitalis 3. Ricinus 4. Urtica 5. Frangula	Urtica
6.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>скипидар</i> 1. oleum Terebinthinae 2. oleum Ricini 3. oleum Helianthi 4. oleum Menthae 5. oleum Olivarum	oleum Terebinthinae
7.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>oleum Ricini</i> 1. скипидар 2. касторовое масло 3. масло тимьяна 4. масло терпентинное 5. масло клещевины	касторовое масло
8.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>solutio Synoestrioleos ...</i> 1. -us 2. -i 3. -a 4. -ae 5. -um	-a

9.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>oleumPersic...</i> 1. -is 2. -ae 3. -orum 4. -arum 5. -i	-orum
10.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>oleumHelianth...</i> 1. -is 2. -ae 3. -orum 4. -arum 5. -i	-i
11.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>настой листьев эвкалипта – infusum foli... Eucalypti</i> 1. -arum 2. -orum 3. -um 4. -uum 5. -erum	-orum
12.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>отвар плодов шиповника – decoctum fruct... Rosae</i> 1. -arum 2. -orum 3. -um 4. -uum 5. -erum	-uum
13.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>emulsumole... Ricini - эмульсия касторового масла</i> 1. -is 2. -ae 3. -orum 4. -arum 5. -i	-i
14.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СОГЛАСОВАНИЕ "unguentum, i, n" С ПРИЛАГАТЕЛЬНЫМ "albus, a, um" unquentumalba unquentumalbum unquentumalbus	unquentumalbum
15.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СОГЛАСОВАНИЕ "tinctura, ae, f" С ПРИЛАГАТЕЛЬНЫМ "amarus, a, um" 1. tinctura amara 2. tinctura amarum 3. tinctura amarus	tinctura amarum
16.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>для ингаляций</i> 1. proauctore 2. pro infantibus 3. pro injectionibus 4. pro inhalatione 5. pronarcosi	pro inhalatione
РЕЦЕПТ		
1.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>Выдайтакиедозы</i> 1. Dentur tales doses. 2. Da tales doses. 3. Detur tales doses.	Da tales doses
2.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>Смешай, пусть получится порошок</i> Misce, fiatunguentum. Misce, fiantspecies. Misce, fiatpulvis. Misce, fiatlinimentum. Misce, fiat pasta.	Misce, fiatpulvis.
3.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД <i>Смешай, пустьполучитсягруднойсбор</i> 1. Misce, fiant species antiasthmaticae. 2. Misce, fiant species pectorales. 3. Misce, fiant species diureticae. 4. Misce, fiant species laxantes. 5. Misce, fiant species sedativae.	Misce, fiant species pectorales.
4.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ	Возьми: Свечи «Анузол»

	<i>Recipe: Suppositoria "Anusolum"</i> 1. Возьми: Свечу «Анузол» 2. Возьми: Свечи «Анузол» 3. Возьми: Таблетки «Анузол» 4. Возьми: Шарики «Анузол»	
5.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>Recipe: Solutionis Iodi spirituos...</i> 1. -ae 2. -am 3. -i 4. -is 5. -as	-ae
6.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>Recipe: Extracti Crataegifluid...</i> 1. -ae 2. -am 3. -i 4. -is 5. -as	-i
7.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОКОНЧАНИЕ <i>Recipe: Solutionis Natriichloridiisotonic...</i> 1. -ae 2. -am 3. -i 4. -is 5. -as	-ae

МАТЕРИАЛЫ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ СТУДЕНТОВ.

Практическое занятие №35

Тема: Зачет (письменный этап).

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет.

Форма проведения: письменно.

Задача 1. Проанализируйте и переведите следующие термины:

vas lymphaticum efferens arthritis migrans
apertura pelvis superior pulvis Sulfuris depurati subtilissimus

Задача 2.

а) Постройте следующие анатомические термины в *Nom. et Gen., Sg. et Pl.:*

Борозда сигмовидного синуса
Малый подъязычный проток
Нижняя поверхность языка
Косая часть гортани

б) Постройте термины в *Nom. et Gen. Sg.:*

кавернозный туберкулез легких
хроническая атрофия мышц

Задача 3. а) Переведите рецепт, выпишите его по полной форме, указав названия частей. Покажите грамматическую зависимость в строке рецепта:

Возьми: Кислоты бензойной 0,6
Кислоты салициловой 0,3
Вазелина 10,0
Смешай, пусть получится мазь. Выдай.
Обозначь. Для смазывания пораженных участков кожи.

б) Переведите рецепты, укажите грамматическую зависимость в рецептурной строке:

Возьми: Касторового масла 20 мл
Ксероформа 1,2
Винилина 1 мл
Смешай, пусть получится линимент. Выдать.
Обозначить. Для мажевых повязок.

Возьми: Свечи вагинальные "Осарбон" числом 10.
Обозначь. По 1 свече на ночь.

Задача 4. а) Проанализируйте и переведите следующие термины, укажите значения аффиксов:

Anuria tracheotomia
Dystonia melanuria
Orchitis hydrophobia
Odontoma gastrectasia
Monoplegiaosteomalacia

б) Постройте термины с заданным значением:

воспаление (слизистой оболочки) рта цианоз (синюшность)
специалист по кожным заболеваниям повышенная реактивность
восстановительная операция на ухе боль в языке

Практическое занятие № 36.

Тема: Зачет (устный этап).

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет.

Форма проведения: устно.

Темы для подготовки к зачету по латинскому языку

1. Понятие термина и терминологии. Деление медицинских терминов на три номенклатурные группы. Источники медицинской терминологии.
2. Имя существительное: основные грамматические категории; словарная форма; определение склонения, рода; выделение основы. Сводная таблица пяти склонений существительных.
3. Имя прилагательное: основные грамматические категории. Понятие о степенях сравнения. Две группы прилагательных в положительной степени: 1-ая группа (родовые окончания, словарная форма, склонение). 2-ая группа (деление на подгруппы, словарная форма прилагательных с различным числом родовых окончаний, склонение).
4. Прилагательные в сравнительной степени: образование, словарная форма, склонение.
5. Прилагательные в превосходной степени: образование, словарная форма, склонение.
6. Неправильные и недостаточные степени сравнения прилагательных.
7. Структура анатомических терминов. Понятие об определяемом слове, несогласованном и согласованном определении.
8. Схема построения термина с несогласованным определением.
9. Схема построения термина с согласованным определением.
10. Структура многословных анатомических терминов.
11. Третье склонение существительных. Мужской род: родовые окончания, основные исключения. Женский род: родовые окончания, основные исключения. Средний род: родовые окончания, основные исключения, правило слов среднего рода. Сходные окончания у существительных разных родов.
12. Третье склонение существительных: понятие о типах склонения. Схема определения типа у существительных III склонения. Особенности склонения слов согласного, смешанного и гласного типов. Сводная таблица III склонения существительных и прилагательных.
13. Греческие существительные I-III склонений. Особенности склонения.
14. Глагол. Основные грамматические категории. Словарная форма. Определение основы настоящего времени. Определение спряжения глагола.
15. Глагол. Образование повелительного наклонения.
16. Глагол. Образование сослагательного наклонения. Глагол *fio, fieri*.
17. Глагол в рецепте. Рецептурные выражения с глаголами в повелительном и сослагательном наклонении. Рецептурные формулировки с глаголом *fio*.
18. Причастия. Причастие настоящего времени действительного залога: образование, перевод, словарная форма, склонение, роль в многословных терминах (примеры).
19. Причастия. Причастие прошедшего времени страдательного залога: образование, перевод, словарная форма, склонение, роль в многословных терминах (примеры).
20. Схема грамматического разбора частей речи.

Р е ц е п т

21. Структура рецепта. Части рецепта.
22. Понятие о простом и сложном рецепте. Части *Designatio* *materiarum* сложного рецепта.
23. Основные правила оформления рецепта.
24. Виды доз:
для жидких веществ,
для твердых и сыпучих веществ,
в каплях,
неопределенная доза,
сложная доза.
25. Грамматическая зависимость в строке рецепта.
26. Глаголы в рецепте. Рецептурные формулы с глаголами в *Imperativus*.
27. Рецептурные формулы с глаголами в *Conjunctivus*.
28. Глагол *fio*: особенности, использование в рецептурных формулах.
29. Лекарственные формы: твердые, мягкие, жидкие.
30. Пропись готовой дозированной формы. Грамматические варианты прописывания таблеток, свечей, драже.
31. Химическая номенклатура в рецепте. Образование наименований солей, оксидов, кислот. Суффиксы и префиксы в химической номенклатуре.
32. Структура фармацевтических терминов: «частотный отрезок» в тривиальных наименованиях лекарственных средств, особенности названий масел, мазей и др.
33. Латинские предлоги в рецептах, употребляемые с *Accusativus et Ablativus*. Предложное управление в латинском языке. Наиболее употребительные рецептурные формулировки и профессиональные выражения с предлогами *in, per, ad, pro*.
34. Наречия и местоимения в рецептах. Дополнительные надписи в рецептах.
35. Принципы сокращения в рецептах.

С л о в о о б р а з о в а н и е

36. Понятие о клинической терминологии.
37. Способы словообразования, применяемые в клинической терминологии.
38. Структура сложного клинического термина.
39. Структура производного клинического термина.
40. Понятие о начальных и конечных терминологических элементах.
41. Понятие о свободных и связанных терминологических элементах.
42. Схема перевода клинических терминов.
43. Латинские и греческие приставки. Приставки-числительные.
44. Латинские и греческие суффиксы.
45. Греческие терминологические элементы и латинские дублеты.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ НА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ЗАЧЕТЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА С МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИЕЙ»

На зачете осуществляется контроль сформированности учебных знаний, умений обучающихся:

-построение многословных анатоми-гистологических, клинических и фармацевтических терминов;
 -анализ и перевод многословных анатоми-гистологических, клинических и фармацевтических терминов;
 -грамотное оформление рецепта и конструирование фармацевтических терминов;
 -анализ, перевод и конструирование однословных клинических терминов;
 -при устном ответе обучающемуся необходимо показать умение владеть медицинской терминологией в объеме учебной программы, четко и логично ответить на поставленные вопросы.

Письменный ответ	Устный ответ	Оценка по 5-балльной системе
Обучающийся показал твердые знания и умения по всем разделам программы данной дисциплины. Понимает логику построения терминов в различных подсистемах медицинской терминологии. Допустил не более 1 ошибки.	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить ошибку.	5
Обучающийся показал хорошие знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения терминов в различных подсистемах медицинской терминологии. Допустил - при построении и анализе многословных терминов 2-3 лексические ошибки; - при анализе и конструировании одно словных клинических терминов 1-2 орфографических ошибки; - при оформлении рецепта – 1 ошибку.	Обучающийся уверенно ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен самостоятельно проанализировать и исправить допущенные ошибки.	4
Обучающийся показал удовлетворительные знания и умения по всем разделам программы. Понимает логику построения терминов в различных подсистемах медицинской терминологии. Допустил - при анализе и построении многословных терминов не более 2-3 грамматических и 3-4 орфографических ошибок; - при анализе и конструировании одно словных клинических терминов 3-4 орфографических ошибки, и 1-2 лексических либо терминологических; - при оформлении рецепта – 1 грамматическая и 2-3 орфографических либо лексических ошибок.	Обучающийся ориентируется во всех разделах медицинской терминологии в пределах пройденного курса. Способен проанализировать и исправить допущенные ошибки.	3
Обучающийся показал слабые знания и умения по основным разделам программы. Выполнил менее 60% задания, либо допустил: - при анализе и построении многословных терминов грубые грамматические ошибки (3-4); орфографические и лексические ошибки (5-6); - при построении и анализе клинических однословных терминов 4-5 лексических, а также орфографические ошибки. - при оформлении рецепта – 5-6 ошибок различного характера.	Обучающийся имеет слабое представление о принципах построения терминов в различных подсистемах медицинской терминологии. Нетвердо знает лексический материал. Плохо анализирует собственные ошибки.	2

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание 1: элементы латинской грамматики и способы словообразования; Знание 2: 500 лексических единиц; Знание 3: глоссарий по специальности.	Вопросы 1-20 Вопросы 1-20, 29, 36-45 Вопросы 21-35
Умение 1: читать и писать на латинском языке медицинские (анатомические, клинические и фармацевтические) термины; Умение 2: объяснять значения терминов по знакомым терминологическим элементам; Умение 3: переводить рецепты и оформлять их по заданному нормативному образцу.	Задачи 1-10, 21-35 Задачи 36-45 Задачи 21-35

20. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ПАТОЛОГИИ»

Материалы текущего контроля успеваемости студентов.

А. Вопросы для самостоятельной подготовки студентов

Модуль 1.

Практическое занятие №1

Тема: «Воспаление»

Вопросы для подготовки к практическому занятию:

1. Определение, причины, классификация.

2. Местные и общие признаки воспаления.
3. Стадии развития воспалительной реакции.
4. Первичная и вторичная альтерация. Роль окислительного стресса в развитии вторичной альтерации.
5. Изменение обмена веществ в очаге воспаления. Нарушение проницаемости мембран клеток и клеточных органелл.
6. Реакция сосудов микроциркуляторного русла при воспалении. Изменения регионарного кровотока, стадии и механизмы развития этих изменений в динамике воспалительного процесса.
7. Эмиграция лейкоцитов при воспалении: механизм, биологическое значение.
8. Роль различных видов лейкоцитов в очаге воспаления.
9. Пролиферация. Репаративная стадия воспаления.
10. Биологическое значение воспаления. Роль И.И. Мечникова в развитии учения о воспалении.

Практическое занятие № 2

Тема: «Патология тканевого роста»

Вопросы для подготовки к практическому занятию:

1. Опухоль. Понятие. Характерные черты доброкачественных и злокачественных опухолей.
2. Этиология опухолей. Определение понятия "канцероген". Экзогенные химические канцерогенные вещества.
3. Протоонкогены. Онкогены. Онкосупрессоры. Определение понятий. Опухолевая трансформация как многоэтапный процесс накопления в геноме клетки не связанных между собой мутаций.
4. Канцерогенез. Определение понятия. Представление о стадийности канцерогенеза. Инициация. Промоция. Прогрессия.
5. Инвазия и метастазирование как главные проявления прогрессии опухоли.
- Роль ангиогенеза в процессе диссеминации опухолевых клеток.
6. Факторы организма, влияющие на развитие опухоли (роль возраста, наследственности).
7. Эндогенные канцерогенные ситуации. Модель Бискинда.
8. Вирусный канцерогенез. Опухолеродные ДНК-содержащие и РНК-содержащие вирусы.
9. Взаимодействие опухоли и организма: проявления системного влияния опухоли на организм.

Модуль 2.

Практическое занятие №1

Тема: «Патология водно-электролитного обмена. Отеки»

Вопросы для подготовки к практическому занятию:

1. Понятие о внешнем и внутреннем балансе воды.
2. Электролитный состав внеклеточной жидкости (ВКЖ). Осмотическое давление ВКЖ. Роль ионов натрия. Законы электро-нейтральности и изоосмолярности. Механизмы перемещения жидкости в системах: внутрисосудистая жидкость – интерстиций и интерстиций - клетка.
3. Гипергидратация, определение понятия. Изо-, гипо-, гипертонический типы гипергидратации. Изменение соотношения содержания воды во внутри- и внеклеточных секторах организма при разных типах гипергидратации. Патологические проявления. Межсистемные механизмы компенсации.
4. Дегидратация, определение понятия. Изо-, гипо-, гипертонический типы дегидратации. Изменение соотношения содержания воды во внутри- и внеклеточных секторах организма при разных типах дегидратации. Патологические проявления. Межсистемные механизмы компенсации. Осмоляльный интервал и его диагностическое значение.
5. Отеки. Определение понятия. Виды отеков, этиология, патогенез.

Практическое занятие №2

Тема: «Патология кислотно-основного состояния»

Вопросы для подготовки к практическому занятию:

1. Нарушения кислотно-основного равновесия в организме, классификация.
 2. Физиологические системы организма, принимающие участие в поддержании постоянства рН, роль легких и почек в поддержании постоянства КОС.
 3. Метаболический ацидоз, причины, показатели, механизмы компенсации.
 4. Газовый ацидоз, причины, механизмы развития, показатели лабораторной диагностики.
 5. Метаболический алкалоз, причины, механизм развития, показатели лабораторной диагностики.
 6. Газовый алкалоз, причины, механизм развития, показатели лабораторной диагностики.
- Особенности электролитного состава при нарушениях КОС

Модуль 3.

Практическое занятие №1

Тема: «Патология печени»

Вопросы для подготовки к практическому занятию:

1. Общая этиология и патогенез заболеваний печени.
2. Печеночная недостаточность. Понятие, признаки.
3. Печеночная энцефалопатия, причины, признаки, механизм развития.
4. Геморрагический синдром. Понятие, патогенез.
5. Портальная гипертензия. Понятие, механизм развития, признаки.
6. Механическая, паренхиматозная и гемолитическая желтухи, причины, механизм развития.

Практическое занятие №2

Тема: «Патология красной крови»

Вопросы для подготовки к практическому занятию:

1. Изменения массы крови. Гиперволемиа и гиповолемиа, виды по гематокриту, причины развития.
2. Анемии, понятие, классификация.
3. Острая постгеморрагическая анемия, причины, патогенез, стадии, картина крови.
4. Виды патологических гемоглобинов: метгемоглобин, карбгемоглобин, фетальный гемоглобин, нестабильные гемоглобины.
5. Этиология, патогенез и картина крови при железодефицитных анемиях.
6. Этиология, патогенез и картина крови при витамин В₁₂ - дефицитных и фоливодефицитных анемиях.
7. Гемолитические анемии, виды. Особенности картины крови при экзо- и эндоэритроцитарных гемолитических анемиях.
8. Гипо- и апластические анемии, этиология, патогенез, картина крови.
9. Эритроцитозы, виды.
10. СОЭ, понятие, особенности при анемиях.

Практическое занятие №3

Тема: «Патология белой крови»

Вопросы для подготовки к практическому занятию:

1. Современная схема генеза лейкоцитов.
2. Понятие о лейкоцитозах, классификация лейкоцитозов.
3. Лейкопении, виды, причины возникновения.
4. Понятие о ядерном индексе и сдвигах в лейкоформуле. Значение ядерных сдвигов в прогнозе заболевания.
5. Понятие «лейкоз», характерные черты.
6. Современные взгляды на этиологию и патогенез лейкозов. Стадии патогенеза лейкозов. Классификация лейкозов. Особенности картины крови при различных видах лейкозов. Стадии хронического лейкоза.
7. Лейкемоидные реакции, виды, механизм развития, отличия от лейкозов.

Практическое занятие №4

Тема: «Патология системы гемостаза»

Вопросы для подготовки к практическому занятию:

1. Система «гемостаза», понятие.
2. Понятие о первичном и вторичном гемостазе.
3. Нарушения сосудисто-тромбоцитарного гемостаза при тромбоцитопениях, изменении свойств тромбоцитов.
4. Вазопатии, виды.
5. Нарушение коагуляционных механизмов гемостаза.
6. Коагулопатии врожденные и приобретенные.
7. Нарушения фибринолиза.
8. ДВС-синдром. Понятие. Фазы развития.
9. Тромбоцитозы, виды.

Б. Письменные контрольные вопросы (вопросы входного контроля):

ВОПРОСЫ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ВОСПАЛЕНИЕ».

№ 1

Какие изменения обмена веществ развиваются в очаге воспаления при летальном повреждении клеток? Перечислите причинные факторы, вызывающие повышение температуры организма (при воспалении).

№ 2

Перечислите факторы, способствующие экссудации в очаге воспаления, виды экссудатов. Какова роль системы комплемента в развитии воспалительной реакции?

№ 3

Назовите факторы, способствующие развитию артериальной гиперемии при воспалении. Назовите патофизиологические эффекты действия ФАТ при воспалении.

№ 4

Перечислите факторы, способствующие экссудации в очаге воспаления, виды экссудатов. Роль лейкотриена В₄ в развитии воспаления.

№ 5

Анафилоксины, виды, их роль при воспалении. Назовите стадии сосудистых изменений при воспалении.

№ 6

Определение понятия «Воспаление», характерные черты. Назовите патофизиологические эффекты действия брадикинина при воспалении.

№ 7

Виды воспаления по преобладающему компоненту. Роль системы комплемента при воспалении, пути активации

№ 8

Виды воспаления по реактивности. Роль лейкотриена В₄ в развитии воспаления.

№ 9

Классификация причин воспаления. Перечислите метаболиты циклооксигеназного пути обмена арахидоновой кислоты.

№ 10

Перечислите физико-химические изменения в очаге воспаления. Назовите метаболиты липооксигеназного пути обмена арахидоновой кислоты.

№ 11

Молекулы адгезии, группы, роль на разных этапах адгезии лейкоцитов. Перечислите противовоспалительные цитокины.

№ 12

Перечислите факторы, способствующие экссудации в очаге воспаления, виды экссудатов.

Назовите патофизиологические эффекты действия гистамина при воспалении.

№ 13

Альтерация, виды, механизмы формирования.

Острофазовые реактанты (ОФР), основные группы, роль при воспалении.

№ 14

Определение понятия «Воспаление», характерные черты.

Перечислите провоспалительные цитокины.

№ 15

Механизмы формирования артериальной гиперемии при воспалении, особенности объемного и линейного кровотока.

Оксид азота. Роль при воспалении.

№ 16

Местные признаки воспаления, механизмы их формирования

Молекулы адгезии, группы, роль на разных этапах адгезии лейкоцитов.

№ 17

Назовите факторы способствующие развитию артериальной гиперемии при воспалении.

Биогенные амины, виды.

ВОПРОСЫ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ: «ОПУХОЛИ».

№ 1

Виды ДНК-содержащих онкогенных вирусов.

Стадии клеточного цикла и его контроль

№ 2

Перечислите стадии патогенеза опухолевого роста.

Виды РНК-содержащих онкогенных вирусов

№ 3

Перечислите характерные черты злокачественных опухолей.

Физические канцерогенные факторы

№ 4

Эндогенные канцерогенные ситуации, понятие.

Перечислите проявления системного влияния опухоли на организм.

№ 5

Модель Бискинда, понятие, схема.

Роль наследственности в развитии опухолей.

№ 6

Понятие " опухоль "

Понятие об экзогенных химических канцерогенных веществах

№ 7

Прогрессия опухолей, понятие.

Протоонкогены, понятие.

№ 8

Механизмы активации онкогенов.

Характерные черты злокачественных опухолей

№ 9

Антионкогены, понятие, примеры

Метастазирование. Понятие. Пути метастазирования

№ 10

Понятие о контрольных точках клеточного цикла

Роль возраста в развитии опухолей.

№ 11

Назовите онкогенные вируса человека

Раковая кахексия, понятие, патогенез.

№ 12

Инвазия, Понятие

Назовите РНК-содержащие вирусы человека.

№ 13

Методы изучения опухолей в эксперименте.

Опухолевая инициация, понятие

№ 14

Промоция как стадия развития опухолей, понятие.

Роль гена p53 в регуляции клеточного цикла

№ 15

Онкобелки, понятие, виды.

Перечислите проявления системного влияния опухоли на организм.

№ 16

Перечислите механизмы активации протоонкогенов.

Отличия доброкачественных и злокачественных опухолей

№ 17

Назовите гены, участвующие в стадии инициации опухолей

Метастазирование, определение понятия. Пути метастазирования

ВОПРОСЫ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ: «ПАТОЛОГИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА

№ 1

Гиперосмолярная дегидратация, понятие, причины.

Назовите отеки, связанные с повышением гидростатического давления

№ 2

1. Особенности изменения баланса воды и натрия по водным секторам при гиперосмолярной гипергидратации.

2. Перечислите виды отеков по этиологии.

№ 3

Особенности изменения баланса воды и натрия по водным секторам при гиперосмолярной дегидратации. Перечислите патологические факторы, участвующие в развитии отеков.

№ 4

Особенности изменения баланса воды и натрия по водным секторам при изоосмолярной гипергидратации. Значение отеков для организма.

№ 5

Особенности изменения баланса воды и натрия по водным секторам при гипоосмолярной гипергидратации. Назовите основной патогенетический фактор в развитии аллергических отеков.

№ 6

Гипоосмолярная гипергидратация, понятие, причины.

Назовите отеки в патогенезе которых основным является повышение коллоидно-осмотического давления в тканях.

№ 7

Изоосмолярная дегидратация, понятие, причины

Назовите отеки, связанные с повышением проницаемости сосудистой стенки

№ 8

Перечислите факторы, регулирующие объем внеклеточной жидкости.

Назовите патогенетические факторы развития воспалительного отека.

№ 9

Особенности изменения баланса воды и натрия по водным секторам при гипоосмолярной дегидратации.

Определение «отек»

№ 10

Гиперосмолярная гипергидратация, понятие, причины.

Назовите основной фактор в патогенезе токсических отеков

№ 11

Особенности изменения баланса воды и натрия по водным секторам при гипоосмолярной дегидратации.

Определение «отек»

№ 12

Особенности изменения баланса воды и натрия по водным секторам при гипоосмолярной гипергидратации.

Назовите основной патогенетический фактор в развитии аллергических отеков.

№ 13

Особенности изменения баланса воды и натрия по водным секторам при изоосмолярной гипергидратации.

Значение отеков для организма.

№ 14

Особенности изменения баланса воды и натрия по водным секторам при изоосмолярной дегидратации.

Назовите основной фактор в патогенезе нефротических отеков.

№ 15

Особенности изменения баланса воды и натрия по водным секторам при изоосмолярной гипергидратации.

Значение отеков для организма.

№ 16

Особенности изменения баланса воды и натрия по водным секторам при гиперосмолярной гипергидратации.

Перечислите виды отеков по этиологии.

ВОПРОСЫ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ: «ПАТОЛОГИЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ»

№ 1

Определение «кислотно-основное состояние» .

Патогенез нарушений при метаболическом алкалозе.

№ 2

Формы нарушения кислотно-основного состояния .

Механизмы компенсации при метаболическом алкалозе

№ 3

Компенсаторные реакции при основных формах нарушения КОС.

Понятие «газовый алкалоз».

№ 4

Понятие «метаболический ацидоз» .

Механизмы формирования газового алкалоза.

№ 5

Понятие «анионный интервал».

Основные факторы, обуславливающие развитие метаболического алкалоза.

№ 6

Метаболический ацидоз, изменения анионного интервала .

Патогенез нарушений при респираторном алкалозе.

№ 7

Причины развития дельта-ацидоза .

Понятие «метаболический алкалоз» .

№ 8

Причины развития не- дельта-ацидоза .

Механизмы компенсации при газовом алкалозе .

№ 9

Патогенез нарушений при метаболическом ацидозе .

Основные факторы, обуславливающие развитие метаболического алкалоза .

№ 10

1. Механизмы компенсации при метаболическом ацидозе.

2. Понятие «газовый алкалоз» .

№ 11

Понятие «газовый ацидоз» .

Метаболический ацидоз, изменения анионного интервала .

№ 12

1. Механизмы формирования газового ацидоза.

2. Патогенез нарушений при метаболическом алкалозе.

№ 13

1. Патогенез нарушений при газовом ацидозе .

2. Понятие «анионный интервал» .

№ 14

1. Механизмы компенсации при газовом ацидозе .

2. Основные факторы, обуславливающие развитие метаболического алкалоза.

ВОПРОСЫ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ: «ПАТОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ».

№ 1

Общая этиология заболеваний печени.

Портальная гипертензия, понятие, механизм развития.

№ 2

Основные факторы патогенеза печеночной комы.

Нарушения со стороны кишечника при механической желтухе.

№ 3

Механизм развития асцита при заболеваниях печени.

Нарушения двигательной функции кишечника при ахолии.

№ 4

Роль аммиака в патогенезе печеночной энцефалопатии.

Холемия, понятие, причины.

№ 5

Перечислите основные функции печени.

Механическая желтуха, причины, изменения содержания пигментов.

№ 6

Геморрагический синдром при заболеваниях печени, механизм развития.

Особенности обмена пигментов в I стадии паренхиматозной желтухи.

№ 7

Гемолитическая желтуха, причины, изменения пигментов.

Понятие «печеночная недостаточность».

№ 8

Методы изучения функций печени в эксперименте.

Изменение пигментов в крови и моче при механической желтухе.

№ 9

Причины паренхиматозной желтухи.

Укажите роль желчных кислот в пищеварении.

№ 10

Понятие «печеночная недостаточность».

Изменение пигментов в крови и моче при гемолитической желтухе.

№ 11

Причины механической желтухи.

Механизм развития асцита при заболеваниях печени.

№ 12

Укажите изменения пигментов в крови по стадиям паренхиматозной желтухи.

Перечислите основные функции печени.

№ 13

Холемия, причины, признаки.

Перечислите факторы патогенеза печеночной энцефалопатии.

№ 14

Ахолия, понятие, причины.

Изменение пигментов в крови и моче при механической желтухе.

№ 15

Укажите изменения пигментов в крови по стадиям паренхиматозной желтухи.

Роль аммиака в патогенезе печеночной энцефалопатии.

№ 16

Причины паренхиматозной желтухи.

Портальная гипертензия, понятие, механизм развития.

ВОПРОСЫ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ « ПАТОЛОГИЯ КРАСНОЙ КРОВИ »

№ 1

Классификация анемий по типу кроветворения.

Компенсаторные механизмы I-й стадии острой постгеморрагической анемии

№ 2

Виды нарушений общего объема крови по гематокриту.

2. Перечислите гиперхромные анемии.

№ 3

Экзоэритроцитарные гемолитические анемии, причины, картина крови

Компенсаторные механизмы 3-й стадии острой постгеморрагической анемии

№ 4

Перечислите гипохромные анемии.

Картина крови при болезни Аддисона-Бирмера в стадию рецидива

№ 5

1 Компенсаторные механизмы 2-й стадии острой постгеморрагической анемии

2. Назовите гиперрегенераторные анемии.

№ 6

Назовите анемии, при которых наблюдается мегалобластический тип кроветворения.

Отличия экзо- и эндоэритроцитарных гемолитических анемий

№ 7

Классификация анемий по степени регенерации.

Как изменяется содержание эритроцитов, гемоглобина и цветного показателя по стадиям острой постгеморрагической анемии?

№ 8

1. Причины гипо- и апластических анемий

2. Эндоэритроцитарные гемолитические анемии, обусловленные мембрано- патиями

№ 9

1. Гиповолемии, причины, виды по гематокриту.

2. Железодефицитные анемии, причины, картина крови.

№ 10

Гиперволемии, причины, виды по гематокриту.

Эндоэритроцитарные гемолитические анемии, обусловленные энзимопатиями

№ 11

Классификация анемий по этиологии и патогенезу.

2. Перечислите факторы, влияющие на СОЭ.

№ 12

Витамин В12-дефицитные анемии, виды, картина крови

Картина крови при гемолитической болезни новорожденных

№ 13

Картина крови при гипо- и апластических анемиях

Виды железодефицитных анемий

№ 14

Фолиеводефицитные анемии, причины, картина крови.

Эндоэритроцитарные гемолитические анемии, виды

№ 15

1. Картина крови при железодефицитных анемиях

2. Экзоэритроцитарные гемолитические анемии, причины, картина крови

№ 16

Картина крови при серповидноклеточной анемии

Эритроцитозы, виды.

№ 17

1. Причины гипо- и апластических анемий

Отличия экзо- и эндоэритроцитарных гемолитических анемий

№ 18

1. Классификация анемий по этиологии и патогенезу.

2. Картина крови при гемолитической болезни новорожденных

№ 19

1. Гиперволемии, причины, виды по гематокриту.

2. Эндоэритроцитарные гемолитические анемии, обусловленные мембрано патиями

ВОПРОСЫ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ: «ПАТОЛОГИЯ БЕЛОЙ КРОВИ»

№ 1

Виды физиологического перераспределительного лейкоцитоза, механизмы

Гематологические заболевания, сопровождающиеся моноцитозом.

№ 2

1. Основные механизмы развития лейкоцитозов

2. Панмиелофтиз- картина крови, причины

№ 3

Вторичные признаки патогенеза лейкозов

2. Эозинофилия, причины

№ 4

Особенности гранулопоза (регуляция, виды пулов нейтрофилов)

Перечислить заболевания, сопровождающиеся лимфоцитозом

№ 5

1. Определение понятия «Лейкозы»

2. Ядерные сдвиги в лейкоцитарной формуле: виды

№ 6

Моноцитоз, причины

2. Характерные черты, объединяющие лейкозы и другие опухоли

№ 7

Стадии развития хронического миелолейкоза

Составить лейкограмму с эозинофилией.

№ 8

1. Картина крови при хроническом лимфолейкозе

2. Особенности гранулопоза (регуляция, виды пулов нейтрофилов)

№ 9

Виды физиологического перераспределительного лейкоцитоза, механизмы

Перечислить первичные признаки патогенеза лейкозов

№ 10

1. Основные этиологические факторы лейкозов
2. Нейтрофилез, при каких заболеваниях встречается.

№ 11

1. Стадии развития хронического миелолейкоза
2. Основные заболевания, сопровождающиеся эозинофилией

№ 12

- Базофилия, при каких заболеваниях встречается.
Сдвиг влево регенеративный, характерные черты.

№ 13

- Этапы патогенеза лейкоза
Перечислить заболевания, сопровождающиеся моноцитозом

№ 14

Нейтрофилез, причины, при каких заболеваниях встречается?

2. Причины гибели больных лейкозами

№ 15

- Отличия лейкомоидных реакций от лейкозов
Составить лейкограмму с регенеративным сдвигом лейкоформулы влево

№ 16

- Лейкемоидные реакции, определение виды
2. Основные этиологические факторы лейкозов

№ 17

- Классификация лейкозов по количеству клеток в периферической крови.
2. Причины угнетения нормального гемопоэза при лейкозах.

№ 18

- Лейкемоидные реакции, их классификация
Вторичные признаки патогенеза лейкоза

№ 19

- Отличия лейкомоидных реакций от лейкозов
2. Классификация лейкозов по количеству клеток в периферической крови.
ВОПРОСЫ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ПАТОЛОГИЯ ГЕМОСТАЗА»

№ 1

1. Основные механизмы, определяющие замедление свертывания крови.
2. Нарушено всасывание витамина К. Как это отразится на свертываемости крови ?

№ 2

1. Симптоматические тромбоцитопении, их виды.
2. Геморрагический диатез, определение, классификация

№ 3

1. Факторы, участвующие в свертывании крови.
2. Виды гемофилий

№ 4

1. Сущность фибринолиза, его активаторы, последствия для организма.
2. Геморрагический диатез, определение, классификация.

№ 5

1. С чем связаны изменения свертывания крови при болезни Вакса ?
2. Вазопатии, виды

№ 6

1. Геморрагические диатезы, их виды.
2. Картина крови при болезни Верльгофа.

№ 7

1. Основные факторы, определяющие ускорение свертывания крови
2. Формы заболеваний, вызывающие нарушения 3 стадии свертывания крови ?

№ 8

1. Коагулопатии, виды
2. Основные факторы, способствующие тромбофилиям.

№ 9

1. ДВС-синдром, определение, стадии развития
2. Механизм развития болезни Верльгофа.

№ 10

1. Факторы, определяющие тромбообразование.
2. Основные механизмы, определяющие замедление свертывания крови.

№ 11

- Основные клинические симптомы, характерные для болезни Верльгофа.
2. Приобретенные коагулопатии, причины.

№ 12

- Формы заболеваний, возникающие при нарушении 2 стадии свертывания
2. Тромбоцитопатии, определение понятия

№ 13

1. Основные фазы свертывания крови .
2. Тромбоцитопении, механизмы развития

№ 14

1. Картина крови при болезни Верльгофа

2. Врожденные коагулопатии, виды

Критерии оценивания текущего контроля студентов

Оценка "ОТЛИЧНО" выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный материал, последовательно, грамотно и логически стройно его излагающему, демонстрирующему прочные интегративные связи со смежными дисциплинами.

Оценка "ХОРОШО" выставляется студенту, твердо знающему программный материал, грамотно и по существу излагающему его, который не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, показывает достаточно правильные знания смежных дисциплин.

Оценка "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется студенту, который имеет знания основного материала, однако, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала, со значительным трудом показывает интегративные знания со смежными дисциплинами.

Оценка " НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки.

В. Ситуационные задачи:

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ПАТОЛОГИИ КРАСНОЙ КРОВИ

№1

У больного весом 60 кг Масса крови 3,6л, гематокрит- 0,45, содержание гемоглобина 145г/л, эритроцитов $4,5 \times 10^{12}$ /л, ретикулоцитов 1%, СОЭ 4 мм/час. Поставить предположительный диагноз

У больного содержание гемоглобина 80г/л, эритроцитов $1,2 \times 10^{12}$ /л. Рассчитать ЦП

№2

1. У больного весом 70 кг масса крови 4,9л, гематокрит 0,32, содержание гемоглобина 110 г/л, эритроцитов $3,3 \times 10^{12}$ /л, ретикулоцитов 1%, СОЭ 16 мм/час. Поставить предположительный диагноз

2. У больного содержание эритроцитов $1,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобина 70г/л, СОЭ 20 мм/час, в мазке крови мегалобласты, мегалоциты. Рассчитать ЦП, поставить предположительный диагноз

№3

1. У больного в крови содержание эритроцитов $3,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобина 120г/л, ретикулоцитов 18%, в мазке крови шизоцитоз, СОЭ 3 мм/час. Рассчитать ЦП, поставить предположительный диагноз

2. У больного весом 76 кг масса крови 6,5л, гематокрит 0,6, количество эритроцитов $6,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобина 184г/л, СОЭ 1 мм/час. Поставить предположительный диагноз

№4

1. У больного весом 72кг масса крови 3,8л, гематокрит 0,6, содержание эритроцитов $5,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобина 170г/л СОЭ 1 мм/час. Рассчитать ЦП, поставить предположительный диагноз

2. У больного содержание гемоглобина 60г/л, эритроцитов $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоцитов 1%, СОЭ 16 мм/час. Рассчитать ЦП, указать вид анемии

№ 5

1. У больного весом 72 кг масса крови 5,5л, гематокрит 0,38 гемоглобина 82г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}$ /л, ретикулоцитов 11%, СОЭ 8 мм/час. Рассчитать ЦП, указать степень регенерации и предположительный диагноз

2. У больного содержание гемоглобина 80г/л, эритроцитов $1,2 \times 10^{12}$ /л. Рассчитать ЦП.

№6

1. У больного содержание эритроцитов $3,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобина 82г/л, ретикулоцитов 0,5%, СОЭ 12 мм/час, в мазке крови гипохромные эритроциты. Рассчитать ЦП, дать оценку по регенерации. Указать предположительный диагноз

2. У больного весом 72кгмасса крови 3,8л, гематокрит 0,62л/л, количество эритроцитов $5,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобина 170 г/л. СОЭ 1 мм/час. Рассчитать ЦП, указать предположительный диагноз

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ.

ЗАДАЧА 1

У больного Р., 33 лет в течение недели отмечались катаральные явления, головные боли, субфебрильная температура. День назад появилась желтушность склер, темная моча, в связи с чем больной госпитализирован.

Анализ крови: прямой билирубин 27,4 мкмоль/л, непрямой билирубин 51,3 мкмоль/л, уробилиноген в крови и в моче повышен, альбумины 25 г/л, повышена активность трансаминаз, тимоловая проба положительная, протромбиновый индекс 65%, адреналиновый тест 30% от нормы, СОЭ 2 мм/час.

Моча темно-бурого цвета, мутноватая, реакция на билирубин резко положительная.

Оцените функцию печени. Определите тип желтухи, стадию, патогенез нарушений.

ЗАДАЧА 2

У больного К., 28 лет выявлены следующие изменения : гипербилирубинемия - непрямой билирубин 28,3 мкмоль/л, стеркобилиногенемия, стеркобилиногенурия 15,48 мкмоль в сутки, кал гиперхоличный. Тимоловая проба отрицательная, содержание белка в крови 62 г/л.

Определите вид желтухи, для которой характерны данные нарушения.

ЗАДАЧА 3

Больная А., 12 лет при поступлении в клинику предъявляет жалобы на тошноту, рвоту, кожный зуд. Заболела 8 дней назад. При осмотре: склеры и кожные покровы желтушные, печень и селезенка увеличены, АД 100/60 мм рт.ст. , пульс 56 уд. в мин., ритмичный.

Анализ крови: общий билирубин 76 мкмоль/л, непрямой - 20,5 мкмоль/л, альбумины 20 г/лб тимоловая проба положительная, увеличена фракция ЛДГ-5, сорбитолдегидрогендза - 1,5 ед., АсАТ/АлАТ = 0,8 , протромбиновый индекс 25%, СОЭ 4 мм/час. В моче присутствуют билирубин, уробилин.

Определите тип желтухи. Оцените функцию печени. Какой тип билирубина определяется в моче больной?

ЗАДАЧА 4

Больная К., 14 лет поступила в больницу с жалобами на общую слабость, боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов. С детства у больной отмечалась небольшая желтушность кожных покровов при общем удовлетворительном состоянии. три месяца назад появились боли в правом подреберье, усилилась желтуха.

Объективно: содержание билирубина 51 мкмоль/л, реакция с диазореактивом Эрлиха непрямая, тимоловая проба отрицательная, адреналиновый тест 50% от нормы, протромбиновый индекс 95% .

В моче обнаружен стеркобилиноген. Кал интенсивно окрашен.

Определите тип желтухи. Определите функцию печени. Каковы механизмы гипербилирубинемии при данном типе желтухи?

ЗАДАЧА 5

Больная Д. 38 лет. Примерно через сутки после болевого приступа в области правого подреберья, появилась желтуха, кожный зуд. При клинико-лабораторном исследовании: печень слегка увеличена, чувствительна при пальпации. Пульс 42 удара в мин., АД 90/50 мм рт. ст.

В крови содержится 5 мкмоль/л свободного и 147 мкмоль/л конъюгированного билирубина. Активность щелочной фосфатазы 50 ед, тимоловая проба отрицательная, протромбиновый индекс 30%, СОЭ 3 мм/час. Моча темная, кал бесцветный.

Оцените функцию печени. Определите тип желтухи. Как объяснить изменения цвета кала и мочи в данном случае?

ЗАДАЧА 6

Больная В., 32 лет, доставлена в клинику с жалобами на внезапно развившиеся боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, желтушность кожных покровов. В анамнезе часто повторяющиеся приступы болей в правом подреберье в течение последних пяти лет.
 Объективно: иктеричность склер и кожных покровов, резкая болезненность и мышечное напряжение в правом подреберье при пальпации. Температура тела 38,7°С. Билирубин в крови 68 мкмоль/л-прямой, тимоловая проба отрицательная, глюкоза крови 3,5 ммоль/л, протромбиновый индекс 65 %.
 Моча зелено-желтого цвета, реакция на билирубин положительная, уробилиновые тела отсутствуют. Кал глинистый, бесцветный.
 Определите тип желтухи. Оцените функцию печени. О чем свидетельствует отсутствие уробилиновых тел в моче?

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ПАТОЛОГИИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ

Задача №1

Больной Г., 25 лет, поступил с пищевой токсикоинфекцией. У больного неукротимая рвота, тетания

pH-----	7,50
Pco ₂ °	41 мм рт. ст
SB	28,0 мэкв / л
BB	57,0 мэкв / л
BE	+5,5 мэкв / л

Определите предполагаемый вид нарушения КОС. С чем связана тетания?

Задача №2

Больной А, 45 лет, поступил с острым отравлением

pH-----	7, 28
Pco ₂ °	35 мм рт. ст.
SB	16,5 мэкв / л
BB	35,0 мэкв / л
BE	- 9,0 мэкв / л
ТК	ТК= 8,0 мэкв /сутки, NH ₄ ⁺ = 17 мэкв / л

Определите вид нарушений КОС

Задача №3

Больной Б, 33 лет, поступил с острой кровопотерей

pH-----	7,32
Pco ₂ °	38 мм рт. ст.
SB	19,0 мэкв / л
BB	36, 0 мэкв / л
BE	- 6,0 мэкв / л
ТК	45 мэкв / сутки

В крови увеличено содержание молочной кислоты. Определите вид нарушений КОС.

Задача №4

Больной К, 20 лет, поступил с черепно-мозговой травмой, сопровождающейся повторной рвотой, одышкой

pH-----	7,56
Pco ₂ °	30 мм рт. ст
SB	37,0 мэкв / л
BB	50,0 мэкв / л
BE	+ 5,0 мэкв / л

Определите вид нарушений КОС

Задача №5

У больного Б. 40 лет острая сердечная недостаточность с развитием отека легких

pH-----	7,24
Pco ₂ °	51 мм рт. ст
SB	16,0 мэкв / л
BB	45,0 мэкв / л
BE	- 8,6 мэкв / л

Определите вид нарушений КОС.

Задача № 6

Б. Л., 18 лет с сахарным диабетом 1 типа поступила в клинику в тяжелом пркомаатозном состоянии. Больной назначена комплексная терапия, в том числе инсулин и раствор гидрокарбоната натрия внутривенно

До лечения	На 2-е сутки лечения	На 3-е сутки лечения
pH-----7, 28	7, 36	7,44
Pco ₂ 20мм рт. ст °	36 мм рт. ст	49 мм рт.ст
SB 12 мэкв / л	18 мэкв / л	29 мэкв / л
BB 31 мэкв / л	39 мэкв / л	51 мэкв / л
BE - 18 мэкв / л	- 9 мэкв / л	+ 6 мэкв / л

Какая форма нарушений КОС на разных стадиях лечения?

Есть ли необходимость в дальнейшем введении гидрокарбоната?

Задача №7

Больная М., 17 лет доставлена в реанимационное отделение с острым отравлением снотворным

pH-----	7, 29
Pco ₂ °	66 мм рт. ст
SB	26 мэкв / л
BB	45 мэкв / л
BE	+1 мэкв / л

Какая форма нарушения КОС? Есть ли необходимость в введении гидрокарбоната?

Задача № 8

Больной Д., 16 лет поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на учатившиеся приступы удушья до 12 раз в сутки. Болен с 10 лет, когда без видимой причины стали появляться подобный приступы, заложенность носа, ринорея

pH-----	7,36
Pco ₂ °	68 мм рт. ст.
SB	28 мэкв / л
BB	50 мэкв / л
BE	+5 мэкв / л
TK	60 мэкв / сутки

Количество аммонийных солей в моче увеличено.

Дайте заключение о нарушении КОС.С чем связано возрастаниеBE?

Задача №9

У больного З.,18 лет тяжелая форма токсического поражения печени и почек после отравления грибами

pH-----	7,25
Pco ₂ °	47 мм рт. ст
SB	18,5 мэкв / л
BB	40,5 мэкв / л
BE	-7 мэкв / л
TK	8 мэкв\сутки, аммиогенез 15 мэкв\сутки

Дайте заключение о нарушении КОС

Задача №10

Ребенок Д., 4 лет доставлен в стационар с повышением температуры тела до 38, с частым водянистым стулом до 12 раз в сутки. При осмотре умеренная дегидратация, одышка -32 в мин.

pH-----	7,39
Pco ₂ °	28 мм рт. ст
SB	16 мэкв / л
BB	34 мэкв / л
BE	-8 мэкв / л

Какое нарушение КОС? С чем связано уменьшение Pco₂

Задача №11

Больному Р., 50 лет проводится операция с применением аппарата искусственного кровообращения

pH-----	7,2
Pco ₂ °	37 мм рт. ст
SB	14 мэкв / л
BB	29 мэкв / л
BE	-12 мэкв / л

Определите вид нарушений КОС

Задача №12

Больному В, 42 лет, проводится операция с применением искусственной вентиляции легких

pH-----	7, 25
Pco ₂ °	75 мм рт. Ст
SB	27 мэкв / л
BB	49 мэкв / л
BE	+2,5 мэкв / л

Определите вид нарушений КОС

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ПАТОЛОГИИ КРОВИ

ГЕМОГРАММЫ

Гемограмма № 1										
Больной А. 54 г. На 5-й день после оперативного вмешательства исследована кровь										
Эритроциты	3.2	x 10 ¹²				кл/л				
Гемоглобин	80					г/л				
Ц.П.	0.75					ЕД				
Лейкоциты	13,3	x 10 ⁹				кл/л				
Тромбоциты	320	x 10 ⁹				кл/л				
СОЭ	12					мм/час				
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	2	-	-	1	3	8	66	-	16	4
Примечание:		Ретикулоциты 9.6 % . полихроматофильные нормоциты								

Гемограмма № 2			
Больная В.,42 г. Поступила в клинику с жалобами на боли в животе, частый до 4 раз в сутки стул с примесью крови, похудание, слабость. Считает себя больной в течение года			
Эритроциты	3.9	x 10 ¹²	
Гемоглобин	46.6		
Ц.П.	0.36		
Лейкоциты	7.2	x 10 ⁹	

Тромбоциты	310		x 10 ⁹					кл/л		
СОЭ	14							мм/час		
			Нейтрофилы							
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	3	-	-	-	-	4	65	-	25	3
Примечание:			Микроцитоз, ретикулоцитов 2,6%, анизоцитоз							

Гемограмма № 3										
Больной Г., 18 лет. Поступил с жалобами на боли в левом подреберье. боли в суставах, язвы на голени. Считает себя больным с рождения										
Эритроциты	2,1		x 10 ¹²					кл/л		
Гемоглобин	54							г/л		
Ц.П.	0,77							ЕД		
Лейкоциты	14		x 10 ⁹					кл/л		
Тромбоциты	350		x 10 ⁹					кл/л		
СОЭ	16							мм/час		
			Нейтрофилы							
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
1	4	-	-	3	6	9	61	-	13	3
Примечание:			микросфероцитоз, ретикулоцитов 45%., осмотическая резистентность эритроцитов 0.60-0.40							

Гемограмма № 4										
Больной Е., 11 лет.										
После приема сульфодимезина появилась желтуха, темная моча										
Эритроциты	3.0		x 10 ¹²					кл/л		
Гемоглобин	70							г/л		
Ц.П.	0,7							ЕД		
Лейкоциты	19		x 10 ⁹					кл/л		
Тромбоциты	280		x 10 ⁹					кл/л		
СОЭ	15							мм/час		
			Нейтрофилы							
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	3	-	-	-	-	2	33	-	55	7
Примечание:			ретикулоциты 22%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, активность ГбФДГ в эритроцитах 2,1 ед. (норма 5+0,3)							

Гемограмма № 5										
Призывник В., 18 лет. Поступил в госпиталь для уточнения диагноза										
Эритроциты	2.6		x 10 ¹²					кл/л		
Гемоглобин	46,6							г/л		
Ц.П.	0,54							ЕД		
Лейкоциты	12		x 10 ⁹					кл/л		
Тромбоциты	350		x 10 ⁹					кл/л		
СОЭ	2							мм/час		
			Нейтрофилы							
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	4	-	-	4	8	12	51	-	20	1
Примечание:			Ретикулоциты 18%, серповидные эритроциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз							

Гемограмма № 6										
Новорожденный В. с массой 2 кг 900 г.										
Родился в срок от второй беременности . Через 18 час. после рождения появилась выраженная желтушность, печень и селезенка увеличены. Мать- Rh(-), ребенок Rh(+)										
Эритроциты	2,1		x 10 ¹²					кл/л		
Гемоглобин	78,3							г/л		
Ц.П.	1,12							ЕД		
Лейкоциты	18		x 10 ⁹					кл/л		
Тромбоциты	360		x 10 ⁹					кл/л		
СОЭ	19							мм/час		
			Нейтрофилы							
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	3	5	12	54	-	18	7
Примечание:			Эритробласты, нормобласты 42%, билирубин крови 180 мкмоль/л, реакция непрямая							

Гемограмма №7										
Больной К., 54 г. В течение последних 8 месяцев предъявляет жалобы на частые головные боли, связанные с повышением АД										
Эритроциты	7.2		x 10 ¹²					кл/л		

Гемоглобин	193,3							г/л		
Ц.П.	0,81							ЕД		
Лейкоциты	17							$\times 10^9$		
Тромбоциты	420							$\times 10^9$		
СОЭ	1							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
2	4	-	-	2	6	11	59	-	14	3
Примечание: ретикулоциты 9,8%										

Гемограмма № 8										
Больная К., 54 лет. Поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, одышку, онемение кончиков пальцев										
Эритроциты	0,8							$\times 10^{12}$		
Гемоглобин	43,3							г/л		
Ц.П.	1,62							ЕД		
Лейкоциты	2,3							$\times 10^9$		
Тромбоциты	180							$\times 10^9$		
СОЭ	15							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	-	-	1	44	-	49	5
Примечание: мегалобласты, мегалоциты, гигантские нейтрофилы, билирубин в крови не прямой 42 мкмоль/л										

Гемограмма № 9										
Больной Д., 62г. Находится в клинике по поводу рака желудка										
Эритроциты	1,8							$\times 10^{12}$		
Гемоглобин	73,3							г/л		
Ц.П.	1,22							ЕД		
Лейкоциты	8							$\times 10^9$		
Тромбоциты	215							$\times 10^9$		
СОЭ	42							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	2	-	-	-	-	2	78	-	16	2
Примечание: мегалоциты, ретикулоциты 7,2%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, билирубин крови 42 мкмоль/л										
Гемограмма № 10										
Больная Ж., 19 лет. Поступила с жалобами на слабость, одышку, тошноту, рвоту. Считает себя больной в течение двух месяцев, после употребления вяленой рыбы										
Эритроциты	2,2							$\times 10^{12}$		
Гемоглобин	106,6							г/л		
Ц.П.	1,45							ЕД		
Лейкоциты	12,2							$\times 10^9$		
Тромбоциты	210							$\times 10^9$		
СОЭ	25							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	18	-	-	-	-	-	51	-	26	5
Примечание: мегалоциты, ретикулоциты 4%, эритроциты с базофильной зернистостью, анизоцитоз										

Гемограмма №11										
Больной К., 24 лет. Находится на обследовании в связи со слабостью, одышкой. 3 года назад перенес операцию по поводу кишечной непроходимости, была проведена резекция 60 см тонкой кишки с наложением анастомоза бок в бок, с тех пор периодически беспокоит неустойчивый стул										
Эритроциты	1,1							$\times 10^{12}$		
Гемоглобин	48,3							г/л		
Ц.П.	1,32							ЕД		
Лейкоциты	6							$\times 10^9$		
Тромбоциты	180							$\times 10^9$		
СОЭ	11							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	-	-	-	-	-	1	49	-	42	8
Примечание: мегалобласты, мегалоциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз										

Гемограмма № 12										
Больной К., 24 лет. Доставлен в клинику с подозрением на острый аппендицит										

Эритроциты	4.5	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	150							г/л		
Ц.П.	1.0							ЕД		
Лейкоциты	22	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	265	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	19							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	3	9	22	54	-	9	2
Примечание:		Полихроматофильные нормоциты								

Гемограмма № 13 Больной С., 28 лет. Предъявляет жалобы на слабость, периодические подъемы температуры тела, кашель с выделением слизистой мокроты										
Эритроциты	3,4	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	90							г/л		
Ц.П.	0.79							ЕД		
Лейкоциты	10.5	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	230	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	33							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	4	-	-	-	-	1	37	-	51	7
Примечание:		ретикулоцитов 1%								

Гемограмма №14 Больной В., 34 лет. Находится в клинике по поводу бронхоэктатической болезни, считает себя больным в течение 11 лет										
Эритроциты	3.1	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	71							г/л		
Ц.П.	0,69							ЕД		
Лейкоциты	4	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	215	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	18							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	2	-	-	-	-	19	30	-	41	8
Примечание:		нейтрофилы с токсической зернистостью								

Гемограмма № 15 Больная Л., 34 лет. По поводу головных болей в течение последних 7 дней приняла 60 таблеток анальгина										
Эритроциты	3,1	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	60							г/л		
Ц.П.	0.58							ЕД		
Лейкоциты	1,3	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	112	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	18							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	-	-	2	32	-	63	2
Примечание:		Ретикулоциты 0, 1%, анизоцитоз, пойкилоцитоз								

Гемограмма № 16 Больной Л., 20 лет. Поступил с жалобами на слабость, одышку, кровоподтеки, повышение температуры тела. Считает себя больным в течение нескольких месяцев , последнее ухудшение в течение 5 дней										
Эритроциты	1,2	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	30							г/л		
Ц.П.	0,75							ЕД		
Лейкоциты	0,8	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	12	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	22							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	-	-	-	-	-	-	19	-	78	3
Примечание:		гиперсегментированные нейтрофилы ,анизоцитоз, пойкилоцитоз								

Гемограмма № 17 Больной С., 27 лет. Доставлен в стационар в тяжелом септическом состоянии, которое развилось после удаления зуба										
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Эритроциты	4,9	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	155							г/л		
Ц.П.	0,95							ЕД		
Лейкоциты	28	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	390	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	25							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	1	2	3	7	12	64	-	9	2
Примечание:		нейтрофилы с токсической зернистостью								

Гемограмма № 18										
Больной В., 42 лет. Обратился с жалобами на слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье										
Эритроциты	3,2	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	80							г/л		
Ц.П.	0,75							ЕД		
Лейкоциты	175	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	125	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	25							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
5	7	2	5	8	12	27	30	-	3	1
Примечание:		Мб-миелобласты, ПМ-промиелоциты, ретикулоцитов 1%								

Гемограмма № 19										
Больной М., 42 лет. Поступил в клинику с жалобами на слабость, повышение температуры, боли в костях и суставах										
Эритроциты	2,3	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	51							г/л		
Ц.П.	0,67							ЕД		
Лейкоциты	470	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	85	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	36							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
7	8	4	7	18	23	20	12	-	1	2
Примечание:		Мб-миелобласты, ПМ-промиелоциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты 0,4%								

Гемограмма № 20										
Больной Л., 48 лет. Поступил с жалобами на слабость, кровоизлияния, боли в левом подреберье										
Эритроциты	1,2	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	30							г/л		
Ц.П.	0,75							ЕД		
Лейкоциты	7	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	115	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	44							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
3	5	7	29	13	6	4	13	-	20	
Примечание:		Мб-миелобласты, ПМ-промиелоциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз								

Гемограмма № 21										
Больной К., 30 лет. Поступил в тяжелом состоянии с температурой 38,5 °, у больного некротическая ангина										
Эритроциты	2,1	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	40							г/л		
Ц.П.	0,57							ЕД		
Лейкоциты	120	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	110	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	35							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	-	95	-	-	-	-	3	-	2	
Примечание:		Мб-миелобласты, ретикулоцитов 1,2%, анизоцитоз								

Гемограмма № 22										
Больная М., 17 лет. Обратилась к врачу по поводу множественных кровоизлияний на коже										
Эритроциты	1,8	x 10 ¹²						кл/л		

Гемоглобин	51							г/л		
Ц.П.	0,85							ЕД		
Лейкоциты	155							$\times 10^9$	кл/л	
Тромбоциты	125							$\times 10^9$	кл/л	
СОЭ	28							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	-	-	-	-	-	-	5	92	2	1
Примечание:								Лб-лимфобласты, анизоцитоз, пойкилоцитоз		

Гемограмма № 23										
Больной Л., 62 года. Поступил в клинику с жалобами на слабость, повышение температуры тела, увеличение лимфатических узлов										
Эритроциты								$\times 10^{12}$	кл/л	
Гемоглобин	58							г/л		
Ц.П.	0,7							ЕД		
Лейкоциты	6							$\times 10^9$	кл/л	
Тромбоциты	175							$\times 10^9$	кл/л	
СОЭ	39							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	-	-	1	25	58	13	2
Примечание:								Лб-лимфобласты		

Гемограмма №24										
Больной С., 25 лет. Доставлен в хирургическое отделение для оперативного лечения туберкулезного поражения тазобедренного сустава										
Эритроциты	4,9							$\times 10^{12}$	кл/л	
Гемоглобин	152							г/л		
Ц.П.	0,93							ЕД		
Лейкоциты	12							$\times 10^9$	кл/л	
Тромбоциты	350							$\times 10^9$	кл/л	
СОЭ	41							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	2	-	-	-	-	2	42	1	49	4
Примечание:								Лб-лимфобласты, средние лимфоциты		

Гемограмма № 25										
Больной Т., 52 г. Поступил с жалобами на слабость, утомляемость. Считает себя больным в течение года. Пальпируются увеличенные шейные лимфатические узлы										
Эритроциты	3,6							$\times 10^{12}$	кл/л	
Гемоглобин	84							г/л		
Ц.П.	0,71							ЕД		
Лейкоциты	62							$\times 10^9$	кл/л	
Тромбоциты	180							$\times 10^9$	кл/л	
СОЭ	28							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	-	-	1	9	4	84	1
Примечание:								Лб-лимфобласты, средние лимфоциты, тельца Боткина-Гумпрехта, анизоцитоз, пойкилоцитоз		

Гемограмма № 26										
Больная З., 24 года. Доставлена "Скорой помощью" в тяжелом состоянии с температурой 39,5 °, двухсторонней пневмонией, мелкоточечными высыпаниями на коже.										
Эритроциты	2,7							$\times 10^{12}$	кл/л	
Гемоглобин	62							г/л		
Ц.П.	0,69							ЕД		
Лейкоциты	70							$\times 10^9$	кл/л	
Тромбоциты	98							$\times 10^9$	кл/л	
СОЭ	45							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	НК	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	-	82	-	-	-	-	14	-	3	1
Примечание:								НК-недифференцированные клетки, ретикулоцитов 1%		

Гемограмма № 27											
Больной И., 32 лет. Скотник, поступил в клинику на обследование по поводу болей в животе. Считает себя больным в течение года											
Эритроциты	3,2							$\times 10^{12}$	кл/л		
Гемоглобин	78								г/л		
Ц.П.	0,73								ЕД		
Лейкоциты	12,2							$\times 10^9$	кл/л		
Тромбоциты	265							$\times 10^9$	кл/л		
СОЭ	35								мм/час		
Нейтрофилы											
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М	
0	36	-	-	-	-	1	37	-	21	5	
Примечание: ретикулоцитов 4,5%											

Гемограмма №28											
Больная Ж., 43 лет. Поступила с жалобами на периодические боли в суставах, повышение температуры. Считает себя больной в течение 2 лет											
Эритроциты	4,1							$\times 10^{12}$	кл/л		
Гемоглобин	125								г/л		
Ц.П.	0,9								ЕД		
Лейкоциты	17							$\times 10^9$	кл/л		
Тромбоциты	260							$\times 10^9$	кл/л		
СОЭ	36								мм/час		
Нейтрофилы											
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М	
0	6	-	-	1	4	11	59	-	11	8	
Примечание: Полихроматофильные нормоциты											

Гемограмма № 29											
Больная А., 35 лет. Поступила в клинику с жалобами на боли в животе											
Эритроциты	3,2							$\times 10^{12}$	кл/л		
Гемоглобин	62								г/л		
Ц.П.	0,73								ЕД		
Лейкоциты	12,2							$\times 10^9$	кл/л		
Тромбоциты	296							$\times 10^9$	кл/л		
СОЭ	38								мм/час		
Нейтрофилы											
Б	Э	Мб	Пм	М	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М	
0	36	-	-	-	-	1	37	-	24	8	
Примечание: Ретикулоциты 6%											

Гемограмма №30											
Больной И., 42 лет. Поступил из района с высоким фоном радиации											
Эритроциты	1,2							$\times 10^{12}$	кл/л		
Гемоглобин	30								г/л		
Ц.П.	0,75								ЕД		
Лейкоциты	1,3							$\times 10^9$	кл/л		
Тромбоциты	7							$\times 10^9$	кл/л		
СОЭ	28								мм/час		
Нейтрофилы											
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М	
0	-	-	-	-	-	-	19	-	78	3	
Примечание: Гиперсегментированные нейтрофилы, анизоцитоз, пойкилоцитоз											

Гемограмма № 31											
Больной С., 56 лет. Водитель грузовика, поступил на обследование											
Эритроциты	2,3							$\times 10^{12}$	кл/л		
Гемоглобин	95								г/л		
Ц.П.	1,124								ЕД		
Лейкоциты	4,3							$\times 10^9$	кл/л		
Тромбоциты	155							$\times 10^9$	кл/л		
СОЭ	12								мм/час		
Нейтрофилы											
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М	
0	1	-	-	-	-	-	76	-	21	2	
Примечание: тельца Жолли, ретикулоциты 5,5%, осмотическая резистентность эритроцитов											

Критерии оценивания знаний студентов

Оценка "ОТЛИЧНО" выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный материал, последовательно, грамотно и логически стройно его излагающему. При этом студент свободно справляется с задачами и дополнительными вопросами.

Оценка "ХОРОШО" выставляется студенту, твердо знающему программный материал, грамотно и по существу излагающему его, который не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических задач.

Оценка "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется студенту, который имеет знания основного материала, однако, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала, испытывает трудности при ответе на дополнительные вопросы.

Оценка " НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает ситуационные задачи.

База тестовых заданий по дисциплине «ОСНОВЫ ПАТОЛОГИИ»

Тема: Воспаление

Вопрос №1

ВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ ПРИРОДУ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Все правильные ответы:

1. флегмона
2. фиброма
3. стенокардия
4. абсцесс легкого
5. гемофилия

Вопрос № 2

КРАЕВОМУ СТОЯНИЮ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ СПОСОБСТВУЮТ

Все правильные ответы:

1. ускорение скорости кровотока
2. малый удельный вес лейкоцитов
3. замедление скорости кровотока
4. понижение поверхностного натяжения лейкоцитов
5. продукция фибронектина
6. экспрессия на поверхности эндотелия селектинов Р и Е

Вопрос № 3

МЕДИАТОРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. эйкозаноиды
2. биогенные амины
3. глюкокортикоиды
4. цитокины (ФНО, ИЛ - 1, ИЛ - 6, гамма - ИФН)
5. ацетилхолин
6. продукты активации системы комплемента С3а, С5а

Вопрос № 4

АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРЕМии ПРИ ВОСПАЛЕНИИ СПОСОБСТВУЮТ

Все правильные ответы:

1. накопление вазоактивных веществ и их действие на стенки артериол и капилляров
2. выход жидкой части крови из артериол или капилляров в воспаленную ткань
3. сдвиг рН среды в кислую сторону
4. понижение эластичности соединительной ткани ,окружающей сосуды
5. гипоксия в очаге воспаления

Вопрос № 5

МИНЕРАЛОКОРТИКОИДЫ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ

Один правильный ответ:

1. противовоспалительных гормонов
2. провоспалительных гормонов

Вопрос № 6

ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ

Один правильный ответ:

1. противовоспалительных гормонов
2. провоспалительных гормонов

Вопрос № 7

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ВОЗМОЖНО

Все правильные ответы:

1. когда воспаление приобретает гиперергический характер
2. когда воспаление приобретает гипоергический характер
3. при воспалении с преобладанием альтеративно-экссудативных процессов
4. при недостаточности фазы пролиферации

Вопрос № 8

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА ОБЛАДАЕТ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ ЗА СЧЕТ

Один правильный ответ:

1. стабилизации клеточных мембран
2. торможения синтеза эйкозаноидов
3. вызывает изменение pH

Вопрос № 9

ИСТОЧНИКАМИ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. гранулоциты
2. фибробласты
3. ретикулярные клетки
4. моноциты
5. тромбоциты
6. клетки эндотелия сосудов

Вопрос № 10

ПРЕОБЛАДАНИЕ В ЭКССУДАТЕ МОНОНУКЛЕАРОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

Один правильный ответ:

1. начальной фазы острого гнойного воспаления
2. поздней фазы острого гнойного воспаления

Вопрос № 11

ЭКССУДАЦИИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ СПОСОБСТВУЮТ

Все правильные ответы:

1. понижение проницаемости сосудистой стенки при воспалении
2. повышение гидростатического давления крови
3. повышение осмотического давления крови
4. повышение коллоидно-осмотического давления ткани

Вопрос № 12

К ОБЩИМ ИЗМЕНЕНИЯМ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ОСТРОМ, ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. лейкоцитоз
2. лейкопения
3. замедление СОЭ
4. ускорение СОЭ

Вопрос № 13

ВНУТРИСОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ПЕРЕХОД АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРЕМИИ В ВЕНОЗНУЮ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

Все правильные ответы:

1. набухание эндотелия
2. агрегация тромбоцитов и тромбоз венул
3. выпадение нитей фибрина
4. снижение свертываемости крови
5. сгущение крови из-за выхода плазмы
6. замедление линейной скорости кровотока
7. ускорение объемной скорости кровотока
8. лейкоцитоз и агрегация лейкоцитов
9. увеличение грубодисперсных белков

Вопрос № 14

ВНЕСОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ПЕРЕХОД АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРЕМИИ В ВЕНОЗНУЮ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

Все правильные ответы:

1. сдавление вен отеком
2. усиление интенсивности метаболических процессов в очаге воспаления
3. нарушение соединительнотканного каркаса
4. скопление нейтрофилов в зоне повреждения
5. нарушение лимфооттока

Вопрос № 15

ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ СПОСОБНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ К АДГЕЗИИ НА ПОВЕРХНОСТИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

Все правильные ответы:

1. увеличение количества лейкоцитов
2. агрегация лейкоцитов /ФАТ, ЛТ-В4/
3. потеря /снижение/ нейтрофилами отрицательного заряда
4. изменение размеров лейкоцитов
5. продукты специфических гранул лейкоцитов /лактоферрин/
6. обнажение /экспрессия/ на поверхности лейкоцитов специфических молекул адгезии (L-селектин, ICAM-1, ICAM-3, LFA - 1, VLA - 4, MAC - 1), имеющих сродство к эндотелию сосудистой стенки

Вопрос № 16

ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ АДГЕЗИВНОСТЬ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

Один правильный ответ:

1. особенности эндотелиоцитов /эндотелиоциты II порядка /
2. синтез и последовательная экспрессия на поверхности эндотелия адгезивных молекул (P-селектин, E-селектин, ICAM-1, VCAM-1)
3. обнажение на эндотелиоцитах участков для рецепторного связывания иммунных комплексов

4. все вышеназванные факторы

Вопрос № 17

ЗАПУСК РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. в самом начале воспаления
2. в разгар воспаления
3. в конце воспаления

Вопрос № 18

В РАЗВИТИИ ВОСПАЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭЙКОЗАНОИДЫ

Все правильные ответы:

1. простагландин E₂
2. лейкотриен B₄
3. лейкотриен D₄
4. простациклин
5. тромбоксан

Вопрос № 19

РАЗВИТИЕ ОСТРОФАЗОВОГО ОТВЕТА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ОБУСЛОВЛЕНО ДЕЙСТВИЕМ ЦИТОКИНОВ

Все правильные ответы:

1. интерлейкин-1
2. интерлейкин -2
3. фактор некроза опухоли
4. гамма-интерферон
5. ГРКСФ(гранулоцитарно-колониестимулирующий фактор)

Вопрос № 20

НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ РЕГУЛЯЦИИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЮТ

Один правильный ответ:

1. фактор роста макрофагов, фактор роста тромбоцитов, лимфокины, монокины, фибронектин
2. соматомедины, соматостатины, СТГ, инсулиноподобный пептид
3. сериновые протеазы (тромбин, калликреин)

* Вопрос №21

ДЛЯ УЧАСТКА ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Все правильные ответы:

1. гиперонкия
2. гиперосмия
3. гипоосмия
4. ацидоз
5. повышение концентрации ионов калия вне клеток
6. гипоонкия

* Вопрос №22

МЕДИАТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ СОСУДОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. гепарин
2. гистамин
3. брадикинин
4. интерферон
5. серотонин
6. лейкотриены

* Вопрос №23

ПОСЛЕДСТВИЯМИ АКТИВАЦИИ КОМПЛЕМЕНТА ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. стимуляция секреции гистамина тучными клетками
2. образование сквозных каналов в цитоплазматической мембране
3. активация полиморфноклеточных лейкоцитов
4. уменьшение внутриклеточного содержания ионов кальция

* Вопрос № 24

МЕДИАТОРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ, ОБРАЗУЮЩИМИСЯ ИЗ ФОСФОЛИПИДОВ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН, ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. простагландины
2. гистамин
3. брадикинин
4. лейкотриены
5. фактор активации тромбоцитов

* Вопрос № 25

К СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ОТВЕТ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. лихорадка
2. судороги
3. увеличение СОЭ
4. отек
5. потеря аппетита

6. сонливость
7. нейтрофильный лейкоцитоз

ВОПРОС № 26

КАКОЙ ВИТАМИН НАИБОЛЕЕ ВАЖЕН ДЛЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ?

Один правильный ответ:

1. витамин А
2. витамин С
3. витамин Д
4. витамин Е

Вопрос № 27

К ОСТРОФАЗОВЫМ РЕАКТАНТАМ (БЕЛКАМ ОСТРОЙ ФАЗЫ) ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. белки системы комплемента (С2, С3, С4, С5)
2. коагулирующие белки (фактор Виллебранта)
3. ингибиторы протеиназ (альфа-1-антитрипсин, альфа-1-антитрипсиноген)
4. белки, связывающие металлы (гаптоглобин, церуллоплазмин, супероксиддисмутаза)
5. “большие белки” - С-реактивный белок, сывороточный амилоид-А
6. “негативные белки” (альбумин, преальбумин, трансферрин)
7. альфа-1-кислый гликопротеин, ЛПС-связывающий белок
8. все группы белков

Вопрос №28

СЕКРЕЦИЮ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫМИ КЛЕТКАМИ И МАКРОФАГАМИ КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ (ГР-КСФ, М-КСФ, ГРМ-КСФ) И УСИЛЕНИЕ ГЕМОПОЭЗА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ ВЫЗЫВАЕТ

Один правильный ответ:

1. гамма-интерферон
2. интерлейкин-2
3. фактор некроза опухолей (ФНО α)

Вопрос №29

РАЗВИТИЕ КАХЕКСИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ СВЯЗАНО С ДЕЙСТВИЕМ ЦИТОКИНА

Один правильный ответ:

1. гамма-интерферон
2. интерлейкина –1
3. интерлейкина –10
4. ФНО α

Вопрос № 30

РЕЦЕПТОРНЫЙ АНТАГОНИСТ ИНТЕРЛЕЙКИНА –1 (ИЛ-1РА) ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛЕНИЯ

Один правильный ответ:

1. ослабит
2. усилит
3. не изменит

Вопрос №31

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЦИТОКИНЫ

Все правильные ответы:

1. интерлейкин-1
2. интерлейкин-4
3. интерлейкин-2
4. интерлейкин-10
5. фактор некроза опухолей
6. гамма-интерферон
7. трансформирующий фактор роста (ТФР - β)

Вопрос №32

К ФИБРОГЕННЫМ ЦИТОКИНАМ, КОНТРОЛИРУЮЩИМ ФИБРОГЕНЕЗ В ГРАНУЛЕМЕ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. интерлейкин-2
2. фактор некроза опухолей (ФНО α)
3. интерлейкин-6
4. тромбоцитарный фактор роста (ТФР)
5. фактор роста фибробластов (ФРФ)
6. трансформирующий фактор роста (ТФР - β)
7. гамма-интерферон

Вопрос №33

ИЗБЫТОЧНАЯ ПРОДУКЦИЯ ИЛ-1, ФНО α , ИЛ-6 ПРИ МАССИВНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЭНДОТОКСИНОВ ИЛИ СЕПСИСЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

Все правильные ответы:

1. обезвоживанию
2. гипотермии
3. ДВС-синдрому
4. метаболическому ацидозу
5. септическому шоку

1 – 1,4	12 – 1,4	23 – 1,2,3
2 – 2,3,5,6	13 – 1,2,3,5,6,8,9	24 – 1,4,5
3 – 1,2,4,6	14 – 1,3,5	25 – 1,2,3,5,6,7
4 – 1,3	15 – 2,3,5,6	26 – 2
5 – 2	16 – 4	27 – 8
6 – 1	17 – 1	28 – 3
7 – 1,3	18 – 1,2,4,5	29 – 4
8 – 2	19 – 1,3,4	30 – 1
9 – 1,2,4,5,6	20 – 2	31 – 2,4,7
10 – 2	21 – 1,2,4,5	32 – 2,3,4,5,6
11 – 2,4	22 – 2,3,5	33 – 3,5

ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ:

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

I. ВОСПАЛЕНИЕ КАК ТИПОВОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

A. Выберите один или несколько правильных ответов

Вопрос № 1

ВОСПАЛЕНИЕ – ЭТО:

реакция на повреждение

возникшая в ходе эволюции реакция организма (живых тканей организма) на местные повреждения; она состоит из сложных поэтапных изменений микроциркуляторного русла, системы крови и соединительной ткани, которые направлены в конечном счете на устранение и изоляцию повреждающего агента и восстановление (или замещение) поврежденных тканей

Вопрос № 2

ВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ ПРИРОДУ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

флегмоны

фиброма

стенокардия

абсцесс легкого

гемофилия

Вопрос № 3

К СУЩНОСТНЫМ ПРИЗНАКАМ ВОСПАЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

типовой патологический процесс

стереотипный ответ

каскадно развивающийся процесс

самоограничивающийся процесс

5. аутоинтоксикация организма

6. многокомпонентный процесс

7. местная реакция с общими проявлениями

Вопрос № 4

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ УЧАСТКА ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ :

гиперонкия

гиперосмия

гипоосмия

ацидоз

повышение концентрации ионов калия вне клеток

гипоонкия

Вопрос № 5

ОБЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

лейкоцитозом

лейкопенией

замедлением СОЭ

ускорением СОЭ

острофазовым ответом

лихорадкой

анорексией

астенизацией

Вопрос № 6

ФАКТОРАМИ САМООГРАНИЧЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

ингибиторы системы комплемента

протеазы

ингибиторы калликреин-кининовой системы

антипротеазы

антиоксиданты

активные формы кислорода

рецепторные антагонисты цитокинов (ИЛ-1RA)

Вопрос № 7

ЭКССУДАЦИИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ СПОСОБСТВУЮТ:

понижение проницаемости сосудистой стенки
повышение проницаемости сосудистой стенки
понижение гидростатического давления крови
повышение гидростатического давления крови
понижение коллоидно-осмотического давления крови
повышение коллоидно-осмотического давления крови
понижение коллоидно-осмотического давления ткани
повышение коллоидно-осмотического давления ткани

Вопрос № 8

МЕДИАТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ СОСУДОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:

гепарин
гистамин
брадикинин
интерфероны
серотонин
лейкотриен В 4

Вопрос № 9

МЕДИАТОРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ :

эйкозаноиды
биогенные амины
глюкокортикоиды
цитокины
ацетилхолин
компоненты системы комплемента и продукты ее активации
компоненты калликреин-кининовой системы и продукты ее активации

Вопрос № 10

ИСТОЧНИКАМИ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ СЛУЖАТ:

гранулоциты
фибробласты
ретикулярные клетки
тучные клетки
моноциты / макрофаги
тромбоциты
эндотелиоциты
плазменные компоненты систем ограниченного протеолиза (комплемента, калликреин-кининовой, фибринолиза, гемокоагуляции, ангиотензиногенеза)

Вопрос № 11

АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРЕМИИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ СПОСОБСТВУЮТ:

накопление вазоактивных веществ и их действие на стенки артериол и капилляров
выход жидкой части крови из артериол или капилляров в воспаленную ткань
сдвиг рН среды в кислую сторону
понижение эластичности соединительной ткани, окружающей сосуды
гипоонкия в очаге воспаления

Вопрос № 12

ВНУТРИСОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ПЕРЕХОД АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРЕМИИ В ВЕНОЗНУЮ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ:

набухание эндотелия
агрегация тромбоцитов и тромбоз венул
выпадение нитей фибрина
снижение свертываемости крови
сгущение крови из-за выхода плазмы
замедление линейной скорости кровотока
ускорение объемной скорости кровотока
лейкоцитоз и агрегация лейкоцитов
увеличение грубодисперсных белков

Вопрос № 13

ВНЕСОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ПЕРЕХОД АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРЕМИИ В ВЕНОЗНУЮ, ПРИ ВОСПАЛЕНИИ:

сдавление вен отеком
усиление интенсивности метаболических процессов в очаге воспаления
нарушение соединительнотканного каркаса
скопление нейтрофилов в зоне повреждения
нарушение лимфооттока

Вопрос № 14

КРАЕВОМУ СТОЯНИЮ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ СПОСОБСТВУЮТ:

ускорение линейной скорости кровотока
замедление линейной скорости кровотока
малый удельный вес лейкоцитов
понижение поверхностного натяжения лейкоцитов

продукция фибронектина
экспрессия на поверхности эндотелия селектинов Р и Е

Вопрос № 15
ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ СПОСОБНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ К АДГЕЗИИ НА ПОВЕРХНОСТИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ:

увеличение количества лейкоцитов
агрегация лейкоцитов (ФАТ, ЛТ - В4)
потеря (снижение) нейтрофилами отрицательного заряда
изменение размеров лейкоцитов
продукты специфических гранул лейкоцитов (лактоферрин)
обнажение (экспрессия) на поверхности лейкоцитов специфических молекул адгезии (L - селектин, ICAM - 1, ICAM - 3, LFA - 1, VLA - 4, MAC - 1), имеющих сродство к эндотелию сосудистой стенки

Вопрос № 16
ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ АДГЕЗИВНОСТЬ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ:

особенности эндотелиоцитов (эндотелиоциты II порядка)
синтез и последовательная экспрессия на поверхности эндотелия адгезивных молекул (Р - селектин, Е - селектин, ICAM - 1, VCAM - 1)
обнажение на эндотелиоцитах участков для рецепторного связывания иммунных комплексов
ни один из ответов не является правильным

Вопрос № 17
ЗАПУСК РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

в самом начале воспаления
в разгар воспаления
в конце воспаления

Вопрос № 18
ФИБРОГЕННЫЕ ЦИТОКИНЫ, КОНТРОЛИРУЮЩИЕ РОСТ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

ИЛ-2
ИЛ-1
тромбоцитарным фактором роста (PDGF)
фактором роста фибробластов (FDGF)
 γ -ИНФ
ФНО α
трансформирующим фактором роста β (TGF β)

Вопрос № 19
ОСНОВНЫМ ЦИТОКИНОМ, КОНТРОЛИРУЮЩИМ ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН, ЯВЛЯЕТСЯ:

ИЛ-1
ФНО α
PDGF
TGF β
ИЛ-4
Г-КСФ

Вопрос № 20
КЛЕТКИ-ПРОДУЦЕНТЫ TGF β В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

тромбоцитами
эозинофилами
Т-лимфоцитами
В-лимфоцитами
эритроцитами
моноцитами / макрофагами

Вопрос № 21
ЭФФЕКТЫ TGF β В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:

усиление пролиферации эпителиальных клеток
торможение пролиферации эпителиальных клеток
усиление пролиферации фибробластов
торможение пролиферации фибробластов
стимуляция дифференцировки фибробластов и продукции ими белков внеклеточного матрикса
торможение дифференцировки фибробластов и продукции ими белков внеклеточного матрикса
стимуляция продукции провоспалительных цитокинов
ослабление продукции провоспалительных цитокинов
стимуляция экспрессии интегриновых рецепторов
ослабление экспрессии интегриновых рецепторов

Вопрос № 22
ИЗМЕНЕНИЕ СИНТЕЗА БЕЛКА Р-53 В РАЗГАР РЕГЕНЕРАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

усилением синтеза
ослаблением синтеза

Вопрос № 23
ИЗМЕНЕНИЕ СИНТЕЗА БЕЛКА Р-53 НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

усилением синтеза
ослаблением синтеза

Вопрос № 24

МИНЕРАЛОКОРТИКОИДЫ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ :
провоспалительных гормонов
противовоспалительных гормонов

Вопрос № 25
ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ :
провоспалительных гормонов
противовоспалительных гормонов

Вопрос № 26
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ВОЗМОЖНО:
когда воспаление приобретает гиперергический характер
когда воспаление приобретает гипоергический характер
при воспалении с преобладанием альтеративно-экссудативных процессов
при недостаточности фазы пролиферации

Вопрос № 27
ДЛЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН НАИБОЛЕЕ ВАЖЕН:
витамин А
витамин С
витамин Д
витамин Е

Б. Определите правильную последовательность

Вопрос № 28
РАЗВИТИЯ СТАДИЙ ВОСПАЛЕНИЯ:

- экссудация
- эмиграция лейкоцитов
- альтерация
- пролиферация

Вопрос № 29
ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

- кратковременный спазм артериол (ишемия)
- стаз
- венозная гиперемия
- артериальная гиперемия
- повышение проницаемости и образование экссудата

Вопрос № 30
ЭТАПОВ ЭМИГРАЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ:

- хемотаксис
- диапедез
- приобретение лейкоцитами локомоторного фенотипа
- адгезия лейкоцитов к эндотелию
- отграничение и санация очага повреждения
- скопление лейкоцитов в очаге воспаления (образование инфильтрата)

Вопрос № 31
ЭТАПОВ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ СТАДИИ ВОСПАЛЕНИЯ:
 стимуляция фиброгенеза и ангиогенеза
 пролиферация и активация биосинтетической активности фибробластов
 реализация регуляторного действия макрофагов
 репарация

2. МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ

А. Выберите один или несколько правильных ответов

Вопрос № 32
К БИОГЕННЫМ АМИНАМ ОТНОСЯТСЯ:
гистамин
серотонин
оксид азота
простагландины
катехоламины
полиамины (спермин, спермидин, путресцин и др.)

Вопрос № 33
ИСТОЧНИКОМ ГИСТАМИНА В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:
лаброциты
моноциты
нейтрофилы
эндотелиоциты

Вопрос № 34
ЭФФЕКТЫ ГИСТАМИНА В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:
расширение артериол
бронхоспазм

повышение проницаемости венул
спазм артериол
появление зуда и боли

Вопрос № 35
ИСТОЧНИКОМ СЕРОТОНИНА В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:
тромбоциты
базофилы
тучные клетки
клетки моноцитарно/макрофагальной системы

Вопрос № 36
ЭФФЕКТЫ СЕРОТОНИНА В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:
выраженное повышение сосудистой проницаемости
вазоконстрикторный эффект в отношении артериол при неповрежденном эндотелии
вазодилаторный эффект в отношении артериол при неповрежденном эндотелии
вазоконстрикторный эффект в отношении артериол при поврежденном эндотелии
вазодилаторный эффект в отношении артериол при поврежденном эндотелии
стимуляция агрегации тромбоцитов
предотвращение агрегации тромбоцитов
возбуждение окончаний болевых нервов
торможение формирования боли в очаге повреждения

Вопрос № 37
ЭФФЕКТЫ СЕРОТОНИНА НА СИСТЕМНОМ УРОВНЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ:
стимуляцией стероидогенеза
антидиуретическим эффектом
антиноцицептивным эффектом
спазмом гладкой мускулатуры кишечника, бронхов, матки
тормозным влиянием на ЦНС
субмиссивным типом поведения
понижением артериального давления в большом и малом круге кровообращения
повышением артериального давления в большом и малом круге кровообращения

Вопрос № 38
ИСТОЧНИКОМ КАТЕХОЛАМИНОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ СЛУЖАТ:
эритроциты
белки плазмы
сегментоядерные нейтрофилы
тромбоциты
моноциты/макрофаги
эндотелиоциты

Вопрос № 39
ЭФФЕКТЫ ПОЛИАМИНОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:
усиление воспаления
ограничение воспаления
ослабление репарации
стимуляцию репарации
повышение ростстимулирующего действия соматомединов
ослабление ростстимулирующего действия соматомединов

Вопрос № 40
МЕДИАТОРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ, ОБРАЗУЮЩИМИСЯ ИЗ ФОСФОЛИПИДОВ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН, ЯВЛЯЮТСЯ:
простагландины
гистамин
брадикинин
лейкотриены
фактор агрегации тромбоцитов

Вопрос № 41
ПРЕВРАЩЕНИЕ АРАХИДОНОВОЙ КИСЛОТЫ ВОЗМОЖНО:
по липоксигеназному пути
по циклоксигеназному пути
по монооксигеназному пути

Вопрос № 42
К МЕТАБОЛИТАМ ЛИПОКСИГЕНАЗНОГО ПУТИ ОБМЕНА АРАХИДОНОВОЙ КИСЛОТЫ ОТНОСЯТСЯ:
лейкотриены
липоксины
простагландины
гепоксилины

Вопрос № 43
К МЕТАБОЛИТАМ ЦИКЛОКСИГЕНАЗНОГО ПУТИ ОБМЕНА АРАХИДОНОВОЙ КИСЛОТЫ ОТНОСЯТСЯ:
простагландины
тромбоксан
простациклин

лейкотриены
липоксины

Вопрос № 44
ЭЙКОЗАНОИДЫ, ИГРАЮЩИЕ НАИБОЛЕЕ ВАЖНУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛЕНИЯ:
простагландин E 2
лейкотриен B 4
лейкотриен D 4
простациклин
тромбоксан

Вопрос № 45
ЭФФЕКТЫ ЛТВ 4 В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:
хемотаксис нейтрофилов, макрофагов, эозинофилов
агрегация лейкоцитов и секреция гранулярных ферментов
повышение проницаемости сосудов
увеличение образования активных форм кислорода
дилатация сосудов

Вопрос № 46
ЭФФЕКТЫ ЛТ C4; D4; E4 В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:
бронхоспазм
повышение проницаемости сосудов
гиперсекреция слизи
хемотаксис нейтрофилов
усиление бронхосуживающего эффекта других медиаторов (ФАТ, гистамин)

Вопрос № 47
ПРОСТАГЛАНДИН E2 ОБЛАДАЕТ ДЕЙСТВИЕМ:

проаллергическим
антиаллергическим

Вопрос № 48
ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ПГЕ 2 ОБУСЛОВЛЕН:
расширением сосудов
повышением проницаемости сосудов
подавлением хемотаксиса
подавлением выработки активных форм кислорода
синергизмом с брадикинином в отношении болевой реакции

Вопрос № 49
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ПГЕ 2 ОБУСЛОВЛЕН:
расширением сосудов
повышением проницаемости сосудов
подавлением агрегации лейкоцитов
подавлением хемотаксиса лейкоцитов
подавлением выработки лейкоцитами активных форм кислорода
подавлением агрегации тромбоцитов и выхода тромбоксана A2
подавлением высвобождения ФАТ и гистамина из базофилов и тучных клеток

Вопрос № 50
АНТИАЛЛЕРГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПГЕ 2 СВЯЗАНО С ЕГО СПОСОБНОСТЬЮ ВЫЗЫВАТЬ:
бронходилататорный эффект
подавление иммунных реакций
подавление освобождения медиаторов из тучных клеток
расширение сосудов

Вопрос № 51
ЭФФЕКТЫ ТРОМБОКСАНА A2 В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:
спазм сосудов
спазм бронхов
агрегацию тромбоцитов
адгезию нейтрофилов
расширение сосудов
стимуляцию пролиферации Т-лимфоцитов

Вопрос № 52
ЭФФЕКТЫ ПРОСТАЦИКЛИНА В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:
расширение сосудов
увеличение проницаемости сосудов
антиагрегационное действие
индукция боли
спазм сосудов

Вопрос № 53
МЕХАНИЗМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ОБУСЛОВЛЕН:
стабилизацией клеточных мембран
торможением синтеза эйкозаноидов
ингибированием высвобождения гистамина
ингибированием активности комплемента

Вопрос № 54
КЛЕТКАМИ - ПРОДУЦЕНТАМИ ФАТ ЯВЛЯЮТСЯ:

нейтрофилы
базофилы
эозинофилы
эндотелиоциты
фибробласты
тромбоциты

Вопрос № 55
ЭФФЕКТЫ ФАТ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ПРОЯВЛЯЮТСЯ:

активацией тромбоцитов
агрегацией тромбоцитов
активацией и агрегацией гранулоцитов
синтезом в эндотелии ФАТ и сменой репертуара молекул адгезии
спазмом сосудов
дилатацией сосуда
повышением проницаемости сосудов
способностью вызвать бронхоспазм
стимуляцией высвобождения провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ФНО α)

Вопрос № 56
КОМПОНЕНТАМИ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

калликреины
кининогены
анафилотоксины
кинины
рецепторы кининов
ингибиторы калликреинов
ЛТ В₄
кининазы

Вопрос № 57
КАСКАДНЫЕ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ УЧАСТВУЮТ В ПРОЦЕССАХ:

гемокоагуляции
фибринолиза
активации комплемента
кининогенеза
ангиотензиногенеза
цитокиногенеза

Вопрос № 58
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, РЕГУЛИРУЕМЫЕ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМОЙ:

морфогенез клеток
иммунный ответ
тонус гладкой мускулатуры сосудов
стабильность КОС
сосудистая проницаемость
проницаемость гемато-энцефалического барьера

Вопрос № 59
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, РЕГУЛИРУЕМЫЕ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМОЙ:

газовый ацидоз
воспаление
шок различной этиологии
анемии
трансформация клеток
тромбогеморрагические состояния

Вопрос № 60
МЕХАНИЗМЫ АКТИВАЦИИ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ ВКЛЮЧАЮТ:

контактную систему активации плазменного прекалликреина
активацию плазменного прекалликреина с участием тканевых протеаз
наследственную или приобретенную недостаточность ингибиторов калликреина
снижение активности кининаз
повышение активности кининаз
«растормаживание» калликреина при диссоциации его комплексов с ингибиторами

Вопрос № 61
КОНТАКТНАЯ АКТИВАЦИЯ ПЛАЗМЕННОГО ПРЕКАЛЛЕКРЕИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ УЧАСТИИ:

фактора XII
высокомолекулярного кининогена
фактора IX
анионной поверхности поврежденного эндотелия

Вопрос № 62
ПЛАЗМЕННЫМИ ИНГИБИТОРАМИ КАЛЛИКРЕИНА ЯВЛЯЮТСЯ:

C-реактивный белок
гаптоглобин
 α_2 – макроглобулин
инактиватор C I
церулоплазмин
антитромбин III
инактиватор протеина C

Вопрос № 63
ТКАНЕВЫМИ ИНГИБИТОРАМИ КАЛЛИКРЕИНА СЛУЖАТ:
ОПИТ (основной панкреатический ингибитор трипсина – ингибитор Кунитца)

кальмодулин

каллистатин

Вопрос № 64

КАЛЛИКРЕИНЫ (ПЛАЗМЕННЫЙ И ТКАНЕВОЙ) ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:

фосфолипазы

белки, не обладающие ферментативной активностью

АТФ-азы

металлопротеиназы

сериновые протеазы

Вопрос № 65
ЭФФЕКТЫ КАЛЛИКРЕИНОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ:

активация ангиотензиногенеза

активация фибринолиза

ингибирование системы комплемента

активация системы комплемента

подавление образования кининов

стимуляция образования кининов

активация гемокоагуляции

Вопрос № 66
ЭФФЕКТЫ КИНИНОГЕНОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ:

усиление агрегации тромбоцитов, индуцированной тромбоксаном

ослабление агрегации тромбоцитов, индуцированной тромбоксаном

адгезивное действие в отношении ПЯЛ

антиадгезивное действие в отношении ПЯЛ

участие в образовании кининов

стимуляция кислородзависимых и кислороднезависимых механизмов кининг ПЯЛ

Вопрос № 67
ЭФФЕКТЫ КИНИНОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ:

вазодилатация

пролиферация гладкомышечных клеток сосудов

индукция синтеза белков острой фазы

гиперальгезия

регуляция гемостаза

активация системы комплемента

резорбция костной ткани

стимуляция фибробластов и репарации

освобождение гистамина из тучных клеток

стимуляция синтеза P_g и провоспалительных цитокинов

стимуляция энергетического обмена в очаге воспаления

Вопрос № 68
МЕХАНИЗМЫ ВАЗОДИЛЯТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ КИНИНОВ ОБУСЛОВЛЕННЫ:

активацией протеинкиназы C

продукцией NO

продукцией простагландинов

продукцией лейкотриенов

Вопрос № 69
КИНИНАЗЫ – ЭТО:
высокоактивные металлоферменты
сериновые протеазы
гидролазы

Вопрос № 70
ИНАКТИВАЦИЯ КИНИНОВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ КИНИНАЗ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА:

в печени

в легких

в селезенке

в почках

Вопрос № 71
КИНИНАЗА II ТИПА – ЭТО:

АТФ-аза

трипсин

ангиотензинпревращающий фермент (АПФ)

цитохромоксидаза

Вопрос № 72

ЭФФЕКТЫ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ВКЛЮЧАЮТ:
превращение ангиотензина I в ангиотензин II
превращение ангиотензиногена в ангиотензин I
разрушение брадикинина

Вопрос № 73

СНИЖЕНИЕ АД В УСЛОВИЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ДОСТИГАЕТСЯ:
снижением синтеза кининогенов
уменьшением образования ангиотензина II
повышенным накоплением брадикинина

Вопрос № 74

КОМПОНЕНТАМИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ЯВЛЯЮТСЯ:
главные белки системы комплемента (C1-C9)
расщепленные пептидные фрагменты (C3a; C3b; C5a; C5b)
рецепторы комплемента (CR1, CR2, CR3)
белки, регулирующие активность отдельных компонентов системы комплемента
альбумины

Вопрос № 75

ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ КОМПОНЕНТОВ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА СЛУЖАТ:
гепатоциты
эпителий кишечника
эпителий почечных канальцев
фибробласты
макрофаги

Вопрос № 76

КЛЕТКИ КРОВИ, СПОСОБНЫЕ СИНТЕЗИРОВАТЬ БЕЛКИ КОМПЛЕМЕНТА В ЗОНЕ ВОСПАЛЕНИЯ:
нейтрофилы
эритроциты
тромбоциты
макрофаги

Вопрос № 77

ВОЗМОЖНОСТЬ ПЕРЕХОДА КОМПОНЕНТОВ КОМПЛЕМЕНТА ОТ МАТЕРИ К ПЛОДУ ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ:
существует
не существует

Вопрос № 78

КЛАССИЧЕСКИЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ЗАПУСКАЕТСЯ ПРИ УЧАСТИИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ:
1. Ig E
2. Ig M
3. Ig G
4. Ig A

Вопрос № 79

ФАКТОРЫ, ЗАПУСКАЮЩИЕ КЛАССИЧЕСКИЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА В ОТСУТСТВИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ :
липопротеиды
альбумины
С-реактивный белок
соли мочевой кислоты
трансферрин
комплексы гепарина с протамином
некоторые вирусы (ВИЧ)
бактериальные гликолипиды

Вопрос № 80

КЛЮЧЕВЫМ КОМПОНЕНТОМ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ПРИ ЕЕ АКТИВАЦИИ ПО КЛАССИЧЕСКОМУ И АЛЬТЕРНАТИВНОМУ ПУТИ СЛУЖИТ:

Один правильный ответ:

C3

C5

C7

Вопрос № 81

С3 КОНВЕРТАЗОЙ КЛАССИЧЕСКОГО ПУТИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ:
C4a C4b
C1в C4b
C4b C2a

Вопрос № 82

ФАКТОРЫ, ЗАПУСКАЮЩИЕ АКТИВАЦИЮ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПУТИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА:
агрегированные Ig E, Ig M, Ig G, Ig A
гаптоглобин
бактериальные полисахариды

вирусы
фактор Вилленбранда
дрожжи (зимозан)
фактор яда кобры
клетки высших организмов

Вопрос № 83
КОМПОНЕНТ, ОТКРЫВАЮЩИЙ ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ЭТАП АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА, ПРЕДСТАВЛЕН МОЛЕКУЛОЙ:

C3
C5
C7
C9

Вопрос № 84
КОМПОНЕНТ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА, ГОМОЛОГИЧНЫЙ ПЕРФОРИНУ, ПРЕДСТАВЛЕН МОЛЕКУЛОЙ:

C5
C7
C8
C9

Вопрос № 85
УЧАСТНИКИ ИНИЦИАЛЬНОГО ЭТАПА АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПУТИ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА:

C1
C2
C4
C3i
фактор В
фактор D
пропердин

Вопрос № 86
C3 КОНВЕРТАЗОЙ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПУТИ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ:

C3a Bb
C3b Bb
C3i Bb

Вопрос № 87
АМПЛИФИКАЦИЯ КЛАССИЧЕСКОГО ПУТИ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ВОВЛЕЧЕНИЕМ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПУТИ АКТИВАЦИИ:

возможна
не возможна

Вопрос № 88
АМПЛИФИКАЦИЯ КЛАССИЧЕСКОГО ПУТИ ВОВЛЕЧЕНИЕМ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПУТИ ПРОИСХОДИТ НА ЭТАПЕ:

присоединения и сборки C1
образования C3- конвертазы классического пути
ковалентного присоединения к молекуле Ig G C3b

Вопрос № 89
ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ЭТАП АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ПО КЛАССИЧЕСКОМУ И АЛЬТЕРНАТИВНОМУ ПУТИ ИДЕНТИЧЕН:

да
нет

Вопрос № 90
ЗАПУСК АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА БЕЛКОМ MBL ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

по классическому пути
по альтернативному пути

Вопрос № 91
MBL ПРОЯВЛЯЕТ СРОДСТВО И СПОСОБЕН К ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ:

со специфическими рецепторами на поверхности микроорганизмов
с липидами бактериальной клетки
с маннозой и полисахаридами, присутствующими на поверхности микробных клеток

Вопрос № 92
СЕРИНОВЫЕ ПРОТЕАЗЫ (MASP-1 И MASP-2) В СОСТАВЕ MBL ЯВЛЯЮТСЯ АНАЛОГАМИ:

C1-эстеразы
C3-конвертазы классического пути
C5-конвертазы классического пути
C3-конвертазы альтернативного пути

Вопрос № 93
ПОСЛЕДСТВИЯМИ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ЯВЛЯЮТСЯ:

стимуляция секреции гистамина тучными клетками
образование сквозных каналов в цитоплазматической мембране

активация полиморфноядерных лейкоцитов
образование анафилотоксинов
опсонизация объектов фагоцитоза
регуляция иммунного ответа
подавление образования активных форм кислорода

Вопрос № 94

ЭФФЕКТЫ ДЕЙСТВИЯ С 3а:

стимуляция секреции ИЛ-1
дегрануляция тучных клеток
активация лимфоцитов
высвобождение гистамина
бронхоспазм
сильный хемоаттрактант
слабый хемоаттрактант
эффектор наследственного ангионевротического отека

Вопрос № 95

ЭФФЕКТЫ ДЕЙСТВИЯ С 5а:

стимуляция секреции ИЛ-1
агрегация тромбоцитов
бронхоспазм
индукция респираторного взрыва в лейкоцитах
сильный хемоаттрактант
повышение проницаемости эндотелия посткапиллярных венул
индукция циклооксигеназы лейкоцитов
индукция липоксигеназы лейкоцитов
дегрануляция тучных клеток и высвобождение гистамина
индуктор миграции МФ

Вопрос № 96

МЕМБРАННЫЕ БЕЛКИ – ИНГИБИТОРЫ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА:

C1 inh
DAF
фактор H
CR1

Вопрос № 97

C1 inh ПОДАВЛЯЕТ СИСТЕМУ КОМПЛЕМЕНТА АКТИВИРОВАННУЮ:

по классическому пути
по альтернативному пути

Вопрос № 98

ВИТРОНЕКТИН ИНГИБИРУЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ЭТАП АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА:

инициальный
центральный
терминальный

Вопрос № 99

ЦИТОКИНЫ – ЭТО:

гормоны белковой природы, приоритетно регулирующие процессы иммуногенеза и воспаления
биологически активные вещества, обладающие широким спектром действия

Вопрос № 100

ОСНОВНЫЕ КЛАССЫ ЦИТОКИНОВ ВКЛЮЧАЮТ:

селектины
интерлейкины
интерфероны
факторы некроза опухолей
колониестимулирующие факторы
хемокины
факторы роста
лейкотриены

Вопрос № 101

СВОЙСТВА ЦИТОКИНОВ:

принадлежность к пептидам
индуцибельность
индивидуальность
синтез de novo
избыточность
плейотропность действия
видовая специфичность биологических эффектов
синергизм
антагонизм
каскадность действие

Вопрос № 102

МЕХАНИЗМЫ ЦИТОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИИ КЛЕТОК:

аутокринный
паракринный
эндокринный
нейрогенный

Вопрос № 103

ЦИТОКИНЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ЭНДОКРИННЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ:

Г-КСФ
ИЛ-1
ФНО α
ТФР β
ИЛ-6

Вопрос № 104

ПРОДУКЦИЯ ЦИТОКИНОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

активированными клетками
не активированными клетками

Вопрос № 105

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ЦИТОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРОЯВЛЯЮТ:

не активированные клетки
активированные клетки

Вопрос № 106

ОТВЕТ КЛЕТКИ-МИШЕНИ НА ЦИТОКИН ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

типом клеток-мишеней
типом клеток-продуцентов цитокина
локальной концентрацией цитокина
присутствием других медиаторных молекул
исходной функциональной активностью клетки-мишени
экспрессией рецепторов к цитокинам на клетках-мишенях

Вопрос № 107

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ КЛЕТКИ-МИШЕНИ НА ЦИТОКИН ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

индивидуальными особенностями цитокина
набором регуляторных пептидов (цитокинов) действующих на клетку-мишень

Вопрос № 108

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ:

ИЛ-1
ИЛ-4
ИЛ-6
ИЛ-10
ИЛ-8
ФНО α

Вопрос № 109

ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ:

ИЛ-1
ИЛ-4
ТФР β
ИЛ-10
ИЛ-8
ФНО α

Вопрос № 110

ВЛИЯНИЕ РЕЦЕПТОРНОГО АНТОГОНИСТА ИЛ-1 (ИЛ-1 РА) НА РАЗВИТИЕ ВОСПАЛЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

ослаблением воспаления
усилением воспаления
не изменит течения воспаления

Вопрос № 111

ЛОКАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К СОСУДИСТОМУ КОМПОНЕНТУ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

дилатацией сосудов
спазмом сосудов
увеличением проницаемости сосудистой стенки
снижением проницаемости сосудистой стенки

Вопрос № 112

ЛОКАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЕГО КЛЕТОЧНЫХ КОМПОНЕНТОВ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

активацией фагоцитоза
подавлением фагоцитоза
стимуляцией миграции нейтрофилов и моноцитов из крови в ткани

подавлением миграции нейтрофилов и моноцитов из крови в ткани
стимуляцией генерации АФК фагоцитами
подавлением генерации АФК фагоцитами
активацией Т, В-лимфоцитов и НК
подавлением Т, В-лимфоцитов и НК
стимуляцией экспрессии молекул адгезии
подавлением экспрессии молекул адгезии

Вопрос № 113
СИСТЕМНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ВКЛЮЧАЮТ:
лихорадочную реакцию
ДВС-синдром
индукцию синтеза белков острой фазы
септический шок
повышение уровня глюкокортикоидов
резорбцию костной и хрящевой ткани
протеолиз мышечной ткани
гипогликемический шок

Вопрос № 114
ЦИТОКИН, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЙ РАЗВИТИЕ КАХЕКСИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ:
гамма - интерферона
ИЛ-1
ИЛ-10
ФНО α

Вопрос № 115
КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ, ВЫЗЫВАЮЩАЯ РАЗВИТИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ВОСПАЛЕНИЯ:
низкая
средняя
высокая

Вопрос № 116
ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭФФЕКТЫ ИЗБЫТОЧНОЙ ПРОДУКЦИИ ИЛ-1, ФНО α , ИЛ-6 ПРИ МАССИВНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ
БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЭНДОТОКСИНОВ ПРОЯВЛЯЮТСЯ:
обезвоживанием
гипотермией
ДВС-синдромом
метаболическим ацидозом
септическим шоком

Вопрос № 117
НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНТЕРЛЕЙКИНА 1:
индукция секреции КРГ в паравентрикулярных ядрах гипоталамуса
усиление продукции АКТГ
усиление продукции глюкокортикоидов
стимуляция синтеза катехоламинов
влияние на центр терморегуляции

Вопрос № 118
ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА, ПРИСУЩЕЕ ХЕМОКИНАМ:
являются секретируемыми белками
имеют положительный заряд
имеют отрицательный заряд
относятся к жирным кислотам

Вопрос № 119
МИШЕНЯМИ ДЛЯ ХЕМОКИНОВ СЛУЖАТ:
нейтрофилы
моноциты
лимфоциты
эритроциты
гематопозитические предшественники
дендритные клетки

Вопрос № 120
ГОМЕОСТАТИЧЕСКИЕ ХЕМОКИНЫ КОНТРОЛИРУЮТ:
хоминговую миграцию лейкоцитов в органы
направленную миграцию лейкоцитов в очаг повреждения

Вопрос № 121
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ХЕМОКИНЫ КОНТРОЛИРУЮТ:
хоминговую миграцию лейкоцитов в органы
направленную миграцию лейкоцитов в очаг повреждения

Вопрос № 122
ЭКСПРЕССИЯ ГОМЕОСТАТИЧЕСКИХ ХЕМОКИНОВ НОСИТ ХАРАКТЕР:
конститутивный

индуцибельный

Вопрос № 123
ЭКСПРЕССИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ХЕМОКИНОВ НОСИТ ХАРАКТЕР:
конститутивный
индуцибельный

Вопрос № 124
СТИМУЛАМИ ДЛЯ СИНТЕЗА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ХЕМОКИНОВ ЯВЛЯЮТСЯ:
ЛПС
ФНО
ИЛ-1 β
гистамин
ФАТ

Вопрос № 125
ЭФФЕКТЫ ХЕМОКИНОВ КЛАССА ELR⁺СХС ВКЛЮЧАЮТ:
привлечение нейтрофилов в очаг воспаления
индукцию экзоцитоза гранул нейтрофилов
активацию НАДФН-оксидазы
ангиогенную активность
презентацию антигена

Вопрос № 126
КЛЕТКАМИ ПРОДУЦЕНТАМИ ХЕМОКИНОВ СЕМЕЙСТВА ELR⁺СХС СЛУЖАТ:
нейтрофилы
моноциты
Т-лимфоциты
эндотелициты
фибробласты
эритроциты

Вопрос № 127
ПРОНИКНОВЕНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ В ОЧАГ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ДЕЙСТВИИ ХЕМОКИНОВ СЕМЕЙСТВА ELR⁺СХС ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЦЕССОМ:
быстрым
медленным

Вопрос № 128
ХЕМОКИНЫ ГРУППЫ ELR⁻СХС СЛУЖАТ ХЕМОАТТРАКТАНТАМИ ДЛЯ:
нейтрофилов
CD4⁺ Т-лимфоцитов

Вопрос № 129
БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ХЕМОКИНОВ СЕМЕЙСТВА ELR⁻СХС ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ:
хемотаксиса нейтрофилов
хемотаксиса Th1-клеток в очаг воспаления
регуляции иммунного ответа по клеточному типу
сопряжения неспецифических механизмов защиты и механизмов естественного иммунитета

Вопрос № 130
ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ХЕМОКИНОВ СЕМЕЙСТВА ELR⁻СХС НА ХЕМОТАКСИС Th1, НО НЕ НА Th2-ЛИМФОЦИТОВ ОБУСЛОВЛЕНО:
отсутствием у Th2-клеток аффинных рецепторов к хемокинам данного семейства
большей мобильностью Th1 по сравнению с Th2
конкурентным связыванием хемокинов данного семейства с рецепторами Th2, приводящим к угнетению их хемотаксиса

Вопрос № 131
КЛЕТКАМИ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ К ХЕМОТАКСИЧЕСКОМУ ВЛИЯНИЮ ХЕМОКИНОВ СЕМЕЙСТВА СС, ЯВЛЯЮТСЯ:
нейтрофилы
моноциты
лимфоциты
эозинофилы
дендритные клетки
базофилы

Вопрос № 132
ХЕМОКИНЫ СЕМЕЙСТВА СС, РЕКРУТИРУЮЩИЕ МОНОЦИТЫ В ОЧАГ ВОСПАЛЕНИЯ:
MCP-1
дефеннины
MIP 1 α
MIP 1 β

Вопрос № 133
ХЕМОАТТРАКТАНТАМИ ДЛЯ НЕЗРЕЛЫХ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК ЯВЛЯЮТСЯ:
MIP 1 α
MIP 1 β
MIP 3 α
MIP 3 β

Вопрос № 134

ХЕМОАТТРАКТАНТОМ ДЛЯ ЗРЕЛЫХ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК ЯВЛЯЕТСЯ:

МIP 1 α

МIP 1 β

МIP 3 α

МIP 3 β

Вопрос № 135

ХЕМОАТТРАКТАНТОМ ДЛЯ CD8⁺ Т-ЛИМФОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

МIP 1 α

МIP 1 β

МСР-1

Вопрос № 136

ХЕМОТАКСИЧЕСКИ-АКТИВНЫМИ БЕЛКАМИ, СОДЕРЖАЩИМИСЯ В ГРАНУЛАХ НЕЙТРОФИЛОВ, ЯВЛЯЮТСЯ:

катепсин G

дефенсины

урокиназа

азуроцидин

липазы

Вопрос № 137

ОБРАЗОВАНИЕ СВОБОДНЫХ РАДИКАЛОВ СВЯЗАНО С ПРОЦЕССАМИ:

только ферментативными

только неферментативными

ферментативными и неферментативными

Вопрос № 138

ОБРАЗОВАНИЮ АКТИВИРОВАННЫХ КИСЛОРОДНЫХ МЕТАБОЛИТОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ

СПОСОБСТВУЮТ:

активация ксантиноксидазы

активация НАДФН-оксидазы

возрастание утечки электрона от субстрата на кислород

активация эндотелиальной NO-синтазы

активация протеаз

Вопрос № 139

ЭФФЕКТЫ НИТРОКСИДА (NO[•]) В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:

бактерицидное действие

защиту эндотелиоцитов от токсического действия окисленных липопротеидов

индукцию иммунного ответа

вазодилатацию

торможение пролиферации лимфоцитов и гладкомышечных клеток

снижение адгезии нейтрофилов и тромбоцитов к эндотелию

регуляцию продукции медиаторов воспаления

Вопрос № 140

ЭФФЕКТЫ ПЕРОКСИНИТРИТ-АНИОНА (ONOO⁻) В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:

индукцию пролиферации клеток

бактерицидное действие

ингибирование митохондриальных ферментов

индукцию иммунного ответа

повреждение ДНК

ингибирование ферментов, участвующих в репликации ДНК

индукцию апоптоза

активацию ПОЛ

Вопрос № 141

ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ NO[•] И СНИЖЕНИЯ ЕГО КОНЦЕНТРАЦИИ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ

ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

вазодилатацией

вазоконстрикцией

усилением адгезии нейтрофилов к эндотелию

снижением адгезии нейтрофилов к эндотелию

усилением адгезии и агрегации тромбоцитов

снижением адгезии и агрегации тромбоцитов

Вопрос № 142

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ (ПОЛ) - ЭТО:

реакция, имеющая место только при патологии

нормальный процесс метаболизма

Вопрос № 143

ПОЛ В РОЛИ ЗВЕНА ПАТОГЕНЕЗА РЯДА ВАЖНЕЙШИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫСТУПАЕТ В УСЛОВИЯХ:

ингибирования

чрезмерной активации

Вопрос № 144

РЕГУЛЯТОРНОЕ ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТОВ ПОЛ НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ВКЛЮЧАЕТ:

изменение экспрессии молекул адгезии

вазодилатацию
вазоконстрикцию
модуляцию хемотаксиса гранулоцитов
модуляцию метаболической активности гранулоцитов

Вопрос № 145

ЭФФЕКТЫ H_2O_2 НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:

бактерицидное действие
способность вызывать окислительную модификацию отдаленно расположенных макромолекул
способность инактивировать некоторые ферменты
мутагенный эффект
способность активировать редокс-чувствительные факторы транскрипции

Вопрос № 146

РЕГУЛЯТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

модуляция тонуса и проницаемости сосудов
влияние на экспрессию молекул адгезии
активация системы комплемента
влияние на экспрессию медиаторов воспаления
дерепрессия генов, контролирующих синтез цитокинов и острофазовых реактантов

Вопрос № 147

СУБСТРАТАМИ - МИШЕНЯМИ ДЛЯ ГИДРОКСИЛЬНЫХ РАДИКАЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

белки
полисахаридные компоненты гликолипидов
нуклеиновые кислоты
жирные кислоты
гликоген

Вопрос № 148

ФУНКЦИИ ЛИПИДНОГО БИСЛОЯ МЕМБРАН:

энергетическая
пластическая
матричная
барьерная

Вопрос № 149

НАРУШЕНИЯ В ЛИПИДНОМ БИСЛОЕ МЕМБРАН ПРИ АКТИВАЦИИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

приобретением мембраной отрицательного поверхностного заряда
приобретением мембраной положительного поверхностного заряда
проникновением воды в липидный бислой
уменьшением площади липидного бислоя мембраны
увеличением площади липидного бислоя мембраны
уменьшением микровязкости мембраны
увеличением микровязкости мембраны

Вопрос № 150

МАКСИМАЛЬНАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ РЕГИСТРИРУЕТСЯ НА ЭТАПЕ:

альтерации
экссудации
образования полиморфноклеточного инфильтрата
образования мононуклеарного инфильтрата
регенерации

Вопрос № 151

ДОМИНИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ АКТИВИРОВАННЫХ КИСЛОРОДНЫХ МЕТАБОЛИТОВ В СТАДИЮ ПРОЛИФЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

бактерицидный
регуляторный
альтерерирующий

Вопрос № 152

ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГУЛЯТОРНОГО ВЛИЯНИЯ АКТИВИРОВАННЫХ КИСЛОРОДНЫХ МЕТАБОЛИТОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:

индукцию поляризации макрофагов с заменой классического пути их активации на альтернативный
репрограммирование внутриклеточных сигнальных путей для цитокинов и факторов роста
участие в активации факторов транскрипции, контролирующих митотическую активность клеток
участие в сигнальных путях, исходящих от антигенпрезентирующих рецепторов Т- и В-лимфоцитов
активацию симпатoadреналовой системы

Вопрос № 153

МЕХАНИЗМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ РЕАЛИЗУЮТСЯ В ОТНОШЕНИИ:

ионов кальция
активированных кислородных метаболитов
ионов двухвалентного железа
полипептидов

вторичных липидных радикалов
гидроперекисей липидов

Б. Определите правильную последовательность

Вопрос № 154

ВКЛЮЧЕНИЯ ИНИЦИАЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ПУТИ ЕГО АКТИВАЦИИ:

- C4, C2, C1
- C1, C2, C4
- C1, C4, C2
- C2, C1, C4

Вопрос № 155

ЭТАПОВ РЕГУЛЯЦИИ ХЕМОКИНАМИ СЕМЕЙСТВА ELR⁺CXC ПРОЦЕССА НЕЙТРОФИЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ:

- индукция хемокинов в поврежденной ткани
- инфильтрация очага воспаления нейтрофилами
- хемотаксис нейтрофилов в пораженную ткань
- активация нейтрофилов и секреция ими ИЛ-8, GRO, приводящая к усилению собственной инфильтрации в воспаленной ткани

3.. КЛЕТОЧНЫЕ ФАКТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ

А. Выберите один или несколько правильных ответов

Вопрос № 156

ЭФФЕКТОРНЫМИ КЛЕТКАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- нейтрофилы
- моноциты / макрофаги
- тучные клетки
- фибробласты
- эндотелиоциты
- тромбоциты
- эритроциты
- стволовые клетки

Вопрос № 157

ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ВКЛЮЧАЮТ:

- тромборезистентность
- тромбогенность
- регуляцию адгезии лейкоцитов
- регуляцию тонуса сосудов
- регуляцию роста сосудов
- фагоцитоз
- продукцию антител

Вопрос № 158

ТРОМБОГЕННОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ОБУСЛОВЛЕНА:

- продукцией оксида азота
- синтезом фактора Виллебранда
- продукцией ФАТ
- тканевым тромбопластином
- тромбомодулином

Вопрос № 159

ТРОМБОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ОБУСЛОВЛЕНА:

- продукцией оксида азота
- синтезом фактора Виллебранда
- продукцией ФАТ
- тканевым тромбопластином
- тромбомодулином

Вопрос № 160

ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ СОСУДИСТЫЙ ТОНУС, ПРЕДСТАВЛЕННЫ:

- оксидом азота
- эндотелиальным гиперполяризующим фактором
- эндотелином 1
- тромбоксаном A2
- тромбопластином

Вопрос № 161

ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫМИ ВАЗОДИЛАТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- оксид азота
- эндотелиальный гиперполяризующий фактор
- эндогенные каннабиониды
- тромбоксан A2
- ангиотензин II
- аденозин
- простаглицлин
- аденомедуллин
- натрийуретические пептиды
- брадикинин

Вопрос № 162

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ NO-СИНТАЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

индуцибельностью

конститутивностью

сопряженностью активности с повышением внутриклеточного пула Ca^{2+}

отсутствием сопряженности активности с повышением внутриклеточного пула Ca^{2+}

Вопрос № 163

ФАКТОРЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ПРОДУКЦИЮ И ВЫСВОБОЖДЕНИЕ NO В ЭНДОТЕЛИИ СОСУДОВ:

1 напряжение сдвига

гипоксия

механическая деформация

ангиотензин

гистамин

ФАТ

ацетилхолин

норадреналин

брадикинин

тромбин

Вопрос № 164

К БИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ МОЛЕКУЛЫ NO ОТНОСЯТСЯ:

является свободным радикалом

не является свободным радикалом

легко проникает через цитоплазматическую и внутриклеточные мембраны

не проникает через цитоплазматическую и внутриклеточные мембраны

хорошо растворим в воде и липидах

не растворим в воде и липидах

обладает сродством к гемовой группе гемоглобина и железосодержащих ферментов

не обладает сродством к гемовой группе гемоглобина и железосодержащих ферментов

Вопрос № 165:

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ЭФФЕКТАМИ NO В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ (ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ NO) ЯВЛЯЮТСЯ:

регуляция тонуса сосудов

регуляция сократительной способности миокарда

торможение пролиферации гладкомышечных клеток сосудов

торможение агрегации тромбоцитов

увеличение ОЦК

Вопрос № 166

ВЛИЯНИЕ NO НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

прямым положительным инотропным действием

прямым отрицательным инотропным действием

Вопрос № 167

МЕХАНИЗМ ВАЗОДИЛАТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ NO ОПОСРЕДОВАН:

активацией цитозольной гуанилатциклазы

активацией протеинкиназы C

ингибированием фосфолипазы C

повышением пула внутриклеточного кальция

снижением пула внутриклеточного кальция

активацией аденилатциклазы

Вопрос № 168

ВЛИЯНИЕ СВОБОДНЫХ РАДИКАЛОВ НА АКТИВНОСТЬ NO-СИНТАЗЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

усилением активности

ослаблением активности

Вопрос № 169

МЕХАНИЗМ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ВЛИЯНИЯ СВОБОДНЫХ РАДИКАЛОВ НА АКТИВНОСТЬ NO-СИНТАЗЫ РЕАЛИЗУЕТСЯ:

путем прямой активации гена NO-синтазы

путем активации ядерного фактора транскрипции NF- κ B, индуцирующего синтез NO-синтазы

путем подавления активности ингибиторов NO-синтазы

Вопрос № 170

БЛОКАТОРАМИ ИНДУКЦИИ NO-СИНТАЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

ИЛ-4

ИЛ-8

простаглицлин

тромбоксан

ИЛ-10

трансформирующий фактор роста β

эпидермальный фактор роста

глюкокортикоиды

Вопрос № 171

МЕХАНИЗМЫ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ГИПЕРПРОДУКЦИЮ NO, ВКЛЮЧАЮТ:

прямую инактивацию NO-синтазы за счет связывания NO с гемсодержащей группой этого фермента
подавление экспрессии гена NO-синтазы за счет предупреждения активации фактора транскрипции NF-κB и ингибирования его связывания с ДНК
индукцию и стабилизацию эндогенного ингибитора NF-κB: IκB-α
мобилизацию механизмов, повышающих концентрацию Ca²⁺ в клетке
мобилизацию механизмов, понижающих концентрацию Ca²⁺ в клетке

Вопрос № 172

ОКИСЛИТЕЛИ, ОБРАЗУЮЩИЕСЯ С УЧАСТИЕМ NO И ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ЕГО ТОКСИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ:

пероксинитрит-анион (ONOO⁻)
радикалом диоксида (ONO[•])
гидроксильным радикалом (HO[•])
перекисью водорода (H₂O₂)
гипохлоритом (ClO⁻)

Вопрос № 173

КЛЕТочНЫЕ МИШЕНИ ДЛЯ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ИЗБЫТКА NO И ОБРАЗУЮЩИХСЯ НА ЕГО ОСНОВЕ ОКИСЛИТЕЛЕЙ (HO[•] И ONOO⁻) ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

клеточной мембраной
митохондриальными ферментами дыхательной цепи и цикла Кребса
молекулой ДНК
белками, содержащими сульфгидрильные группы
ферментами репарации ДНК
гликогеном

Вопрос № 174

ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ИЗБЫТКА NO В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

увеличением проницаемости сосудов, способствующим развитию отека тканей
прямым кардиотоксическим действием
стойкой генерализованной вазодилатацией и глубоким снижением АД
подавлением реакции сосудов на констрикторные стимулы и развитием необратимой гипотензии (различные виды шока)
выходом крови из депо и увеличением ОЦК

Вопрос № 175

ВЛИЯНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА НА БИОЛОГИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ NO ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

усилением действия NO
ослаблением действия NO

Вопрос № 176

ДЕПРЕССИВНОЕ ВЛИЯНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА НА БИОЛОГИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ NO ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:

в связывании NO
в усилении выхода NO из клетки
в окислении NO в нитраты (NO₂) и нитриты (NO₃)

Вопрос № 177

ПРИМЕНЕНИЕ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ, ТРОМБОЗЕ, ВАЗОСПАЗМЕ ПРОЯВИТСЯ:

улучшением микроциркуляции и нормализацией кровотока
ухудшением микроциркуляции и ограничением кровотока

Вопрос № 178

ВАЗОДИЛАТАРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОСТАЦИКЛИНА (Pg I₂) ОБУСЛОВЛЕНО:

активацией гуанилатциклазы
активацией протеинкиназы C
активацией аденилатциклазы
снижением внутриклеточного пула Ca²⁺
повышением внутриклеточного пула Ca²⁺

Вопрос № 179

ВАЗОДИЛАТАТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭНДОТЕЛИЛЬНОГО ГИПЕРПОЛЯРИЗУЮЩЕГО ФАКТОРА И КАННАБИОИДОВ ОБУСЛОВЛЕНО:

закрытием Ca²⁺-зависимых калиевых каналов
стимуляцией выхода калия через Ca²⁺-зависимые калиевые каналы

Вопрос № 180

К ЭНДОТЕЛИЛЬНЫМ ВАЗОКОНСТРИКТОРАМ ОТНОСЯТСЯ:

эндотелины
оксид азота
тромбоксан A₂
простаглицлин
ангиотензин II
20-НЕТЕ (эндотелиальный деполаризующий фактор)

Вопрос № 181

МЕХАНИЗМ ВАЗОКОНСТРИКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ТРОМБОКСАНА A₂ ВКЛЮЧАЕТ:

стимуляцию активности аденилатциклазы
ингибирование активности аденилатциклазы
повышение пула внутриклеточного Ca²⁺
снижение пула внутриклеточного Ca²⁺

Вопрос № 182

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ДЕПОЛЯРИЗУЮЩЕГО ФАКТОРА (20-НЕТЕ) ОБУСЛОВЛЕН:
блокадой Ca^{2+} -зависимых калиевых каналов
стимуляцией Ca^{2+} -зависимых калиевых каналов

Вопрос № 183

СДЕРЖИВАЮЩИМ МЕХАНИЗМОМ ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЯ ИЗБЫТОЧНОСТИ ВАЗОКОНСТРИКТОРНОГО ЭФФЕКТА (ЭНДОТЕЛИН I и АГ II) СЛУЖИТ:
способность стимулировать продукцию NO эндотелиоцитами и индуцировать (в малых дозах) вазодилатацию
избирательность вазоконстрикторного эффекта

Вопрос № 184

ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ХАРАКТЕРНА:
для гнойного воспаления
для аллергического воспаления
для гельминтного воспаления
для туберкулезного воспаления

Вопрос № 185

ЭФФЕКТЫ ЭОЗИНОФИЛОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:
цитотоксическое действие
токсико-аллергическое действие
иммуностимулирующее действие
регуляторное действие

Вопрос № 186

ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ОБУСЛОВЛЕНО:
гранулярной секрецией гистамина
гранулярной секрецией катионных белков
локальным выделением лизофосфолипазы
продукцией медиаторов воспаления (ФАТ, ЛТ С4)

Вопрос № 187

ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ БОЛЬШОГО ОСНОВНОГО ГРАНУЛЯРНОГО БЕЛКА ЭОЗИНОФИЛОВ РЕАЛИЗУЕТСЯ:
через токсическое воздействие на бронхи
через снижение чувствительности бронхов к бронходилататорам
через повышение чувствительности бронхов к бронхоконстрикторам
через активацию системы комплемента

Вопрос № 188

ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ КРИСТАЛЛОВ ШАРКО-ЛЕЙДЕНА ЯВЛЯЕТСЯ:
лизоцим
С3 компонент комплемента
лизофосфолипаза

Вопрос № 189

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛИЗОФОСФОЛИПАЗЫ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ СВЯЗАНЫ:
с ее способностью оказывать прямое токсическое влияние
с ее способностью высвобождать жирные кислоты (арахидоновая кислота и др.), вовлекаемые в образование молекул-медиаторов аллергического воспаления (ФАТ, ЛТ)

Вопрос № 190

ЦИТОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ В ОТНОШЕНИИ ГЕЛЬМИНТОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬЮ К ПРОДУКЦИИ:
перекиси водорода
ФАТ
гистамина
простагландина E2
большого основного гранулярного белка эозинофилов
эозинофильного нейротоксина

Вопрос № 191

РОЛЬ ЭОЗИНОФИЛОВ КАК ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ МОДУЛЯТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬЮ К ПРОДУКЦИИ:
гистаминазы
кининазы
фосфолипазы D
гистамина
арилсульфатазы

Вопрос № 192

ДЕГРАНУЛЯЦИЯ ЛАБРОЦИТОВ И ОСВОБОЖДЕНИЕ ИМИ ГИСТАМИНА ОБУСЛОВЛЕНО ДЕЙСТВИЕМ:
иммунного комплекса АГ / Ig E
анафилотоксинов С3а, С5а
цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-8)
микробных протеаз
высокой температуры

Вопрос № 193
АКТИВАЦИЯ ТУЧНЫХ КЛЕТОК ИНДУЦИРУЕТСЯ:
комплексом АГ / Ig E
действием Ca²⁺-ионофоров
АКТГ
АТФ
ГМФ
альдостероном
С3а; С5а

Вопрос № 194
АКТИВАЦИЯ ТУЧНЫХ КЛЕТОК СОПРЯЖЕНА:
с возрастанием пула внутриклеточного Ca²⁺
с активацией фосфолипазы А
с уменьшением пула внутриклеточного Ca²⁺
с блокадой фосфолипазы А
с включением фосфоинозитольного каскада

Вопрос № 195
ВКЛЮЧЕНИЕ ФОСФОИНОЗИТОЛЬНОГО КАСКАДА В ТУЧНЫХ КЛЕТКАХ ПРИВОДИТ:
к активации протеинкиназы С
к накоплению внутриклеточного пула кальция и кальмодулина
к формированию транскрипционного фактора NF-κB, опосредующего индукцию цитокиновых генов
к усилению синтеза иммуноглобулинов

Вопрос № 196
АКТИВАЦИЯ ФОСФОЛИПАЗЫ А В ТУЧНЫХ КЛЕТКАХ ПРИВОДИТ:
к превращению фосфатидов клеточной мембраны в лизофосфатиды
к «отсечению» рецепторного участка аденилатциклазы и уменьшению содержания цАМФ
к уменьшению активности Ca²⁺-зависимой АТФ-азы СПР
к увеличению Ca²⁺ в саркоплазме
к активации кальмодулинзависимых киназ с перемещением гранул вдоль микротрубочек
к активации гликогенолиза
к усилению экзоцитоза гранул

Вопрос № 197
МЕДИАТОРАМИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК ЯВЛЯЮТСЯ:
гистамин
гепарин
норадреналин
ФАТ
эйкозаноиды
цитокины

Вопрос № 198
К МИТОТИЧЕСКОМУ ПУЛУ КЛЕТОК МИЕЛОИДНОГО РЯДА ОТНОСЯТСЯ:
миелобласт
сегментоядерный нейтрофил
палочкоядерный нейтрофил
миелоцит
промиелоцит
метамиелоцит

Вопрос № 199
К НЕМИТОТИЧЕСКОМУ ПУЛУ КЛЕТОК МИЕЛОИДНОГО РЯДА ОТНОСЯТСЯ:
миелобласт
сегментоядерный нейтрофил
палочкоядерный нейтрофил
миелоцит
промиелоцит
метамиелоцит

Вопрос № 200
НЕЙТРОФИЛЫ, ПРОЯВЛЯЮЩИЕ АКТИВНОСТЬ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В НОРМЕ, СОСТАВЛЯЮТ:
большую часть циркулирующего пула
меньшую часть циркулирующего пула

Вопрос № 201
ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ ИЗ КРОВИ В ОКОЛОСОСУДИСТЫЕ ТКАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЕЙСТВИЕМ:
простагландинов
фибронектина
молекул адгезии
тромбоцитарного фактора роста

Вопрос № 202
МОЛЕКУЛЫ АДГЕЗИИ, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА, ПРЕДСТАВЛЕНЫ:
семейством селектинов

суперсемейством интегринов
суперсемейством иммуноглобулинов
семейством кадгеринов
всеми вышеперечисленными семействами

Вопрос № 203

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

формированием клеточных пластов в морфогенезе и регенерации
обеспечением процессов миграции и фиксации клеток (хомминг) в специализированные органы
участием в процессах клеточного созревания и дифференцировки
регуляцией запуска калликреин-кининовой системы
обеспечением контактного взаимодействия клеток в иммунных реакциях
обеспечением деятельности механизмов сосудисто-тромбоцитарного гемостаза
обеспечением физиологического перемещения лейкоцитов в околососудистые ткани

Вопрос № 204

ОСНОВНЫЕ ФЕНОМЕНЫ, СВЯЗАННЫЕ С УЧАСТИЕМ МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ, ВКЛЮЧАЮТ:

индукцию синтеза острофазовых реактантов
активацию, адгезию и хемотаксис лейкоцитов в очаг повреждения при воспалении
регуляцию продукции цитокинов, направленность их эффектов и чувствительность клеток к цитокинам
активацию дегрануляции тучных клеток
инвазию и метастазирование опухоли
аллергические реакции через вовлечение эозинофилов (VLA-4)
колонизацию макроорганизма патогенной микрофлорой

Вопрос № 205

МОЛЕКУЛЫ АДГЕЗИИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ПРОЧНЫЕ СТАБИЛЬНЫЕ КОНТАКТЫ МЕЖДУ ЛЕЙКОЦИТАМИ И ЭНДОТЕЛИЕМ:

селектины
интегрины
иммуноглобулиноподобные молекулы

Вопрос № 206

ФАКТОРЫ, ИНДУЦИРУЮЩИЕ РАННЮЮ АКТИВАЦИЮ АДГЕЗИВНЫХ ПРОЦЕССОВ:

гистамин
тромбин
радикалы кислорода
ИЛ-1
хемокины
ФНО- α

Вопрос № 207

ФАКТОРЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ СМЕНУ «РЕПЕРТУАРА» МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ НА ЭНДОТЕЛИИ И МЕМБРАНЕ ЛЕЙКОЦИТОВ:

ФАТ
гистамин
С 5a
ЛТ В₄

Вопрос № 208

ФАКТОРЫ, ИНДУЦИРУЮЩИЕ ПОЗДНЮЮ АКТИВАЦИЮ АДГЕЗИВНЫХ ПРОЦЕССОВ:

гистамин
серотонин
ФАТ
ИЛ-1
ФНО α
ИЛ-8

Вопрос № 209

ЛОКОМОТОРНЫЙ ФЕНОТИП, ПРИОБРЕТАЕМЫЙ ЛЕЙКОЦИТАМИ, ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

проникновение лейкоцитов в межэндотелиальные промежутки
пенетрацию лейкоцитами сосудистой стенки
ретракцию эндотелиоцитов
миграцию лейкоцитов в межклеточном пространстве

Вопрос № 210

ЭКСПРЕССИЯ МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ ЭНДОТЕЛИОЦИТАМИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА В СЛЕДУЮЩЕМ ОТДЕЛЕ СИСТЕМЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ:

артериолы
капилляры
прекапилляры
посткапиллярные венулы

Вопрос № 211

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СПОСОБНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ К ЛОКОМОЦИИ:

микрофиламентная реакция
экспрессия молекул адгезии
дегрануляция клеток
биохимические особенности матрикса
способность к фагоцитозу
формирование многоступенчатого градиента хемотаксинов

Вопрос № 212

ДЕГРАДУЛЯЦИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ЛОКОМОЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

выделение в область псевдоподий внутриклеточного запаса адгезивных молекул
разрушение адгезивных молекул во внеклеточном матриксе секретруемыми гидролазами и металлопротеиназами
микрофиламентную реакцию

ни один из ответов не является правильным

Вопрос № 213

ЭКЗОГЕННЫЕ ХЕМОТАКСИНЫ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

калликреином
мурамилпептидами
фибронектином
анафилотоксинами (C3_a; C5_a)
пептидогликанами
формилметионилпептидами
ИЛ-1; ИЛ-8
лейкотриеном B₄
ФАТ

Вопрос № 214

ЭНДОГЕННЫЕ ХЕМОТАКСИНЫ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

калликреином
лейкотриеном B₄
липополисахаридами
анафилотоксинами (C3_a; C5_a)
ФАТ
фибронектином
пептидогликанами
ИЛ-1; ИЛ-8
продуктами деградации коллагена

Вопрос № 215

АКТИВИРОВАННЫЕ ЛЕЙКОЦИТЫ СПОСОБНЫ К ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ СЛЕДУЮЩИХ РЕАКЦИЙ:

фагоцитозу
экзоцитозу
хемотаксису
пролиферации
установлению медиаторных контактов в системе гуморально-клеточной кооперации

Вопрос № 216

СБЛИЖЕНИЕ ФАГОЦИТА И ОБЪЕКТА ФАГОЦИТОЗА ОБУСЛОВЛЕНО ДЕЙСТВИЕМ:

C3_a
C5_a
гистамина
бактериальных хемотаксинов

Вопрос № 217

АДГЕЗИЯ К ФАГОЦИТУ ОБЪЕКТА ФАГОЦИТОЗА СВЯЗАНО С ДЕЙСТВИЕМ:

молекул адгезии
фибронектина
опсонинов
компонентов комплемента
активных форм кислорода

Вопрос № 218

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ ПРОДУКТАМИ НЕЙТРОФИЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

миелопероксидаза
перекись водорода
синглетный кислород
катехоламины
цитокины
простагландины
дефенсины
регуляторные пептиды

Вопрос № 219

БАКТЕРИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕЙТРОФИЛОВ ОБУСЛОВЛЕНО:

кислородзависимыми бактерицидными механизмами
кислороднезависимыми бактерицидными механизмами
оба утверждения неправильны
оба утверждения правильны

Вопрос № 220

КИСЛОРОДЗАВИСИМЫМИ БАКТЕРИЦИДНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ НЕЙТРОФИЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

супероксид анион-радикал
перекись водорода
гидроксильный радикал
лизозим
перфорины
гипохлорит

Вопрос № 221

СУПЕРОКСИД АНИОН-РАДИКАЛ В НЕЙТРОФИЛАХ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ УЧАСТИИ:

НАДФН-оксидазного ферментного комплекса
миелопероксидазы
системы цитохрома P450

Вопрос № 222

ГИПОХЛОРИТ В НЕЙТРОФИЛАХ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ УЧАСТИИ:

НАДФН-оксидазного ферментного комплекса
миелопероксидазы
системы цитохрома P450

Вопрос № 223

МЕТАЛЛЫ С ПЕРЕМЕННОЙ ВАЛЕНТНОСТЬЮ ВЛИЯЮТ НА ОБРАЗОВАНИЕ ГИДРОКСИЛЬНОГО РАДИКАЛА В СЛЕДУЮЩЕМ НАПРАВЛЕНИИ:

усиливают
ослабляют
не влияют

Вопрос № 224

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ОБУСЛОВЛЕНО ИХ СПОСОБНОСТЬЮ:

вызывать деструкцию тканей, в том числе внеклеточного матрикса
осуществлять ковалентное связывание пептидов и молекул ДНК, нарушая их функциональную активность
окислять полиненасыщенные жирные кислоты в липидах мембран, осуществляя дестабилизацию последних
индуцировать апоптоз
активировать В-лимфоциты

Вопрос № 225

ФАКТОРЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЕ, ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

супероксиддисмутазой
каталазой
глутатионпероксидазой
аскорбиновой кислотой
мочевой кислотой
катехоламинами
витамином E
сывороточным амилоидом A

Вопрос № 226

КИСЛОРОДНЕЗАВИСИМЫМИ БАКТЕРИЦИДНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ НЕЙТРОФИЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

ионы водорода
лактоферрин
дефенсины
лизозим
С-реактивный белок
лейкотриены

Вопрос № 227

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МАКРОФАГОВ ВКЛЮЧАЮТ:

наличие нелизосомальной секреции
отсутствие нелизосомальной секреции
длительный темп мобилизации и активации
быстрый темп мобилизации и активации
возможность реутилизации фагосом
невозможность реутилизации фагосом
выраженную регенерацию мембраны
отсутствие регенерации мембраны

Вопрос № 228

СВОЙСТВА МАКРОФАГОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ С НЕЙТРОФИЛАМИ:

выраженная специализированность функции
полифункциональность
наличие нелизосомальной секреции
быстрый темп мобилизации и активации
длительный темп мобилизации и активации
продолжительность жизни – недели, месяцы
умеренная способность к пиноцитозу
высокая способность к пиноцитозу
выраженная регенерация мембраны
возможность реутилизации фагосом

Вопрос № 229

ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ МАКРОФАГОВ, ОТЛИЧНЫЕ ОТ СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ:

выраженная регулируемость секреции
слабая регулируемость секреции
способность к формированию секреторных гранул de novo
отсутствие способности к формированию секреторных гранул de novo
выраженная связь секреции с дегрануляцией клетки

слабая связь секреции с дегрануляцией клетки
выраженная спонтанная секреция
слабая спонтанная секреция
высокая склонность к аутолизу с образованием гнойных телец
слабая склонность к аутолизу

Вопрос № 230

ЦИТОКИНЫ, СЛУЖАЩИЕ ХЕМОАТТРАКТАНТАМИ ДЛЯ МОНОЦИТОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

ФНО α
PDGF
TGF β
 γ -ИНФ
MCP-1

Вопрос № 231

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МАКРОФАГОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ГОРМОНОВ, ЦИТОКИНОВ И БАКТЕРИЙ ИЗМЕНЯЕТСЯ:

в сторону активации
в сторону супрессии
в обоих направлениях

Вопрос № 232

ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ПО КЛАССИЧЕСКОМУ ПУТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

увеличение продукции провоспалительных цитокинов
повышение бактерицидности
повышение продукции противовоспалительных цитокинов
снижение бактерицидности

Вопрос № 233

ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ПО АЛЬТЕРНАТИВНОМУ ПУТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

увеличение продукции провоспалительных цитокинов
повышение бактерицидности
повышение продукции противовоспалительных цитокинов
снижение бактерицидности

Вопрос № 234

АКТИВНОСТЬ АРГИНАЗЫ ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ПУТИ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ИЗМЕНЯЕТСЯ:

в сторону повышения
в сторону снижения

Вопрос № 235

АКТИВНОСТЬ АРГИНАЗЫ ПРИ АЛЬТЕРНАТИВНОМ ПУТИ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ИЗМЕНЯЕТСЯ:

в сторону повышения
в сторону снижения

Вопрос № 236

АКТИВНОСТЬ ИНДУЦИБЕЛЬНОЙ NO-СИНТАЗЫ ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ПУТИ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ИЗМЕНЯЕТСЯ:

в сторону повышения
в сторону снижения

Вопрос № 237

АКТИВНОСТЬ ИНДУЦИБЕЛЬНОЙ NO-СИНТАЗЫ ПРИ АЛЬТЕРНАТИВНОМ ПУТИ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ИЗМЕНЯЕТСЯ:

в сторону повышения
в сторону снижения

Вопрос № 238

ОБРАТИМОСТЬ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ВОЗМОЖНА:

при классическом пути их активации
при альтернативном пути их активации
в обоих случаях

Вопрос № 239

КЛАССИЧЕСКИЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПРЕОБЛАДАЕТ:

на ранних этапах развития воспаления
на поздних этапах развития воспаления

Вопрос № 240

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПРЕОБЛАДАЕТ:

на ранних этапах развития воспаления
на поздних этапах развития воспаления

Вопрос № 241

ЦИТОКИНЫ, ИНДУЦИРУЮЩИЕ КЛАССИЧЕСКИЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

ФНО α
 γ -ИНФ
ИЛ-1 β
ГМ-КСФ
ИЛ-4
ИЛ-13

Вопрос № 242

ЦИТОКИНЫ, ИНДУЦИРУЮЩИЕ АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

ФНО α

γ -ИНФ

ИЛ-1 β

ГМ-КСФ

ИЛ-4

ИЛ-13

Вопрос № 243

ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ МАКРОФАГОВ ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ПУТИ ИХ АКТИВАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

повышением активности

снижением активности

Вопрос № 244

ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ МАКРОФАГОВ ПРИ АЛЬТЕРНАТИВНОМ ПУТИ ИХ АКТИВАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

повышением активности

снижением активности

Вопрос № 245

АКТИВАЦИЯ МАКРОФАГОВ В ОЧАГАХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ РЕАЛИЗУЕТСЯ:

по классическому пути

по альтернативному пути

Вопрос № 246

ФИБРОГЕНЕЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ПРЕОБЛАДАЕТ:

при классическом пути активации макрофагов

при альтернативном пути активации макрофагов

Вопрос № 247

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ/ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ, ОПОСРЕДУЮЩИХ СВОИ ЭФФЕКТЫ ЧЕРЕЗ АКТИВАЦИЮ МАКРОФАГОВ, ПОКАЗАНО:

при гиперпродукции провоспалительных цитокинов

при недостаточной продукции провоспалительных цитокинов

Вопрос № 248

ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В РЕАЛИЗАЦИИ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ И ЭКССУДАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ:

биогенные амины

хемокины

цитокины

метаболиты арахидоновой кислоты

ферменты

компоненты системы комплемента

факторы роста

продукты кислородного взрыва

Вопрос № 249

МАКРОФАГАЛЬНАЯ NO-СИНТАЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ:

индуцибельностью

конституитивностью

сопряженностью активности с повышением внутриклеточного пула Ca²⁺

отсутствием сопряженности активности с повышением внутриклеточного пула Ca²⁺

Вопрос № 250

ПРОДУКЦИЯ И ВЫСВОБОЖДЕНИЕ NO В МАКРОФАГАХ РЕГУЛИРУЕТСЯ ФАКТОРАМИ:

ИЛ-1

серотонином

брадикинином

ФНО α

ЛПС

γ -ИНФ

Вопрос № 251

ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ - МЕТАБОЛИТЫ АРАХИДОНОВОЙ КИСЛОТЫ, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В РЕАЛИЗАЦИИ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ И ЭКССУДАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ:

ИЛ - 8

P_g E₂

ЛТ В₄,С₂

ГМ - КСФ

тромбоксан А₂

Вопрос № 252

ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ - ЦИТОКИНЫ, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В РЕАЛИЗАЦИИ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ И ЭКССУДАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ:

ИЛ - 1

ФНО α

Г - КСФ

ИЛ - 6
ИЛ - 8

Вопрос № 253
ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ АКТИВАЦИЮ ГРАНУЛО- И
МОНОЦИТОПОЭЗА:
ТФР β
Г - КСФ
 α ИНФ
ГМ - КСФ

Вопрос № 254
СЕКРЕЦИЮ МАКРОФАГАМИ КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ (Г-КСФ, ГМ-КСФ, М-КСФ), ПРИВОДЯЩИХ К УСИЛЕНИЮ
ГЕМОПОЭЗА С УВЕЛИЧЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ, ВЫЗЫВАЕТ:
интерлейкин 2
фактор некроза опухоли (ФНО α)
гистамин
простаглицлин

Вопрос № 255
МАКРОФАГИ ОГРАНИЧИВАЮТ ВЫРАЖЕННОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ СЛЕДУЮЩИМИ МЕХАНИЗМАМИ:
стимуляцией продукции «медиаторов воспаления»
удалением флогогенного агента
аутолизом с образованием «гнилых тел»
санацией очага воспаления
ослаблением продукции «медиаторов воспаления»
ингибированием действия «медиаторов воспаления»

Вопрос № 256
УДАЛЕНИЕ ФЛОГЕГЕННОГО АГЕНТА МАКРОФАГАМИ ДОСТИГАЕТСЯ:
внутриклеточным цитолизом
собственной гибелью
внеклеточным цитолизом
контактным киллингом
продукцией антител

Вопрос № 257
КОНТАКТНЫЙ КИЛЛИНГ МЕЖДУ ФАГОЦИТОМ И КЛЕТКОЙ - МИШЕНЬЮ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:
участием биогенных аминов
участием адгезивных молекул (LFA-1- ICAM-1)
участием иммуноглобулинов и компонентов комплемента (антителозависимый лизис)
предварительным «армированием» клеток-мишеней специфическими антителами

Вопрос № 258
ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ - ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗ, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В ОГРАНИЧЕНИИ
АЛЬТЕРАТИВНЫХ И ЭКССУДАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ:
 α_1 -антитрипсин
 α_2 - макроглобулин
гепарин
ингибиторы плазмينا
церулоплазмин
ингибиторы активатора пламиногена

Вопрос № 259
ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ - АНТИОКСИДАНТЫ, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В ОГРАНИЧЕНИИ АЛЬТЕРАТИВНЫХ И
ЭКССУДАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ:
 α_2 -макроглобулин
сывороточный амилоид А
перекись водорода
церулоплазмин
гепарин
гаптоглобин
С - реактивный белок

Вопрос № 260
ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В ОГРАНИЧЕНИИ ПОЛ И ПОВРЕЖДЕНИИ КЛЕТОЧНЫХ
МЕМБРАН:
 α_2 – макроглобулин
ИЛ-10
церулоплазмин
гаптоглобин
С - реактивный белок
гепарин
сывороточный амилоид А

Вопрос № 261
ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ - ИНГИБИТОРЫ КОМПЛЕМЕНТА, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В ОГРАНИЧЕНИИ

АЛЬТЕРАТИВНЫХ И ЭКССУДАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ:

DAF

фактор H

фактор I

липазы

Вопрос № 262

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИЛ - 10 ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

угнетением синтеза метаболитов АК

снижением продукции провоспалительных цитокинов

подавлением «кислородного» взрыва

подавлением экспрессии МНС - 2

подавлением ГЗТ

Вопрос № 263

ПРЕОБЛАДАНИЕ В ЭКССУДАТЕ МОНОНУКЛЕАРОВ ХАРАКТЕРНО:

для начальной фазы острого гнойного воспаления

для поздней фазы острого гнойного воспаления

Вопрос № 264

РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ПРОЯВЛЯЮТСЯ:

регенерацией

дегенерацией

фиброплазией

фиброклазией

Вопрос № 265

РЕГЕНЕРАЦИЯ - ЭТО:

замена утраченных клеток клетками того же типа

восполнение дефекта паренхимы соединительной тканью

Вопрос № 266

ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В РЕГУЛЯЦИИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИНАДЛЕЖИТ:

тромбоцитам

эндотелиоцитам

фибробластам

лимфоцитам

макрофагам

Вопрос № 267

ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ - ЦИТОКИНЫ, СТИМУЛИРУЮЩИЕ ПРОЛИФЕРАЦИЮ ФИБРОБЛАСТОВ:

факторы роста фибробластов

ФНО α

тромбоцитарный фактор роста

ТФР β в высоких концентрациях

ТФР β в низких концентрациях

Вопрос № 268

ГОРМОНЫ, СЕКРЕТИРУЕМЫЕ МАКРОФАГАМИ, СПОСОБНЫЕ СТИМУЛИРОВАТЬ ПРОЛИФЕРАЦИЮ ФИБРОБЛАСТОВ:

глюкокортикоиды

соматотропный гормон

инсулиноподобный фактор роста I

инсулин

инсулиноподобный фактор роста II

АКТГ

Вопрос № 269

ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ИЗБЫТОЧНОСТЬ ФИБРОГЕНЕЗА:

факторы роста фибробластов

ТФР β в высоких концентрациях

тромбоцитарный фактор роста

ФНО α

ТФР β в низких концентрациях

ИЛ – 10

нейтральные протеиназы

Вопрос № 270

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АНГИОГЕНЕЗ ИНДУЦИРУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ:

гормонами

гипоксией

гипогликемией

продукцией ангиогенных молекул (VEGF) опухолью

нарушением микроциркуляции

цитокиновой стимуляцией (ИЛ-1, ФНО-) продукции ангиогенных молекул

химическими соединениями(кобальт), стимулирующими продукцию ангиогенных молекул

Вопрос № 271

РЕПАРАТИВНЫЙ АНГИОГЕНЕЗ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ИНДУЦИРУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ:

гормонами

гипоксией
гипогликемией
продукцией ангиогенных молекул (VEGF) опухолью
нарушением микроциркуляции
цитокиновой стимуляцией (ИЛ-1, ФНО α) продукции ангиогенных молекул
химическими соединениями (кобальт), стимулирующими продукцию ангиогенных молекул

Вопрос № 272
ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНГИОГЕНЕЗ ИНДУЦИРУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ:
гормональной стимуляцией
гипоксией
гипогликемией
продукцией ангиогенных молекул (VEGF) опухолью
нарушением микроциркуляции
цитокиновой стимуляцией (ИЛ-1, ФНО α) продукции ангиогенных молекул
химическими соединениями (кобальт), стимулирующими продукцию ангиогенных молекул

Вопрос № 273
НЕОАНГИОГЕНЕЗ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ РАЗВИВАЕТСЯ В СТАДИЮ:
альтерации
экссудации
пролиферации

Вопрос № 274
АНГИОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:
фактором роста эндотелия сосудов (VEGF)
цитокинами (ИЛ-1, ИЛ-6; ИЛ-8)
тромбоспондином
ангиостатином
ангиопоэтинами

Вопрос № 275
АНТИАНГИОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:
фактором роста эндотелия сосудов
СО
тромбоспондином
ангиостатином
ангиопоэтином
трансформирующим фактором роста бета
эндостатином
фрагментами протеолиза фибронектина

ВОПРОС № 276
ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РОСТА (VEGF) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ:
существует только в связанном состоянии
существует как в связанном состоянии, так и в секретируемой форме
специфичен в отношении клеток эндотелия как митогенный фактор
не специфичен в отношении клеток эндотелия как митогенный фактор
стимулирует пролиферацию только эндотелиоцитов
стимулирует пролиферацию эндотелиоцитов и предотвращает их апоптоз
регулирует ангиогенез по ауто- и паракринному механизму
регулирует ангиогенез только по аутокринному механизму

Вопрос № 277
ЭКСПРЕССИЯ VEGF ПРИСУЩА:
эндотелиоцитам
фибробластам
миоцитам сосудов
нейтрофилам
макрофагам
все ответы неверные

Вопрос № 278
СИНТЕЗ VEGF В ЭНДОТЕЛИИ СТИМУЛИРУЮТ:
стресс
гипоксия
гипогликемия
ИЛ-1
ФНО α
ангиостатин

Вопрос № 279
ДОСТУПНОСТЬ VEGF ДЛЯ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ ОБУСЛОВЛЕНА:
его свободной секрецией
его высвобождением при участии протеаз из более длинных изоформ, связанных с внеклеточным матриксом
участием обоих механизмов
ни одним из названных механизмов

Вопрос № 280
РЕЦЕПТОРЫ К VEGF (VEGF –r 1,2,3) ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:
рецепторные тирозинкиназы
рецепторы, сопряженные с G-белками
рецепторы – ионные каналы

Вопрос № 281
ФАКТОР ТРАНСКРИПЦИИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ АНГИОГЕННЫЙ ФЕНОТИП ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ:
NF - kB
Sts-1

Вопрос № 282
ПРЕОБРАЗОВАНИЕ МАТРИКСА ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ В ХОДЕ НЕОАНГИОГЕНЕЗА:
да
нет

Вопрос № 283
АНГИОГЕННЫЙ ФЕНОТИП ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ ВКЛЮЧАЕТ:
способность к продукции протеаз, расщепляющих внеклеточный матрикс
способность к экспрессии интегринов, обеспечивающих взаимодействие с внеклеточным матриксом
увеличение размеров эндотелиоцитов

Вопрос № 284
К ПРОТЕИНАЗАМ, СПОСОБНЫМ РАСЩЕПЛЯТЬ ВНЕКЛЕТОЧНЫЙ МАТРИКС, ОТНОСЯТСЯ:
валиновые
тирозиновые
сериновые
цистеиновые
аспаратные
металлопротеиназы

Вопрос № 285
МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ В СВОИХ АКТИВНЫХ САЙТАХ СОДЕРЖАТ ИОНЫ:
Fe²⁺
Cu²⁺
Zn²⁺

Вопрос № 286
ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ СВЯЗАНО:
с их способностью инактивировать провоспалительные цитокины (ИЛ-1)
со способностью высвобождать при деструкции матрикса, связанный с ним ТФРβ
со способностью подавлять продукцию провоспалительных цитокинов
со способностью к слущиванию с поверхности клетки провоспалительных цитокинов и их рецепторов

Вопрос № 287
ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ, СТИМУЛИРУЮЩИЕ АНГИОГЕНЕЗ:
факторы роста эндотелия
индукторы продукции и секреции фактора роста эндотелия (ИЛ-1; ФНОα)
факторы роста с ангиогенным эффектом (ФРФ; ФРТ)
тканевой ингибитор металлопротеиназ
ТФР β (в низких концентрациях)
металлопротеиназы

Вопрос № 288
ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ, СТИМУЛИРУЮЩИЕ ПРОЛИФЕРАЦИЮ И МИГРАЦИЮ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ:
фактор роста эндотелия
металлопротеиназы
фактор роста фибробластов
тканевой ингибитор металлопротеиназ
тромбоцитарный фактор роста
фактор роста гепатоцитов

Вопрос № 289
ПРОДУКТЫ СЕКРЕЦИИ МАКРОФАГОВ, ИНГИБИРУЮЩИЕ АНГИОГЕНЕЗ:
компоненты системы комплемента
лейкотриены
ТФР β (в высоких концентрациях)
TIMPs (тканевой ингибитор металлопротеиназ)

Вопрос № 290
ОСТРОФАЗОВЫЕ РЕАКТАНТЫ (БЕЛКИ ОСТРОЙ ФАЗЫ -ОФР) ПРЕДСТАВЛЕНЫ:
белками системы комплемента (C2, C3, C4, C5)
гемокоагулирующими белками (фактор Вилленбранта)
ингибиторами протеиназ (альфа 1-антитрипсин, альфа 1-антихемотрипсин)
белками, связывающими металлы (гаптоглобин, церулоплазмин, СОД)
«большими» острофазовыми реактантами (С-реактивный белок, сывороточный амилоид А)
лизоцимом
«негативными» белками (альбумин, преальбумин, трансферин)
«прочими» белками (альфа 1 кислый гликопротеин, ЛПС-связывающий белок)

Вопрос № 291
ГЛАВНЫМИ ИНДУКТОРАМИ СИНТЕЗА ОФР ЯВЛЯЮТСЯ:
ИЛ-1
ФНО α
 γ -интерферон
ИЛ-6
ИЛ-11
лизосим

Вопрос № 292
ОСНОВНЫМ МЕСТОМ СИНТЕЗА ОФР СЛУЖИТ:
печень
почки
нейтрофилы

Вопрос № 293
СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ОТВЕТ ОСТРОЙ ФАЗЫ:
лихорадка
судороги
увеличение СОЭ
отек
потеря аппетита
сонливость
нейтрофильный лейкоцитоз

Вопрос № 294
ОФР – ИНГИБИТОРАМИ ПРОТЕИНАЗ ЯВЛЯЮТСЯ:
альфа 1-антитрипсин
альфа 1-антихимотрипсин
альфа 2-макроглобулин
альбумины
ингибиторы активаторов плазминогена

Вопрос № 295
ОФР, СВЯЗЫВАЮЩИМИ МЕТАЛЛЫ, ЯВЛЯЮТСЯ:
гаптоглобины
церулоплазмин
С-реактивный белок
гемопексин
супероксиддисмутаза

Вопрос № 296
ГРУППА «БОЛЬШИХ» ОФР-БЕЛКОВ ПРЕДСТАВЛЕНА:
С-реактивным белком
сывороточным амилоидом А
альфа 1-антитрипсином

Вопрос № 297
БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ОФР ВКЛЮЧАЮТ:
регуляцию гемостаза и антигемостаза
бактерицидный эффект
развитие аутоинтоксикации
антиоксидантное действие
ограничение протеолитической активности лизосомальных ферментов
предупреждение аутоиммунных реакций

Вопрос № 298
СНИЖЕНИЕ ИНДУКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЦИТОКИНОВ ДЛЯ ОФР ОБЕСПЕЧИВАЮТ:
нейтральные протеиназы
анафилотоксины
инсулин
ростовые факторы фибробластов и гепатоцитов

Вопрос № 299
ОФР, СОДЕРЖАНИЕ КОТОРЫХ ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОФАЗОВОГО ОТВЕТА ПОВЫШЕНО:
С-реактивный белок
церулоплазмин
альбумины
трансферрин
альфа 2-макроглобулин

Вопрос № 300
ОФР, СОДЕРЖАНИЕ КОТОРЫХ ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОФАЗОВОГО ОТВЕТА ПОНИЖЕНО:
С-реактивный белок
церулоплазмин
альбумины
трансферрин
альфа 2-макроглобулин

Вопрос № 301

ОФР, ПРОЯВЛЯЮЩИЕ АНТИОКСИДАНТНУЮ АКТИВНОСТЬ:

- альфа 2-макроглобулин
- гаптоглобины
- церулоплазмин
- супероксиддисмутаз
- гемопексин
- маннозосвязывающий белок

Вопрос № 302

ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ НА ПРОДУКЦИЮ ОФР ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- синергизмом с ИЛ-1 в индукции ОФР (1 типа)
- антагонизмом с ИЛ-1 в индукции ОФР (1 типа)

Б. Определите правильную последовательность

Вопрос № 303

РАЗВИТИЯ И СОЗРЕВАНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ В КОСТНОМ МОЗГЕ:

- миелоцит
- СКК
- миелобласт
- промиелоцит
- сегментоядерный нейтрофил
- палочкоядерный нейтрофил
- метамиелоцит

Вопрос № 304

КИНЕТИКИ СОЗРЕВАНИЯ КЛЕТОК МОНОЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНОГО РЯДА В КОСТНОМ МОЗГЕ:

- СКК
- КОЕ - М
- КОЕ – ГМ
- промоноцит
- монобласт
- моноцит

Вопрос № 305

СОБЫТИЙ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ПРИОБРЕТЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТАМИ ЛОКОМОТОРНОГО ФЕНОТИПА:

- активация протенкиназы, связанной с внутриклеточным доменом интегринового рецептора
- взаимодействие интегринового рецептора на мембране лейкоцита с лигандом на эндотелиальной клетке
- установление стабильного адгезивного фокального контакта между эндотелиоцитом и лейкоцитом
- конформационные изменения внутриклеточного домена лиганда интегринового рецептора
- последовательное фосфорилирование по тирозину цитоплазматических белков (трансдукция сигнала)
- депрессия генов, ответственных за синтез белков цитоскелета
- синтез белков цитоскелета, построение актиновых микрофиламентов, приобретение лейкоцитом способности к самостоятельному движению

Вопрос № 306

СТАДИЙ ФАГОЦИТОЗА:

- хемотаксис
- образование фагосомы
- активация мембраны
- адгезия
- киллинг и расщепление
- образование фаголизосомы
- погружение
- выброс продуктов деградации

Вопрос № 307

ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ НЕОАНГИОГЕНЕЗА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ:

- ремоделирование сосудов
- миграция эндотелиальных клеток
- пролиферация эндотелиальных клеток
- повышение проницаемости эндотелия и разрушение базальной мембраны

В. Соотнесите

Вопрос № 308

ЗНАЧЕНИЯ УДЕЛЬНОГО СОДЕРЖАНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ОБЩЕГО ПУЛА (100%), СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ИХ РАСПРЕДЕЛЕНИЮ:

в красном костном мозге

в крови

в ткани

(а - 5%; б - 21%; в - 74%)

Вопрос № 309

СРОКИ ПРЕБЫВАНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ИХ РАСПРЕДЕЛЕНИЮ:

в красном костном мозге (митотический пул)

в красном костном мозге (немитотический пул)

в крови

в ткани

а – 1-2 суток; б – 14 часов; в – 7,5 суток; г – 6,5 суток

Вопрос № 310

ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ К ОПРЕДЕЛЕННЫМ СЕМЕЙСТВАМ:

селектины

интегрины

иммуноглобулинподобные молекулы

а) VLA (1-6); LFA-1; MAC-1; рецепторы фибронектина; фибриногена и тромбоцитарного протеина
б) CD (2,3,4,8); ICAM(1-3); VCAM; PECAM в) ELAM; GMP; LECAM

Вопрос № 311

ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ К ОПРЕДЕЛЕННЫМ СЕМЕЙСТВАМ С ИХ УЧАСТИЕМ В ПРОЦЕССАХ АКТИВАЦИИ, АДГЕЗИИ И ХЕМОТАКСИСА ЛЕЙКОЦИТОВ:

селектины

интегрины

иммуноглобулинподобные молекулы

а) адгезия лейкоцитов к активированному эндотелию и обеспечение хемотаксиса благодаря взаимодействию клетка-матрикс; б) непрочная адгезия лейкоцитов к активированному эндотелию в начальной фазе воспаления.

Вопрос № 312

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ЭКСТРАВАЗАЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ С СООТВЕТСТВУЮЩИМИ ИМ ВРЕМЕННЫМИ ИНТЕРВАЛАМИ:

внутрисосудистое перемещение, включая краевое стояние

диапедез через стенку сосуда

а) 30-60 минут; б) несколько часов

Вопрос № 313

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ ЗРЕЛЫХ КЛЕТОК МОНОЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНОГО РЯДА, СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ИХ ЛОКАЛИЗАЦИИ:

в красном костном мозге:

крови:

ткани:

а) 30-100 часов; б) 13-26 часов; в) недели, месяцы

II. ВОСПАЛЕНИЕ КАК БАЗОВАЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ КОМПОНЕНТА ИММУННОГО ОТВЕТА

4. РЕКОГНОСЦИРОВОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА

A. Выберите один или несколько правильных ответов

Вопрос № 314

МЕХАНИЗМЫ ВРОЖДЕННОГО (ПАЛЕО-) ИММУНИТЕТА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

существованием вне зависимости от агрессии, являясь частью естественного развития организма
окончательным формированием в процессе ответа на агрессию

Вопрос № 315

ПРОЦЕСС РАСПОЗНАВАНИЯ ПРИ УЧАСТИИ МЕХАНИЗМОВ ВРОЖДЕННОГО (ПАЛЕО-) ИММУНИТЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

зависимостью от антигенной специфичности агрессивного агента

не зависимость от антигенной специфичности агрессивного агента

Вопрос № 316

ЦЕНТРАЛЬНЫМ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СИСТЕМЫ ВРОЖДЕННОГО (ПАЛЕО-) ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:

лимфоцит

фагоцит

тучная клетка

эндотелиоцит

дендритная клетка

Вопрос № 317

ЗАЩИТНЫЕ РЕАКЦИИ МЕХАНИЗМОВ ВРОЖДЕННОГО (ПАЛЕО-) ИММУНИТЕТА ПРОЯВЛЯЮТСЯ:

немедленно после появления в организме чужеродного агента

через определенный временной промежуток (lag-фаза)

Вопрос № 318

КЛЕТОЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПАЛЕОИММУНИТЕТА, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В ДЕСТРУКЦИИ И ЭЛИМИНАЦИИ ПАТОГЕНА В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННЫ:

эритроцитами

нейтрофилами

базофилами

эпителиоцитами

эозинофилами

моноцитами/макрофагами

тучными клетками

Вопрос № 319

ГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПАЛЕОИММУНИТЕТА, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В ДЕСТРУКЦИИ И ЭЛИМИНАЦИИ ПАТОГЕНА В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННЫ:

лизозимом

бета-лизинами

системой комплемента

АЛАТ

АСАТ

Вопрос № 320

ЦИТОКИНЫ ДОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ, ОБЛАДАЮЩИЕ ЭНДОКРИННЫМ ЭФФЕКТОМ:

ИЛ-1

ИЛ-6

ФНО α (ТНФ α)

хемокины

Вопрос № 321

ИММУННОЕ РАСПОЗНОВАНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ИММУНИТЕТЕ - ЭТО:

детекция антигенных детерминант (эпитопов), несущих признаки генетической чужеродности

распознавание стереотипных и консервативных молекул микроорганизмов, присущих одновременно большим систематическим группам микробов (патогенассоциированных молекулярных паттернов – ПАМП)

Вопрос № 322

ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПАТТЕРНРАСПОЗНАЮЩИХ РЕЦЕПТОРОВ:

кодируются непосредственно в геноме и их гены не подвергаются рекомбинации в ходе онтогенеза

гены подвергаются рекомбинации в ходе онтогенеза

неклональное распределение

клональное распределение

многообразие спектра антигенных рецепторов

ограниченный спектр распознавания молекулярных структур

низкая аффинность связывания антигена

высокая аффинность связывания антигена

запуск ответа требует клональной экспансии клеток-предшественников

запуск ответа не требует клональной экспансии клеток-предшественников

Вопрос № 323

ЭКСПРЕССИЯ ПАТТЕРНРАСПОЗНАЮЩИХ РЕЦЕПТОРОВ МАКРОФАГОВ ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ПУТИ ИХ АКТИВАЦИИ

ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

повышением экспрессии

снижением экспрессии

Вопрос № 324

ЭКСПРЕССИЯ ПАТТЕРНРАСПОЗНАЮЩИХ РЕЦЕПТОРОВ МАКРОФАГОВ ПРИ АЛЬТЕРНАТИВНОМ ПУТИ ИХ АКТИВАЦИИ

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

повышением экспрессии

снижением экспрессии

Вопрос № 325

ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПАТОГЕНАССОЦИИРОВАННЫХ МОЛЕКУЛЯРНЫХ ПАТТЕРНОВ (ПАМП):

присущи большим группам микроорганизмов, принадлежащих к разным видам

видоспецифичны

присутствуют в организме многоклеточных эукариот

отсутствуют в организме многоклеточных эукариот

жизненно важные компоненты микроорганизмов, не подвергающиеся изменениям в ходе эволюции

несущественные компоненты для жизнедеятельности микроорганизмов, постоянно подвергающиеся изменениям

Вопрос № 326

ГУМОРАЛЬНЫЕ ПАТТЕРНРАСПОЗНАЮЩИЕ РЕЦЕПТОРЫ ВКЛЮЧАЮТ:

«нормальные» (спонтанные) антитела

комплемент

фибриноген

маннозосвязывающий лектин

α_2 – макроглобулин

C-реактивный белок

трансферрин

белок, связывающий ЛПС

сывороточный амилоид P

Вопрос № 327

ЭФФЕКТОРНЫЕ ФУНКЦИИ ПЕНТРАКСИНОВ И СЕЛЕКТИНОВ:

активация системы комплемента

опсонизация патогенов

инициация развития реакции ГЗТ

активация ЦТЛ

Вопрос № 328

ЭФФЕКТОРНЫЕ ФУНКЦИИ ЛПС-СВЯЗЫВАЮЩЕГО БЕЛКА:

активация системы комплемента

индукция цитокиновой экспансии

установление связи с мембранассоциированным белком CD14, обеспечивающей концентрацию эндотоксина на поверхности клетки для их последующей активации при участии толл-подобных рецепторов

Вопрос № 329

КЛЕТОЧНЫМИ ПАТТЕРНРАСПОЗНАЮЩИМИ РЕЦЕПТОРАМИ СЛУЖАТ:

иммуноглобулины

скавенджер-рецепторы

толл-подобные рецепторы
NOD-рецепторы

Вопрос № 330
ЭКСПРЕССИЮ СКАВЕНДЖЕР-РЕЦЕПТОРОВ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:
макрофаги
дендритные клетки
базофилы
NK-клетки
лимфоциты
эндотелиоциты

Вопрос № 331
ЭФФЕКТОРНЫЕ ФУНКЦИИ СКАВЕНДЖЕР-РЕЦЕПТОРОВ:
обеспечение клиренса структурно-модифицированных и функционально неполноценных молекул внутренней среды организма
связывание и удаление из организма эндотоксинов
связывание неопсонизированных бактерий для их последующего эндоцитоза
все ответы правильные

Вопрос № 332
СОПРЯЖЕННОСТЬ ЭФФЕКТОРНЫХ ФУНКЦИЙ СКАВЕНДЖЕР-РЕЦЕПТОРОВ С ПРОДУКЦИЕЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ:
имеет место
не имеет места

Вопрос № 333
ТОЛЛ-ПОДОБНЫЕ РЕЦЕПТОРЫ ЭКСПРЕССИРУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛЕТКИ:
макрофаги
моноциты
Т-лимфоциты
дендритные клетки
нейтрофилы
базофилы
NK-клетки
эозинофилы
В-клетки памяти
эндотелиоциты

Вопрос № 334
ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТОЛЛ-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ У МЛЕКОПИТАЮЩИХ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ:
на поверхности клетки
в вакуолярном аппарате клетки
на поверхности и в вакуолярном аппарате клетки

Вопрос № 335
ОБЪЕКТОМ РАСПОЗНАВАНИЯ ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ТОЛЛ-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ:
уникальные бактериальные структуры, абсолютно чужеродные для организма: *пептидогликан, ЛПС, флагелин, липопептиды*
нуклеиновые кислоты бактерий и вирусов, структурно сходные с эндогенными нуклеиновыми кислотами

Вопрос № 336
ОБЪЕКТОМ РАСПОЗНАВАНИЯ ДЛЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНО ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ТОЛЛ-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ:
уникальные бактериальные структуры, абсолютно чужеродные для организма: *пептидогликан, ЛПС, флагелин, липопептиды*
нуклеиновые кислоты бактерий и вирусов, структурно сходные с эндогенными нуклеиновыми кислотами

Вопрос № 337
РЕЦЕПТОР К ЦИТОКИНУ, ДОМЕН КОТОРОГО ГОМОЛОГИЧЕН ДОМЕНУ ТОЛЛ-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ (TIR-ДОМЕН):
рецептор к ИЛ-2
рецептор к ИЛ-1
рецептор к ФНО α

Вопрос № 338
ФАКТОРЫ ТРАНСКРИПЦИИ, АКТИВИРУЮЩИЕСЯ ПРИ ТРАНСДУКЦИИ СИГНАЛА С ТОЛЛ-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ:
NF- κ B
AP-1
IRF-3

Вопрос № 339
ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ КОТОРЫХ НАХОДИТСЯ ПОД КОНТРОЛЕМ NF- κ B
белки острой фазы
молекулы адгезии
провоспалительные цитокины
индуцибельная NO-синтаза
антимикробные пептиды

Вопрос № 340
ЭНДОГЕННЫМИ ЛИГАНДАМИ ДЛЯ ТОЛЛ-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

стероидные гормоны
эйкозаноиды
белки теплового шока
одноцепочечная РНК
ионы двухвалентного железа
СrG-ДНК-последовательность

Вопрос № 341
ОБЪЕКТОМ РАСПОЗНАВАНИЯ ДЛЯ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИХ NOD-РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ:
ЛПС
липопротеиды низкой плотности
хроматин
пептидогликан грамположительных и грамотрицательных бактерий после его гидролиза в лизосомах
одноцепочечная РНК

Вопрос № 342
ФАКТОР ТРАНСКРИПЦИИ, АКТИВИРУЮЩИЙСЯ ПРИ ТРАНСДУКЦИИ СИГНАЛА С NOD-РЕЦЕПТОРОВ:
NF- κ B
AP-1
IRF-3
все три фактора транскрипции

Вопрос № 343
БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ТОЛЛ-ПОДОБНЫХ И NOD-РЕЦЕПТОРОВ:
активация эффекторных механизмов врожденной иммунной системы
индукция воспаления
индукция толерантности
активация антигенпредставляющих клеток и запуск адаптивного иммунного ответа
индукция синтеза антител В-клетками памяти
индукция репаративного ответа

5. МЕХАНИЗМЫ АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА

Вопрос № 344
МЕХАНИЗМЫ АДАПТИВНОГО (НЕО-) ИММУНИТЕТА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:
существованием вне зависимости от агрессии, являясь частью естественного развития организма
окончательным формированием в процессе ответа на агрессию

Вопрос № 345
ПРОЦЕСС РАСПОЗНАВАНИЯ ПРИ УЧАСТИИ МЕХАНИЗМОВ АДАПТИВНОГО (НЕО-) ИММУНИТЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
зависимостью от антигенной специфичности агрессивного агента
не зависимость от антигенной специфичности агрессивного агента

Вопрос № 346
ЦЕНТРАЛЬНЫМ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СИСТЕМЫ АДАПТИВНОГО (НЕО-) ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:
лимфоцит
фагоцит
тучная клетка
эндотелиоцит
дендритная клетка

Вопрос № 347
ЗАЩИТНЫЕ РЕАКЦИИ МЕХАНИЗМОВ АДАПТИВНОГО (НЕО-) ИММУНИТЕТА ПРОЯВЛЯЮТСЯ:
немедленно после появления в организме чужеродного агента
через определенный временной промежуток (lag-фаза)

Вопрос № 348
CD4⁺ Т-ЛИМФОЦИТЫ ЛЮБОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ С РЕЦЕПТОРОМ (TCR $\alpha\beta$) РАСПОЗНАЮТ:
только пептидные антигены
только пептидные антигены, связанные в комплекс с молекулами MHC 2 на поверхности любых клеток
только пептидные антигены, связанные в комплекс с молекулами MHC 1 на поверхности любых клеток
только пептидные антигены, связанные в комплекс с молекулами MHC 2 и только на поверхности клеток своего организма
только пептидные антигены, связанные в комплекс с молекулами MHC 1 и только на поверхности клеток своего организма

Вопрос № 349
CD8⁺ Т-ЛИМФОЦИТЫ С РЕЦЕПТОРОМ (TCR $\alpha\beta$) РАСПОЗНАЮТ:
только пептидные антигены
только пептидные антигены, связанные в комплекс с молекулами MHC 2 на поверхности любых клеток
только пептидные антигены, связанные в комплекс с молекулами MHC 1 на поверхности любых клеток
только пептидные антигены, связанные в комплекс с молекулами MHC 2 и только на поверхности клеток своего организма
только пептидные антигены, связанные в комплекс с молекулами MHC 1 и только на поверхности клеток своего организма

Вопрос № 350
Т-ЛИМФОЦИТЫ С РЕЦЕПТОРОМ (T $\gamma\delta$) РАСПОЗНАЮТ:
пептиды
полисахариды
липополисахариды
фосфолипиды
аминокислоты

Вопрос № 351

УСЛОВИЕМ РАСПОЗНАВАНИЯ АНТИГЕНА Т-ЛИМФОЦИТАМИ С РЕЦЕПТОРОМ (T γ δ) ЯВЛЯЕТСЯ:

презентация в комплексе с МНС 1 на поверхности антигенпрезентирующих клеток

без участия антигенпрезентирующих клеток

презентация в комплексе с МНС 2 на поверхности антигенпрезентирующих клеток

Вопрос № 352

ЛОКАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЦИТОКИНОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ РЕАЛИЗУЮТСЯ НА ОСНОВЕ:

эндокринного влияния

паракринного влияния

аутокринного влияния

Вопрос № 353

ЦИТОКИНЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ АКТИВАЦИЮ, ПРОЛИФЕРАЦИЮ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ ЛИМФОЦИТОВ:

ИЛ-2

ИЛ-1

ИЛ-6

ИЛ-4

ТФР β

Вопрос № 354

ПРОДУКЦИЯ АНТИТЕЛ (IgM) В1-ЛИМФОЦИТАМИ ПРОИСХОДИТ:

только после предварительного взаимодействия с Т-лимфоцитами

без предварительного взаимодействия с Т-лимфоцитами

Вопрос № 355

ЦИТОКИНЫ, ПРОДУЦИРУЕМЫЕ Th1-КЛЕТКАМИ:

ИЛ-10

ИЛ-13

γ ИНФ

ИЛ-4

ИЛ-5

ИЛ-2

Вопрос № 356

ЦИТОКИНЫ, ПРОДУЦИРУЕМЫЕ Th2-КЛЕТКАМИ:

ИЛ-10

ИЛ-13

γ ИНФ

ИЛ-4

ИЛ-5

ИЛ-2

Вопрос № 357

ДОМИНИРУЮЩИМ ЦИТОКИНОМ Th3-КЛЕТОК ЯВЛЯЕТСЯ:

ФНО α

γ ИНФ

ТФР β

4. ИЛ-5

Вопрос № 358

ИММУННОЕ РАСПОЗНАВАНИЕ ПРИ АДАПТИВНОМ ИММУНИТЕТЕ - ЭТО:

детекция антигенных детерминант (эпитопов), несущих признаки генетической чужеродности

распознавание стереотипных и консервативных молекул микроорганизмов, присущих одновременно большим систематическим группам микробов (патогенассоциированных молекулярных паттернов – ПАМП)

Вопрос № 359

ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ К ТОМУ ИЛИ ИНОМУ КЛАССУ ИЛИ ПОДКЛАССУ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

характерные особенности H-цепей

характерные особенности L-цепей

характерные особенности H- и L-цепей

Вопрос № 360

АКТИВНЫЕ ЦЕНТРЫ АНТИТЕЛ, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА РАСПОЗНАВАНИЕ АНТИГЕНОВ, НАХОДЯТСЯ:

Один правильный ответ:

в области Fc- фрагментов молекулы иммуноглобулина

в области Fab-фрагментов молекулы иммуноглобулина

в области Fc- и Fab-фрагментов молекулы иммуноглобулина

Вопрос № 361

ЦЕНТРЫ, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА РАЗНОСТОРОННИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, КРОМЕ ФУНКЦИИ РАСПОЗНАВАНИЯ АНТИГЕНОВ, НАХОДЯТСЯ:

в области Fc- фрагментов молекулы иммуноглобулина

в области Fab-фрагментов молекулы иммуноглобулина

в области Fc- и Fab-фрагментов молекулы иммуноглобулина

Вопрос № 362

СПЕЦИФИЧНОСТЬ АНТИТЕЛ – ЭТО:

способность одной и той же молекулы иммуноглобулина реагировать со строго определенной антигенной детерминантой
способность одной и той же молекулы иммуноглобулина реагировать с различными антигенными детерминантами

Вопрос № 363

ВАЛЕНТНОСТЬ АНТИТЕЛ – ЭТО:

количество антигенсвязывающих центров в молекуле иммуноглобулина
количество легких цепей в молекуле иммуноглобулина
способность активировать систему комплемента

Вопрос № 364

АФФИННОСТЬ АНТИТЕЛ – ЭТО:

сила химической связи одного из активных центров молекулы иммуноглобулина с одним антигенным эпитопом
сила химической связи цельной молекулы иммуноглобулина со всеми антигенными эпитопами, которые ей удалось связать

Вопрос № 365

АВИДНОСТЬ АНТИТЕЛ – ЭТО:

сила химической связи одного из активных центров молекулы иммуноглобулина с одним антигенным эпитопом
сила химической связи цельной молекулы иммуноглобулина со всеми антигенными эпитопами, которые ей удалось связать

Вопрос № 366

ГЕТЕРОГЕННОСТЬ АНТИТЕЛ – ЭТО:

осуществление ими различных эффекторных функций, кроме функции распознавания
осуществление ими функции распознавания

Вопрос № 367

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АНТИТЕЛ – ЭТО:

осуществление ими различных эффекторных функций, кроме функции распознавания
осуществление ими функции распознавания

Вопрос № 368

ГЕТЕРОГЕННОСТЬ АНТИТЕЛ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

индивидуальными характеристиками иммуноглобулинов, относящихся к одному и тому же классу и подклассу
различиями в функциональных свойствах разных классов и подклассов иммуноглобулинов

Вопрос № 369

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АНТИТЕЛ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

индивидуальными характеристиками иммуноглобулинов, относящихся к одному и тому же классу и подклассу
различиями в функциональных свойствах разных классов и подклассов иммуноглобулинов

Вопрос № 370

ИЗОТИП ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ОТРАЖАЕТ:

специфические антигенные детерминанты, характерные для разных классов и подклассов иммуноглобулинов у всех особей внутри данного биологического вида
специфические антигенные детерминанты, характерные для иммуноглобулинов одного и того же класса (подкласса) у разных индивидуумов внутри одного и того же вида
специфические антигенные детерминанты, по которым иммуноглобулин, продуцируемый одним клоном лимфоидных клеток, отличается от иммуноглобулина, продуцируемого другим клоном лимфоидных клеток у одного и того же индивидуума

Вопрос № 371

АЛЛОТИП ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ОТРАЖАЕТ:

специфические антигенные детерминанты, характерные для разных классов и подклассов иммуноглобулинов у всех особей внутри данного биологического вида
специфические антигенные детерминанты, характерные для иммуноглобулинов одного и того же класса (подкласса) у разных индивидуумов внутри одного и того же вида
специфические антигенные детерминанты, по которым иммуноглобулин, продуцируемый одним клоном лимфоидных клеток, отличается от иммуноглобулина, продуцируемого другим клоном лимфоидных клеток у одного и того же индивидуума

Вопрос № 372

ИДИОТИП ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ОТРАЖАЕТ:

специфические антигенные детерминанты, характерные для разных классов и подклассов иммуноглобулинов у всех особей внутри данного биологического вида
специфические антигенные детерминанты, характерные для иммуноглобулинов одного и того же класса (подкласса) у разных индивидуумов внутри одного и того же вида
специфические антигенные детерминанты, по которым иммуноглобулин, продуцируемый одним клоном лимфоидных клеток, отличается от иммуноглобулина, продуцируемого другим клоном лимфоидных клеток у одного и того же индивидуума

Вопрос № 373

ЭКСПРЕССИЯ ОДНОЙ И ТОЙ ЖЕ КЛЕТКОЙ (ЗРЕЛЫХ В-ЛИМФОЦИТОВ) ДВУХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, ИМЕЮЩИХ ИДЕНТИЧНЫЕ ВАРИАБЕЛЬНЫЕ УЧАСТКИ, НО ПРИНАДЛЕЖАЩИХ К РАЗНЫМ КЛАССАМ:

принципиально возможна
принципиально невозможна

Вопрос № 374

ЭКСПРЕССИЯ ОДНОЙ И ТОЙ ЖЕ КЛЕТКОЙ (ЗРЕЛЫХ В-ЛИМФОЦИТОВ) ДВУХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, ИМЕЮЩИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАБЕЛЬНЫЕ УЧАСТКИ, НО ПРИНАДЛЕЖАЩИХ К ОДНОМУ И ТОМУ ЖЕ КЛАССУ:

принципиально возможна

принципиально невозможна

Вопрос № 375

ЭКСПРЕССИЯ ГИБРИДНЫХ МОЛЕКУЛ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, ИМЕЮЩИХ ДВЕ РАЗЛИЧНЫХ ТЯЖЕЛЫХ ЦЕПИ И (ИЛИ) ДВЕ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕГКИХ ЦЕПИ:

принципиально возможна

принципиально невозможна

Вопрос № 376

КЛАСС ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, НАИБОЛЕЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫЙ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ:

IgA

IgM

IgG

IgD

IgE

Вопрос № 377

АНТИТЕЛОЗАВИСИМЫЕ ФЕНОМЕНЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ФУНКЦИЕЙ Fc- ФРАГМЕНТА МОЛЕКУЛ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ:

связывание антигена

активация комплемента

опсонизация

развитие реакции АЗКЦТ

развитие реакции ГЗТ

развитие реакции ГНТ

Вопрос № 378

БИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ IgM СОСТОИТ:

в участии в первичном иммунном ответе

в участии во вторичном иммунном ответе

в активации системы комплемента по альтернативному пути

в активации системы комплемента по классическому пути

в опсонизации антигена

в выполнении функции мембранного рецептора

Вопрос № 379

БИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ IgG СОСТОИТ:

в участии в первичном иммунном ответе

в участии во вторичном иммунном ответе

в активации системы комплемента по альтернативному пути

в активации системы комплемента по классическому пути

в опсонизации антигена

в выполнении функции мембранного рецептора

Вопрос № 380

БИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ s IgA СОСТОИТ:

в усилении барьерных функций слизистых оболочек

в обеспечении развития цитотоксических реакций

в обеспечении развития реакций ГЗТ

в обеспечении развития реакций ГНТ

Вопрос № 381

БИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ IgE СОСТОИТ:

в обеспечении развития реакций ГНТ

в участии в качестве эффекторного звена в противометазойном иммунитете

в обеспечении развития реакций ГЗТ

в усилении барьерных функций слизистых оболочек

6. ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ

Вопрос № 382

ФАКТОРЫ, СЛУЖАЩИЕ ГЛАВНОЙ ДВИЖУЩЕЙ СИЛОЙ ЭКССУДАТИВНО-ДЕСТРУКТИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ:

моноциты/макрофаги

нейтрофилы

система комплемента

T-лимфоциты

IgG

эозинофилы

NK

Вопрос № 383

ФАКТОРЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ПРОДУКТИВНО-КЛЕТОЧНОГО ВОСПАЛЕНИЯ:

моноциты/макрофаги

нейтрофилы

система комплемента

T-лимфоциты

IgG

эозинофилы

NK

Вопрос № 384

ИММУННЫЙ ОТВЕТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:

распознавание
деструкцию
распознавание + деструкцию

Вопрос № 385

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕХАНИЗМОВ НЕОИММУНИТЕТА И ПАЛЕОИММУНИТЕТА В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ РЕАЛИЗУЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ НАПРАВЛЕНИЯХ:

система неоиммунитета обеспечивает функцию распознавания чужеродных антигенов
система палеоиммунитета обеспечивает функцию распознавания чужеродных антигенов
система неоиммунитета обеспечивает функцию распознавания патогенассоциированных молекулярных паттернов
система палеоиммунитета обеспечивает функцию распознавания патогенассоциированных молекулярных паттернов
система неоиммунитета обеспечивает деструкцию факторов агрессии
система палеоиммунитета обеспечивает деструкцию факторов агрессии
система неоиммунитета рекрутирует механизмы палеоиммунитета для деструкции факторов агрессии

Вопрос № 386

ФАКТОРЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ КООПЕРАТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ АНТИГЕНСПЕЦИФИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА С БАЗОВЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ПАЛЕОИММУНИТЕТА:

различные изотипы иммуноглобулинов
различные цитокины
специализированные субпопуляции Т-клеток
биогенные амины

Вопрос № 387

ЦИТОКИНЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ИММУННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ, «НАНИМАЯ» КЛЕТОЧНЫЕ ФАКТОРЫ ЕСТЕСТВЕННОГО ИММУНИТЕТА ДЛЯ ДЕКТРУКЦИИ И ЭЛИМИНАЦИИ ПАТОГЕНА:

ИЛ-2
γИНФ
лимфотоксин
ИЛ-5
ИЛ-1
ИЛ-10
ИЛ-12

Вопрос № 388

ЦИТОКИНЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ПРОЛИФЕРАЦИЮ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ КЛЕТОК-ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ЛЕЙКОЦИТОВ В КОСТНОМ МОЗГЕ:

ИЛ-3
ИЛ-9
ИЛ-11
GM-КСФ
G-КСФ
M-КСФ
ИЛ-2

Вопрос № 389

ЦИТОКИНЫ, АКТИВНО ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОЦЕССЫ РЕПАРАЦИИ:

ИЛ-2
ИЛ-13
γИНФ
ИЛ-4
ИЛ-8
ИЛ-1
ТФР β
ИЛ-5

Вопрос № 390

ЗАЩИТНАЯ РОЛЬ АНТИТЕЛ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:

связыванием и блокированием действия патогенных факторов
непосредственным разрушением патогенных факторов
опсонизацией
активацией системы комплемента
обеспечением реакции АЗКЦТ

Вопрос № 391

ОСНОВНЫЕ РЕГУЛЯТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ Th1-КЛЕТОК, РЕАЛИЗУЕМЫЕ ПОСРЕДСТВОМ ПРОДУКЦИИ γИНФ, В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

стимуляция активности макрофагов
стимуляция дифференцировки CD4⁺ Т-лимфоцитов в Th1-клетки
индукция переключения синтеза иммуноглобулинов в В-лимфоцитах на классы IgG 2 и IgG 3
ингибирование переключения синтеза иммуноглобулинов в В-лимфоцитах на класс IgE
индукция дифференцировки CD8⁺ Т-лимфоцитов в ЦТЛ
супрессия дифференцировки CD4⁺ Т-лимфоцитов в Th2-клетки, и, как следствие – эффекторной функции эозинофилов
индукция и поддержание реакций ГЗТ
активация В лимфоцитов

Вопрос № 392

ОСНОВНЫЕ РЕГУЛЯТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ Th2-КЛЕТОК, РЕАЛИЗУЕМЫЕ ПОСРЕДСТВОМ ПРОДУКЦИИ ИЛ-4 И ИЛ-5, В ОЧАГЕ

ВОСПАЛЕНИЯ:

индукция дифференцировки CD8⁺ Т-лимфоцитов в ЦТЛ
активация переключения синтеза иммуноглобулинов в В-лимфоцитах на класс IgE
активация эозинофилов и, соответственно, воспалительных и эозинофильных процессов в тканях

Вопрос № 393

ОСНОВНЫЕ РЕГУЛЯТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ Th3-КЛЕТОК, РЕАЛИЗУЕМЫЕ ПОСРЕДСТВОМ ПРОДУКЦИИ ТФРβ, В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ:

стимуляция клеточного иммунного ответа
стимуляция гуморального иммунного ответа
стимуляция клеточного и гуморального иммунного ответа
подавление клеточного и гуморального иммунного ответа

Вопрос № 394

ВЛИЯНИЕ CD8⁺ Т-ЛИМФОЦИТОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ РЕАЛИЗУЕТСЯ:

путем непосредственного разрушения клеток-мишеней
через продукцию цитокинов и их регуляторное действие
с участием обоих механизмов

Вопрос № 395

ОСНОВУ ИНФИЛЬТРАТА ПРИ ПРОДУКТИВНОМ ВОСПАЛЕНИИ СОСТАВЛЯЮТ:

макрофаги
Т-лимфоциты
нейтрофилы
натуральные киллеры
В-лимфоциты
тучные клетки

Вопрос № 396

НЕГАТИВНЫМИ РЕГУЛЯТОРАМИ ПРОДУКТИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

RgE₂
γИНФ
ИЛ-4
ИЛ-10

Вопрос № 397

КЛАСС ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, ОБЛАДАЮЩИЙ НАИБОЛЬШЕЙ ОПСОНИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ:

IgA
IgM
IgG
IgD
IgE

Вопрос № 398

КЛЕТКИ, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В РАЗВИТИИ РЕАКЦИИ АЗКЦТ:

нейтрофилы
макрофаги
дендритные клетки
натуральные киллеры
эозинофилы

Вопрос № 399

КЛАСС ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ РАЗВИТИЕ АЗКЦТ:

IgA
IgG
IgM
IgD
IgE

Вопрос № 400

СПОСОБНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ИНИЦИИРОВАТЬ ОСТРУЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ РЕАКЦИЮ РЕАЛИЗУЕТСЯ:

через комплементзависимые реакции
через развитие ГНТ, ассоциированное с IgE
через стимуляцию поглотительной способности фагоцитов

Вопрос № 401

РЕЦЕПТОРЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ФИКСАЦИЮ НА ФАГОЦИТАХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ, ОБРАЗОВАННЫХ ПРИ УЧАСТИИ IgM:

рецепторы на мембране фагоцита к Fc-фрагменту IgM (R Fcμ)
рецепторы на мембране фагоцита к C3b компоненту системы комплемента (R C3b)
оба типа рецепторов

Вопрос № 402

РЕЦЕПТОРЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ФИКСАЦИЮ НА ФАГОЦИТАХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ, ОБРАЗОВАННЫХ ПРИ УЧАСТИИ IgG :

рецепторы на мембране фагоцита к Fc-фрагменту IgG (R Fcγ)
рецепторы на мембране фагоцита к C3b компоненту системы комплемента (R C3b)
оба типа рецепторов

3

Вопрос № 403

РЕАКЦИИ, ОПОСРЕДУЕМЫЕ УЧАСТИЕМ IgG₁ В СОСТАВЕ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ:

опсонизация
активация системы комплемента
АЗКЦТ
активация калликреин-кениновой системы

Вопрос № 404
ЭФФЕКТОРНЫЕ ФУНКЦИИ IgG₂ :
высокоаффинно связывают антиген
активируют систему комплемента
обеспечивают оба эффекта

Вопрос № 405
ЭФФЕКТОРНЫЕ ФУНКЦИИ IgG₃:
проявляют антитоксическое действие
активируют систему комплемента
обеспечивают оба эффекта

Вопрос № 406
ПОДКЛАСС IgG, СПОСОБНЫЙ КОНКУРИРОВАТЬ С IgE ЗА Fc-РЕЦЕПТОР НА ПОВЕРХНОСТИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК И БАЗОФИЛОВ:
IgG₁
IgG₂
IgG₃
IgG₄

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ I. ВОСПАЛЕНИЕ КАК ТИПОВОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

А. Выберите один или несколько правильных ответов

1 – 2	12 – 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9	23 – 1
2 – 1, 4	13 – 1, 3, 5	24 – 1
3 – 1, 2, 3, 4, 6, 7	14 – 2, 3, 5, 6	25 – 2
4 – 1, 2, 4, 5	15 – 2, 3, 5, 6	26 – 1, 3
5 – 1, 4, 5, 6, 7, 8	16 – 1, 2, 3	27 – 2
6 – 1, 3, 4, 5, 7	17 – 1	
7 – 2, 4, 5, 8	18 – 3, 4, 7	
8 – 2, 3(4), 6	19 – 4	
9 – 1, 2, 4, 6, 7	20 – 1, 3, 4, 6	
10 – 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8	21 – 2, 4, 5, 8, 9	
11 – 1, 3	22 – 2	

Б. Определите правильную последовательность

28 – 3, 1, 2, 4	30 – 4, 3, 2, 1, 6, 5
29 – 1, 4, 3, 2, 5	31 – 3, 2, 1, 4

2. МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ

А. Выберите один или несколько правильных ответов

32 – 1, 2, 5, 6	77 – 2	121 – 2
33 – 1	78 – 2, 3	122 – 1
34 – 1, 3, 5	79 – 3, 4, 6, 7, 8	123 – 2
35 – 1	80 – 1	124 – 1, 2, 3
36 – 3, 4, 6, 8	81 – 3	125 – 1, 4
37 – 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8	82 – 1, 3, 4, 6, 7, 8	126 – 1, 2, 3, 4, 5
38 – 4	83 – 2	127 – 1
39 – 2, 4, 5	84 – 4	128 – 2
40 – 1, 4, 5	85 – 4, 5, 6, 7	129 – 2, 3, 4
41 – 1, 2	86 – 2	130 – 1, 3
42 – 1, 2, 4	87 – 1	131 – 2, 3, 4, 5, 6
43 – 1, 2, 3	88 – 3	132 – 1, 3, 4
44 – 1, 2, 4, 5	89 – 1	133 – 1, 2, 3
45 – 1, 2, 3, 4	90 – 1	134 – 4
46 – 1, 2, 3, 5	91 – 3	135 – 3
47 – 2	92 – 1	136 – 1, 2, 3, 4
48 – 1, 2, 5	93 – 1, 2, 3, 4, 5, 6	137 – 3
49 – 3, 4, 5, 6, 7	94 – 1, 2, 4, 5, 7	138 – 1, 2, 3, 4
50 – 1, 2, 3	95 – 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9	139 – 1, 2, 4, 5, 6, 7
51 – 1, 2, 3, 4, 6	96 – 2, 4	140 – 2, 3, 5, 6, 7, 8
52 – 1, 2, 3, 4	97 – 1	141 – 2, 3, 5
53 – 2	98 – 3	142 – 2
54 – 1, 2, 3, 4, 6	99 – 1	143 – 2
55 – 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9	100 – 2, 3, 4, 5, 6, 7	144 – 1, 4, 5
56 – 1, 2, 4, 5, 6, 8	101 – 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10	145 – 1, 2, 3, 5
57 – 1, 2, 3, 4, 5	102 – 1, 2, 3	146 – 1, 2, 4, 5
58 – 1, 2, 3, 5, 6	103 – 2, 3, 5	147 – 1, 2, 3, 4
59 – 2, 3, 5, 6	104 – 1	148 – 3, 4

60 – 1, 2, 3, 4, 6
61 – 1, 2, 4
62 – 3, 4, 6, 7
63 – 1, 3
64 – 5
65 – 1, 2, 4, 6, 7
66 – 2, 4, 5, 6
67 – 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
68 – 1, 2, 3
69 – 1
70 – 2
71 – 3
72 – 1, 3
73 – 2, 3
74 – 1, 2, 3, 4
75 – 1
76 – 4

105 – 2
106 – 1, 3, 4, 5, 6
107 – 2
108 – 1, 3, 5, 6
109 – 2, 3, 4
110 – 1
111 – 1, 3
112 – 1, 3, 5, 7, 9
113 – 1, 3, 5, 6, 7
114 – 4
115 – 3
116 – 3, 5
117 – 1, 2, 3, 5
118 – 1, 2
119 – 1, 2, 3, 5, 6
120 – 1

149 – 1, 3, 4, 7
150 – 3
151 – 2
152 – 1, 2, 3, 4
153 – 2, 3, 5, 6

Б. Определите правильную последовательность

154 – 3
155 – 1, 3, 2, 4

3. КЛЕТОЧНЫЕ ФАКТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ

А. Выберите один или несколько правильных ответов

156 – 1, 2, 3, 4, 5, 6
157 – 1, 2, 3, 4, 5
158 – 2, 3, 4
159 – 1, 5
160 – 1, 2, 3, 4
161 – 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10
162 – 2, 3
163 – 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10
164 – 1, 3, 5, 7
165 – 1, 2, 3, 4
166 – 2
167 – 1, 2, 3, 5
168 – 1
169 – 2
170 – 1, 2, 5, 6, 7, 8
171 – 1, 2, 3, 5
172 – 1, 2, 3
173 – 1, 2, 3, 4, 5
174 – 1, 2, 3, 4
175 – 2
176 – 3
177 – 1
178 – 3, 4
179 – 2
180 – 1, 3, 5, 6
181 – 2, 3
182 – 1
183 – 1
184 – 2, 3
185 – 1, 2, 4
186 – 2, 3, 4
187 – 1, 2, 3
188 – 3
189 – 2
190 – 1, 2, 5, 6
191 – 1, 2, 3, 5
192 – 1, 2, 3
193 – 1, 2, 3, 4, 7
194 – 1, 2, 5
195 – 1, 2, 3
196 – 1, 2, 3, 4, 5, 7
197 – 1, 2, 4, 5, 6
198 – 1, 4, 5
199 – 2, 3, 6
200 – 2
201 – 3
202 – 1, 2, 3
203 – 1, 2, 3, 5, 6, 7
204 – 2, 3, 5, 6, 7
205 – 2, 3
206 – 1, 2, 3, 4, 6
207 – 1, 3, 4

208 – 4, 5, 6
209 – 1, 2, 4
210 – 4
211 – 1, 2, 3, 4, 6
212 – 1, 2
213 – 2, 5, 6
214 – 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9
215 – 1, 2, 3, 5
216 – 1, 2, 4
217 – 1, 2, 3, 4
218 – 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8
219 – 4
220 – 1, 2, 3, 6
221 – 1
222 – 2
223 – 1
224 – 1, 2, 3, 4
225 – 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8
226 – 1, 2, 3, 4
227 – 1, 3, 5, 7
228 – 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10
229 – 1, 3, 6, 7, 10
230 – 2, 3, 5
231 – 3
232 – 1, 2
233 – 3, 4
234 – 2
235 – 1
236 – 1
237 – 2
238 – 3
239 – 1
240 – 2
241 – 1, 2, 3, 4
242 – 5, 6
243 – 2
244 – 1
245 – 1
246 – 2
247 – 2
248 – 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8
249 – 1, 4
250 – 1, 4, 5, 6
251 – 2, 3, 5
252 – 1, 2, 4, 5
253 – 2, 4
254 – 2
255 – 2, 4, 5, 6
256 – 1, 3, 4, 5
257 – 2, 3, 4
258 – 1, 2, 4, 6
259 – 1, 2, 4, 6, 7

260 – 1, 3, 4, 5, 7
261 – 1, 2, 3
262 – 2, 4, 5
263 – 2
264 – 1, 3
265 – 1
266 – 5
267 – 1, 3, 5
268 – 2, 3, 5
269 – 2, 7
270 – 1, 2, 3
271 – 2, 5, 6
272 – 2, 4, 5, 7
273 – 3
274 – 1, 2, 5
275 – 3, 4, 6, 7, 8
276 – 2, 3, 5, 6, 7
277 – 1, 2, 4, 5
278 – 1, 2, 3, 4, 5
279 – 3
280 – 1
281 – 2
282 – 1
283 – 1, 2
284 – 3, 4, 5, 6
285 – 3
286 – 1, 2, 4
287 – 1, 2, 3, 5, 6
288 – 1, 2, 3, 5, 6
289 – 3, 4
290 – 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8
291 – 1, 2, 4, 5
292 – 1
293 – 1, 2, 3, 5, 6, 7
294 – 1, 2, 3, 5
295 – 1, 2, 4, 5
296 – 1, 2
297 – 1, 2, 4, 5, 6
298 – 3, 4
299 – 1, 2, 5
300 – 3, 4
301 – 1, 2, 3, 4, 5
302 – 1

Б. Определите правильную последовательность

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|---------------------|
| 303 – 2, 3, 4, 1, 7, 6, 5 | 305 – 2, 3, 4, 1, 5, 6, 7 | 307 – 4, 2, 3, 1 |
| 304 – 1, 3, 2, 5, 4, 6 | 306 – 1, 4, 3, 7, 2, 6, 5, 8 | |
| В. Соотнесите | | |
| 308 – 1-в; 2-а; 3-б | 310 – 1-в; 2-а; 3-б | 312 – 1-б; 2-а |
| 309 – 1-в; 2-г; 3-б; 4-а | 311 – 1-б; 2-а; 3-а | 313 – 1-б; 2-а; 3-в |

II. ВОСПАЛЕНИЕ КАК БАЗОВАЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ КОМПОНЕНТА ИММУННОГО ОТВЕТА

4. РЕКОГНОСЦИРОВОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА

А. Выберите один или несколько правильных ответов

- | | | |
|----------------------|------------------------------|---------------------|
| 314 – 1 | 324 – 1 | 334 – 3 |
| 315 – 2 | 325 – 1, 4, 5 | 335 – 1 |
| 316 – 2 | 326 – 1, 2, 4, 6, 8, 9 | 336 – 2 |
| 317 – 1 | 327 – 1, 2 | 337 – 2 |
| 318 – 2, 3, 5, 6, 7 | 328 – 3 | 338 – 1, 2, 3 |
| 319 – 1, 2, 3 | 329 – 2, 3, 4 | 339 – 1, 2, 3, 4, 5 |
| 320 – 1, 2, 3 | 330 – 1, 2, 6 | 340 – 3, 4, 6 |
| 321 – 2 | 331 – 4 | 341 – 4 |
| 322 – 1, 3, 6, 7, 10 | 332 – 1 | 342 – 1 |
| 323 – 2 | 333 – 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 | 343 – 1, 2, 4, 5, 6 |

5. МЕХАНИЗМЫ АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА

А. Выберите один или несколько правильных ответов

- | | | |
|------------------|---------|------------------|
| 344 – 2 | 357 – 3 | 370 – 1 |
| 345 – 1 | 358 – 1 | 371 – 2 |
| 346 – 1 | 359 – 1 | 372 – 3 |
| 347 – 2 | 360 – 2 | 373 – 1 |
| 348 – 4 | 361 – 1 | 374 – 2 |
| 349 – 5 | 362 – 1 | 375 – 2 |
| 350 – 1, 2, 3, 4 | 363 – 1 | 376 – 3 |
| 351 – 2 | 364 – 1 | 377 – 2, 3, 4, 6 |
| 352 – 2, 3 | 365 – 2 | 378 – 1, 4, 5, 6 |
| 353 – 1, 4, 5 | 366 – 1 | 379 – 2, 4, 5 |
| 354 – 2 | 367 – 2 | 380 – 1 |
| 355 – 3, 6 | 368 – 2 | 381 – 1, 2 |
| 356 – 1, 2, 4, 5 | 369 – 1 | |

6. ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ

А. Выберите один или несколько правильных ответов

- | | | |
|------------------------|---------------------------|------------------|
| 382 – 2, 3, 5 | 390 – 1, 3, 4, 5 | 398 – 1, 2, 4, 5 |
| 383 – 1, 4, 6, 7 | 391 – 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 | 399 – 2 |
| 384 – 3 | 392 – 2, 3 | 400 – 1, 2 |
| 385 – 1, 4, 6, 7 | 393 – 4 | 401 – 2 |
| 386 – 1, 2, 3 | 394 – 3 | 402 – 3 |
| 387 – 2, 3, 5, 6, 7 | 395 – 1, 2, 4 | 403 – 1, 2, 3 |
| 388 – 1, 2, 3, 4, 5, 6 | 396 – 1, 4 | 404 – 1 |
| 389 – 4, 5, 6, 7 | 397 – 3 | 405 – 3 |
| | | 406 – 4 |

Тема: Патология тканевого роста

Вопрос №1

ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО

Несколько правильных ответов:

1. экспансивный рост
2. инфильтративный рост
3. клеточной атипизм
4. отсутствие тканевого атипизма

Вопрос №2

ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО

Несколько правильных ответов:

1. экспансивный рост
2. метастазирование
3. отсутствие биохимического атипизма
4. рецидивирование

Вопрос № 3

ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО

Несколько правильных ответов:

1. тканевой атипизм
2. метастазирование
3. рецидивирование
4. экспансивный рост
5. инфильтративный рост

Вопрос № 4

УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН В ОПУХОЛЕВОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

Несколько правильных ответов:

1. повышением анаэробного гликолиза
2. понижением гликолиза
3. повышением аэробного гликолиза
4. повышением активности пентозного цикла

Вопрос № 5

К ЭКЗОГЕННЫМ КАНЦЕРОГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ

Несколько правильных ответов:

1. бензпирен
2. амидопирин
3. метилхолантрен
4. аспирин

* Вопрос № 6

РАСПОЛОЖИТЕ В ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ СТАДИИ ПАТОГЕНЕЗА ОПУХОЛЕЙ

1. опухолевая прогрессия
2. опухолевая трансформация клеток
3. образование опухолевого узла
4. синтез онкобелков
5. активация протоонкогена

* ВОПРОС № 7

В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КЛЕТОК

Один правильный ответ:

1. не нарушена
2. нарушена умеренно
3. нарушена выраженно

* Вопрос № 8

ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КЛЕТОК В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ

Один правильный ответ:

1. не нарушается
2. нарушена часто
3. нарушена редко
4. нарушена всегда

* Вопрос № 9

ОСНОВНЫМ СВОЙСТВОМ КЛЕТОК ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

Все правильные ответы:

1. неконтролируемый рост
2. контролируемый рост
3. обязательное укорочение клеточного цикла
4. обязательное удлинение клеточного цикла

* Вопрос № 10

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЗВАНЫ ВОЗДЕЙСТВИЕМ

Все правильные ответы:

1. полициклических ароматических углеводородов
2. ионизирующего излучения
3. ретровирусов
4. нет правильного ответа

* Вопрос № 11

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СВЯЗЫВАЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ВИРУСОМ ГРУППЫ

Один правильный ответ:

1. герпес
2. вирус папилломы
3. аденовирус
4. вирус гепатита

* Вопрос № 12

С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВИРУСА НЕ СВЯЗЫВАЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ

Один правильный ответ:

1. рака шейки матки
2. рака печени
3. рака желудка
4. рака носоглотки
5. лейкозов

* Вопрос № 13

НАРУШЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО БАЛАНСА НЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ

Один правильный ответ:

1. рака яичников
2. рака матки
3. рака молочной железы
4. рака печени

5. рака предстательной железы

* Вопрос № 14

В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОДНОГО ХИМИЧЕСКОГО КАНЦЕРОГЕНА ВОЗНИКАЮТ ОПУХОЛИ

Один правильный ответ:

1. только одного гистологического типа
2. тип опухоли зависит от типа клеток, подвергаемых воздействию канцерогена

Вопрос № 15

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

Все правильные ответы:

1. инфильтративный рост
2. метастазирование
3. экспансивный рост

* Вопрос № 16

ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ СПОСОБСТВУЕТ

Один правильный ответ:

1. снижение клеточного иммунитета
2. состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей
3. влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно

* Вопрос № 17

К ХИМИЧЕСКИМ КАНЦЕРОГЕННЫМ ВЕЩЕСТВАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛАССЫ СОЕДИНЕНИЙ

Все правильные ответы:

1. полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения
2. ароматические азосоединения и аминокислоты
3. нитрозосоединения
4. металлы, металлоиды, неорганические соли
5. ничего из перечисленного

* Вопрос № 18

КАНЦЕРОГЕННЫМИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. работа с асбестом, сажей, производство резины
2. работа с мышьяком, никелем, хромом и их соединениями
3. деревообрабатывающая и лакокрасочная промышленность
4. все ответы неправильные

* Вопрос № 19

К ФИЗИЧЕСКИМ КАНЦЕРОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. ионизирующая радиация
2. ультрафиолетовые лучи
3. вибрация
4. повышенное атмосферное давление

* Вопрос № 20

ДЛИТЕЛЬНАЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ИНСОЛЯЦИЯ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

Один правильный ответ:

1. рака кожи
2. рака легкого
3. рака желудка

* Вопрос № 21

НАИБОЛЕЕ УСТОЙЧИВА К ОНКОГЕННОМУ ДЕЙСТВИЮ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КОЖА

Один правильный ответ:

1. не содержащая пигмента
2. содержащая незначительное количество пигмента
3. сильно пигментированная
4. содержание пигмента не оказывает влияния

* Вопрос № 22

ДРОБЛЕНИЕ ОБЩЕЙ ДОЗЫ ПРИ ДЕЙСТВИИ ХИМИЧЕСКИХ КАНЦЕРОГЕНОВ

Один правильный ответ:

1. увеличивает онкогенный эффект
2. не оказывает какого-либо влияния
3. снижает онкогенный эффект

* Вопрос № 23

ТРАНСФОРМАЦИЯ КЛЕТОК-МИШЕНЕЙ В ОПУХОЛЕВЫЕ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ОНКОГЕННЫХ ВИРУСОВ

Один правильный ответ:

1. не сопровождается гибелью клеток
2. сопровождается гибелью клеток

* Вопрос № 24

ОПРЕДЕЛЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЛИМФОМЫ БЕРКИТТА И РАКА НОСОГЛОТКИ У ЧЕЛОВЕКА ИМЕЕТ

Один правильный ответ:

1. аденовирус

2. вирус Энштейна - Барра (возбудитель инфекционного мононуклеоза)
3. Рарова-вирус
4. вирус из группы вирусов оспы

* Вопрос № 25

СОВРЕМЕННАЯ СХЕМА ВИРУСНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

Все правильные ответы:

1. проникновение вируса в клетку и физическую интеграцию его с клеточной ДНК
2. функционирование интегрированного вирусного генома с образованием специфических мРНК и онкобелков
3. онкобелки воздействуют на функции клеток, приводят ее к опухолевой трансформации
4. все ответы неправильные

* Вопрос № 26

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ (ПОВРЕЖДЕНИЯ) НОРМАЛЬНОЙ КЛЕТКИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ЕЕ К ОПУХОЛЕВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ, МОГУТ БЫТЬ РЕАЛИЗОВАНЫ В ВИДЕ

Все правильные ответы:

1. генных мутаций
2. хромосомных аберраций
3. изменений в количестве копий генов
4. изменений в количестве хромосом
5. ни один из ответов

* Вопрос № 27

КОНТАКТ ОРГАНИЗМА С БЕЗУСЛОВНО КАНЦЕРОГЕННЫМИ АГЕНТАМИ И ПОВРЕЖДЕНИЯ, ПРОИЗВОДИМЫЕ ИМИ В ГЕНОМЕ

Один правильный ответ:

1. во всех случаях приводят к возникновению злокачественных опухолей
2. далеко не всегда приводят к возникновению злокачественных опухолей
3. никогда не приводят к возникновению злокачественных новообразований

* Вопрос № 28

ВОЗМОЖНОСТЬ СОХРАНЕНИЯ НОРМАЛЬНОГО ГЕНОТИПА КЛЕТКИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ КАНЦЕРОГЕННЫХ ФАКТОРОВ, ОБУСЛОВЛЕНА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

Все правильные ответы:

1. наличием в клетке системы репарации повреждений ДНК
2. чрезвычайной устойчивостью ДНК любой клетки к воздействию канцерогенов
3. оба ответа неправильные

* Вопрос № 29

ПРОТООНКОГЕНЫ КЛЕТКИ СУЩЕСТВУЮТ В ВИДЕ

Один правильный ответ:

1. лишней хромосомы
2. участка клеточной мембраны
3. небольшой области нуклеотидных последовательностей ДНК

* Вопрос № 30

ОНКОГЕН ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. активным гомологом протоонкогена
2. новой нуклеотидной последовательностью в ДНК

* Вопрос № 31

ОНКОГЕНЫ ОБНАРУЖЕНЫ В ГЕНОМАХ

Все правильные ответы:

1. простейших одноклеточных организмов
2. вирусов
3. животных
4. ни у одного из перечисленных

* Вопрос № 32

ПРОЦЕССЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ КЛЕТОК В ОРГАНИЗМЕ НАХОДЯТСЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО АППАРАТА КЛЕТКИ ПРИ УЧАСТИИ

Все правильные ответы:

1. факторов роста (ФР)
2. ингибиторов пролиферации
3. ни того, ни другого

* Вопрос № 33

АВТОНОМНОСТЬ РОСТА РАКОВЫХ КЛЕТОК МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

Все правильные ответы:

1. активацией синтеза белков, аутологических фактору(ам) роста - "аутокринная активация"
2. образованием поврежденных (видоизмененных) рецепторов
3. возбуждением пострецепторных путей переноса сигналов, позволяющих обходиться раковым клеткам вообще без рецепторов факторов роста
4. ни одного из перечисленного

* Вопрос № 34

ОНКОБЕЛКИ, ПРОДУЦИРУЕМЫЕ КЛЕТКОЙ ВСЛЕДСТВИЕ АКТИВАЦИИ ПРОТООНКОГЕНА, МОГУТ БЫТЬ ГОМОЛОГИЧНЫМИ

Все правильные ответы:

1. ростовому фактору тромбоцитов (РФТ)

2. трансферрину (фактору роста гемопоэтических клеток)
3. гастрину (фактору роста некоторых эпителиальных клеток)
4. эпидермальному фактору роста
5. ни одному из перечисленного

* Вопрос № 35

УГНЕТЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОТМЕЧЕНО

Все правильные ответы:

1. при воздействии на организм канцерогенных агентов
2. при прогрессировании опухолевого роста
3. при старении
4. ни при одном из перечисленных факторов

* Вопрос № 36

К ЭФФЕКТОРАМ СИСТЕМЫ ЕСТЕСТВЕННОЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. активированные макрофаги
2. естественные киллеры
3. гуморальные факторы (фактор некроза опухоли, интерферон, интерлейкины и др.)
4. кейлонное ингибирование
5. фибронектин
6. инсулин

Вопрос № 37

К ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОГО ВЛИЯНИЯ ОПУХОЛИ НА ОРГАНИЗМ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. иммунодефицит
2. гипоксия
3. гормональные синдромы
4. раковая кахексия
5. аллергия

Эталоны ответов. Раздел: Опухоли

1 – 2,3	14 – 2	27 – 2
2 – 2,4	15 – 1,2	28 – 1,2
3 – 1,4	16 – 1	29 – 3
4 – 1,3,4	17 – 1,2,3,4	30 – 1
5 – 1,3	18 – 1,2,3	31 – 1,2,3
6 – 5,4,2,3,1	19 – 1,2	32 – 1,2
7 – 2	20 – 1	33 – 1,2,3
8 – 4	21 – 3	34 – 1,2,3,4
9 – 1,3	22 – 1	35 – 1,2,3
10 – 1,2,3	23 – 1	36 – 1,2,3,4,5
11 – 1	24 – 2	37 – 1,2,3,4
12 – 3	25 – 1,2,3	
13 – 4	26 – 1,2,3,4	

Молекулярные механизмы канцерогенеза

Вопрос № 1

РАСПОЛОЖИТЕ В ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ФАКТОРЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ КЛЕТочный ЦИКЛ

1. факторы роста
2. рецепторы факторов роста
3. факторы транскрипции
4. белки-передатчики сигнала

Вопрос № 2

ГОТОВНОСТЬ КЛЕТочного ЦИКЛА К РЕПЛИКАЦИИ ПРОВЕРЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

- в фазе G0
- в точке G1/S
- в точке G2/M

Вопрос № 3

ЗАВЕРШЕННОСТЬ РЕПЛИКАЦИИ ПРОВЕРЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

- в фазе G0
- в точке G1/S
- в точке G2/M

Вопрос № 4

ФАКТОРЫ ТРАНСКРИПЦИИ - ЭТО

Один правильный ответ:

- белки, связывающиеся с определенным участком ДНК и активирующие транскрипцию генов
- белки, обеспечивающие расплетение ДНК
- белки, обеспечивающие репарацию ДНК

Вопрос № 5

ФАКТОР ТРАНСКРИПЦИИ E2F НЕОБХОДИМ ДЛЯ ПЕРЕХОДА КЛЕТКИ

Один правильный ответ:

- в фазу G1
- в фазу S
- в фазу G2

Вопрос № 6

ФОСФОРИЛИРОВАНИЕ pRb ВЛИЯЕТ НА КЛЕТОЧНЫЙ ЦИКЛ

Один правильный ответ:

- активирует
- подавляет

Вопрос № 7

ФОСФОРИЛИРОВАНИЕ pRb СВЯЗАНО С ДЕЙСТВИЕМ

Один правильный ответ:

- протеинкиназы A
- протеинкиназы C
- циклин-зависимых киназ (cdk)

Вопрос № 8

ФУНКЦИЯ ЦИКЛИН-ЗАВИСИМЫХ КИНАЗ СОСТОИТ

Один правильный ответ:

- в ингибировании транскрипционного фактора E2F
- в активации транскрипционного фактора E2F путем высвобождения его из комплекса с pRb

Вопрос № 9

АКТИВНОСТЬ cdk СТИМУЛИРУЮТ

Все правильные ответы:

1. тромбоцитарный фактор роста
2. эпидермальный фактор роста
3. белок p53
4. трансформирующий фактор роста β

Вопрос № 10

ИНГИБИТОРАМИ СИСТЕМЫ cdk-ЦИКЛИН ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

- тромбоцитарный фактор роста
- эпидермальный фактор роста
- белок p53
- трансформирующий фактор роста β

Вопрос № 11

МЕХАНИЗМЫ УЧАСТИЯ ОНКСУПРЕССОРНОГО БЕЛКА p53 В ОБЕСПЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОСТИ ГЕНОМА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДНК ВКЛЮЧАЮТ

Все правильные ответы:

- индукцию ферментов репарации
- блокаду фосфорилирования pRb и арест клеточного цикла
- стимуляцию синтеза проапоптотических факторов
- подавление синтеза противоапоптотических факторов
- все ответы неверные

Вопрос № 12

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОНКСУПРЕССИИ wt 53 – p 53 МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО

Все правильные ответы:

- мутантным вариантом гена wt 53
- блокадой экспрессии гена wt 53
- блокадой клеточных эффектов белка p 53
- дефицитом макроэргов
- изменением вязкости клеточной мембраны

Вопрос № 13

НАРУШЕНИЕ СТРУКТУРЫ ДНК МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

Все правильные ответы:

- модификации оснований и нуклеотидов
- повреждения оснований и нуклеотидов
- ошибок спаривания оснований
- все ответы неверные

Вопрос № 14

СИСТЕМА МИСМЭТЧ – РЕПАРАЦИИ (MMR) ОБЕСПЕЧИВАЕТ

Все правильные ответы:

- распознавание в дочерней цепи ДНК нуклеотидов, некомплементарных нуклеотидам в материнской цепи
- репликацию некомплементарных нуклеотидов
- восстановление структуры дочерней нити ДНК, полностью комплементарную материнской нити

Вопрос № 15

МУТАТОРНЫЙ ФЕНОТИП КЛЕТКИ СВЯЗАН С НАРУШЕНИЕМ

Один правильный ответ:
системы репарации ДНК
усилением апоптоза
ослаблением апоптоза

Вопрос № 16
ВЛИЯНИЕ E – КАДГЕРИНА НА КЛЕТОЧНУЮ ПРОЛИФЕРАЦИЮ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
Один правильный ответ:
ее усилением
ее ослаблением
индифферентно

Вопрос № 17
МЕХАНИЗМ ВЛИЯНИЯ E – КАДГЕРИНА НА КЛЕТОЧНУЮ ПРОЛИФЕРАЦИЮ ОБУСЛОВЛЕН
Один правильный ответ:
супрессией сигнального пути β -катенин-циклин D_1 – pRb
активацией сигнального пути β -катенин-циклин D_1 – pRb

Вопрос № 18
ОНКОСУПРЕССОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЕЛКА APC РЕАЛИЗУЕТСЯ
Один правильный ответ:
через стимуляцию (во взаимодействии с аксином) фосфорилирования
 β -катенина киназой гликогенсинтазы 3β
через ослабление (во взаимодействии с аксином) фосфорилирования β -катенина киназой гликогенсинтазы 3β

Вопрос № 19
ОПРЕДЕЛИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОБЫТИЙ В ИНДУКЦИИ КЛЕТОЧНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ β -КАТЕНИНА

1. экспрессия гена циклина D_1
2. транслокация нефосфорилированного β -катенина в ядро
3. взаимодействие с ядерным фактором транскрипции TCF / LEF-1
4. синтез циклина D_1
5. запуск пролиферации

Вопрос № 20
ОПРЕДЕЛИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОБЫТИЙ, ПРИВОДЯЩИХ К НАРУШЕНИЮ КОНТАКТНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ β -КАТЕНИНА

- ослабление контактного торможения
- снижение синтеза кадгерина E
- супрессия гена кадгерина E
- ослабление межклеточной адгезии
- транслокация β -катенина в ядро

Вопрос № 21
ПРОТООНКОГЕНЫ - ГЕНЫ, КОНТРОЛИРУЮЩИЕ

Все правильные ответы:
синтез факторов роста
синтез белков-рецепторов факторов роста
синтез белков-трансдукторов митогенного сигнала
синтез факторов транскрипции
ничего из перечисленного

Вопрос № 22
К ПРОТООНКОГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:
src
pRb
p 53
myc
Ras

Вопрос № 23
КЛЕТОЧНЫЕ ОНКОГЕНЫ – ЭТО

Один правильный ответ:
репрессированные протоонкогены
протоонкогены с перманентной активностью, независимой от поступающих сигналов

Вопрос № 24
К МЕХАНИЗМАМ ПРЕВРАЩЕНИЯ ПРОТООНКОГЕНОВ В ИСТИННЫЕ ОНКОГЕНЫ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:
хромосомные транслокации
амплификация
мутации
инактивация гена-супрессора
делеция протоонкогенов
активация встроенным провирусом

Вопрос № 25
ХАРАКТЕР МУТАЦИЙ ПРОТООНКОГЕНОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ВОЗМОЖНОСТЬ ОПУХОЛЕВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Один правильный ответ:
доминантный

рециссивный

Вопрос № 26
К АНТИОНКОГЕНАМ (ГЕНАМ – СУПРЕССОРАМ) ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

ген белка Rb
ген белка p53
ген белка APC
ген src
ген тус
ген E-кадгерина
гены системы MMR

Вопрос № 27
ХАРАКТЕР МУТАЦИЙ ГЕНОВ-СУПРЕССОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ВОЗМОЖНОСТЬ ОПУХОЛЕВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Один правильный ответ:

доминантный
рециссивный

Вопрос № 28
МУТАЦИИ ГЕНА APC ИНИЦИИРУЕТ РАЗВИТИЕ ОПУХОЛИ

Один правильный ответ:

толстого кишечника
легких
кожи

Вопрос № 29
АПОПТОЗ ПРИ ОПУХОЛЯХ

Один правильный ответ:

усилен
ослаблен

Вопрос № 30
ОПУХОЛЕВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ

Все правильные ответы:

Протоонкогенов
Антионкогенов
Генов, контролирующих апоптоз
Ничего из перечисленного

Вопрос № 31
КАК МЕНЯЕТСЯ СКОРОСТЬ КЛЕТОЧНОГО ЦИКЛА В ОПУХОЛЕВОЙ КЛЕТКЕ ПО СРАВНЕНИЮ С НОРМАЛЬНОЙ

Один правильный ответ:

возрастает
снижается
не меняется

Вопрос № 32
ХРОМОСОМНАЯ ТРАНСЛОКАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ С ОБРАЗОВАНИЕМ ХИМЕРНОГО ГЕНА *abl / bcr* ПРИВОДИТ

Все правильные ответы:

к синтезу регуляторного белка с активностью тирозинкиназы
2. к усилению апоптоза
3. к ослаблению апоптоза
4. к безудержной пролиферации клеток

Вопрос № 33
НАЛИЧИЕ Pn+ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КЛЕТОК

Все правильные ответы:

гранулоцитарного ряда
мегакариоцитарного ряда
лимфоидного ростка
эритроидного ростка

Вопрос № 34
ЧТО ТАКОЕ ОПУХОЛЬ?

Один правильный ответ:

увеличение количества клеток в органе или в ткани
патологический процесс, при котором одна дифференцированная ткань замещается другой дифференцированной тканью в пределах одного гистотипа: либо эпителиального либо мезенхимального
патологический процесс, представленный новообразованной тканью, в которой изменения генетического аппарата клеток приводят к нарушению регуляции их роста и дифференцировки

Вопрос № 35
ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНЫ

Все правильные ответы:

1. экспансивный рост
2. метастазирование

3. отсутствие биохимического атипизма
4. рецидивирование
5. инвазия

Вопрос № 36

ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНЫ

Все правильные ответы:

1. тканевой атипизм
2. метастазирование
3. рецидивирование
4. экспансивный рост
5. инфильтративный рост

Вопрос № 37

К ФАКТОРАМ КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

пожилой возраст
иммунодефицит
наследственность
курение
гипертоническая болезнь

Вопрос № 38

РИСК РАЗВИТИЯ ОПУХОЛЕЙ ПРИ СТАРЕНИИ ОБУСЛОВЛЕН

Все правильные ответы:

увеличением повреждаемости ДНК
эндокринным дисбалансом
ослаблением иммунного контроля
накоплением активных форм кислорода
усилением апоптоза

Вопрос № 39

ФИЗИЧЕСКИМИ КАНЦЕРОГЕННЫМИ ФАКТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

рентгеновское излучение
ультрафиолетовые лучи
низкое атмосферное давление
поток нейтронов

Вопрос № 40

НАЗОВИТЕ МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Все правильные ответы:

мутации
хромосомные аберрации
разрывы ДНК
нарушения репарации ДНК
усиление апоптоза

Вопрос № 41

К ЭКЗОГЕННЫМ КАНЦЕРОГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. бензпирен
2. амидопирин
3. метилхолантрен
4. аспирин

Вопрос № 42

К ОРГАНОТРОПНЫМ КАНЦЕРОГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

пау
ароматические амины
афлотоксины
аминоазосоединения

Вопрос № 43

К МЕСТНЫМ КАНЦЕРОГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

пау
ароматические амины
афлотоксины
аминоазосоединения

Вопрос № 44

К ГЕНОТОКСИЧЕСКИМ КАНЦЕРОГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ:

Все правильные ответы:

1. пау
2. N-нитрозосоединения
3. гормоны
4. пестициды

5. афлотоксин

Вопрос № 45

ИСТОЧНИКАМИ ПОСТУПЛЕНИЯ КАНЦЕРОГЕНОВ ГРУППЫ ПАУ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

выхлопные газы
отопительные системы
коксохимическое производство
курение
красители

Вопрос № 46

К ОПУХОЛЯМ, РАЗВИТИЕ КОТОРЫХ СВЯЗАНО С ЭНДОГЕННЫМИ КАНЦЕРОГЕННЫМИ СИТУАЦИЯМИ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

аденома и рак предстательной железы
аденома и рак молочной железы
рак желудка
рак легких
аденома щитовидной железы

ВОПРОС № 47

ОСНОВОЙ ЭНДОГЕННОЙ КАНЦЕРОГЕННОЙ СИТУАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Один правильный ответ:

да
нет

Вопрос № 48

К РНК-СОДЕРЖАЩИМ ОНКОГЕННЫМ ВИРУСАМ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

вирус саркомы Рауса
вирус Эпштейн-Барра
вирус папилломы шейки матки
вирус Т-лимфобластного лейкоза взрослых
вирус Битнера
вирусы лейкозов мышей

Вопрос № 49

К ДНК-СОДЕРЖАЩИМ ОНКОГЕННЫМ ВИРУСАМ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

вирус саркомы Рауса
вирус Эпштейн-Барра
вирус папилломы шейки матки
вирус Т-лимфобластного лейкоза взрослых
вирус Битнера
вирусы лейкозов мышей

Вопрос № 50

К ОНКОГЕННЫМ ВИРУСАМ ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

вирус Т-лимфобластного лейкоза взрослых
вирусы гепатита В и С
вирус гриппа
вирус кори
вирус Эпштейн-Барра
вирус папиллом шейки матки

Вопрос № 51

НАЛИЧИЕ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ОНКОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ

Один правильный ответ:

1. ДНК-содержащих вирусов
2. РНК-содержащих вирусов

Вопрос № 52

МЕХАНИЗМЫ ВИРУСНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗА МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ

Все правильные ответы:

1. встраиванием вирусного онкогена в геном клетки
2. цисактивацией онкогенов
3. трансактивацией онкогенов
4. делецией онкогенов

Вопрос № 53

ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ ОНКОГЕНЫ РНК-СОДЕРЖАЩИХ ВИРУСОВ НЕОБХОДИМЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕНАМИ?

Один правильный ответ:

да
нет

Вопрос № 54

ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ ОНКОГЕНЫ ДНК-СОДЕРЖАЩИХ ВИРУСОВ НЕОБХОДИМЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕНАМИ?

Один правильный ответ:

- да
- нет

Вопрос № 55

ИМЕЮТ ЛИ ОНКОГЕНЫ РНК-СОДЕРЖАЩИХ ВИРУСОВ КЛЕТОЧНЫЕ ГОМОЛОГИ?

Один правильный ответ:

- да
- нет

Вопрос № 56

ИМЕЮТ ЛИ ОНКОГЕНЫ ДНК-СОДЕРЖАЩИХ ВИРУСОВ КЛЕТОЧНЫЕ ГОМОЛОГИ?

Один правильный ответ:

- да
- нет

Вопрос № 57

СВЯЗАН ЛИ ОНКОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РНК-СОДЕРЖАЩИХ ВИРУСОВ СО СПОСОБНОСТЬЮ ЭТИХ ВИРУСОВ К ПРОДУКТИВНОЙ ИНФЕКЦИИ?

Один правильный ответ:

- да
- нет

Вопрос № 58

СВЯЗАН ЛИ ОНКОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДНК-СОДЕРЖАЩИХ ВИРУСОВ СО СПОСОБНОСТЬЮ ЭТИХ ВИРУСОВ К ПРОДУКТИВНОЙ ИНФЕКЦИИ?

Один правильный ответ:

- да
- нет

Вопрос № 59

СОДЕРЖАТ ЛИ ЦИС-АКТИВИРУЮЩИЕ ОНКОРНАВИРУСЫ ОНКОГЕН В СОСТАВЕ ВИРУСНОГО ГЕНОМА

Один правильный ответ:

- да
- нет

Вопрос № 60

МЕХАНИЗМ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ОНКОРНАВИРУСОВ ПРИ ЦИС-АКТИВАЦИИ ОБУСЛОВЛЕН

Один правильный ответ:

интеграцией вирусного генома по соседству с клеточным протоонкогеном с последующей его активацией синтезом неструктурных вирусных белков, контролирующих активность клеточных генов, регулирующих пролиферацию делецией клеточных генов

Вопрос № 61

МЕХАНИЗМ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ОНКОРНАВИРУСОВ ПРИ ТРАНС-АКТИВАЦИИ ОБУСЛОВЛЕН

Один правильный ответ:

интеграцией вирусного генома по соседству с клеточным протоонкогеном с последующей его активацией синтезом неструктурных вирусных белков, контролирующих активность клеточных генов, регулирующих пролиферацию делецией клеточных генов

Вопрос № 62

ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ИНФЕКЦИИ РЕАЛИЗУЕТСЯ ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ПОТЕНЦИАЛ ОНКОГЕННЫХ ДНК-СОДЕРЖАЩИХ ВИРУСОВ?

Один правильный ответ:

при пермиссивной инфекции, приводящей к образованию значительного количества вирусных частиц и к гибели клетки при непермиссивной инфекции, при которой репликация вируса ограничена в обоих случаях

Вопрос № 63

ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ СУЩЕСТВОВАНИЯ ВИРУСНЫЙ ДНК В КЛЕТКЕ ВОЗМОЖНА РЕАЛИЗАЦИЯ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ОНКОГЕННЫХ ДНК-СОДЕРЖАЩИХ ВИРУСОВ?

Один правильный ответ:

в эписомальной
в интегрированной
в обоих случаях

Вопрос № 64

КАКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕНЫ ОТВЕТСТВЕННЫ ЗА РЕАЛИЗАЦИЮ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ПОТЕНЦИАЛА ДНК-СОДЕРЖАЩИХ ВИРУСОВ?

Один правильный ответ:

«ранние», участвующие в репликации вирусной ДНК
«поздние», регулирующие синтез белков вирусной оболочки
и те и другие

Вопрос № 65

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ РАННИХ ВИРУСНЫХ ГЕНОВ ДНК-СОДЕРЖАЩИХ ВИРУСОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

Один правильный ответ:

в индукции синтеза белков, взаимодействующих с клеточными генами (или их продуктами), контролирующими клеточную пролиферацию
в индукции синтеза макроэргов
в индукции синтеза гликогена
в участии всех перечисленных механизмов

Вопрос № 66

ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ КОНТРОЛЯ КЛЕТОЧНОГО ЦИКЛА ПРИ ЭКСПРЕССИИ ОНКОГЕНОВ ДНК-СОДЕРЖАЩИХ ВИРУСОВ ВКЛЮЧАЮТ

Все правильные ответы:

инактивацию генов-супрессоров
стимуляцию продукции аутокринных факторов роста
блокирование транскрипции проапоптотических и усиление транскрипции антиапоптотических белков
усиление экспрессии клеточных протоонкогенов
активацию системы cdk-циклинов
стимуляцию транскрипции протеинкиназы (PK C), стимулирующих пролиферацию и повышение устойчивости клеток к различным воздействиям
все вышеперечисленные

Вопрос № 67

В КАКОЙ ФОРМЕ СУЩЕСТВОВАНИЯ ДНК ВИРУСА ПАПИЛЛОМ В КЛЕТКЕ РЕАЛИЗУЕТСЯ ЕГО КАНЦЕРОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ?

Один правильный ответ:

в интегрированной
в эписомальной
в обеих

Вопрос № 68

В КАКОЙ ФОРМЕ СУЩЕСТВОВАНИЯ ДНК ВИРУСА ПАПИЛЛОМ В КЛЕТКЕ РАЗВИВАЮТСЯ ДИСПЛАЗИЯ И ПАПИЛЛОМЫ?

Один правильный ответ:

в интегрированной
в эписомальной
в обеих

Вопрос № 69

КАКОЙ ХАРАКТЕР НОСЯТ САЙТЫ ИНТЕГРАЦИИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМ В ГЕНОМ КЛЕТКИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ЕГО КАНЦЕРОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ?

Один правильный ответ:

случайный
строго специфический

Вопрос № 70

КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ К ЗАВЕРШЕНИЮ РЕПЛИКАТИВНОГО ЦИКЛА У ВИРУСА ПАПИЛЛОМ ПРИ ЕГО ИНТЕГРАЦИИ В ГЕНОМ КЛЕТКИ?

Один правильный ответ:

усиливается
утрачивается
не изменяется

Вопрос № 71

В КАКОЙ ФОРМЕ СУЩЕСТВОВАНИЯ ДНК ВИРУСА EBV В КЛЕТКЕ РЕАЛИЗУЕТСЯ ЕГО КАНЦЕРОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ?

Один правильный ответ:

в интегрированной
в эписомальной
в обеих

Вопрос № 72

КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ РЕАЛИЗАЦИЮ КАНЦЕРОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ ВИРУСА HBV

Все правильные ответы:

хроническое повреждение гепатоцитов
регенераторная гиперплазия гепатоцитов
индукция митотической активности гепатоцитов
транскрипция клеточных протоонкогенов
активация протеинкиназы C
стимуляция окислительного фосфорилирования
усиление межклеточной адгезии

Вопрос № 73

КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕХАНИЗМ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ВИРУСА HTLV-1

Все правильные ответы:

наличие онкогена в составе вирусного генома
интеграция с клеточным протоонкогеном
продукция вирусного белка, активирующего клеточные онкогены, а также гены, кодирующие ИЛ-2 и рецепторы к нему

Вопрос № 74

РАСПОЛОЖИТЕ В ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ СТАДИИ КАНЦЕРОГЕНЕЗА

опухолевая прогрессия
инициация
промоция

Вопрос № 75

ИНИЦИАЦИЯ – ЭТО

Один правильный ответ:

стадия реализации опухолевого фенотипа под действием различных факторов, не обладающих способностью вызывать повреждение ДНК
начальная стадия опухолевой трансформации генома клеток: стойкое, необратимое изменение ДНК, которое имеет генетическую память генетически закрепленные, наследуемые опухолевой клеткой необратимые изменения ее реактивности

Вопрос № 76

ПРОМОЦИЯ – ЭТО

Один правильный ответ:

стадия реализации опухолевого фенотипа под действием различных факторов, не обладающих способностью вызывать повреждение ДНК
начальная стадия опухолевой трансформации генома клеток: стойкое, необратимое изменение ДНК, которое имеет генетическую память генетически закрепленные, наследуемые опухолевой клеткой необратимые изменения ее реактивности

Вопрос № 77

КАНЦЕРОГЕНЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ КАК ИНИЦИИРУЮЩИМ, ТАК И ПРОМОЦИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ НАЗЫВАЮТСЯ

Один правильный ответ:

полными
неполными

Вопрос № 78

ОПУХОЛЕВАЯ ПРОГРЕССИЯ - ЭТО

Один правильный ответ:

1. качественное и количественное отличие основных биологических свойств опухолевой ткани от нормальной
2. качественные и количественные, генетически закрепленные, передающиеся независимо друг от друга изменения свойств опухолевых клеток, обуславливающие нарастание степени злокачественности новообразования

Вопрос № 79

В ХОДЕ ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИИ КЛЕТКА ПРИОБРЕТАЕТ СВОЙСТВА:

Все правильные ответы

генетическая нестабильность
аутокринный характер роста
усиление апоптоза
стимуляция неоангиогенеза
ослабление апоптоза
инвазивность
нарастание атипизма

Вопрос № 80

ОПУХОЛЕВУЮ ПРОГРЕССИЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

Все правильные ответы

инвазивность
инфильтрирующий рост
метастазирование
экспансивный рост
потеря автономности
устойчивость к цитостатикам

Вопрос № 81

В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ПРИНЦИП НЕЗАВИСИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИИ?

Один правильный ответ:

в изменении различных свойств клеток, blastомы независимо от размера опухоли
в изменении различных свойств опухоли blastомы независимо от локализации опухоли
в изменении различных свойств клеток blastомы независимо друг от друга в связи с автономностью мутации каждого гена опухолевой клетки

Вопрос № 82

СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ЗАКОНОМЕРНАЯ ХРОНОЛОГИЯ В ФЕНОТИПИЧЕСКОМ ПРОЯВЛЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИИ

Один правильный ответ:

да
нет

Вопрос № 83

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ – ЭТО

Один правильный ответ:

способность опухолевых клеток к постоянному проникновению в глубину окружающих здоровых тканей, включая систему микроциркуляции
лимфо- или гематогенная диссеминация опухолевых клеток с задержкой в определенных участках микроциркуляторного русла с образованием вторичных очагов опухолевого роста

Вопрос № 84

ИНВАЗИЯ – ЭТО

Один правильный ответ:

способность опухолевых клеток к постоянному проникновению в глубину окружающих здоровых тканей, включая систему микроциркуляции
лимфо- или гематогенная диссеминация опухолевых клеток с задержкой в определенных участках микроциркуляторного русла с образованием вторичных очагов опухолевого роста

Вопрос № 85

УКАЖИТЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДГЕЗИВНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ИХ СПОСОБНОСТЬ К ИНВАЗИИ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ

Все правильные ответы:

возрастание плотности, экспрессии, молекул адгезии на опухолевых клетках, обеспечивающих их проникновение в структуры клеточного матрикса / базальной мембраны
возрастание плотности экспрессии молекул адгезии на опухолевых клетках, обеспечивающее их прикрепление к эндотелию или образование смешанных опухолево-тромбоцитарных агрегатов в циркуляции
появление специфических молекул адгезии, обеспечивающих гомотипическую адгезию опухолевых клеток друг к другу и их адгезию к коллагену
утрата молекул адгезии (Е-кадгерин-катенинового комплекса)
снижение аффинности интегриновых рецепторов
нарушение кластерного характера распределения молекул адгезии на опухолевых клетках
все ответы неверные

Вопрос № 86

К ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СПОСОБНОСТЬ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК К МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

факторы неоплазии
устойчивость к НК-клеткам, АЗКЦ, ЦТЛ
инвазивность клеток
вовлечение нейтрофилов

Вопрос № 87

ОРГАНОСПЕЦИФИЧНОСТЬ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

Все правильные ответы:

органоспецифичностью экспрессии микроциркуляторным эндотелием органа-мишени молекул адгезии к лигандам определенных опухолевых клеток
органоспецифическими особенностями молекул внеклеточного матрикса органа-мишени, служащих лигандами для молекул адгезии опухолевых клеток
локализацией органа-мишени
интенсивностью кровоснабжения органа-мишени
специфической продукцией определенных ростовых факторов органом-мишенью, стимулирующих пролиферацию и подвижность опухолевых клеток, экспрессирующих соответствующие рецепторы к этим факторам

Вопрос № 88

К ФАКТОРАМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ ЛОКАЛЬНЫЙ АНГИОГЕНЕЗ ОПУХОЛИ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. ростовые факторы эндотелия сосудов (VEGF)
2. трансформирующие ростовые факторы альфа и бета (TFR α и TFR β)
3. интерфероны α и β
4. гепариназа
5. Pg E₂
6. ИЛ-8
7. фактор роста фибробластов (FGF)

Вопрос № 89

КАКИЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ОТРАЖАЮТ ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ОНКОЛОГИИ

Все правильные ответы:

опухоль имеет клональное происхождение, т.е. является потомством одной трансформированной клетки
движущая сила канцерогенеза – мутагенез
мутагенез, приводящий к трансформации клетки, есть процесс многостадийный
мутагенез – процесс, который носит одновременно и экстенсивный и интенсивный характер
опухоль способна выжить, прогрессировать и распространяться по организму только благодаря противоестественной поддержке со стороны нормальных тканей
канцерогенез представляет собой дарвиновский эволюционный процесс селекции и ступенчатого накопления в соматической клетке мутаций и эпимутаций, способствующих экспансии соответствующего клона
ни одно из утверждений

Вопрос № 90

УКАЖИТЕ КАКИЕ СВОЙСТВА РАКОВОЙ КЛЕТКИ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБХОДИМЫМИ И ДОСТАТОЧНЫМИ ДЛЯ КАНЦЕРОГЕНЕЗА

Все правильные ответы:

постоянные митогенные стимуляции
нечувствительность к действию митогенных факторов
нечувствительность к антиростовым и проапоптотическим сигналам
высокая чувствительность к антиростовым проапоптотическим сигналам
неограниченный пролиферативный потенциал
способность к индукции ангиогенеза
способность к инвазии и метастазированию

Вопрос № 91

ЭКСТЕНСИВНОСТЬ МУТАГЕНЕЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

в увеличении числа мутаций в отдельной клетке
в увеличении общего числа мутантных клеток в организме

Вопрос № 92

ИНТЕНСИВНОСТЬ МУТАГЕНЕЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

в увеличении числа мутаций в отдельной клетке
в увеличении общего числа мутантных клеток в организме

Вопрос № 93
МНОГОСТАДИЙНОСТЬ КАНЦЕРОГЕНЕЗА – ЭТО
 Один правильный ответ:
 стадии роста опухоли
 стадии распространенности опухолевого процесса
 накопление в ДНК клетки мутаций, вызывающих дискретные и необратимые изменения ее генотипа

Вопрос № 94
«ТРАНСФОРМАЦИОННАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ» КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
 Один правильный ответ:
 количеством пораженных генов в отдельной клетке при действии мутагенного фактора
 количеством клеток данной гистотипа, подвергшихся мутациям при действии мутагенного фактора
 количеством последовательно накапливающихся в геноме одной клетки мутаций, необходимым для ее трансформации

Вопрос № 95
КАК СКАЗЫВАЕТСЯ МНОГОСТУПЕНЧАТОСТЬ КАНЦЕРОГЕНЕЗА НА ВЕРОЯТНОСТЬ ОПУХОЛЕВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ КЛЕТКИ?
 Один правильный ответ:
 увеличивает
 снижает
 никак не сказывается

Вопрос № 96
ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНО НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ МАЛОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ РАКОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ КЛЕТКИ И ВЫСОКИМ РИСКОМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕЛОВЕКА РАКОМ?
 Все правильные ответы:
 большим числом пролиферирующих клеток в организме с повышенным риском мутаций (10^{12} - 10^{13})
 относительно большой продолжительностью жизни, обеспечивающей накопление мутации в отдельной клетке
 оба ответа неверные

Вопрос № 97
К ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОГО ВЛИЯНИЯ ОПУХОЛИ НА ОРГАНИЗМ ОТНОСЯТСЯ
 Все правильные ответы:
 1. иммунодефицит
 2. гипоксия
 3. гормональные синдромы
 4. раковая кахексия
 5. аллергия

Вопрос № 98
ОПУХОЛЕВЫЕ АНТИГЕНЫ ВКЛЮЧАЮТ
 Все правильные ответы:
 вирус - индуцированный
 антигены дифференцировки и развития
 антигены тестикул и тестикулярных опухолей
 липополисахариды
 антигены системы HLA
 антигены с высоким уровнем экспрессии

Вопрос № 99
К ОНКОФЕТАЛЬНЫМ БЕЛКАМ ОТНОСЯТСЯ
 Все правильные ответы:
 α -фетопротеин
 панкреатический фетальный белок
 тирозиназа
 все ответы неправильные

Вопрос № 100
ВОЗРАСТАНИЕ α -ФЕТОПРОТЕИНА В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ОПУХОЛЯХ
 Все правильные ответы:
 1. рак печени
 рак яичка
 рак желудка
 рак яичников

Вопрос № 101
МОЛЕКУЛЯРНО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВКЛЮЧАЮТ
 Все правильные ответы:
 использование иммуноконъюгатов противоопухолевых препаратов с антителами к опухолевым антигенам и к онкофетальным белкам
 использование иммуноконъюгатов противоопухолевых препаратов с лигандами к ростовым факторам, экспрессированным на трансформированных клетках
 использование иммуноконъюгатов с антисмысловыми нуклеотидами
 разработку противоопухолевых вакцин
 цитокиновую иммунотерапию опухоли
 все ответы правильные

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1-1243	14-1,3	27- 2	40- 1,2,3,4	53- 2	66- 7	79- 1,2,4,5,6,7	92- 1
2- 2	15-1	28-1	41- 1,3	54- 1	67- 1	80- 1,2,3,5,6	93- 3

3- 3	16- 2	29- 2	42- 2,3,4	55- 1	68- 2	81- 3	94- 3
4- 1	17- 1	30- 1,2,3	43- 1	56- 2	69- 1	82- 2	95- 2
5- 2	18- 1	31- 3	44- 1,2,5	57- 2	70- 2	83- 2	96- 1,2
6- 1	19- 23145	32- 1,4,5	45- 1,2,3,4	58- 1	71- 2	84- 1	97- 1,3,4
7- 3	20- 53241	33- 1,2,4	46- 1,2,5	59- 2	72- 1,2,3,4,5	85- 1,2,3,4,5,6	98- 1,2,3,6
8- 2	21- 1,2,3,4	34- 3	47- 1	60- 1	73- 3	86- 1,2,3	99-1,2,3
9- 1,2	22- 1,4,5	35- 2,4,5	48- 1,4,5,6	61- 2	74- 2,3,1	87- 1,2,5	100- 1,2,4
10- 3,4	23- 2	36- 1,4	49- 2,3	62- 2	75- 2	88- 1,2,5,6,7	101- 6
11- 1,2,3,4	24- 1,2,3,4,6	37- 1,2,3,4	50- 1,2,5,6	63- 3	76- 1	89- 1,2,3,4,5,6	
12- 1,2,3	25- 1	38- 1,2,3,4	51- 2	64- 1	77- 1	90- 1,3,5,6,7	
13- 1,2,3	26- 1,2,3,6,7	39- 1,2,4	52- 1,2,3	65- 1	78- 2	91- 2	

Тема: Патология водно-электролитного обмена. Отеки

Вопрос № 1

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ БАЛАНС НАТРИЯ С ПРОПОРЦИОНАЛЬНЫМ ЕГО РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ ВО ВНУТРИСОСУДИСТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВАХ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. острый нефритический синдром
2. олигурическая стадия ОПН
3. обструктивная уропатия
4. тубулярный некроз
5. хроническая сердечная недостаточность
6. цирроз печени

Вопрос № 2

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ БАЛАНС НАТРИЯ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ЕГО РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ БЫВАЕТ ПРИ ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ ,КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. хроническая сердечная недостаточность
2. нефротический синдром
3. цирроз печени
4. гипопротенемия
5. закупорка лимфатических сосудов
6. гормональные отеки(эстрогены, альдостерон)
7. идиопатический отек
8. острый нефритический синдром
9. олигурическая стадия ОПН

Вопрос № 3

ДЛЯ ИЗОТОНИЧЕСКОГО СНИЖЕНИЯ ОБЩЕГО ЭКСТРАЦЕЛЛЮЛЯРНОГО ОБЪЕМА ЖИДКОСТИ ХАРАКТЕРНЫ

Все правильные ответы:

1. падение артериального и венозного давления
2. тахикардия
3. склонность к ортостатическому коллапсу
4. повышение вязкости крови
5. сухость слизистых
6. снижение температуры тела
7. снижение глубоких сухожильных рефлексов
8. ступор и кома

Вопрос № 4

ГИПОНАТРИЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РЕЗУЛЬТАТОМ ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЙ, КРОМЕ

Один правильный ответ:

1. приема диуретиков
2. несахарного диабета
3. нефротического синдрома
4. цирроза печени
- 5.недостаточности надпочечников

Вопрос № 5

ИЗООСМОЛЯРНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ СОДЕРЖАНИЯ Na^+ (E Na^+) И ОБЪЕМА ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ (V ВКЖ)

Один правильный ответ:

1. $\text{E Na}^+ \downarrow$ V ВКЖ \downarrow
2. $\text{E Na}^+ \downarrow$ V ВКЖ \downarrow
3. $\text{E Na}^+ \downarrow$ V ВКЖ \downarrow

Вопрос № 6

ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ СОДЕРЖАНИЯ Na^+ (E Na^+) И ОБЪЕМА ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ (V ВКЖ)

Один правильный ответ:

1. $\text{E Na}^+ \downarrow$ V ВКЖ \downarrow
 2. $\text{E Na}^+ \downarrow$ V ВКЖ \downarrow
- \downarrow

3. $E_{Na^+} \downarrow$ V ВКЖ

Вопрос № 7

ГИПООСМОЛЯРНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ СОДЕРЖАНИЯ Na^+ (E_{Na^+}) И ОБЪЕМА ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ (V ВКЖ)

Один правильный ответ:

1. $E_{Na^+} \downarrow$ V ВКЖ \downarrow

2. $E_{Na^+} \downarrow$ V ВКЖ \downarrow

3. $E_{Na^+} \downarrow$ V ВКЖ \downarrow

Вопрос № 8

ПРОКСИМАЛЬНЫЙ ПОЧЕЧНЫЙ КАНАЛЬЦЕВЫЙ АЦИДОЗ, СОЛЬТЕРЯЮЩАЯ ПОЧКА, ДИУРЕТИКИ ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ

Один правильный ответ:

1. гипоосмолярной дегидратации

2. гиперосмолярной дегидратации

3. изоосмолярной дегидратации

Вопрос № 9

ВЫРАЖЕННАЯ ДИАРЕЯ, ИЗБЫТОЧНОЕ ПОТООТДЕЛЕНИЕ ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ

Один правильный ответ:

1. гипоосмолярной дегидратации

2. гиперосмолярной дегидратации

3. изоосмолярной дегидратации

Вопрос № 10

КРОВОПОТЕРЯ, УМЕРЕННАЯ ДИАРЕЯ ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ

Один правильный ответ:

1. гипоосмолярной дегидратации

2. гиперосмолярной дегидратации

3. изоосмолярной дегидратации

Вопрос № 11

ПРИ ОТЕКАХ ВСЛЕДСТВИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. изоосмолярная гипергидратация

2. гипоосмолярная гипергидратация

3. гиперосмолярная гипергидратация

Вопрос № 12

ПРИ ПСЕВДОГИПОНАТРИЕМИИ ОСМОЛЯЛЬНОСТЬ ПЛАЗМЫ ($\rho_{осм}$)

Один правильный ответ:

1. $280 < \rho_{осм} < 295$

2. $\rho_{осм} > 295$

3. $\rho_{осм} < 295$

Вопрос № 13

КАКОЙ ТИП ГИПОНАТРИЕМИИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОВЫШЕНИИ СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ ГЛЮКОЗЫ, МАННИТОЛА, СОРБИТА, АЛКОГОЛЯ

Один правильный ответ:

1. гипертоническая гипонатриемия

2. гипотоническая гипонатриемия

Вопрос № 14

ГИПОТОНИЧЕСКАЯ ГИПОНАТРИЕМИЯ С ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ДЕГИДРАТАЦИЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ВСЕХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

Один правильный ответ:

1. тяжелая диарея

2. сольтеряющая почка

3. рвота

4. осмотический диурез

5. проксимальный почечный канальцевый ацидоз

6. сердечная недостаточность

Вопрос № 15

ГИПОТОНИЧЕСКАЯ ГИПОНАТРИЕМИЯ С ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ГИПЕРГИДРАТАЦИЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ВСЕХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. осмотический диурез

2. гипотиреоз

3. сердечная недостаточность

4. цирроз печени

5. почечная недостаточность

6. нефротический синдром

Вопрос № 16

НЕАДЕКВАТНАЯ (ИЗБЫТОЧНАЯ) ПРОДУКЦИЯ АДГ ПРИВЕДЕТ К РАЗВИТИЮ

Все правильные ответы:

1. гипотоническая гипонатриемия с внеклеточной дегидратацией

2. гипотоническая гипонатриемия с внеклеточной гипергидратацией
3. гипотоническая гипонатриемия с нормальным объемом внеклеточной жидкости

Вопрос №17

ГИПЕРНАТРИЕМИЯ С ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ДЕГИДРАТАЦИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ Понижением продукции АДГ (НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МОЧИ

Один правильный ответ:

1. V мочи ↓, P осм. ↑
2. V мочи ↑, P осм. ↑
3. V мочи ↑, P осм. ↓

Вопрос № 18

ПРИ ИЗООСМОЛЯРНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ КОМПЕНСАЦИИ

Все правильные ответы:

1. усиление секреции АДГ
2. активации РААС
3. снижение СКФ
4. жажда

Вопрос № 19

ПРИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ КОМПЕНСАЦИИ

Все правильные ответы:

1. жажда
2. активация РААС
3. снижение СКФ
4. усиление секреции АДГ

Вопрос № 20

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕХАНИЗМ КОМПЕНСАЦИИ ПРИ ГИПООСМОЛЯРНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ

Один правильный ответ:

1. жажда
2. усиление секреции АДГ
3. активация РААС
4. снижение СКФ

Вопрос № 21

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕХАНИЗМ КОМПЕНСАЦИИ ПРИ ИЗООСМОЛЯРНОЙ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ

Один правильный ответ:

1. усиление секреции АДГ
2. увеличение СКФ
3. активация РААС
4. жажда

Вопрос № 22

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕХАНИЗМ КОМПЕНСАЦИИ ПРИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ

Один правильный ответ:

1. усиление секреции АДГ
2. активация РААС
3. жажда
4. увеличение СКФ
5. натрийуретический эффект почек (феномен ускользания)

Вопрос № 23

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕХАНИЗМ КОМПЕНСАЦИИ ПРИ ГИПООСМОЛЯРНОЙ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ

Один правильный ответ:

1. жажда
2. активация РААС
3. усиление секреции АДГ
4. возрастание СКФ

Вопрос №24

ВЫРАЖЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ГЕМАТОКРИТА ОТМЕЧАЕТСЯ

Все правильные ответы:

1. при гипотонической гипергидратации
2. при анурии
3. при изотонической дегидратации
4. при гипертонической гипергидратации
5. при гипертонической дегидратации
6. при гипотонической дегидратации
7. при полицитемии

* Вопрос №25

БЫСТРОМУ ОБЕЗВОЖИВАНИЮ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА СПОСОБСТВУЮТ

Все правильные ответы:

1. низкая способность почек к разведению и концентрированию мочи
2. низкий уровень перспирации
3. относительно высокое содержание натрия в межклеточной жидкости
4. относительно высокое содержание воды в тканях

Вопрос № 26

РАЗВИТИЮ ОТЕКОВ СПОСОБСТВУЮТ

Все правильные ответы:

1. увеличение онкотического давления крови
2. уменьшение онкотического давления крови
3. повышение венозного давления
4. увеличение осмотического давления крови

Вопрос № 27

АЛЬБУМИН-ГЛОБУЛИНОВЫЙ ИНДЕКС ПЛАЗМЫ (ПРИ НОРМАЛЬНОМ ОБЩЕМ СОДЕРЖАНИИ БЕЛКА) ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПООНКИИ ДОЛЖЕН

Один правильный ответ:

1. уменьшиться
2. увеличиться

Вопрос № 28

ОНКОТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ИГРАЕТ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЛЕДУЮЩИХ ОТЕКОВ

Все правильные ответы:

1. аллергических
2. голодных
3. токсических
4. нефротических

Вопрос № 29

МЕМБРАНОГЕННЫЙ ФАКТОР ИГРАЕТ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЛЕДУЮЩИХ ОТЕКОВ

Все правильные ответы:

1. сердечных
2. аллергических
3. токсических
4. нефротических

Вопрос № 30

ГИДРОСТАТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ СЛЕДУЮЩИХ ОТЕКОВ

Все правильные ответы:

1. нефротических
2. голодных
3. застойных
4. сердечных

Вопрос № 31

В РАЗВИТИИ ЗАСТОЙНЫХ ОТЕКОВ ЗАПУСКАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. повышение гидростатического давления
2. гипопроteinемия
3. повышение проницаемости сосудов
4. увеличение осмотического давления крови

Вопрос № 32

В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНЫХ ОТЕКОВ ЗАПУСКАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. повышение гидростатического давления
2. гипопроteinемия
3. повышение проницаемости сосудов
4. вторичный гиперальдостеронизм
5. снижение МОК

Вопрос № 33

В РАЗВИТИИ ГОЛОДНЫХ ОТЕКОВ ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. повышение гидростатического давления
2. гипопроteinемия
3. повышение проницаемости сосудов
4. увеличение осмотического давления крови

Вопрос № 34

В РАЗВИТИИ НЕФРОТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. повышение гидростатического давления
2. гипопроteinемия
3. повышение проницаемости сосудов
4. увеличение осмотического давления крови

Вопрос № 35

В РАЗВИТИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. повышение гидростатического давления
2. гипопроteinемия
3. повышение проницаемости сосудов
4. увеличение осмотического давления крови

Вопрос № 36
В РАЗВИТИИ ТОКСИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. повышение гидростатического давления
2. гипопроteinемия
3. повышение проницаемости сосудов
4. увеличение осмотического давления крови

Вопрос № 37
В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОТЕКОВ ВЕДУЩИМИ ФАКТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. повышение гидростатического давления в микроциркуляторном русле
2. гипопроteinемия
3. повышение проницаемости сосудов
4. увеличение осмотического давления крови
5. повышение онкотического давления в тканях
6. повышение осмотического давления в тканях

Вопрос № 38
В РАЗВИТИИ НЕФРИТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ВЕДУЩИМИ ФАКТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. вторичный гиперальдостеронизм
2. снижение онкотического давления крови
3. повышение гидростатического давления в сосудистом русле
4. повышение проницаемости сосудистой стенки

Эталоны ответов. Раздел: Патология водно-электролитного обмена. Отеки

1 - 5, 6	14 - 6	27 - 1
2 - 8, 9	15 - 1, 2	28 - 2,4
3 - 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8	16 - 2, 3	29 - 2,3
4 - 2	17 - 3	30 - 3,4
5 - 1	18 - 1, 2, 3, 4	31 - 1
6 - 3	19 - 1, 3, 4	32 - 5
7 - 2	20 - 3	33 - 2
8 - 1	21 - 2	34 - 2
9 - 2	22 - 5	35 - 3
10 - 3	23 - 4	36 - 3
11 - 2	24 - 3, 6, 7	37 - 1,3,5,6
12 - 1	25 - 1, 3, 4	38 - 1,3,4
13 - 1	26 - 2,3	

Тема: Патология кислотно-основного состояния

Вопрос № 1
РЕАБСОРБЦИЮ HCO_3^- В ПОЧКАХ СТИМУЛИРУЕТ

Один правильный ответ:

1. гиперкапния
2. гипокапния

Вопрос № 2
ВВЕДЕНИЕ ГИДРОКАРБОНАТА ПРИ ГАЗОВОМ АЦИДОЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

Один правильный ответ:

1. да
2. нет

Вопрос № 3
В КРОВИ Pco_2 ПОНИЗИТСЯ ПРИ

Все правильные ответы:

1. газовом ацидозе
2. газовом алкалозе
3. метаболическом ацидозе
4. метаболическом алкалозе

Вопрос № 4
В КРОВИ Pco_2 ПОВЫСИТСЯ ПРИ

Все правильные ответы:

1. газовом алкалозе
2. метаболическом алкалозе
3. газовом ацидозе
4. метаболическом ацидозе

Вопрос № 5
РЕАКЦИЯ МОЧИ ПРИ АЦИДОЗАХ

Один правильный ответ:

1. кислая
2. щелочная

3. нейтральная

Вопрос № 6

РЕАКЦИЯ МОЧИ ПРИ АЛКАЛОЗАХ

Один правильный ответ:

1. кислая

2. щелочная

3. нейтральная

Вопрос № 7

РАЗВИТИЕ ГАЗОВОГО АЦИДОЗА ОБУСЛОВЛЕНО

Один правильный ответ:

1. гиповентиляцией

2. гипервентиляцией

3. фибрилляцией

Вопрос № 8

РАЗВИТИЕ ГАЗОВОГО АЛКАЛОЗА ОБУСЛОВЛЕНО

Один правильный ответ:

1. гиповентиляцией

2. гипервентиляцией

3. фибрилляцией

Вопрос № 9

ПРИ ГАЗОВОМ АЦИДОЗЕ ПЕРВИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИДРОКАРБОНАТНОГО БУФЕРА ОБУСЛОВЛЕНЫ

Один правильный ответ:

1. увеличением $p\text{CO}_2$

2. уменьшением $p\text{CO}_2$

3. снижением HCO_3^-

4. увеличением HCO_3^-

Вопрос № 10

ПРИ ГАЗОВОМ АЛКАЛОЗЕ ПЕРВИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИДРОКАРБОНАТНОГО БУФЕРА ОБУСЛОВЛЕНЫ

Один правильный ответ:

1. увеличением $p\text{CO}_2$

2. уменьшением $p\text{CO}_2$

3. увеличением HCO_3^-

4. снижением HCO_3^-

Вопрос № 11

ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ ПЕРВИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИДРОКАРБОНАТНОГО БУФЕРА ОБУСЛОВЛЕНЫ

Один правильный ответ:

1. уменьшением $p\text{CO}_2$

2. увеличением $p\text{CO}_2$

3. снижением HCO_3^-

4. увеличением HCO_3^-

Вопрос № 12

ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЛКАЛОЗЕ ПЕРВИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИДРОКАРБОНАТНОГО БУФЕРА ОБУСЛОВЛЕНЫ

Один правильный ответ:

1. увеличением $p\text{CO}_2$

2. уменьшением $p\text{CO}_2$

3. снижением HCO_3^-

4. увеличением HCO_3^-

Вопрос № 13

ВЫБЕРИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ pH КРОВИ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ АЦИДОЗАХ

Один правильный ответ:

1. снижение pH

2. повышение pH

3. в пределах нормы

Вопрос № 14

ВЫБЕРИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ pH КРОВИ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ АЛКАЛОЗАХ

Один правильный ответ:

1. снижение pH

2. повышение pH

3. в пределах нормы

Вопрос № 15

КОНЦЕНТРАЦИЯ ВОДОРОДНЫХ ИОНОВ ПРИ АЦИДОЗАХ

Один правильный ответ:

1. увеличивается

2. снижается

Вопрос № 16

КОНЦЕНТРАЦИЯ ВОДОРОДНЫХ ИОНОВ ПРИ АЛКАЛОЗАХ

Один правильный ответ:

1. увеличивается

2. снижается

Вопрос № 17

ОСЛАБЛЕНИЕ ПРОЦЕССОВ АЦИДО- И АММОНИОГЕНЕЗА В ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦАХ ПРИВЕДЕТ К РАЗВИТИЮ

Один правильный ответ:

1. газового ацидоза
2. метаболического ацидоза
3. газового алкалоза
4. метаболического алкалоза

Вопрос № 18

НЕРВНО-МЫШЕЧНАЯ ВОЗБУДИМОСТЬ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ГАЗОВОМ АЛКАЛОЗЕ

Один правильный ответ:

1. повысится
2. понизится
3. не изменится

Вопрос № 19

РЕАБСОРБЦИЯ HCO_3^- В ПОЧКАХ ПРИ ГИПОКАЛИЕМИИ

Один правильный ответ:

1. увеличится
2. уменьшится
3. не изменится

Вопрос № 20

АЦИДОГЕНЕЗ В ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦАХ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ВЫРАБОТКИ АЛЬДОСТЕРОНА

Один правильный ответ:

1. увеличится
2. уменьшится
3. не изменится

Вопрос № 21

АЦИДОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

Все правильные ответы:

1. увеличении в крови HCO_3^-
2. уменьшении в крови HCO_3^-
3. увеличении в крови Pco_2
4. уменьшении в крови Pco_2

Вопрос № 22

АЛКАЛОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

Все правильные ответы:

1. увеличении в крови HCO_3^-
2. уменьшении в крови HCO_3^-
3. увеличении в крови Pco_2
4. уменьшении в крови Pco_2

Вопрос № 23

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

Все правильные ответы:

1. сахарном диабете
2. гиперальдостеронизме
3. гипоксии
4. почечной недостаточности
5. неукротимой рвоте

Вопрос № 24

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЛКАЛОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

Все правильные ответы:

1. гипоксии
2. сахарном диабете
3. альдостеронизме
4. почечной недостаточности
5. неукротимой рвоте

Вопрос № 25

КОНЦЕНТРАЦИЯ ХЛОРА В КРОВИ ПРИ ГАЗОВОМ АЦИДОЗЕ

Один правильный ответ:

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется

Вопрос № 26

КОНЦЕНТРАЦИЯ ХЛОРА В КРОВИ ПРИ ГАЗОВОМ АЛКАЛОЗЕ

Один правильный ответ:

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется

* Вопрос №27

КОМПЕНСАТОРНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. связывание ионов водорода бикарбонатным буфером и белками
2. гипервентиляция
3. усиленное выведение бикарбоната почками
4. повышенное выделение с мочой хлорида аммония
5. перемещение ионов водорода в эритроциты в обмен на ионы калия и в костную ткань - в обмен на ионы натрия и кальция
6. альвеолярная гиповентиляция

* Вопрос №28

В КОМПЕНСАЦИИ РЕСПИРАТОРНОГО АЦИДОЗА УЧАСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ

Все правильные ответы:

1. активация ацидо- и аммионогенеза в почках
2. увеличение реабсорбции в канальцах почек HCO_3^-
3. уменьшение реабсорбции в канальцах почек HCO_3^-
4. связывание избытка H^+ неоксигенированным гемоглобином
5. гипокалиемия
6. освобождение из белков ионов Na^+ и K^+ в обмен на ионы H^+

* Вопрос №29

В КОМПЕНСАЦИИ РЕСПИРАТОРНОГО АЛКАЛОЗА УЧАСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ

Все правильные ответы:

1. гиперкалиемия
2. связывание катионов белком с высвобождением ионов водорода
3. выход в кровь из клеток ионов водорода в обмен на ионы калия
4. уменьшение выделения HCO_3^- с мочой
5. увеличение выделения HCO_3^- с мочой
6. поступление в кровь ионов водорода из костной ткани в обмен на ионы натрия и кальция

* Вопрос №30

ПРИЧИНАМИ РЕСПИРАТОРНОГО АЛКАЛОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. гипокалиемия
2. дыхание по типу Куссмауля
3. гиповентиляция
4. передозировка бикарбоната натрия
5. ИВЛ в режиме гипервентиляции
6. множественные переломы ребер
7. передозировка трисамина
8. быстрый бег

* Вопрос №31

ПРИЧИНАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. гипокалиемия
2. дыхание по типу Куссмауля
3. гиповентиляция
4. передозировка бикарбоната натрия
5. ИВЛ в режиме гипервентиляции
6. множественные переломы ребер
7. передозировка трисамина
8. быстрый бег

Вопрос №32

ГИПОКАЛИЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

Один правильный ответ:

1. ацидоза
2. алкалоза

Вопрос №33

ГИПЕРКАЛИЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

Один правильный ответ:

1. ацидоза
2. алкалоза

Вопрос №34

ДЛЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ПЕРВИЧНЫЙ СДВИГ ОДНОГО ИЗ КОМПОНЕНТОВ ГИДРОКАРБОНАТНОГО БУФЕРА

Один правильный ответ:

1. $[\text{HCO}_3^-] \uparrow$
2. $\text{Pco}_2 \downarrow$
3. $\text{Pco}_2 \uparrow$
4. $[\text{HCO}_3^-] \downarrow$

Вопрос №35

ДЛЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ПЕРВИЧНЫЙ СДВИГ ОДНОГО ИЗ КОМПОНЕНТОВ

ГИДРОКАРБОНАТНОГО БУФЕРА

Один правильный ответ:

1. $[\text{HCO}_3^-]$ ↑
2. Pco_2 ↓
3. Pco_2 ↑
4. $[\text{HCO}_3^-]$ ↓

Вопрос №36

ДЛЯ ГАЗОВОГО АЦИДОЗА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ПЕРВИЧНЫЙ СДВИГ ОДНОГО ИЗ КОМПОНЕНТОВ ГИДРОКАРБОНАТНОГО БУФЕРА

Один правильный ответ:

1. $[\text{HCO}_3^-]$ ↑
2. Pco_2 ↓
3. Pco_2 ↑
4. $[\text{HCO}_3^-]$ ↓

Вопрос №37

ДЛЯ ГАЗОВОГО АЛКАЛОЗА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ПЕРВИЧНЫЙ СДВИГ ОДНОГО ИЗ КОМПОНЕНТОВ ГИДРОКАРБОНАТНОГО БУФЕРА

Один правильный ответ:

1. $[\text{HCO}_3^-]$ ↑
2. Pco_2 ↓
3. Pco_2 ↑
4. $[\text{HCO}_3^-]$ ↓

Вопрос №38

ДЛЯ КАКИХ НАРУШЕНИЙ КОС ХАРАКТЕРНА ГИПЕРХЛОРЕМИЯ?

Все правильные ответы:

1. метаболический ацидоз
2. метаболический алкалоз
3. газовый ацидоз
4. газовый алкалоз

Вопрос №39

ДЛЯ КАКИХ НАРУШЕНИЙ КОС ХАРАКТЕРНА ГИПОХЛОРЕМИЯ?

Все правильные ответы:

1. метаболический ацидоз
2. метаболический алкалоз
3. газовый ацидоз
4. газовый алкалоз

Вопрос №40

ПРИ КАКОМ НАРУШЕНИИ КОС ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ОСТЕОПОРОЗА?

Все правильные ответы:

1. острый метаболический ацидоз
2. хронический метаболический ацидоз
3. метаболический алкалоз
4. хронический газовый ацидоз
5. хронический газовый алкалоз

Вопрос №41

ДЛЯ КАКИХ НАРУШЕНИЙ КОС ХАРАКТЕРНА СКРЫТАЯ (ЛАТЕНТНАЯ) ТЕТАНИЯ?

Все правильные ответы:

1. метаболический ацидоз
2. метаболический алкалоз
3. газовый ацидоз
4. газовый алкалоз

Вопрос №42

АНИОННЫЙ ИНТЕРВАЛ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ

Один правильный ответ:

1. повысится
2. понизится
3. останется без изменений

Вопрос №43

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА

Один правильный ответ:

1. развитие гипокалиемии
2. острая энергетическая недостаточность ЦНС
3. острая сердечная недостаточность
4. острая дыхательная недостаточность

Вопрос № 44

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРОВ КАРБАМГИДРАЗЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ

Один правильный ответ:

1. метаболический ацидоз
2. метаболический алкалоз

3. газовый ацидоз
4. газовый алкалоз

Вопрос № 45

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ» МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ

Один правильный ответ:

1. метаболического ацидоза
2. метаболического алкалоза
3. газового ацидоза
4. газового алкалоза

Вопрос № 46

В НАЧАЛЬНУЮ СТАДИЮ ОТЕКА ЛЕГКИХ РАЗВИВАЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. метаболический ацидоз
2. метаболический алкалоз
3. газовый ацидоз
4. газовый алкалоз

Эталоны ответов. Раздел: Патология кислотно-основного состояния

1 – 1	12 - 4	23 – 1,3,4	34 – 4
2 – 2	13 – 1	24 – 3,5	35 – 1
3 – 2,3	14 – 2	25 – 2	36 – 3
4 – 2,3	15 – 1	26 – 1	37 – 2
5 – 1	16 - 2	27 – 1,2,4,5	38 – 1,4
6 – 2 (1)	17 – 2	28 – 1,2,4,6	39 – 2,3
7 – 1	18 – 1	29 – 2,3,5,6	40 – 2,4
8 – 2	19 – 1	30 – 2,5,8	41 – 2,4
9 – 1	20 – 1	31 – 1,4,7	42 – 1
10 – 2	21- 2,3	32 – 2	43 – 1
11 – 3	22 – 1,4	33 - 1	44 – 1
			45 – 2
			46 – 4

Тема: Патология печени

* Вопрос №1

ДЛЯ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНЫ

Один правильный ответ:

1. гипербилирубинемия прямая, повышение трансаминаз, нормальный уровень щелочной фосфатазы, стеркобилиногена
2. гипербилирубинемия прямая и непрякая, пониженный стеркобилиноген (может отсутствовать), нормальные трансферазы, щелочная фосфатаза резко повышена
3. гипербилирубинемия прямая, повышение стеркобилиногена, есть уробилиноген
4. гипербилирубинемия непрякая, уробилиногенурия, повышение уровня стеркобилиногена, нормальная ЩФ, нормальный уровень трансаминаз
5. гипербилирубинемия прямая и непрякая, повышение ЩФ, уробилиногенурия отсутствует, стеркобилиноген может отсутствовать, повышение уровня трансаминаз

* Вопрос №2

ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ И ДРУГИХ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО

Один правильный ответ:

1. повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
2. повышение уровня ЩФ, g-глутаматтранспептидазы, повышение b-липопротеидов, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия
3. снижение уровня холинэстеразы, протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина, гипербилирубинемия
4. повышение уровня g-глобулинов, изменение белково-осадочных проб, повышение уровня иммуноглобулинов
5. повышение уровня щелочной фосфатазы, снижение уровня холинэстеразы, повышение уровня g-глобулинов, гипербилирубинемия

* Вопрос №3

АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

Один правильный ответ:

1. вторичного гиперальдостеронизма
2. гипоальбуминемии
3. портальной гипертензии
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

* Вопрос №4

ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЕЧЕНИ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Все правильные ответы:

1. гипогликемия
2. торможение гликогенолиза и глюконеогенеза
3. активация гликогенолиза и глюконеогенеза
4. уменьшение образования и отложения гликогена в печени

5. гипергликемия

* Вопрос №5

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКОВОГО СОСТАВА КРОВИ

Все правильные ответы:

1. гиперпротеинемия
2. гипопроteinемия
3. диспротеинемия
4. увеличение альбумино-глобулинового коэффициента
5. уменьшение альбумино-глобулинового коэффициента

* Вопрос № 6

ДЛЯ ХОЛЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

Все правильные ответы:

1. брадикардия
2. кожный зуд
3. тахикардия
4. понижение артериального давления
5. повышение артериального давления
6. пеннистая моча
7. понижение болевой чувствительности

* Вопрос №7

ДЛЯ АХОЛИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Все правильные ответы:

1. поносы
2. стеаторея
3. креаторея
4. повышение активности липазы
5. нарушение всасывания жирорастворимых витаминов
6. усиление нейтрализации соляной кислоты
7. метеоризм

* Вопрос №8

ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. холедохолитиаз
2. стриктура Фатерова сосочка
3. рак головки поджелудочной железы
4. все вышеназванное
5. ничего из перечисленного

Вопрос №9

ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СИНДРОМЫ

Все правильные ответы:

1. портальной гипертензии
2. геморрагического диатеза
3. гепатолиенальный
4. желтушный
5. анемии
6. печеночной энцефалопатии

Вопрос №10

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ ОБУСЛОВЛЕН

Все правильные ответы:

1. снижением синтеза в печени протромбина, проакцелерина
2. развитием ДВС-синдрома
3. активацией системы фибринолиза
4. снижением числа тромбоцитов

Вопрос №11

К ПРОЯВЛЕНИЯМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. желтуха
2. асцит
3. варикозное расширение вен пищевода
4. спленомегалия

Вопрос №12

ПАТОГЕНЕЗ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ОБУСЛОВЛЕН

Все правильные ответы:

1. гипераммониемией
2. увеличением в крови индола, скатола
3. гипогликемией
4. накоплением низкомолекулярных жирных кислот
5. гипергликемией
6. нарушением аминокислотного спектра крови

7. дисэлектrolитемией

Вопрос №13

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ОБУСЛОВЛЕНА

Один правильный ответ:

1. нарушением оттока желчи
2. усилением разрушения эритроцитов
3. нарушением функции гепатоцитов

Вопрос №14

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ОБУСЛОВЛЕНА

Один правильный ответ:

1. нарушением оттока желчи
2. усилением разрушения эритроцитов
3. нарушением функции гепатоцитов

Вопрос №15

ПАРЕНХИМАТОЗНАЯ ЖЕЛТУХА ОБУСЛОВЛЕНА

Один правильный ответ:

1. нарушением оттока желчи
2. усилением разрушения эритроцитов
3. нарушением функции гепатоцитов

Вопрос №16

ХОЛЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

Все правильные ответы:

1. механической желтухи
2. гемолитической желтухи
3. 1 стадии паренхиматозной желтухи
4. 2 стадии паренхиматозной желтухи
5. 3 стадии паренхиматозной желтухи

Вопрос №17

ПОЯВЛЕНИЕ УРОБИЛИНОГЕНА В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

Один правильный ответ:

1. механической желтухи
2. гемолитической желтухи
3. паренхиматозной желтухи

Вопрос №18

ПОЯВЛЕНИЕ В КРОВИ АЛАТ, АСАТ, ЛДГ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

Один правильный ответ:

1. механической желтухи
2. гемолитической желтухи
3. начальной стадии паренхиматозной желтухи

Вопрос №19

ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО

Все правильные ответы:

1. увеличение прямого билирубина в крови
2. увеличение стеркобилиногена в крови
3. увеличение непрямого билирубина
4. холемиа

Вопрос №20

ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. гипоальбуминемией
2. диспротеинемией
3. уменьшением в крови аминокислот
4. аминоацидурией
5. увеличением в крови аммиака
6. увеличением в крови фибриногена

Вопрос №21

К ХИМИЧЕСКИМ ГЕПАТОТРОПНЫМ ЯДАМ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. фосфорорганические соединения
2. четыреххлористый углерод
3. мышьяковитые соединения
4. органические растворители
5. этанол
6. стрихнин
7. двуокись углерода

Вопрос №22

ТЕМНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ БОЛЬНОГО С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОБУСЛОВЛЕН

Один правильный ответ:

1. наличием конъюгированного билирубина
2. наличием неконъюгированного билирубина

3. наличием стеркобилиногена
4. наличием уробилиногена

Вопрос №23

ТЕМНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ БОЛЬНОГО С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОБУСЛОВЛЕН

Один правильный ответ:

1. наличием конъюгированного билирубина
2. наличием неконъюгированного билирубина
3. наличием стеркобилиногена
4. наличием уробилиногена

Вопрос №24

ПОСЛЕДСТВИЯМИ НАЛОЖЕНИЯ ПРЯМОЙ ФИСТУЛЫ ЭККА ПРИ КОРМЛЕНИИ МЯСОМ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. токсемия
2. энцефалопатия
3. увеличение в крови индола, скатол
4. увеличение в крови мочевины
5. увеличение в крови аммиака
6. гиперальбуминемия
7. аминоацидурия
8. судороги

Вопрос №25

ПОЯВЛЕНИЕ В КРОВИ КОНЪЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

Все правильные ответы:

1. механической желтухи
2. гемолитической желтухи
3. 1-й стадии паренхиматозной желтухи
4. 2-й стадии паренхиматозной желтухи
5. 3-1 стадии паренхиматозной желтухи

Эталоны ответов. Раздел : Патология печени

1- 4	8-4	15-3	22-1
2-1	9-1, 2, 4, 6	16-1,4	23-3
3-4	10-1, 2, 4	17-3	24-1, 2, 3, 4, 5, 7, 8
4-1, 2, 4	11-2, 3, 4	18-3	25- 1,4
5-2, 3, 5	12-1, 2, 3, 4, 6, 7	19-2, 3	
6-1, 2, 4, 6, 7	13-1	20-1, 2, 4,5	
7-2, 3, 5, 7	14-2	21-1, 2, 3, 4,5	

Тема: Патология системы крови

Вопрос №1.

ПРИЗНАКАМИ РЕГЕНЕРАТИВНОГО СДВИГА ВЛЕВО ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. увеличение числа лейкоцитов
2. уменьшение числа лейкоцитов
3. наличие миелоцитов, юных нейтрофилов
4. увеличение ядерного индекса
5. уменьшение ядерного индекса
6. увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов

Вопрос №2.

ПРИЗНАКАМИ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СДВИГА ВЛЕВО ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. увеличение числа лейкоцитов
2. уменьшение числа лейкоцитов
3. наличие миелоцитов, юных нейтрофилов
4. увеличение ядерного индекса
5. уменьшение ядерного индекса
6. увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов

Вопрос №3.

ВЕЛИЧИНА ЯДЕРНОГО ИНДЕКСА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА РАВНА

Один правильный ответ:

1. 0,1
2. 0,05 –0,08
3. 0,02

Вопрос №4.

ОЦК В I СТАДИЮ ОСТРОЙ ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

Один правильный ответ:

1. уменьшается
2. увеличивается
3. не меняется

Вопрос №5.

К КОМПЕНСАТОРНЫМ МЕХАНИЗМАМ I СТАДИИ ОСТРОЙ ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. перераспределение крови
2. спазм сосудов
3. активация РААС
4. тахикардия
5. стимуляция эритропоэза

Вопрос №6.

К КОМПЕНСАТОРНЫМ МЕХАНИЗМАМ 2 СТАДИИ ОСТРОЙ ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСИТСЯ

Один правильный ответ:

1. перераспределение крови
2. спазм сосудов
3. активация РААС
4. тахикардия
5. стимуляция эритропоэза

Вопрос №7.

К КОМПЕНСАТОРНЫМ МЕХАНИЗМАМ 3 СТАДИИ ОСТРОЙ ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСИТСЯ

Один правильный ответ:

1. перераспределение крови
2. спазм сосудов
3. активация РААС
4. тахикардия
5. стимуляция эритропоэза

Вопрос №8.

ПРИЧИНАМИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ СОСТОЯНИЯ, КРОМЕ

Один правильный ответ:

1. хроническая кровопотеря
2. недоношенность
3. вегетарианство
4. энтерит
5. гиперацидитас

Вопрос № 9.

ДЛЯ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА В12 НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ

Один правильный ответ:

1. железа
2. внутреннего фактора Кастла
3. кобальт

Вопрос №10.

ПРИ ДЕФИЦИТЕ ВИТАМИНА В12 И ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В КАРТИНЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ

Все правильные ответы:

1. мегалобластический тип кроветворения
2. гипохромия
3. панцитопения
4. микроцитоз
5. гиперхромия
6. макроцитоз

Вопрос №11.

НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА ДНК И РНК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

Все правильные ответы:

1. постгеморрагической анемии
2. железодефицитной анемии
3. гемолитической анемии
4. В12-дефицитной анемии
5. фолиеводефицитной анемии

Вопрос №12.

ПРИЧИНАМИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В12 ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. аутоиммунное поражение слизистой оболочки желудка
2. энтерит
3. инвазия широким лентецом
4. резекция желудка
5. хроническая кровопотеря

Вопрос №13.

ПРИЧИНАМИ ГИПОПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. ионизирующее излучение
2. действие лекарственных веществ (цитостатики)
3. бензол
4. вирусные инфекции(грипп)
5. аутоантитела к клеткам костного мозга
6. переливание несовместимой крови

Вопрос №14

ПРИЧИНАМИ ЭКЗОЭРИТРОЦИТАРНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. действие гемолитических ядов
2. переливание несовместимой крови
3. гемолитическая болезнь новорожденного
4. врожденный дефект гемоглобина
5. патология мембран эритроцитов

Вопрос №15

ПРИЧИНАМИ ЭНДОЭРИТРОЦИТАРНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. действие гемолитических ядов
2. переливание несовместимой крови
3. гемолитическая болезнь новорожденного
4. врожденный дефект гемоглобина
5. патология мембран эритроцитов

Вопрос №16

ПОВЫШЕНИЕ ЦП ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

Все правильные ответы:

1. железодефицитной анемии
2. В12-дефицитной анемии
3. Фолиеводефицитной анемии
4. Гемолитической болезни новорожденного
5. Талассемии

Вопрос №17

ГИПОХРОМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ВСЕХ АНЕМИЙ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. железодефицитная анемия
2. острая постгеморрагическая анемия
3. гипопластическая анемия
4. посттрансфузионная гемолитическая анемия
5. В-12-фолиеводефицитная анемия
6. болезнь Минковского-Шоффара

Вопрос №18

РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЕРОЯТНО ПРИ

Все правильные ответы:

1. посттрансфузионной гемолитической анемии
2. талассемии
3. В₁₂-дефицитной анемии
4. Гемолитической болезни новорожденного
5. Отравлении фенилгидразином

Вопрос №19

ПРИЗНАКАМИ УСИЛЕННОГО ГЕМОПОЭЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

Все правильные ответы:

1. увеличение числа ретикулоцитов
2. гипохромия
3. эритроидная гиперплазия костного мозга
4. увеличение непрямого билирубина в крови

Вопрос №20

ОСОБЕННОСТЬЮ АНЕМИИ С ДЕФИЦИТОМ Г6ФДГ ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. снижение осмотической резистентности эритроцитов
2. увеличение осмотической резистентности эритроцитов
3. снижение антиокислительной устойчивости эритроцитов

Вопрос №21

УСКОРЕНИЮ СОЭ СПОСОБСТВУЮТ

Все правильные ответы:

1. появление белков острой фазы воспаления (церулоплазмин, гаптоглобин и др).
2. ацидоз
3. увеличение числа ретикулоцитов
4. снижение числа эритроцитов
5. серповидные эритроциты
6. увеличение числа эритроцитов

Вопрос №22

ЗАМЕДЛЕНИЮ СОЭ СПОСОБСТВУЮТ

Все правильные ответы:

1. появления белков острой фазы воспаления (церулоплазмин, гаптоглобин и др).
2. ацидоз
3. увеличение числа ретикулоцитов
4. снижение числа эритроцитов
5. серповидные эритроциты
6. увеличение числа эритроцитов

Вопрос №23
НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЙ

Все правильные ответы:

1. стресс
2. туберкулез
3. пневмония
4. бронхиальная астма
5. глистная инвазия
6. массивная кровопотеря

Вопрос №24
ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЙ

Все правильные ответы:

1. стресс
2. туберкулез
3. пневмония
4. бронхиальная астма
5. глистная инвазия
6. массивная кровопотеря

Вопрос №25
ПРИЧИНАМИ ЛЕЙКОПЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. ионизирующее излучение
2. действие цитостатиков
3. стресс
4. наличие аутоантител к лейкоцитам
5. кровопотеря

*Вопрос №26
ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

Один правильный ответ:

1. ретикулоцитоз
2. микроцитоз
3. снижение сывороточного гаптоглобина
4. сокращение длительности жизни эритроцитов
5. повышение уровня ЛДГ крови

*Вопрос №27
ДЛЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ГЕМОЛИЗА ХАРАКТЕРНО

Один правильный ответ:

1. гипохромная анемия
2. увеличение прямого билирубина
3. насыщенный цвет мочи
4. желтуха с зудом
5. высокий ретикулоцитоз

*Вопрос №28
КЛЕТКИ БОТКИНА-КЛЕЙН-ГУМПРЕХТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

Один правильный ответ:

1. острого миелобластного лейкоза
2. хронического миелолейкоза
3. хронического лимфолейкоза
4. миеломной болезни
5. мегалобластической анемии

*Вопрос №29
ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ

Один правильный ответ:

1. болезнь Верльгофа
2. эритремия (болезнь Вакеза)
3. В₁₂-дефицитная анемия
4. рак легкого
5. ДВС-синдром

*Вопрос №30
ДИАГНОЗУ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ

Один правильный ответ:

1. ЦП = 0,5
2. Микроцитоз
3. Анизо- и пойкилоцитоз
4. Гиперсегментация ядер нейтрофилов

Вопрос №31
ДЛЯ ЭРИТРЕМИИ (В РАЗВЕРНУТУЮ СТАДИЮ) СО СТОРОНЫ КРОВИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

Один правильный ответ:

1. эритроцитоз
2. нейтрофильный лейкоцитоз

3. тромбоцитопения
4. замедление СОЭ
5. увеличение вязкости крови

* Вопрос №32

В РАЗВИТИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ

Один правильный ответ:

1. гемолиз эритроцитов новорожденного
2. недостаточное поступление железа с пищей
3. повышенный расход железа
4. использование в прикорме продуктов, бедных железом
5. бедность депо железа

Вопрос №33

ОЛИГОЦИТЕМИЧЕСКАЯ НОРМОВОЛЕМИЯ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ ВСЕХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. 1-я стадия острой постгеморрагической анемии
2. 2-я стадия острой постгеморрагической анемии
3. 3-я стадия острой постгеморрагической анемии
4. при гемолитической анемии
5. при угнетении гемопоэза
6. при переливании эритроцитарной массы

Вопрос №34

ПОЛИЦИТЕМИЧЕСКАЯ НОРМОВОЛЕМИЯ БЫВАЕТ ПРИ ВСЕХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. при гемолитической анемии
2. при болезни Вакеза
3. при переливании эритроцитарной массы
4. при хронической гипоксии
5. в 1 стадии острой постгеморрагической анемии
6. при пороках сердца

Вопрос №35

ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ БОЛЬШИХ ОБЪЕМОВ КРОВИ ИЛИ ПРИ МОБИЛИЗАЦИИ КРОВИ ИЗ ДЕПО ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ РАЗОВЬЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. нормоцитемическая гиперволемия
2. олигоцитемическая гиперволемия
3. полицитемическая гиперволемия

Вопрос №36

К РАЗВИТИЮ ПОЛИЦИТЕМИЧЕСКОЙ ГИПЕРВОЛЕМИИ ПРИВОДЯТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. эритремия (болезнь Вакеза)
2. хроническая недостаточность кровообращения
3. введение больших количеств плазмозаменителей
4. при гиперпродукции АДГ
5. при альвеолярной гиповентиляции
6. при снижении кислородной емкости крови
7. при снижении эффективности биологического окисления

Вопрос №37

К РАЗВИТИЮ ОЛИГОЦИТЕМИЧЕСКОЙ ГИПЕРВОЛЕМИИ ПРИВОДЯТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. гиперпродукция АДГ
2. введение больших количеств солевых растворов
3. нарушение выведения жидкости из организма
4. схождение отеков
5. при переливании крови
6. при гемолизе эритроцитов

Вопрос №38

К РАЗВИТИЮ НОРМОЦИТЕМИЧЕСКОЙ ГИПОВОЛЕМИИ ПРИВОДЯТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ, КРОМЕ:

Все правильные ответы:

1. 1-я стадия острой постгеморрагической анемии
2. 2-я стадия острой постгеморрагической анемии
3. 3-я стадия острой постгеморрагической анемии
4. патологическое депонирование крови при шоке, коллапсе
5. апластические состояния

Вопрос №39

К РАЗВИТИЮ ПОЛИЦИТЕМИЧЕСКОЙ ГИПОВОЛЕМИИ ПРИВОДЯТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. выраженная диарея
2. повторная рвота
3. массивный гемолиз эритроцитов
4. хроническая недостаточность кровообращения
5. усиленное потоотделение
6. водная депривация

Вопрос №40

НОРМОЦИТЕМИЧЕСКАЯ ГИПОВОЛЕМИЯ С НОРМАЛЬНЫМ ЦП ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

Один правильный ответ:

1. 1-й стадии острой постгеморрагической анемии
2. 2-й стадии острой постгеморрагической анемии
3. 3-й стадии острой постгеморрагической анемии

Вопрос №41

ОЛИГОЦИТЕМИЧЕСКАЯ НОРМОВОЛЕМИЯ С НОРМАЛЬНЫМ ЦП ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

Один правильный ответ:

1. 1-й стадии острой постгеморрагической анемии
2. 2-й стадии острой постгеморрагической анемии
3. 3-й стадии острой постгеморрагической анемии

Вопрос №42

ЦП В 3-Ю СТАДИЮ ОСТРОЙ ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

Один правильный ответ:

1. повысится
2. не изменится
3. понизится

Вопрос №43

СВЯЗЫВАНИЕ ГЕМОГЛОБИНОМ КИСЛОРОДА ОПРЕДЕЛЯЮТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. PO_2
2. PCO_2
3. концентрация триацилглицеридов
4. концентрация альбуминов
5. концентрация H^+
6. 2,3-дифосфоглицерат
7. альбумин/глобулиновый индекс
8. состояние гемоглобина

Вопрос №44

МЕТГЕМОГЛОБИНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. при аномальных генах гемоглобина, создающих предпосылки для окисления Fe^{++} в Fe^{3+}
2. при воздействии нитратов, нитритов, анилина, нитробензола, салицилатов, сульфаниламидов
3. при наследственном дефекте ферментов гликолиза
4. при нарушении синтеза альфа или бета-цепей гемоглобина
5. при дефекте метгемоглобинредуктазы

Вопрос №45

ЭНДОЭРИТРОЦИТАРНАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ПОВЫШЕНИЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ К ПЕРОКСИДАМ, ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ

Один правильный ответ:

1. нарушении синтеза холестерина
2. дефиците ферментов анаэробного гликолиза
3. дефекте глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
4. нарушении синтеза пуриновых нуклеотидов
5. дефекте метгемоглобинредуктазы

Вопрос №46

К ЭНДОЭРИТРОЦИТАРНЫМ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ АНЕМИЯМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ НАРУШЕНИЯМИ В МЕМБРАНАХ (МЕМБРАНОПАТИЯМ) ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. талассемия
2. болезнь Минковского-Шоффара
3. серповидно-клеточная анемия
4. врожденный акантоцитоз

Вопрос №47

К ЭНДОЭРИТРОЦИТАРНЫМ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ АНЕМИЯМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ В СТРОЕНИИ ГЕМОГЛОБИНА (ГЕМОГЛОБИНОПАТИЯМ) ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. талассемия
2. болезнь Минковского-Шоффара
3. серповидно-клеточная анемия
4. врожденный акантоцитоз
5. нестабильные гемоглобины с заменой аминокислот

Вопрос №48

ДЛЯ БОЛЕЗНИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. гиперрегенерация
2. микросфероцитоз
3. повышенная осмотическая резистентность эритроцитов
4. гиперхромия

5. гепатомегалия
6. гемосидероз
7. желтуха
8. тромбозы, стазы, приводящие к появлению трофических язв на голени

Вопрос №49

ВСЕ ЭКЗОЭРИТРОЦИТАРНЫЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ АНЕМИИ ГИПЕРРЕГЕНЕРАТОРНЫЕ, КРОМЕ

Один правильный ответ

1. посттрансфузионная
2. гемолитическая болезнь новорожденного
3. аутоиммунная
4. токсико-гемолитическая

Вопрос №50

ГИПОХРОМИЯ И МИКРОЦИТОЗ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ ПРИ

Все правильные ответы:

1. гипо-аплазии костного мозга
2. экзоэритроцитарных гемолитических анемиях
3. эндоэритроцитарных гемолитических анемиях
4. железодефицитных анемиях
5. хронической постгеморрагической анемии
6. острой постгеморрагической анемии (1-я стадия)

Вопрос №51

ЛОЖНАЯ ГИПЕРХРОМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

Один правильный ответ:

1. гипо-аплазии костного мозга
2. экзоэритроцитарных гемолитических анемий
3. эндоэритроцитарных гемолитических анемий
4. железодефицитных анемий
5. хронической постгеморрагической анемии
6. острой постгеморрагической анемии (1-я стадия)

Вопрос №52

МЕГАЛОБЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЛЕЙКОПЕНИЕЙ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ, БАЗОФИЛЬНОЙ ЗЕРНИСТОСТЬЮ ЭРИТРОЦИТОВ, АНИЗОЦИТОЗОМ, ПОЙКИЛОЦИТОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

Один правильный ответ:

1. болезни Аддисона-Бирмера
2. инвазии широким лентецом
3. болезни спру

Вопрос №53

К ПЕРВИЧНЫМ ПРИЗНАКАМ ПАТОГЕНЕЗА ЛЕЙКОЗОВ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. клоновость
2. интоксикация
3. опухолевая прогрессия
4. диссеминация
5. угнетение нормального кроветворения

Вопрос №54

ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. вирусы
2. химические канцерогены
3. радиация
4. острая бактериальная инфекция

Вопрос №55

ОПУХОЛЕВУЮ ПРОГРЕССИЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

Все правильные ответы:

1. угнетение нормальных ростков кроветворения
2. развитие бластного криза
3. отсутствие экстрамедуллярных очагов кроветворения
4. потеря ферментативной специфичности бластными клетками

Вопрос №56

К ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. недифференцированный лейкоз
2. миеломная болезнь
3. острый лимфобластный лейкоз у детей
4. волосатоклеточный лейкоз

Вопрос №57

К РАЗВИТИЮ ЛЕЙКОЗА ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ

Все правильные ответы:

1. болезнь Дауна

2. болезнь Боткина
3. болезнь Шерешевского-Тернера
4. болезнь Минковского

Вопрос №58

К ХИМИЧЕСКИМ МУТАГЕНАМ, СПОСОБНЫМ ИНИЦИИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ ЛЕЙКОЗА ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. бензол
2. левомецетин
3. бутадиион
4. аспирин

Вопрос №59

ЛЕЙКОЗНЫЙ ПРОЦЕСС ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

1. опухолевым заболеванием кроветворных клеток
2. системным заболеванием кроветворного аппарата
3. исходом лейкемоидной реакции
4. осложнением острого инфекционного процесса

Вопрос №60

СТАДИИ ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИИ ПРИ ЛЕЙКОЗЕ ВКЛЮЧАЮТ

Все правильные ответы:

1. моноклоновая
2. экзоклоновая
3. эндоклоновая
4. поликлоновая

Вопрос №61

К ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИЗУЧЕНИЯ ЛЕЙКОЗА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

Один правильный ответ:

1. трансплантация
2. индукция
3. активация
4. эксплантация
5. инбридинг

Вопрос №62

К ЗАКОНОМЕРНОСТЯМ ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИИ ПРИ ЛЕЙКОЗЕ ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. угнетение нормального роста кроветворения
2. смена дифференцированных клеток бластными
3. потеря бластными клетками ферментативной специфичности цитоплазматических включений
4. округление ядра в бластных клетках
5. диссеминация лейкозных клеток

Вопрос №63

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОИДНОГО ЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

Все правильные ответы:

1. заболевание возникает в детском возрасте
2. заболевание возникает в пожилом возрасте
3. в периферической крови присутствуют пролимфоциты, лимфоциты и лимфобласты
4. в периферической крови присутствуют только лимфобласты и пролимфоциты
5. доброкачественная опухоль кроветворной ткани
6. злокачественная опухоль кроветворной ткани
7. происходит из клетки-предшественницы Т- лимфоцитов
8. чаще происходит из клетки-предшественницы В-лимфоцитов

Вопрос №64

ЛЕЙКОЗЫ ПРОИСХОДЯТ ИЗ

Один правильный ответ:

1. молодых клеток крови – лимфобласт, миелобласт
2. из плюрипотентной стволовой клетки
3. из зрелых клеток крови
4. из любых вышеназванных клеток

Вопрос №65

ПРИЧИНЫ ГИБЕЛИ БОЛЬНЫХ ЛЕЙКОЗАМИ СВЯЗАНЫ С

Все правильные ответы:

1. присоединением вторичной инфекции
2. кровотечением
3. острой сердечной недостаточностью
4. нарушением жизненно важных органов

Вопрос №66

ЦИТОХИМИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. положительная реакция на липиды
2. положительная реакция на пероксидазу

3. PAS-положительные вещества в виде крупных гранул
4. базофильная цитоплазма, не содержащая зернистости

Вопрос №67

ЦИТОХИМИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ОСТРОГО МИЕЛОМОНОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

Один правильный ответ:

1. положительная реакция на липиды
2. положительная реакция на пероксидазу
3. PAS-положительные вещества в виде крупных гранул и диффузно
4. Положительная реакция на неспецифическую эстеразу

Вопрос №68

К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. радиация
2. вирусы
3. химические канцерогены
4. паразитарная инвазия
5. действие повышенного атмосферного давления

Вопрос №69

ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Все правильные ответы:

1. анемия
2. относительное содержание бластных клеток
3. количество лейкоцитов в периферической крови
4. спленомегалия
5. септицемия

Вопрос №70

ОСОБЕННОСТЯМИ ЛЕЙКЕМОИДНЫХ РЕАКЦИЙ, ОТЛИЧАЮЩИХ ИХ ОТ ЛЕЙКОЗОВ ,ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. установленная этиология
2. неизвестная этиология
3. наличие лейкоцитоза
4. отсутствие лейкоцитоза
5. высокое содержание бластных клеток
6. единичные бластные клетки

Вопрос №71

ПРИЧИНАМИ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОИДНОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. тромбоцитопения
2. кровотечения
3. дефицит железа
4. дефицит витамина В₁₂
5. дефицит эритропоэтина
6. метаплазия красного ростка костного мозга
7. интоксикация

Вопрос №72

К ФАКТОРАМ, ПРОДУЦИРУЕМЫМ ЭНДОТЕЛИЕМ СОСУДОВ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ ГЕМОКОАГУЛЯЦИЮ, ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. простаглицлин
2. ФАТ
3. коллаген
4. гепарин
5. антитромбин 111
6. белковые активаторы пламиногена

Вопрос №73

ПОНИЖЕННЫЙ ТРОМБОЦИТОПОЭЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЧИННЫМИ ФАКТОРАМИ

Все правильные ответы:

1. радиацией
2. цитостатиками
3. действием левомецетина
4. действием бензола
5. дефицитом фолиевой кислоты
6. дефицитом ионов Ca²⁺
7. дефицитом витамина К

Вопрос №74

ПОВЫШЕННАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИИХ

Все правильные ответы:

1. болезнь Верльгофа
2. болезнь Вакеза
3. болезнь Шенлейн-Геноха
4. коллагенозы
5. аутоиммунный гепатит

Вопрос №75

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ПРИЕМЕ АСПИРИНА ОБУСЛОВЛЕННЫ СЛЕДУЮЩИМ МЕХАНИЗМОМ

Один правильный ответ:

1. ингибированием липоксигеназы
2. ингибированием циклооксигеназы
3. угнетением мегакарицитов
4. снижением уровня Ca^{2+} в крови

Вопрос №76

ТРОМБООБРАЗОВАНИЮ СПОСОБСТВУЮТ

Все правильные ответы:

1. повреждение сосудистой стенки
2. повышение вязкости крови
3. гиполипидемия
4. избыток адреналина

Вопрос №77

ДВС-СИНДРОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. при тяжелых инфекциях, сепсисе
2. при шоке
3. при патологических родах
4. при асцитах
5. при краш-синдроме
6. при ангинах
7. при лейкозах

Вопрос №78

В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СИНТЕЗ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ, КРОМЕ

Один правильный ответ:

1. фибриноген
2. протромбин
3. фактор Виллебранда
4. проконвертин

Вопрос №79

ВНЕШНИЙ МЕХАНИЗМ СВЕРТЫВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Все правильные ответы:

1. V111
2. 111
3. 1X
4. V11

Вопрос №80

АНТИКОАГУЛЯНТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

Все правильные ответы:

1. продукты деградации фибрина (ПДФ)
2. антитромбин 111
3. антитромбопластины
4. тканевой тромбопластин
5. гепарин

Вопрос №81

В АКТИВАЦИИ ПЛАЗМИНОВОГО МЕХАНИЗМА ФИБРИНОЛИЗА УЧАСТВУЮТ

Все правильные ответы:

1. урокиназа и другие цитокиназы
2. ионы Ca^{2+}
3. протеазы лейкоцитов
4. фактор Хагемана
5. система комплемента

Вопрос №82

ПРОТЕАЗЫ ЛЕЙКОЦИТОВ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ФИБРИНОЛИЗ С УЧАСТИЕМ

Один правильный ответ:

1. плазминового механизма
2. альтернативного механизма

Вопрос №83

СТЕРОИДНЫЕ ГОРМОНЫ АНАБОЛИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЕ НА ФИБРИНОЛИЗ

Один правильный ответ:

1. усиливая его
2. тормозя его

Вопрос №84

К ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ДИАТЕЗАМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ НАРУШЕНИЯМИ СОСУДИСТОГО ГЕМОСТАЗА, ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. наследственная геморрагическая телеангиоэктазия
2. цинга
3. болезнь Верльгофа

4. болезнь Шенлейн-Геноха

Вопрос №85

К НАСЛЕДСТВЕННЫМ КОАГУЛОПАТИЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ПАТОЛОГИИ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. гемофилия
2. ДВС-синдром
3. а- и дисфибриногемии
4. геморрагическая болезнь новорожденных
5. гипопротромбинемия
6. К-авитаминоз новорожденных

Вопрос №86

ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ВКЛЮЧАЮТ

Все правильные ответы:

1. сосудисто-тромбоцитарный
2. тромбо-эмболический
3. нейро-эндокринный
4. коагуляционный

Вопрос №87

АДГЕЗИЯ ТРОМБОЦИТОВ К ПОВРЕЖДЕННЫМ УЧАСТКАМ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С УЧАСТИЕМ СЛЕДУЮЩИХ МЕХАНИЗМОВ

Все правильные ответы:

1. прилипание тромбоцитов, индуцированное фактором V111
2. прямое прилипание тромбоцитов к субэндотелиальным волокнам, индуцированное коллагеном
3. прилипание тромбоцитов, индуцированное фактором Виллебранда
4. прилипание тромбоцитов, индуцированное фактором Виллебранда, находящимся в комплексе с фактором V111

Вопрос №88

ПЕРВАЯ ФАЗА ВНУТРЕННЕГО МЕХАНИЗМА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ВКЛЮЧАЕТ УЧАСТИЕ

Все правильные ответы:

1. фактора 111
2. фактора Хагемана
3. фактора Розенталя
4. фактора V11

Вопрос №89

К ПРИЧИНАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ПРИОБРЕТЕННЫЕ КОАГУЛОПАТИИ, ОТНОСЯТСЯ

Все правильные ответы:

1. нарушение синтеза К-витаминзависимых факторов (11, V11,1X)
2. нарушением синтеза К-витаминнезависимых факторов (V111, X1)
3. ДВС-синдром
4. Нефротический синдром
5. Наличие антител к факторам свертывания крови

Вопрос №90

ТРОМБОЦИТЫ ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ

Все правильные ответы:

1. образование тромбоцитарного тромба
2. синтез антител
3. депо серотонина
4. синтез биологически активных веществ (ФАТ, тромбосан, ПГ F)
5. ангиотрофическая
6. регуляция воспаления
7. клеточная цитотоксичность

Вопрос №91

К ИЗБЫТКУ АНТИКОАГУЛЯНТОВ И АКТИВАЦИИ ФИБРИНОЛИЗА ПРИВОДИТ

Все правильные ответы:

1. передозировка гепарина, фибринолизина
2. угнетение калликреин-кининовой системы
3. уменьшение антитромбинов при анафилактическом шоке
4. действие микробных активаторов фибринолиза (стрептокиназа)

Вопрос №92

ОБРАЗОВАНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ТРОМБА ЗАВИСИТ ОТ

Все правильные ответы:

1. скорости кровотока
2. диаметра сосудов
3. величины венозного давления
4. количества тромбоцитов

Вопрос №93

ОПРЕДЕЛИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ ГЕМОСТАЗА

1. локальная вазоконстрикция
2. свертывание крови
3. агрегация тромбоцитов
4. адгезия тромбоцитов

Вопрос №94

ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ А И В ХАРАКТЕРНО

Все правильные ответы:

1. сцепленность с X-хромосомой
2. время кровотечения удлинено
3. время кровотечения нормальное
4. протромбиновое время удлинено
5. протромбиновое время нормальное
6. время свертывания крови удлинено
7. время свертывания крови нормальное
8. гематомный тип кровоточивости
9. петехиальный тип кровоточивости
10. смешанный тип кровоточивости

Вопрос №95

ДЛЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА ХАРАКТЕРНО

Все правильные ответы:

1. аутосомный тип наследования
2. время кровотечения удлинено
3. время кровотечения нормальное
4. протромбиновое время удлинено
5. протромбиновое время нормальное
6. время свертывания крови удлинено
7. время свертывания крови нормальное
8. гематомный тип кровоточивости
9. петехиальный тип кровоточивости
10. смешанный тип кровоточивости

Вопрос №96

БОЛЕЗНЬ ВИЛЛЕБРАНДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ МЕХАНИЗМАМИ

Все правильные ответы:

1. снижением коагулянтной активности фактора V111
2. дефицитом витамина K
3. избирательным дефицитом высокомолекулярных полимеров в структуре фактора Виллебранда
4. тяжелым количественным дефицитом фактора Виллебранда
5. наследственным дефицитом антитромбина 111

Вопрос №97

ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

1. как правило врожденной патологией
2. в большинстве случаев приобретенной патологией
3. следствием повышенного разрушения тромбоцитов
4. следствием повышенной секвестрации тромбоцитов
5. следствием угнетения тромбоцитопоеза
6. следствием экстравазации тромбоцитов

Вопрос №98

КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯХ ОБУСЛОВЛЕНА

Все правильные ответы:

1. повышением ломкости микрососудов
2. повышенной проницаемостью микрососудов для эритроцитов и других компонентов крови
3. увеличением времени свертывания крови

Вопрос №99

ВСЕ НАЗВАННЫЕ ФАКТОРЫ СТИМУЛИРУЮТ АДГЕЗИЮ ТРОМБОЦИТОВ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. коллаген
2. тромбосан
3. простаглицлин
4. фактор Виллебранда

Вопрос №100

ВСЕ НАЗВАННЫЕ ФАКТОРЫ СТИМУЛИРУЮТ АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

1. ПГ E2
2. Простаглицлин
3. Тромбосан
4. АДФ
5. Тромбин
6. Коллаген
7. Криоглобулин
8. Адреналин
9. Серотонин
- 10.ФАТ

Вопрос №101

РЕАЛИЗАЦИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ГРАНУЛ ТРОМБОЦИТОВ И СОДЕРЖАЩИХСЯ В НИХ АГЕНТОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

Все правильные ответы:

1. запуск внешнего механизма свертывания
2. репарацию поврежденной сосудистой стенки
3. запуск внутреннего механизма свертывания
4. формирование полноценной тромбоцитарной пробки

Вопрос №102

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА К В ОРГАНИЗМЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В СВЯЗИ

Один правильный ответ:

- с его недостаточным поступлением с пищевыми продуктами
- с нарушением всасывания в кишечнике
- с избыточным катаболизмом и выведением

Вопрос №103

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА К КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ И КРОВОТОЧИВОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

- нарушением синтеза плазменных белковых факторов свертывания
- блокированием участия ионов Ca^{2+} в гемокоагуляции
- нарушением карбоксилирования глутамата в белках-предшественниках факторов свертывания (V11, IX, X, протромбина, протейна С и протейна S), делающим невозможным их активацию
- нарушением тромбоцитопоза

Вопрос №104

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ, ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СОСУДОВ И КЛАПАНОВ СЕРДЦА, ГЕМОДИАЛИЗ, ВНУТРИСОСУДИСТЫЙ ГЕМОЛИЗ, ОСТРОЕ ОТТОРЖЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА, ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛИВАЮТ РАЗВИТИЕ ДВС-СИНДРОМА ПРИ УЧАСТИИ СЛЕДУЮЩИХ ИНИЦИАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ

Один правильный ответ:

- активации прокоагулянтного звена системы гемостаза вследствие попадания в кровоток тромбластина или его аналогов
- активации сосудисто-тромбоцитарного гемостаза в результате диффузного повреждения сосудистого эндотелия и (или) первичной активации тромбоцитов
- в равной мере выраженной активацией прокоагулянтного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза вследствие контактной и фосфолипидной активации внутреннего механизма свертывания через XI1 фактор и фосфолипиды клеточных мембран
- перестроение фибриногена в фибрин с помощью ферментов, отличных от тромбина

Вопрос №105

КРАШ-СИНДРОМ, ТЯЖЕЛЫЕ РОДЫ, ПОПАДАНИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В КРОВЬ, ОПУХОЛИ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ДВС-СИНДРОМА ПРИ УЧАСТИИ СЛЕДУЮЩЕГО ИНИЦИАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА

Один правильный ответ:

- активации прокоагулянтного звена системы гемостаза вследствие попадания в кровоток тромбластина или его аналогов
- активации сосудисто-тромбоцитарного гемостаза в результате диффузного повреждения сосудистого эндотелия и (или) первичной активации тромбоцитов
- в равной степени возможной активации прокоагулянтного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза вследствие контактной и фосфолипидной активации внутреннего механизма свертывания через XI1 фактор и фосфолипиды клеточных мембран
- превращения фибриногена в фибрин с помощью ферментов, отличных от тромбина

Вопрос №106

УКУСЫ ЗМЕЙ, НЕКОТОРЫХ НАСЕКОМЫХ, ОСТРЫЕ ПАНКРЕАТИТЫ И ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБУСЛОВЛИВАЮТ РАЗВИТИЕ ДВС-СИНДРОМА ПРИ УЧАСТИИ СЛЕДУЮЩЕГО ИНИЦИАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА

Один правильный ответ:

- активации прокоагулянтного звена системы гемостаза вследствие попадания в кровоток тромбластина или его аналогов
- активации сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза в результате диффузного повреждения сосудистого эндотелия и (или) первичной активации тромбоцитов
- в равной мере выраженной активацией прокоагулянтного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза вследствие контактной и фосфолипидной активации внутреннего механизма свертывания через XI1 фактор и фосфолипиды клеточных мембран
- превращения фибриногена в фибрин с помощью ферментов, отличных от тромбина

Вопрос №107

СКВ, СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ, АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, СЕПТИЦЕМИЯ, ЦИКУЛЯТОРНЫЙ ШОК ОБУСЛОВЛИВАЮТ РАЗВИТИЕ ДВС-СИНДРОМА ПРИ УЧАСТИИ СЛЕДУЮЩЕГО ИНИЦИАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА

Один правильный ответ:

- активации прокоагулянтного звена системы гемостаза вследствие попадания в кровоток тромбластина или его аналогов
- активации сосудисто-тромбоцитарного гемостаза в результате повреждения сосудистого эндотелия и (или) первичной активации тромбоцитов
- в равной мере выраженной активацией прокоагулянтного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза вследствие контактной и фосфолипидной активации внутреннего механизма свертывания через XI1 фактор и фосфолипиды клеточных мембран
- превращения фибриногена в фибрин с помощью ферментов, отличных от тромбина

Вопрос №108

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДВС-СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

- геморрагическая пурпура
- кровоотечение
- артериальная гиперемия
- постгеморрагическая анемия с гемолитическим компонентом
- метаболический алкалоз
- токсемии
- иромботические (ишемические) расстройства с блокадой микроциркуляции в органах, приводящих к нарушению их функции

Вопрос №109

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ (ИШЕМИЧЕСКИЕ) НАРУШЕНИЯ ПРИ ДВС-СИНДРОМЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

респираторным дистресс-синдромом взрослых
острой почечной недостаточностью
инфарктом миокарда
некрозом печени
острой надпочечниковой недостаточностью
некрозами кожи
мезентериальными тромбозами и развитием некроза кишечника
гемокоагуляционным шоком

Вопрос №110

РАСПОЛОЖИТЕ СТАДИИ ПАТОГЕНЕЗА ДВС –СИНДРОМА В ПОРЯДКЕ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ

Определите последовательность:

1. нарастающая коагулопатия потребления
 2. стадия выраженной гипокоагуляции
- стадия гиперкоагуляции

Вопрос №111

ПАТОГЕНЕЗ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ В КРИТИЧЕСКОЙ (3) СТАДИИ ДВС-СИНДРОМА СВЯЗАН СО ВСЕМИ СЛЕДУЮЩИМИ МЕХАНИЗМАМИ, КРОМЕ

Все правильные ответы:

с коагулопатией потребления с уменьшением фибриногена и тромбоцитов вследствие их убыли на образование тромбов и расхода плазменных факторов коагуляции
с активацией фибринолиза и образованием продукции деградации фибрина (ПДФ), обладающих антикоагулянтным и антиагрегантным свойствами
с увеличением концентрации в крови антитромбина 111 и гепарина
с уменьшением в крови антигемофильных факторов
с блокированием полимеризации фибрин-мономеров накапливающимися ПДФ, вследствие чего происходит образование растворимых фибрин-мономеров (РК ФМ), обладающих сродством к тромбину
с увеличением содержания в крови протеина С и альфа-2-макроглобулина

Вопрос №112

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТРОМБИНА 111 ПРИ ДВС-СИНДРОМЕ ВСЛЕДСТВИЕ ЕГО РАСХОДОВАНИЯ НА НЕЙТРАЛИЗАЦИЮ ТРОМБИНА И ДРУГИХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ НАЧИНАЕТСЯ В СТАДИЮ

Один правильный ответ:

гиперкоагуляции
коагулопатии потребления
выраженной гипокоагуляции

Вопрос №113

ПРИЗНАКИ ДВС-СИНДРОМА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ У 60% БОЛЬНЫХ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ЛЕЙКОЗА

Один правильный ответ:

острый миелобластный лейкоз
острый промиелоцитарный лейкоз
острый лимфобластный лейкоз
острый эритромиелоз

Вопрос №114

ДВС-СИНДРОМ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ СЛЕДУЮЩИХ ФОРМ ПАТОЛОГИИ

Все правильные ответы:

гемолитико-уремического синдрома (болезни Гассера)
молниеносной пурпуры
тромботической тромбоцитопенической пурпуры (синдром Машковича)
синдрома Уотерхауса-Фридерексена
болезни Верльгофа

Вопрос №115

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ДВС-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

Один правильный ответ:

анализ крови
коагулограмма
клиническая картина

Вопрос №116

МАРКЕРАМИ ДВС-СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ

Все правильные ответы:

тромбоцитопения
геморрагический синдром
РК МФ (расворимый комплекс фибрин-мономера)
Удлинение времени свертывания крови
Положительный этаноловый тест

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Тема: Патология крови

1 - 1, 3, 4	30 - 4	59 - 1	88 - 2, 3
2 - 2, 4, 6	31 - 3	60 - 1, 4	89 - 1, 3, 4, 5
3 - 2	32 - 5	61 - 3	90 - 1, 3, 4, 5, 6
4 - 1	33 - 1, 6	62 - 1, 2, 3, 5	91 - 1, 3, 4
5 - 1, 2, 4	34 - 1, 5	63 - 2, 3, 5, 8	92 - 1, 2, 4
6 - 3, 4	35 - 1	64 - 2	93 - 1, 4, 3, 2
7 - 5	36 - 3, 4	65 - 1, 2, 4	94 - 1, 3, 5, 6, 8
8 - 5	37 - 5, 6	66 - 1, 2	95 - 1, 2, 5, 6, 10
9 - 2	38 - 2, 3, 5	67 - 4	96 - 1, 3, 4
10 - 1, 3, 5, 6	39 - 3, 4	68 - 1, 2, 3	97 - 2, 3, 4, 5
11 - 4, 5	40 - 1	69 - 1, 2, 4, 5	98 - 1, 2
12 - 1, 2, 3, 4	41 - 2	70 - 1, 3, 6	99 - 2, 3
13 - 1, 2, 3, 4, 5	42 - 3	71 - 1, 2, 6	100 - 1, 2, 7
14 - 1, 2, 3	43 - 3, 4, 7	72 - 1, 5, 6	101 - 2, 4
15 - 4, 5	44 - 3, 4	73 - 1, 2, 3, 4, 5	102 - 2
16 - 2, 3, 4	45 - 3	74 - 1, 4, 5	103 - 3
17 - 4, 5	46 - 2, 4	75 - 2	104 - 3
18 - 1, 4, 5	47 - 1, 3, 5	76 - 1, 2, 4	105 - 1
19 - 1, 3	48 - 3, 4	77 - 4, 6	106 - 4
20 - 3	49 - 4	78 - 3	107 - 2
21 - 1, 4	50 - 4, 5	79 - 2, 4	108 - 3, 5, 6
22 - 2, 3, 5, 6	51 - 2	80 - 1, 2, 3, 5	109 - 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8
23 - 1, 3, 6	52 - 1	81 - 1, 4, 5	110 - 2, 3, 1
24 - 4, 5	53 - 1, 3, 4, 5	82 - 2	111 - 3, 4, 6
25 - 1, 2, 4	54 - 3	83 - 1	112 - 1
26 - 3	55 - 1, 2, 4	84 - 1, 2, 4	113 - 2
27 - 5	56 - 1, 3	85 - 2, 4, 6	114 - 1, 2, 3, 4
28 - 3	57 - 1, 3	86 - 1, 4	115 - 2
29 - 2	58 - 1, 2, 3	87 - 2, 4	116 - 3, 5

Критерии оценивания знаний студентов

Оценка "ОТЛИЧНО" выставляется студенту, набравшему более 91% правильных ответов.

Оценка "ХОРОШО" выставляется студенту, набравшему 81-90% правильных ответов.

Оценка "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется студенту, набравшему 71-80% правильных ответов.

Оценка " НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется студенту, набравшему менее 71% правильных ответов.

Материалы промежуточной аттестации студентов по дисциплине «Основы патологии»

Формой промежуточной аттестации для студентов является дифференцированный зачет
Форма проведения: устно

ВОПРОСЫ ПО ОСНОВАМ ПАТОЛОГИИ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЗАЧЕТУ Тема: «Нозология»

1. Предмет и задачи патологической физиологии.
2. Методы исследования, используемые в патологической физиологии. Требования к эксперименту.
3. Определение понятий "норма", "патология", "болезнь".
4. Учение о болезни. Стадии болезни, принципы классификации и номенклатура болезней. 5. Патологическая реакция, патологическое состояние, патологический процесс, понятия. 6. Уровни структурной организации организма и их нарушения при развитии болезни. 7. Исходы болезней.
7. Терминальные состояния. Смерть клиническая и биологическая.
8. Современные представления об этиологических факторах. Монокаузализм и кондиционализм, их рациональное содержание.
9. Понятия о саногенезе и патогенезе. Причинно-следственные отношения в патогенезе. Основное звено патогенеза. Представление о "порочном круге".

Тема: «Шок»

10. Шок, характеристика понятия, виды.
11. Общий патогенез шоковых состояний; сходство и различия отдельных видов шока.
12. Стадии шока, основные функциональные и структурные нарушения на разных его стадиях. Необратимые изменения при шоке.
13. Патофизиологические основы профилактики и терапии шока.

Тема: «Воспаление»

14. Определение, причины, классификация.
15. Местные и общие признаки воспаления.
16. Стадии развития воспалительной реакции.
17. Первичная и вторичная альтерация. Роль окислительного стресса в развитии вторичной альтерации.
18. Изменение обмена веществ в очаге воспаления. Нарушение проницаемости мембран клеток и клеточных органелл.
19. Реакция сосудов микроциркуляторного русла при воспалении. Изменения регионарного кровотока, стадии и механизмы развития этих изменений в динамике воспалительного процесса.
20. Эмиграция лейкоцитов при воспалении: механизм, биологическое значение.

21. Роль различных видов лейкоцитов в очаге воспаления.
22. Пролиферация. Репаративная стадия воспаления.
23. Биологическое значение воспаления. Роль И.И. Мечникова в развитии учения о воспалении.
Тема: «Патология теплового обмена»
24. Краткая характеристика физиологических механизмов терморегуляции.
25. Гипотермия, понятие, этиология, патогенез.
26. Гипертермия, понятие, этиология, патогенез.
27. Определение лихорадочной реакции, отличия от гипертермии.
28. Понятие о пирогенных веществах, первичные и вторичные пирогены, механизм действия.
29. Стадии лихорадки.
30. Изменения в организме при лихорадке.
31. Типы температурных кривых.
32. Значение лихорадочной реакции для организма

Тема: «Патология тканевого роста»

33. Опухоль. Понятие. Характерные черты доброкачественных и злокачественных опухолей.
34. Этиология опухолей. Определение понятия "канцероген". Экзогенные химические канцерогенные вещества.
35. Протоонкогены. Онкогены. Онкосупрессоры. Определение понятий. Опухолевая трансформация как многоэтапный процесс накопления в геноме клетки не связанных между собой мутаций.
36. Канцерогенез. Определение понятия. Представление о стадийности канцерогенеза. Инициация. Промоция. Прогрессия.
37. Инвазия и метастазирование как главные проявления прогрессии опухоли.
Роль ангиогенеза в процессе диссеминации опухолевых клеток.
38. Факторы организма, влияющие на развитие опухоли (роль возраста, наследственности).
39. Эндогенные канцерогенные ситуации. Модель Бискинда.
40. Вирусный канцерогенез. Опухолеродные ДНК-содержащие и РНК-содержащие вирусы.
41. Взаимодействие опухоли и организма: проявления системного влияния опухоли на организм.

Тема: «Патология иммунной системы»

42. Понятие об аллергии. Аллергические реакции немедленного и замедленного типа. Классификация аллергии по Джеллу и Кумбсу.
43. Анафилактический шок, причины, механизм развития, профилактика.
44. Сывороточная болезнь как иммунокомплексная патология. Профилактика сывороточной болезни.
45. Атопии. Формы проявления. Отличия от анафилаксии. Природа аллергенов, вызывающих атопии. Неспецифическая и специфическая десенсибилизация при лечении атопий. Блокирующие антитела.
46. Аллергические реакции замедленного типа. Виды. Основные стадии и механизм развития.
47. Отличия аллергических реакций немедленного и замедленного типа.

Тема: «Гипоксия»

48. Гипоксия. Определение понятия. Классификация гипоксических состояний.
49. Гипобарическая гипоксическая гипоксия. Причины. Патогенез развития гипоксии. Направленность изменений параметров кислородного режима крови.
50. Респираторный (дыхательный) тип гипоксии. Причины. Патогенез развития гипоксии. Направленность изменений параметров кислородного режима крови.
51. Гемическая гипоксия. Причины. Патогенез развития гипоксии. Направленность изменений параметров кислородного режима крови.
52. Циркуляторная гипоксия. Причины. Патогенез развития гипоксии. Направленность изменений параметров кислородного режима крови.
53. Тканевая гипоксия. Причины. Патогенез развития гипоксии. Направленность изменений параметров кислородного режима крови.
54. Субстратный тип гипоксии. Причины. Патогенез развития гипоксии. Направленность изменений параметров кислородного режима крови.
55. Перегрузочный тип гипоксии. Причины. Патогенез развития гипоксии. Направленность изменений параметров кислородного режима крови.
56. Смешанный тип гипоксии. Причины. Патогенез развития гипоксии. Направленность изменений параметров кислородного режима крови.
57. Патологические виды гемоглобина. Карбоксигемоглобинемия. Причины. Патогенез развития гипоксии при отравлении угарным газом. Меры помощи. Метгемоглобинемия. Причины. Патогенез развития гипоксии при метгемоглобинемии. Меры помощи.
58. Компенсаторно-приспособительные реакции при острой гипоксии.
59. Патогенетические последствия гипоксии для разных органов и систем.
60. Понятие о центральном и периферическом цианозе.

Тема: «Патология водно-электролитного обмена. Отеки»

61. Понятие о внешнем и внутреннем балансе воды.
62. Электролитный состав внеклеточной жидкости (ВКЖ). Осмотическое давление ВКЖ. Роль ионов натрия. Законы электро-нейтральности и изоосмолярности. Механизмы перемещения жидкости в системах: внутрисосудистая жидкость – интерстиций и интерстиций - клетка.
63. Гипергидратация, определение понятия. Изо-, гипо-, гипертонический типы гипергидратации. Изменение соотношения содержания воды во внутри- и внеклеточных секторах организма при разных типах гипергидратации. Патологические проявления. Межсистемные механизмы компенсации.
64. Дегидратация, определение понятия. Изо-, гипо-, гипертонический типы дегидратации. Изменение соотношения содержания воды во внутри- и внеклеточных секторах организма при разных типах дегидратации. Патологические проявления. Межсистемные механизмы компенсации. Осмоляльный интервал и его диагностическое значение.
65. Отеки. Определение понятия. Виды отеков, этиология, патогенез.

Тема: «Патология кислотно-основного состояния»

66. Нарушения кислотно-основного равновесия в организме, классификация.
67. Физиологические системы организма, принимающие участие в поддержании постоянства рН, роль легких и почек в поддержании постоянства КОС.
68. Метаболический ацидоз, причины, показатели, механизмы компенсации.
69. Газовый ацидоз, причины, механизмы развития, показатели лабораторной диагностики.
70. Метаболический алкалоз, причины, механизм развития, показатели лабораторной диагностики.
71. Газовый алкалоз, причины, механизм развития, показатели лабораторной диагностики. Особенности электролитного состава при нарушениях КОС.

Тема «Патология внешнего дыхания»

72. Недостаточность внешнего дыхания. Определения понятия. Основные причины. Факторы патогенеза.
73. Механизмы компенсации нарушения внешнего дыхания: легочные и нелегочные.
74. Дыхательная недостаточность, связанная с нарушением альвеолярной вентиляции, причины, механизмы развития.
75. Дыхательная недостаточность, связанная с нарушением диффузии газов в легких, причины, механизмы развития.
76. Дыхательная недостаточность, связанная с нарушением легочного кровотока, причины, механизмы развития.
77. Одышка. Определение понятия. Виды. Механизм развития. Степени дыхательной недостаточности и критерии их оценки.
78. Периодическое дыхание, типы, причины развития

Тема: «Патология системы кровообращения»

79. Причины нарушения кровообращения. Острая и хроническая сердечная недостаточность (понятие).
80. Механизмы компенсации кровообращения (кардиальные, экстракардиальные).
81. Компенсаторная гиперфункция миокарда, причины, стадии развития.
82. Сравнительная характеристика функциональных, метаболических и электролитных особенностей миокарда на разных стадиях компенсаторной гиперфункции миокарда.
83. Признаки декомпенсации работы сердца, механизм развития.
84. Ишемическая болезнь сердца, формы, причины, факторы риска, механизм развития, стадии.

Тема: «Патология мочеобразования и мочевыделения»

85. Общая этиология и патогенез нарушений функций почек.
86. Изменения диуреза почечного и непочечного происхождения.
87. Основные синдромы, характерные для патологии почек: мочевоy, гипертензивный, нефротический, отечный.
88. Нарушение концентрационной способности почек.
89. Острая почечная недостаточность. Определение понятия. Причины, стадии развития. Патогенез основных нарушений.
90. Хроническая почечная недостаточность. Определение понятия, причины, стадии развития.

Тема: «Патология печени»

91. Общая этиология и патогенез заболеваний печени.
92. Печеночная недостаточность. Понятие, признаки.
93. Печеночная энцефалопатия, причины, признаки, механизм развития.
94. Геморрагический синдром. Понятие, патогенез.
95. Портальная гипертензия. Понятие, механизм развития, признаки.
96. Механическая, паренхиматозная и гемолитическая желтухи, причины, механизм развития

Тема: «Патология красной крови»

97. Изменения массы крови. Гиперволемиа и гиповолемиа, виды по гематокриту, причины развития.
98. Анемии, понятие, классификация.
99. Острая постгеморрагическая анемия, причины, патогенез, стадии, картина крови.
100. Виды патологических гемоглобинов: метгемоглобин, карбгемоглобин, фетальный гемоглобин, нестабильные гемоглобины.
101. Этиология, патогенез и картина крови при железодефицитных анемиях.
102. Этиология, патогенез и картина крови при витамин В₁₂ - дефицитных и фоливодефицитных анемиях.
103. Гемолитические анемии, виды. Особенности картины крови при экзо- и эндоэритроцитарных гемолитических анемиях.
104. Гипо- и апластические анемии, этиология, патогенез, картина крови.
105. Эритроцитозы, виды.
106. СОЭ, понятие, особенности при анемиях.

Тема: «Патология белой крови»

107. Современная схема генеза лейкоцитов.
108. Понятие о лейкоцитозах, классификация лейкоцитозов.
109. Лейкопении, виды, причины возникновения.
110. Понятие о ядерном индексе и сдвигах в лейкоформуле. Значение ядерных сдвигов в прогнозе заболевания.
111. Понятие "лейкоз", характерные черты.
112. Современные взгляды на этиологию и патогенез лейкозов. Стадии патогенеза лейкозов. Классификация лейкозов. Особенности картины крови при различных видах лейкозов. Стадии хронического лейкоза.
113. Лейкемоидные реакции, виды, механизм развития, отличия от лейкозов.

Тема: «Патология системы гемостаза»

114. Система «гемостаза», понятие.
115. Понятие о первичном и вторичном гемостазе.
116. Нарушения сосудисто-тромбоцитарного гемостаза при тромбоцитопениях, изменении свойств тромбоцитов.
117. Вазопатии, виды.
118. Нарушение коагуляционных механизмов гемостаза.
119. Коагулопатии врожденные и приобретенные.
120. Нарушения фибринолиза.
121. ДВС-синдром. Понятие. Фазы развития.
122. Тромбоцитозы, виды.

Тема: «Патология нейроэндокринной регуляции»

123. Патология аденогипофиза, патология нейрогипофиза.
124. Гипо- и гиперфункция щитовидной железы.
125. Нарушение функционирования коркового вещества надпочечников: острая и хроническая надпочечниковая недостаточность, гиперкортицизм.
126. Патология мозгового вещества надпочечников.

Тема: «Патология углеводного обмена»

127. Виды нарушений углеводного обмена.

128. Гипогликемические состояния, виды, патогенез.
 129. Гипергликемические состояния, виды, патогенез.
 130. Сахарный диабет, типы, этиология, механизм развития. Особенности углеводного, белкового и жирового обмена при сахарном диабете.
 131. Осложнения при сахарном диабете.

Вопросы для проверки тем, отводимых на самостоятельное изучение

Тема: «Гибель клетки»

132. Виды клеточной гибели.

133. Свободнорадикальный механизм некробиотической гибели клетки: основные понятия, генерация АФК и их биологическая роль, активированные формы кислорода в индукции свободно-радикального окисления, механизмы антиоксидантной защиты в ограничении негативных последствий оксидативного стресса.

134. Гипоксия в развитии некробиотической гибели клетки: формирование энергодефицита и ингибирование основных метаболических путей, нарушение электролитного баланса клеток, патогенетические последствия выраженного избытка Ca^{2+} в цитоплазме. Липидная триада. Финальная стадия гибели клеток при гипоксии.

135. Апоптотический механизм гибели клетки: структурные изменения хроматина и фрагментация ДНК, значение активации PARP в механизме апоптотической гибели клетки, роль каспаз; митохондриальный, рецептор-опосредованный, перфорин-зависимый механизмы апоптоза; нарушение апоптоза, роль в развитии патологий.

136. Аутофагический механизм гибели клетки: формы аутофагии, биологическое значение, регуляция; взаимоотношения аутофагии, апоптоза и некроза; последствия нарушения аутофагии; лекарственная стимуляция аутофагии.

Тема: «Нарушение периферического кровообращения»

137. Система микроциркуляции. Определение понятия; составные элементы, функциональное значение. Виды нарушений микроциркуляции.

138. Артериальная гиперемия. Понятие. Особенности линейного и объемного кровотока

139. Ишемия. Понятие. Причины. Признаки ишемии, значение для организма, особенности гемодинамики в очаге ишемии.

140. Венозная гиперемия, причины, механизм развития, признаки, значение для организма, особенности гемодинамики (линейный и объемный кровотоки).

Тема: «Патология фосфорно-кальциевого обмена»

141. Физиологическое значение кальция и фосфора и основные характеристики их гомеостаза.

142. Костная ткань и ее участие в минеральном обмене.

143. Регуляция минерального обмена.

144. Гипо-, гиперкальциемия.

145. Гипо-, гиперфосфатемия.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ПАТОЛОГИИ КРОВИ

ГЕМОГРАММЫ

Гемограмма № 1											
Больной А. 54 г. На 5-й день после оперативного вмешательства исследована кровь											
Эритроциты	3.2							x 10 ¹²		кл/л	
Гемоглобин	80									г/л	
Ц.П.	0.75									ЕД	
Лейкоциты	13,3							x 10 ⁹		кл/л	
Тромбоциты	320							x 10 ⁹		кл/л	
СОЭ	12									мм/час	
Нейтрофилы											
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М	
0	2	-	-	1	3	8	66	-	16	4	
Примечание:			Ретикулоциты 9.6 % . полихроматофильные нормоциты								

Гемограмма № 2											
Больная В., 42 г. Поступила в клинику с жалобами на боли в животе, частый до 4 раз в сутки стул с примесью крови, похудание, слабость. Считает себя больной в течение года											
Эритроциты	3.9							x 10 ¹²		кл/л	
Гемоглобин	46.6									г/л	
Ц.П.	0.36									ЕД	
Лейкоциты	7.2							x 10 ⁹		кл/л	
Тромбоциты	310							x 10 ⁹		кл/л	
СОЭ	14									мм/час	
Нейтрофилы											
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М	
0	3	-	-	-	-	4	65	-	25	3	
Примечание:			Микроцитоз, ретикулоцитов 2,6%, анизоцитоз								

Гемограмма № 3											
Больной Г., 18 лет. Поступил с жалобами на боли в левом подреберье. боли в суставах, язвы на голени. Считает себя больным с рождения											
Эритроциты	2,1							x 10 ¹²		кл/л	
Гемоглобин	54									г/л	
Ц.П.	0,77									ЕД	
Лейкоциты	14							x 10 ⁹		кл/л	
Тромбоциты	350							x 10 ⁹		кл/л	
СОЭ	16									мм/час	
Нейтрофилы											

Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
1	4	-	-	3	6	9	61	-	13	3
Примечание:			микросфероцитоз, ретикулоцитов 45%, осмотическая резистентность эритроцитов 0.60-0.40							

Гемограмма № 4										
Больной Е., 11 лет.										
После приема сульфодимезина появилась желтуха, темная моча										
Эритроциты		3.0			x 10 ¹²			кл/л		
Гемоглобин		70						г/л		
Ц.П.		0,7						ЕД		
Лейкоциты		19			x 10 ⁹			кл/л		
Тромбоциты		280			x 10 ⁹			кл/л		
СОЭ		15						мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	3	-	-	-	-	2	33	-	55	7
Примечание:			ретикулоциты 22%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, активность Г6ФДГ в эритроцитах 2,1 ед. (норма 5+0,3)							

Гемограмма № 5										
Призывник В., 18 лет. Поступил в госпиталь для уточнения диагноза										
Эритроциты		2.6			x 10 ¹²			кл/л		
Гемоглобин		46,6						г/л		
Ц.П.		0,54						ЕД		
Лейкоциты		12			x 10 ⁹			кл/л		
Тромбоциты		350			x 10 ⁹			кл/л		
СОЭ		2						мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	4	-	-	4	8	12	51	-	20	1
Примечание:			Ретикулоциты 18%, серповидные эритроциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз							

Гемограмма № 6										
Новорожденный В. с массой 2 кг 900 г.										
Родился в срок от второй беременности . Через 18 час. после рождения появилась выраженная желтушность, печень и селезенка увеличены. Мать- Rh(-), ребенок Rh(+)										
Эритроциты		2,1			x 10 ¹²			кл/л		
Гемоглобин		78,3						г/л		
Ц.П.		1,12						ЕД		
Лейкоциты		18			x 10 ⁹			кл/л		
Тромбоциты		360			x 10 ⁹			кл/л		
СОЭ		19						мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	3	5	12	54	-	18	7
Примечание:			Эритробласты, нормобласты 42%, билирубин крови 180 мкмоль/л, реакция непрямая							

Гемограмма №7										
Больной К., 54 г. В течение последних 8 месяцев предъявляет жалобы на частые головные боли, связанные с повышением АД										
Эритроциты		7.2			x 10 ¹²			кл/л		
Гемоглобин		193,3						г/л		
Ц.П.		0,81						ЕД		
Лейкоциты		17			x 10 ⁹			кл/л		
Тромбоциты		420			x 10 ⁹			кл/л		
СОЭ		1						мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
2	4	-	-	2	6	11	59	-	14	3
Примечание:			ретикулоциты 9,8%							

Гемограмма № 8										
Больная К., 54 лет. Поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, одышку, онемение кончиков пальцев										
Эритроциты		0,8			x 10 ¹²			кл/л		
Гемоглобин		43.3						г/л		
Ц.П.		1.62						ЕД		

Лейкоциты	2,3	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	180	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	15							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	-	-	1	44	-	49	5
Примечание:		мегалобласты, мегалоциты, гигантские нейтрофилы, билирубин в крови не прямой 42 мкмоль/л								

Гемограмма № 9 Больной Д., 62г. Находится в клинике по поводу рака желудка										
Эритроциты	1,8	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	73,3							г/л		
Ц.П.	1,22							ЕД		
Лейкоциты	8	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	215	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	42							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	2	-	-	-	-	2	78	-	16	2
Примечание:		мегалоциты, ретикулоциты 7,2%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, билирубин крови 42 мкмоль/л								

Гемограмма № 10 Больная Ж., 19 лет. Поступила с жалобами на слабость, одышку, тошноту, рвоту. Считает себя больной в течение двух месяцев, после употребления вяленой рыбы										
Эритроциты	2,2	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	106,6							г/л		
Ц.П.	1,45							ЕД		
Лейкоциты	12,2	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	210	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	25							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	18	-	-	-	-	-	51	-	26	5
Примечание:		мегалоциты, ретикулоциты 4%, эритроциты с базофильной зернистостью, анизоцитоз								

Гемограмма №11 Больной К., 24 лет. Находится на обследовании в связи со слабостью, одышкой. 3 года назад перенес операцию по поводу кишечной непроходимости, была проведена резекция 60 см тонкой кишки с наложением анастомоза бок в бок, с тех пор периодически беспокоит неустойчивый стул										
Эритроциты	1,1	x 10 ¹²						Кл/л		
Гемоглобин	48,3							Г/л		
Ц.П.	1,32							ЕД		
Лейкоциты	6	x 10 ⁹						Кл/л		
Тромбоциты	180	x 10 ⁹						Кл/л		
СОЭ	11							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	-	-	-	-	-	1	49	-	42	8
Примечание:		мегалобласты, мегалоциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз								

Гемограмма № 12 Больной К., 24 лет. Доставлен в клинику с подозрением на острый аппендицит										
Эритроциты	4,5	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	150							г/л		
Ц.П.	1,0							ЕД		
Лейкоциты	22	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	265	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	19							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	3	9	22	54	-	9	2
Примечание:		Полихроматофильные нормоциты								

Гемограмма № 13 Больной С., 28 лет. Предъявляет жалобы на слабость, периодические подъемы температуры тела, кашель с выделением слизистой мокроты										
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Эритроциты	3,4	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	90							г/л		
Ц.П.	0,79							ЕД		
Лейкоциты	10,5	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	230	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	33							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	4	-	-	-	-	1	37	-	51	7
Примечание:		ретикулоцитов 1%								

Гемограмма №14										
Больной В., 34 лет. Находится в клинике по поводу бронхоэктатической болезни, считает себя больным в течение 11 лет										
Эритроциты	3,1	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	71							г/л		
Ц.П.	0,69							ЕД		
Лейкоциты	4	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	215	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	18							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	2	-	-	-	-	19	30	-	41	8
Примечание:		нейтрофилы с токсической зернистостью								

Гемограмма № 15										
Больная Л., 34 лет. По поводу головных болей в течение последних 7 дней приняла 60 таблеток анальгина										
Эритроциты	3,1	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	60							г/л		
Ц.П.	0,58							ЕД		
Лейкоциты	1,3	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	112	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	18							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	-	-	2	32	-	63	2
Примечание:		Ретикулоциты 0, 1%, анизоцитоз, пойкилоцитоз								

Гемограмма № 16										
Больной Л., 20 лет. Поступил с жалобами на слабость, одышку, кровоподтеки, повышение температуры тела. Считает себя больным в течение нескольких месяцев, последнее ухудшение в течение 5 дней										
Эритроциты	1,2	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	30							г/л		
Ц.П.	0,75							ЕД		
Лейкоциты	0,8	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	12	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	22							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	-	-	-	-	-	-	19	-	78	3
Примечание:		гиперсегментированные нейтрофилы, анизоцитоз, пойкилоцитоз								

Гемограмма № 17										
Больной С., 27 лет. Доставлен в стационар в тяжелом септическом состоянии, которое развилось после удаления зуба										
Эритроциты	4,9	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	155							г/л		
Ц.П.	0,95							ЕД		
Лейкоциты	28	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	390	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	25							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	1	2	3	7	12	64	-	9	2
Примечание:		нейтрофилы с токсической зернистостью								

Гемограмма № 18										
Больной В., 42 лет. Обратился с жалобами на слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье										
Эритроциты	3,2	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	80							г/л		
Ц.П.	0,75							ЕД		

Лейкоциты	175	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	125	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	25							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
5	7	2	5	8	12	27	30	-	3	1
Примечание:		МБ-миелобласты, ПМ-промиелоциты, ретикулоцитов 1%								

Гемограмма № 19										
Больной М., 42 лет. Поступил в клинику с жалобами на слабость, повышение температуры, боли в костях и суставах										
Эритроциты	2,3	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	51							г/л		
Ц.П.	0,67							ЕД		
Лейкоциты	470	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	85	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	36							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
7	8	4	7	18	23	20	12	-	1	2
Примечание:		МБ-миелобласты, ПМ-промиелоциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты 0,4%								

Гемограмма № 20										
Больной Л., 48 лет. Поступил с жалобами на слабость, кровоизлияния, боли в левом подреберье										
Эритроциты	1,2	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	30							г/л		
Ц.П.	0,75							ЕД		
Лейкоциты	7	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	115	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	44							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
3	5	7	29	13	6	4	13	-	20	
Примечание:		МБ-миелобласты, ПМ-промиелоциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз								

Гемограмма № 21										
Больной К., 30 лет. Поступил в тяжелом состоянии с температурой 38,5 °, у больного некротическая ангина										
Эритроциты	2,1	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	40							г/л		
Ц.П.	0,57							ЕД		
Лейкоциты	120	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	110	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	35							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	-	95	-	-	-	-	3	-	2	
Примечание:		МБ-миелобласты, ретикулоцитов 1,2%, анизоцитоз								

Гемограмма № 22										
Больная М., 17 лет. Обратилась к врачу по поводу множественных кровоизлияний на коже										
Эритроциты	1,8	x 10 ¹²						кл/л		
Гемоглобин	51							г/л		
Ц.П.	0,85							ЕД		
Лейкоциты	155	x 10 ⁹						кл/л		
Тромбоциты	125	x 10 ⁹						кл/л		
СОЭ	28							мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	-	-	-	-	-	-	5	92	2	1
Примечание:		Лб-лимфобласты, анизоцитоз, пойкилоцитоз								

Гемограмма № 23										
Больной Л., 62 года. Поступил в клинику с жалобами на слабость, повышение температуры тела, увеличение лимфатических узлов										
Эритроциты		x 10 ¹²						кл/л		

Гемоглобин	58							г/л		
Ц.П.	0,7							ЕД		
Лейкоциты	6				$\times 10^9$			кл/л		
Тромбоциты	175				$\times 10^9$			кл/л		
СОЭ	39							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	-	-	1	25	58	13	2
Примечание:		Лб-лимфобласты								

Гемограмма №24										
Больной С., 25 лет. Доставлен в хирургическое отделение для оперативного лечения туберкулезного поражения тазобедренного сустава										
Эритроциты	4,9				$\times 10^{12}$			кл/л		
Гемоглобин	152							г/л		
Ц.П.	0,93							ЕД		
Лейкоциты	12				$\times 10^9$			кл/л		
Тромбоциты	350				$\times 10^9$			кл/л		
СОЭ	41							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	2	-	-	-	-	2	42	1	49	4
Примечание:		Лб-лимфобласты, средние лимфоциты								

Гемограмма № 25										
Больной Т., 52 г. Поступил с жалобами на слабость, утомляемость. Считает себя больным в течение года. Пальпируются увеличенные шейные лимфатические узлы										
Эритроциты	3,6				$\times 10^{12}$			кл/л		
Гемоглобин	84							г/л		
Ц.П.	0,71							ЕД		
Лейкоциты	62				$\times 10^9$			кл/л		
Тромбоциты	180				$\times 10^9$			кл/л		
СОЭ	28							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	-	-	1	9	4	84	1
Примечание:		Лб-лимфобласты, средние лимфоциты, тельца Боткина-Гумпрехта, анизоцитоз, пойкилоцитоз								

Гемограмма № 26										
Больная З., 24 года. Доставлена "Скорой помощью" в тяжелом состоянии с температурой 39,5 °, двухсторонней пневмонией, мелкоочечными высыпаниями на коже.										
Эритроциты	2,7				$\times 10^{12}$			кл/л		
Гемоглобин	62							г/л		
Ц.П.	0,69							ЕД		
Лейкоциты	70				$\times 10^9$			кл/л		
Тромбоциты	98				$\times 10^9$			кл/л		
СОЭ	45							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	НК	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	-	82	-	-	-	-	14	-	3	1
Примечание:		НК-недифференцированные клетки, ретикулоциты 1%								

Гемограмма № 27										
Больной И., 32 лет. Скотник, поступил в клинику на обследование по поводу болей в животе. Считает себя больным в течение года										
Эритроциты	3,2				$\times 10^{12}$			кл/л		
Гемоглобин	78							г/л		
Ц.П.	0,73							ЕД		
Лейкоциты	12,2				$\times 10^9$			кл/л		
Тромбоциты	265				$\times 10^9$			кл/л		
СОЭ	35							мм/час		
		Нейтрофилы								
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	36	-	-	-	-	1	37	-	21	5
Примечание:		ретикулоцитов 4,5%								

Гемограмма №28										
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Больная Ж., 43 лет. Поступила с жалобами на периодические боли в суставах, повышение температуры. Считает себя больной в течение 2 лет										
Эритроциты		4,1		x 10 ¹²				кл/л		
Гемоглобин		125						г/л		
Ц.П.		0,9						ЕД		
Лейкоциты		17		x 10 ⁹				кл/л		
Тромбоциты		260		x 10 ⁹				кл/л		
СОЭ		36						мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	Ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	6	-	-	1	4	11	59	-	11	8
Примечание:			Полихроматофильные нормоциты							

Гемограмма № 29 Больная А., 35 лет. Поступила в клинику с жалобами на боли в животе										
Эритроциты		3,2		x 10 ¹²				кл/л		
Гемоглобин		62						г/л		
Ц.П.		0,73						ЕД		
Лейкоциты		12,2		x 10 ⁹				кл/л		
Тромбоциты		296		x 10 ⁹				кл/л		
СОЭ		38						мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	М	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	36	-	-	-	-	1	37	-	24	8
Примечание:			Ретикулоциты 6%							

Гемограмма №30 Больной И., 42 лет. Поступил из района с высоким фоном радиации										
Эритроциты		1,2		x 10 ¹²				кл/л		
Гемоглобин		30						г/л		
Ц.П.		0,75						ЕД		
Лейкоциты		1,3		x 10 ⁹				кл/л		
Тромбоциты		7		x 10 ⁹				кл/л		
СОЭ		28						мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	-	-	-	-	-	-	19	-	78	3
Примечание:			Гиперсегментированные нейтрофилы ,анизоцитоз, пойкилоцитоз							

Гемограмма № 31 Больной С., 56 лет. Водитель грузовика, поступил на обследование										
Эритроциты		2,3		x 10 ¹²				кл/л		
Гемоглобин		95						г/л		
Ц.П.		1,124						ЕД		
Лейкоциты		4,3		x 10 ⁹				кл/л		
Тромбоциты		155		x 10 ⁹				кл/л		
СОЭ		12						мм/час		
Нейтрофилы										
Б	Э	Мб	Пм	м	ю	п/я	с/я	Лб	Л	М
0	1	-	-	-	-	-	76	-	21	2
Примечание:			тельца Жолли, ретикулоциты 5,5%, осмотическая резистентность эритроцитов 0,45-0,3							

Зачет состоит из теоретического собеседования по вопросам согласно билетам.

Теоретическое собеседование

Теоретическое собеседование включает ответ студента по билету, включающему гемограмму и 2 вопроса, который студент выбирает методом случайной выборки из общего массива вопросов по соответствующим разделам предмета.

По ходу обсуждения теоретического материала студенту могут быть предложены дополнительные вопросы.

Критерии оценивания знаний студентов

Оценка "ОТЛИЧНО" выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный материал, последовательно, грамотно и логически стройно его излагающему, демонстрирующему прочные интегративные связи со смежными дисциплинами. При этом студент не затрудняется при ответе на видоизмененные задания, свободно справляется с задачами и дополнительными вопросами. Оценка "ХОРОШО" выставляется студенту, твердо знающему программный материал, грамотно и по существу излагающему его, который не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических задач и вопросов, показывает достаточно правильные знания смежных дисциплин.

Оценка "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется студенту, который имеет знания основного материала, однако, допускает неточности,

недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала, испытывает трудности при ответе на дополнительные вопросы, со значительным трудом показывает интегративные знания со смежными дисциплинами. Оценка " НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает ситуационные задачи. При положительной оценке практических навыков, но неудовлетворительной оценке при собеседовании по билету также выставляется неудовлетворительная оценка.

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание 1 Знать клинические проявления воспалительных реакций, формы воспаления Знание 2 Знать клинические проявления патологических изменений в различных органах и системах организма Знание 3 Знать стадии лихорадки	Вопросы 14,15,16,17,18,19,20,21,22,23 Вопросы 1-13, 24-26, 33-145 Вопросы 27,28,29,30,31,32
Умение 1 Определять морфологию патологически измененных тканей, органов	Задачи 1-31

21. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ МИКРОБИОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ»

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ

МОДУЛЬ 1. Общая микробиология Тема 1. Морфология микроорганизмов.

Форма текущего контроля успеваемости – устная (устный опрос), письменная (конспект, реферат)

Критерии оценивания устного ответа

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов билета ординатору, имеющему достаточно высокий рейтинг за год, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На экзамене выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг за год, если он показывает добросовестное отношение к учебе в течение года.

Критерии оценивания конспекта

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за отсутствие конспекта теоретического материала, конспекта ответов на вопросы из перечня, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полный конспект теоретического материала, конспект ответов на вопросы из перечня, за формальные ответы.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, решение шаблонных ситуационных задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, самостоятельное решение ситуационных задач.

Критерии оценки реферата

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Нет реферата
Удовлетворительно	Не полное раскрытие темы, нарушение в оформлении
Хорошо	Раскрытие темы, нарушения в оформлении, использование ограниченного количества литературы (менее 5 источников)
Отлично	Раскрытие темы, оформление согласно требованиям, достаточное количество реферируемой литературы, наличие собственных выводов

Критерии оценки тестирования:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за ответы на менее 70% вопросов тестового задания
Удовлетворительно	Выставляется за ответы на 70% - 80% вопросов тестового задания
Хорошо	Выставляется за ответы на 80% - 90% вопросов тестового задания

Отлично

Выставляется за ответы на 90% и более вопросов тестового задания

Вопросы для проверки знаний.

Микробиология как фундаментальная наука, объекты изучения. Задачи медицинской микробиологии и ее значение в практической деятельности врача.

Исторические этапы развития микробиологии. Морфологический период (А.Левенгук, Д. Самойлович, Э. Дженнер).

Работы Л. Пастера и его школы. Их значение в развитии общей и медицинской микробиологии, прикладной иммунологии. Вакцины Пастера.

Работы Р.Коха и его школы. Их значение для медицинской микробиологии. Сущность бактериологического метода диагностики.

Открытие И.И. Мечниковым фагоцитоза. Открытие гуморальных факторов иммунитета (П. Эрлих, Э. Беринг, Э. Ру и др.). Получение лечебных сывороток.

Роль отечественных ученых в развитии микробиологии (И.И. Мечников, Г.Н. Габричевский, И.Ф. Гамалея, Л.А. Зильбер, З.В. Ермольева, П.Ф. Здродовский, В.Д.Тимаков, С.В. Прозоровский и др.).

Д.И. Ивановский – основоположник вирусологии. Развитие вирусологии во второй половине XX века, роль отечественных ученых.

Актуальные проблемы вирусологии в XXI веке.

Основные принципы классификации микроорганизмов. Таксономические категории: род, вид, штамм. Внутривидовая идентификация бактерий: серовар, фаговар, биовар, эковар, патовар, рибовар, резистовар. Примеры таксонов. Эпидемическое маркирование.

Исследование морфологии микроорганизмов: методы микроскопии и окраски. Особенности строения грамположительных и грамотрицательных бактерий. Роль пептидогликана в паразит-хозяинных отношениях.

Классификация бактерий по морфологии. Ультраструктура бактерий. Капсула, спора: назначение и выявление. L-формы.

Морфология и структура спирохет. Патогенные виды. Методы микроскопии и окраски.

Морфология и структура риккетсий, хламидий, микоплазм. Примеры патогенных видов.

Типовые задания (тестовые) для проверки знаний с правильным ответом.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ МОРФОЛОГИИ МИКРООРГАНИЗМОВ

1. ЗАСЛУГИ Р.КОХА В МИКРОБИОЛОГИИ

разработал плотные питательные среды;

разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры;

разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители;

разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители, создал вакцину против бешенства;

разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители, создал вакцину против бешенства, открыл вирусы.

2. УЧЕНЫЙ, ОПИСАВШИЙ АНАЭРОБНЫЙ ТИП ДЫХАНИЯ БАКТЕРИЙ

1. Л. Пастер;

2. И. Мечников;

3. Э. Дженнер;

4. Л. Зильбер;

5. Р.Кох.

3. РАБОТЫ Л. ПАСТЕРА СВЯЗАНЫ С

созданием плотных питательных сред;

раскрытием механизмов гуморального иммунитета;

научным обоснованием вакцинопрофилактики;

конструированием микроскопа;

описанием вирусов.

4. РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ СВЕТОВОГО МИКРОСКОПА

0,2 мкм;

1 мкм;

5 мкм;

0,8 нм;

200 мкм.

5. ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕКТРОННОГО МИКРОСКОПА:

Разрешающая способность 0,2 мкм, общее увеличение до 1000000^x;

Разрешающая способность 0,2 мкм, общее увеличение до 200000^x;

Разрешающая способность 0,2 нм, общее увеличение до 1000000^x;

Разрешающая способность 2 мкм, общее увеличение до 500000^x;

Разрешающая способность 200 мкм, общее увеличение до 20000^x.

6. ФАЗОВО-КОНТРАСТНАЯ МИКРОСКОПИЯ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ

окрашенных флюоресцентными красителями;

окрашенных позитивным методом окраски;

окрашенных негативным методом окраски;

неокрашенных;

окрашенных анилиновыми красителями.

7. В ЛЮМИНЕСЦЕНТНОМ МЕТОДЕ МИКРОСКОПИИ КАК ИСТОЧНИК СВЕТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1. ультрафиолетовое излучение;

2. дневной свет;

3. микроволновое излучение;

4. рентгеновское излучение;

5. инфракрасное излучение.

8. МИКРОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИЗУЧАЮТ СВОЙСТВА БАКТЕРИЙ:

1. морфо-тинкториальные;

2. культуральные;

3. антигенные;

4. токсигенные;

5. биохимические .

9. ДЛЯ КАКОГО ТИПА МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ГОТОВЯТ МИКРОПРЕПАРАТЫ, ОКРАШЕННЫЕ ФЛЮОРЕСЦИРУЮЩИМИ КРАСИТЕЛЯМИ

фазово-контрастной;

темнопольной;

электронной;

люминесцентной;

стандартной световой.

10. ДОСТОИНСТВА МИКРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

возможность ускоренной диагностики;

простота и доступность метода;

при некоторых заболеваниях имеет самостоятельное диагностическое значение;

позволяет выявить клинически значимое количество условно-патогенных микроорганизмов;

все вышеперечисленное.

СТРОЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ КЛЕТКИ

1. ПРИНЦИП ДЕЛЕНИЯ НА ПРОСТЫЕ И СЛОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОКРАСКИ

1. морфология бактерий;

2. способ микроскопии;

3. количество используемых красителей;

4. время окраски;

5. способ фиксации.

2. СЛОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОКРАСКИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ

1. подвижности бактерий;

2. биохимических свойств бактерий;

3. антигенных свойств бактерий;

4. структуры микробной клетки;

5. вирулентности бактерий.

3. ОКРАСКА ПО МЕТОДУ ГРАМА ВЫЯВЛЯЕТ

1. морфологию бактерий;

2. способ получения энергии;

3. строение цитоплазматической мембраны;

4. наличие ядра;

5. состава и строения клеточной стенки.

4. НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ СТРУКТУРЫ БАКТЕРИАЛЬНОЙ КЛЕТКИ

1. рибосомы;

2. цитоплазма;

3. жгутики;

4. цитоплазматическая мембрана;

5. нуклеоид.

5. КЛЕТОЧНОЙ СТЕНКИ НЕ ИМЕЮТ

1. актиномицеты;

2. микоплазмы;

3. риккетсии;

4. бациллы;

5. хламидии.

6. КИСЛОУСТОЙЧИВЫЕ БАКТЕРИИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ В МАЗКЕ, ОКРАШЕННОМ МЕТОДОМ

1. по Ожешко;

2. по Нейссеру;

3. по Бурри-Гинсу;

4. по Циль-Нильсену;

5. по Леффлеру.

7. КАПСУЛА БАКТЕРИЙ

1. органелла движения;

2. обязательная структура;

3. внехромосомный генетический элемент;

4. фактор вирулентности;

5. экзотоксин бактерий.

8. ЖГУТИКИ БАКТЕРИЙ

1. участвуют в передаче генетического материала;

2. состоят из белка флагеллина;

3. характерны, в основном, для Г⁺ бактерий;

4. обязательная структура клетки;

5. участвуют в спорообразовании.

9. СПОРЫ БАКТЕРИЙ

1. способ размножения;

2. внехромосомные факторы наследственности;

3. покоящиеся репродуктивные клетки;

4. эквивалент ядра у бактерий;

5. образуются в процессе деления клетки.

10. К СПОРООБРАЗУЮЩИМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. стрептококки;

2. кlostридии;

3. нейссерии;

4. сальмонеллы;

5. коринебактерии.

11. ФУНКЦИЯ КАПСУЛЫ БАКТЕРИЙ

1. локомоторная;

2. антифагоцитарная;

3. репродуктивная;

4. выделительная;

5. белоксинтезирующая.

12. КАПСУЛА НЕОБХОДИМА БАКТЕРИЯМ ДЛЯ

1. синтеза белка;

2. защиты от иммунитета организма;

3. размножения;
 4. сохранения во внешней среде;
 5. защиты от антибиотиков.
13. ФОРМУ БАКТЕРИЯМ ПРИДАЕТ
1. клеточная стенка;
 2. цитоплазматическая мембрана;
 3. капсула;
 4. спора;
 5. нуклеоид.
14. СПОРЫ НЕОБХОДИМЫ БАКТЕРИЯМ ДЛЯ
1. синтеза белка;
 2. защиты от иммунитета организма;
 3. размножения;
 4. сохранения во внешней среде;
 5. защиты от антибиотиков;
15. ПЕРИТРИХИ – БАКТЕРИИ
с полярно расположенными пучками жгутиков;
со жгутиками по всей поверхности клетки;
не имеющие жгутиков;
с одним полярным жгутиком;
с двумя полярными жгутиками.
16. ФУНКЦИИ ВОРСИНОК
адгезия и участие в конъюгации;
участие в конъюгации и защитная;
защитная и формообразующая;
формообразующая и адгезия;
хранение генетической информации;
17. КАПСУЛА МИКРООРГАНИЗМОВ ПО ГРАМУ КРАСИТСЯ
в красный цвет;
не красится;
в фиолетовый цвет;
в синий цвет;
в черный цвет.
18. КЛЕТОЧНАЯ СТЕНКА Гр- БАКТЕРИЙ ИМЕЕТ
толстый слой пептидогликана, тейхоевые кислоты;
тонкий слой пептидогликана, тейхоевые кислоты;
толстый слой пептидогликана, липополисахаридный слой;
тонкий слой пептидогликана, липополисахаридный слой;
отсутствие пептидогликана, липидный слой.
19. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ БАКТЕРИЙ
нуклеоид;
нуклеоид и цитоплазма;
нуклеоид, цитоплазма и клеточная стенка;
нуклеоид, цитоплазма, клеточная стенка, пили;
нуклеоид, цитоплазма, рибосомы, клеточная стенка.
20. КАПСУЛА БАКТЕРИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
высоким содержанием мукополисахаридов, высокими тинкториальными свойствами;
высоким содержанием мукополисахаридов, низкими тинкториальными свойствами;
низким содержанием мукополисахаридов, высокими тинкториальными свойствами;
низким содержанием мукополисахаридов, низкими тинкториальными свойствами;
низким содержанием липидов, высокими тинкториальными свойствами.
21. СУБСТРАТ КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ
1. миколовая кислота и углеводы;
 2. белки и липиды;
 3. углеводы и белки;
 4. липиды и миколовая кислота;
 5. углеводы и липиды.
22. ОСНОВНОЙ КРАСИТЕЛЬ ПРИ ОКРАСКЕ ПО ГРАМУ
1. генциановый фиолетовый;
 2. фуксин;
 3. метиленовый синий;
 4. окридиновый оранжевый;
 5. бриллиантовый зеленый.
23. ОСНОВНОЙ КРАСИТЕЛЬ ПРИ ОКРАСКЕ ПО ЦИЛЮ-НИЛЬСЕНУ
1. генциановый фиолетовый;
 2. карболовый фуксин Циля;
 3. метиленовый синий;
 4. окридиновый оранжевый;
 5. бриллиантовый зеленый.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА БАКТЕРИЙ
1. характер роста на питательных средах;
 2. способность окрашиваться различными красителями;
 3. форму клеток и их взаимное расположение;
 4. способность синтезировать пигмент;
 5. наличие разных антигенов.
2. МИКОПЛАЗМЫ, L-ФОРМЫ НЕ ИМЕЮТ
1. нуклеоида;

2. рибосом;
3. клеточной стенки;
4. цитоплазматической мембраны;
5. плазмид.

3. ПО ФОРМЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

1. диплококки, стрептококки. стафилококки
2. бациллы, бактерии
3. палочки, кокки, микоплазмы
4. кокки, палочки, извитые
5. клостридии, бациллы

4. К ИЗВИТЫМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. микрококки;
2. бациллы;
3. клостридии;
4. спирохеты;
5. сарцины.

5. К ПАЛОЧКОВИДНЫМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. тетракокки;
2. стрептококки;
3. клостридии;
4. микоплазмы;
5. спириллы.

6. К ШАРОВИДНЫМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. бациллы;
2. сарцины;
3. бактерии;
4. вибрионы;
5. актиномицеты.

7. ОБЛИГАТНЫЕ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЕ ПАЗАЗИТЫ

риккетсии;

- стрептококки;
боррелии;
клостридии;
стафилококки.

8. ПРИЗНАКИ ВИРУСОВ

1. размер менее 200 нм, отсутствие автономного питания;
2. размер более 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм;
3. размер менее 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм, один тип нуклеиновой кислоты;
4. размер более 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм, один тип нуклеиновой кислоты, митотическое деление;
5. размер более 200 мкм, автономное питание.

9. ИЗВИТУЮ ФОРМУ ИМЕЮТ

вибрионы;

вибрионы и спириллы;

вибрионы, спириллы и бациллы;

вибрионы, спириллы, бациллы и клостридии;

вибрионы, спириллы, бациллы, клостридии и хламидии;

10. МОРФОЛОГИЯ КЛОСТРИДИЙ

палочки без спор;

палочки со спорами, диаметр спор не превышает поперечный размер бактерий;

палочки со спорами, диаметр спор больше поперечного размера бактерий;

палочки с биполярными включениями;

извитые формы.

11. СПОРООБРАЗУЮЩИЕ ПАЛОЧКИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ В ЦЕПОЧКУ

1. стрептококки;
2. сарцины;
3. стафилококки;
4. стрептобациллы;
5. клостридии.

12. МИКРООРГАНИЗМОВ ИМЕЮЩИЕ СПОРУ

1. клостридии;
2. стафилококки;
3. микоплазмы;
4. стрептококки;
5. спирохеты.

13. МИКРООРГАНИЗМЫ, НЕ ИМЕЮЩИЕ КЛЕТОЧНОЙ СТЕНКИ

1. стафилококки;
2. вибрионы;
3. спириллы;
4. микоплазмы;
5. риккетсии.

14. ГР+ БАКТЕРИИ, ОБРАЗУЮЩИЕ ВЕТВЯЩИЕСЯ НИТИ, ГИФЫ

1. вибрионы;
2. микоплазмы;
3. риккетсии;
4. стрептобациллы;

5. актиномицеты.

15. МИКРООРГАНИЗМЫ, РАЗМНОЖАЮЩИЕСЯ СПОРАМИ

1. грибы;
2. бактерии;
3. простейшие;
4. водоросли;
5. вирусы.

16. КОККИ, ОБРАЗУЮЩИЕ ДЛИННЫЕ ЦЕПОЧКИ

1. менингококки;
2. стафилококки;
3. стрептококки;
4. гонококки;
5. пневмококки.

Типовые практические задания для проверки умений.

Ситуационная задача №1

Вы закончили бактериологическую работу на своем учебном столе - закрыли колпачком спиртовку, поставили в стакан, предварительно прокалив на огне бактериологическую петлю, предметы разложили по местам. Сняли колпак, халат, взяли сумку и вышли из лаборатории.

1. Какие грубые нарушения в санитарно-эпидемиологическом режиме учебной баклаборатории Вы допустили?

Ситуационная задача №2

Студент получил задание изучить морфологию бактерий в окрашенном мазке. Для этого он поместил препарат на предметный столик, центрировал объектив с увеличением x100. Осветил поле зрения, нашел изображение, но на основании просмотра ряда полей зрения сделал вывод о том, что очень трудно рассматривать микроорганизмы в препарате.

1. Почему студенту не удалось детально рассмотреть форму микроорганизмов в препарате?

Ситуационная задача №3

У ребенка, поступившего с подозрением на дифтерию, был взят на исследование отделяемое пораженной слизистой оболочки зева. Приготовлен и окрашен препарат. При микроскопировании обнаружены голубые палочки с темно-синими утолщениями на концах.

1. Какой это микроорганизм и какой структурный компонент выявляется у бактерий?
2. По какому методу окрашен данный мазок?
3. Какой ещё метод окраски можно использовать для выявления данных бактерий?

Ситуационная задача №4

В окрашенных мазках из мокроты больного воспалением легких обнаружены ланцетовидной формы попарно расположенные кокки фиолетового цвета с бесцветной каймой вокруг.

1. Как называется микроорганизм?
2. Чем представлена бесцветная кайма?

Ситуационная задача №5

В мазке обнаружены палочки фиолетового цвета с овальным бесцветным центрально расположенным образованием, располагающиеся цепочками, и того же цвета ланцетовидной формы кокки, располагающиеся попарно.

1. Каким методом окрашен мазок?
2. Как называются эти микроорганизмы?

Ситуационная задача №6

В материале от больного, поступившего с подозрением на холеру, были обнаружены слегка изогнутые грамтрицательные палочки и было проведено изучение подвижности бактерий.

1. С какой целью проводилось изучение подвижности бактерий?
2. Как определяют подвижность?

Ситуационная задача №7

К врачу-дерматовенерологу обратился больной С. Из гнойного отделяемого уретры сделан мазок, окрашенный метиленовой синькой. При микроскопии в препарате обнаружена масса лейкоцитов, в цитоплазме которых находилось большое количество бобовидной формы диплококков.

1. Результаты какого процесса наблюдаются в лейкоцитах?
2. Какой диагноз Вы поставите на основании бактериоскопического исследования?

Эталоны решения типовых задач, результата тестирования

Ситуационная задача №1

После выполнения лабораторных работ студент обязан отчитаться перед преподавателем о результатах исследований и привести в полный порядок свое рабочее место:

а) тщательно вымыть и прополоскать дистиллированной водой посуду своего комплекта; б) протереть склянки реактивного набора и привести в порядок свое рабочее место; в) привести в порядок и выключить используемую аппаратуру; г) проверить выключение нагревательных приборов, воды, газа.

Сдать свое рабочее место дежурному лаборанту и доложить преподавателю об окончании работы.

Дежурные студенты обязаны строго следить за наличием всех необходимых принадлежностей для проведения лабораторных работ, при их недостатке обращаться за пополнением к дежурному лаборанту. После окончания работы дежурные студенты должны прибрать и вычистить все принадлежности и рабочие места общего пользования, провести влажную уборку учебной комнаты и сдать ее дежурному лаборанту.

Ситуационная задача №2.

Возможно, потому что он не использовал иммерсионное масло.

Ситуационная задача №3.

1) Коринебактерия имеет клеточную стенку в ней имеется муреин ковалентно связан с тейхоевыми кислотами который прочно удерживают комплекс генцианового фиолетового и йода грамположительный.

2) По Граму

3) Окраска по Нейсеру позволяет выявить характерные зерна Бабеша-Эрнста и отличить от ложнодифтерийной палочки

Ситуационная задача №4

1) Streptococcus pyogenes на кровяном агаре (возбудитель пневмонии)

2) Зона гемолиза в-гемолитический образует прозрачную зону

Ситуационная задача №6

1) выявление подвижного монотриха – признак холерного вибриона

2) Метод раздавленной капли, темнопольная иммерсионная микроскопия

Ситуационная задача №5

1) По Граму

2) Пневмококки и бациллы

Ситуационная задача №7

- 1) незавершенный лейкоцитоз
- 2) острая гонорея

Вопросы для самоконтроля

Микробиология как фундаментальная наука, объекты изучения. Задачи медицинской микробиологии и ее значение в практической деятельности врача.

Исторические этапы развития микробиологии.

Основные принципы классификации микроорганизмов.

Таксономические категории: род, вид, штамм.

Внутривидовая идентификация бактерий: серовар, фаговар, биовар, эковар, патовар, рибовар, резистовар.

Исследование морфологии микроорганизмов: методы микроскопии и окраски.

Особенности строения грамположительных и грамотрицательных бактерий.

Классификация бактерий по морфологии.

Ультраструктура бактерий.

Морфология и структура спирохет. Патогенные виды. Методы микроскопии и окраски.

Морфология и структура риккетсий, хламидий, микоплазм. Примеры патогенных видов.

Тема 2. Физиология и генетика микроорганизмов

Форма текущего контроля успеваемости – устная (устный опрос), письменная (конспект, реферат)

Критерии оценивания устного ответа

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов билета ординатору, имеющему достаточно высокий рейтинг за год, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На экзамене выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг за год, если он показывает добросовестное отношение к учебе в течение года.

Критерии оценивания конспекта

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за отсутствие конспекта теоретического материала, конспекта ответов на вопросы из перечня, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полный конспект теоретического материала, конспект ответов на вопросы из перечня, за формальные ответы.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, решение шаблонных ситуационных задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, самостоятельное решение ситуационных задач.

Критерии оценки реферата

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Нет реферата
Удовлетворительно	Не полное раскрытие темы, нарушение в оформлении
Хорошо	Раскрытие темы, нарушения в оформлении, использование ограниченного количества литературы (менее 5 источников)
Отлично	Раскрытие темы, оформление согласно требованиям, достаточное количество реферируемой литературы, наличие собственных выводов

Критерии оценки тестирования:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за ответы на менее 70% вопросов тестового задания
Удовлетворительно	Выставляется за ответы на 70% - 80% вопросов тестового задания
Хорошо	Выставляется за ответы на 80% - 90% вопросов тестового задания
Отлично	Выставляется за ответы на 90% и более вопросов тестового задания

Вопросы для проверки знаний.

Классификация бактерий по типам питания. Ферменты бактерий. Практическое использование биохимической активности микроорганизмов: идентификация, биотехнология.

Основные типы биологического окисления субстрата бактериями. Культивирование анаэробов.

Фазы размножения бактериальной популяции. Условия культивирования бактерий. Питательные среды: требования к средам, классификация.

Примеры сред.

Чистая культура бактерий и методы ее выделения. Примеры выделения чистой культуры.

Действие на микроорганизмы физических, химических и биологических факторов. Практическое применение.

Строение генома бактерий. Понятие о генотипе и фенотипе. Виды изменчивости.

Плазмиды бактерий, их функции и свойства. Использование в генной инженерии.

Генная инженерия. Задачи, значение в медицинской микробиологии: генно-инженерные вакцины, генные методы диагностики (ММГ, ПЦР).

Генетический обмен (рекомбинации) у бактерий: трансформация, трансдукция и конъюгация, лизогенная конверсия. Роль в адаптации микробов.

Понятие о вирусе. Современные принципы классификации. Морфология и структура вирионов. Прионы и вириоды.
Типы взаимодействия вируса с клеткой хозяина. Фазы репродукции вирусов.
Морфология и структура вирусов бактерий (бактериофагов). Особенности взаимодействия с бактериями вирулентного и умеренного фагов.
Применение фагов в микробиологии и медицине.
Культивирование вирусов в клеточных культурах, курином эмбрионе, организме животных. Методы обнаружения (индикации) вирусов по цитопатическому действию, реакции гемагглютинации, внутриклеточным включениям.
Формы симбиоза. Особенности паразит - хозяинных взаимодействий. Взаимоотношения между микробами в ассоциациях: симбиоз, метабиоз; синергизм, антагонизм; микробы – антагонисты, их использование в производстве.
Типовые задания (тестовые) для проверки знаний с правильным ответом.

ФИЗИОЛОГИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ

1. ГРУППЫ МИКРООРГАНИЗМОВ ПО ТИПУ ПИТАНИЯ

аутоотрофы и аэробы;
аэробы и мезофилы;
мезофилы и гетеротрофы;
гетеротрофы и аутоотрофы;
мезофилы и микроаэрофилы.

2. ГЕТЕРОТРОФЫ УСВАИВАЮТ

углерод из органических, азот из органических соединений;
углерод из неорганических, азот из органических соединений;
углерод из органических, азот из неорганических соединений;
углерод из неорганических, азот из неорганических соединений;

3. УСЛОВИЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ БАКТЕРИЙ

питательная среда;
питательная среда, длительность инкубации;
питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура;
питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура, аэробные или анаэробные условия;
питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура, аэробные или анаэробные условия, регуляция атмосферного давления.

4. ПИТАНИЕ БАКТЕРИЙ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРОСТЕЙШИХ ПО ФАЗЕ

синтеза веществ в клетке;
экзогенного расщепления питательных веществ;
расщепление веществ в клетке;
выведения продуктов обмена веществ;
депонирования продуктов обмена веществ.

5. ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ АНАЭРОБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПИТАТЕЛЬНЫЕ СРЕДЫ:

среда Плоскирева и Китт-Тароцци;
среда Китт-Тароцци и Вильсон-Блера;
среда Вильсон-Блера и мясопептонный бульон (МПБ);
МПБ и среда Плоскирева;
МПБ и среда Китт-Тароцци.

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДЫ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ

выделения определенного вида микробов;
выделения и идентификации разных видов микроорганизмов;
выделения облигатных анаэробов;
выделения облигатных паразитов;
выделения возбудителя заболевания.

7. СПОСОБ РАЗМНОЖЕНИЯ ПАТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ

деление;
деление и почкование;
деление, почкование и конъюгация;
деление, почкование, конъюгация и спорообразование;
деление, почкование, конъюгация, спорообразование и дисъюнктивный.

8. ПО ТИПУ ДЫХАНИЯ МИКРООРГАНИЗМЫ ДЕЛЯТСЯ НА

облигатные анаэробы;
облигатные анаэробы и факультативные анаэробы;
облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы;
облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы, микроаэрофилы;
облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы, микроаэрофилы и мезофилы.

9. КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЯВЛЯЕТСЯ

определение вида микроба;
выделение чистой культуры;
определение биохимической активности микробов;
определение морфологии микроорганизмов;
определение вида возбудителя.

10. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЧИСТОЙ КУЛЬТУРЫ

морфология;
морфология, биохимические свойства;
морфология, биохимические свойства, аг структура;
морфология, биохимические свойства, аг структура, антибиотикограмма;
морфология, биохимические свойства, аг структура, антибиотикограмма, фаготипирование.

11. МИКРООРГАНИЗМЫ ОДНОГО ВИДА, ОТЛИЧАЮЩИЕСЯ ПО БИОЛОГИЧЕСКИМ СВОЙСТВАМ НАЗЫВАЮТСЯ

штамм;
серовар;
биовар;
эковар;
фаготип.

12. ЧИСТУЮ КУЛЬТУРУ СПОРООБРАЗУЮЩИХ БАКТЕРИЙ МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ ПРИ ОБРАБОТКЕ ИССЛЕДУЕМОГО МАТЕРИАЛА

1. УФЛ;
2. кислотой;

3. высокой температурой;
4. замораживанием;
5. высоким давлением.

ГЕНЕТИКА БАКТЕРИЙ .БАКТЕРИОФАГИ

1. МЕХАНИЗМЫ РЕКОМБИНАЦИИ

конъюгация;
конъюгация и трансформация;
конъюгация, трансформация и трансдукция;
конъюгация, трансформация, трансдукция и модификация;
конъюгация, трансформация, трансдукция, модификация и мутация;

2. МАТЕРИАЛЬНАЯ ОСНОВА НАСЛЕДСТВЕННОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ

ядро;
ядро, нуклеоид;
ядро, нуклеоид, плазмиды;
ядро, нуклеоид, плазмиды, профаги;
ядро, нуклеоид, плазмиды, профаги, транспозоны.

3. ФОРМЫ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ БАКТЕРИЙ

мутации;
мутации, рекомбинации;
мутации, рекомбинации, лизогенная конверсия;
мутации, рекомбинации, лизогенная конверсия, модификации;
мутации, рекомбинации, лизогенная конверсия, модификации, I-формы.

4. ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЛАЗМИД

антибиотикорезистентность;
антибиотикорезистентность, способность к конъюгации;
антибиотикорезистентность, способность к конъюгации, бактериоциногенность;
антибиотикорезистентность, способность к конъюгации, бактериоциногенность, токсигенность;
антибиотикорезистентность, способность к конъюгации, бактериоциногенность, токсигенность, анаэробный тип дыхания.

5. ПРИМЕНЕНИЕ ВИРУЛЕНТНЫХ БАКТЕРИОФАГОВ

диагностика инфекционных заболеваний;
диагностика и профилактика инфекционных заболеваний;
диагностика, профилактика и лечение инфекционных заболеваний;
диагностика, профилактика, лечение инфекционных заболеваний и санация вирусоносителей;
диагностика, профилактика, лечение инфекционных заболеваний и санация вирусоносителей, создание вакцин.

6. ДЛЯ БАКТЕРИОФАГА ХАРАКТЕРНО

клеточная структура, факультативный паразитизм, неспецифическое действие;
отсутствие клеточной структуры, облигатный паразитизм, специфическое действие;
клеточная структура, облигатный паразитизм, неспецифическое действие;
отсутствие клеточной структуры, факультативный паразитизм, специфическое действие;
отсутствие клеточной структуры, факультативный паразитизм, неспецифическое действие;

7. ФОРМА РЕКОМБИНАЦИИ С УЧАСТИЕМ БАКТЕРИОФАГА

1. трансформация;
2. трансдукция;
3. лизогенная конверсия;
4. конъюгация;
5. мутация.

8. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ БАКТЕРИОФАГИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В

1. серологическом методе;
2. аллергическом методе;
3. бактериологическом методе;
4. биологическом методе;
5. микроскопическом методе.

Типовые практические задания для проверки умений.

Ситуационная задача №7

В лабораторию поступили испражнения больного брюшным тифом. Из этого материала необходимо выделить чистую культуру бактерий. Новый сотрудник лаборатории лаборант Р. была в затруднении в выборе питательной среды для этой цели.

1. Как Вы думаете, какие среды лучше использовать в данном случае?

Ситуационная задача №8

При посеве испражнений больного брюшным тифом на среду Эндо и последующей инкубации в термостате получили рост колоний, имеющих различную окраску и размеры. Одни колонии были красного цвета, крупные, другие - бесцветные, мелкие. 1. Одного ли вида микроорганизмы находились в исследуемом материале?

2. К какой группе сред (по назначению) относится указанная выше среда?

3. Какие еще среды можно применить для этих целей?

Ситуационная задача №9

Приготовлена «почвенная болтушка» в соотношении 1:10. Сделан посев надосадочной жидкости в среду Китт-Тароцци. Через сутки после инкубирования в термостате отмечается помутнение среды и осадок.

1. К какому типу дыхания относятся выросшие микроорганизмы?

2. По каким признакам определяют рост бактерий?

Ситуационная задача №10

Перед вами пробирка с культурой клеток после заражения носоглоточным смывом больного. Под микроскопом видны клетки неправильной формы, имеются межклеточные разрывы, некоторые клетки отслоились от стенки пробирки, цвет питательной среды красный.

1. О чем свидетельствуют такие изменения?

Ситуационная задача №11

В терапевтическом отделении находился на лечении больной с диагнозом «крупозная пневмония». После микроскопического исследования был поставлен диагноз «пневмококковая пневмония». Из оставшегося материала приготовлена взвесь с питательным бульоном и введена внутривенно белой мыши. Через 24 часа мышь погибла. Животное вскрыли, приготовили мазки-отпечатки из печени, селезенки, крови из

сердца и окрасили метиленовой синькой.

1. Как Вы думаете, какая микроскопическая картина была получена?
2. Какой использован метод лабораторной диагностики?

Эталоны решения типовых задач, результата тестирования

Ситуационная задача №7

Ответ Наиболее достоверный метод диагностики брюшного тифа - выделение возбудителя. Для этого проводят посев 10 мл крови на 100 мл среды, содержащей желчь (10-20% желчный бульон, среда Раппопорта). Выделение гемокультуры наиболее эффективно в первую неделю болезни, однако с диагностической целью исследование проводят во все периоды температурной реакции. Посевы испражнений (копрокультуру) и мочи (уринокультуру) также проводят во все периоды заболевания, особенно на 2-3-й неделе. Вместе с тем необходимо помнить, что брюшнотифозную палочку из кала и мочи можно выделить не только у больных брюшным тифом, но и от бактерионосителей при различных лихорадочных состояниях. Посевы испражнений и мочи выполняют на плотные питательные среды.

Помимо бактериологических исследований уже с первых дней болезни можно выявить брюшнотифозный O-Ag в испражнениях

Ситуационная задача №8

- 1) Разного
- 2) Дифференциально-диагностические
- 3) среда Плоскирева, Висмут-сульфит агар

Ситуационная задача №9

- 1) Анаэробы
- 2) По помутнению среды

Ситуационная задача №10

ОТВ цитопатическое действие вируса (возможно парагриппа)

Ситуационная задача №11

1) Биологический метод: внутрибрюшинное заражение белых мышей исследуемым материалом (чаще мокротой). Красят по Граму. На розовом фоне, образованном клетками ткани, обнаруживаются грамположительные диплококки слегка вытянутой формы, напоминающие контуры пламени свечи или ланцета, окруженные бесцветной капсулой.

Метод вспомогательный, ограничивается трудоемкостью, наличием в материале других видов микроорганизмов, патогенных для мышей, низкой чувствительностью мышей к некоторым сероварам пневмококка.

2) Микроскопия - мазок из патологического материала с окраской по Граму. Обнаружение грамположительных капсульных диплококков. Обнаружение антигена в сыворотке или ликворе (РСК, латекс-агглютинация, встречный иммуноэлектрофорез).

Вопросы для самоконтроля

Классификация бактерий по типам питания. Ферменты бактерий. Практическое использование биохимической активности микроорганизмов: идентификация, биотехнология.

Фазы размножения бактериальной популяции. Условия культивирования бактерий. Питательные среды: требования к средам, классификация.

Примеры сред.

Чистая культура бактерий и методы ее выделения. Примеры выделения чистой культуры.

Действие на микроорганизмы физических, химических и биологических факторов. Практическое применение.

Генная инженерия. Задачи, значение в медицинской микробиологии: генно-инженерные вакцины, генные методы диагностики (ММГ, ПЦР).

Культивирование вирусов в клеточных культурах, курином эмбрионе, организме животных. Методы обнаружения (индикации) вирусов по цитопатическому действию, реакции гемагглютинации, внутриклеточным включениям.

Формы симбиоза. Особенности паразит - хозяинных взаимодействий. Взаимоотношения между микробами в ассоциациях: симбиоз, метабиоз; синергизм, антагонизм; микробы – антагонисты, их использование в производстве.

Тема 3. Экология микроорганизмов

Форма текущего контроля успеваемости – устная (устный опрос), письменная (конспект, реферат)

Критерии оценивания устного ответа

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов билета ординатору, имеющему достаточно высокий рейтинг за год, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На экзамене выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг за год, если он показывает добросовестное отношение к учебе в течение года.

Критерии оценивания конспекта

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за отсутствие конспекта теоретического материала, конспекта ответов на вопросы из перечня, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полный конспект теоретического материала, конспект ответов на вопросы из перечня, за формальные ответы.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, решение шаблонных ситуационных задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, самостоятельное решение ситуационных задач.

Критерии оценки реферата

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Нет реферата
Удовлетворительно	Не полное раскрытие темы, нарушение в оформлении
Хорошо	Раскрытие темы, нарушения в оформлении, использование ограниченного количества литературы (менее 5 источников)
Отлично	Раскрытие темы, оформление согласно требованиям, достаточное количество реферируемой литературы, наличие собственных выводов

Критерии оценки тестирования:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за ответы на менее 70% вопросов тестового задания
Удовлетворительно	Выставляется за ответы на 70% - 80% вопросов тестового задания
Хорошо	Выставляется за ответы на 80% - 90% вопросов тестового задания
Отлично	Выставляется за ответы на 90% и более вопросов тестового задания

Вопросы для проверки знаний.

Факторы внешней среды, результаты их действий на микроорганизмы, условия, определяющие подобный результат. Понятие о стерилизации, дезинфекции, асептике и антисептике. Примеры. Способы стерилизации. Аппаратура.

Понятие о химиотерапии и химиотерапевтических препаратах. Химиотерапевтический индекс. Механизмы действия сульфаниламидов и хинолонов.

Антибиотики. Определение. Классификация по источнику и способу получения. Классификация по химической структуре, по механизму и спектру действия.

Механизмы, обеспечивающие формирование резистентности микроорганизмов к лекарственным препаратам. Пути преодоления.

Методы определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Типовые задания (тестовые) для проверки знаний с правильным ответом.

ЭКОЛОГИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ

1. ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ БАКТЕРИЙ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В НАИБОЛЕЕ КОЛОНИЗИРОВАННЫХ ОТДЕЛАХ КИШЕЧНИКА ЧЕЛОВЕКА

бифидобактерии;

золотистый стафилококк;

менингококк;

эшерихии;

верно «а» и «г».

2. ТЕРМИН «САНИТАРНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ»

ОБОЗНАЧАЕТ:

постоянное обитание в естественных полостях человека и животных и постоянное выделение во внешнюю среду;

активное размножение во внешней среде;

отсутствие размножения во внешней среде;

низкая изменчивость во внешней среде;

верно «а», «в» и «г».

3. ГРУППЫ МИКРООРГАНИЗМОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В КРУГОВОРОТЕ

АЗОТА

нитробактерии;

гонококки;

бактерии-протеолиты;

маслянокислые бактерии;

дрожжи.

4. АНТАГОНИСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ОБЛИГАТНОЙ МИКРОФЛОРЫ

СВЯЗАНЫ С

образованием бактериоцинов;

более высокой скоростью размножения по сравнению с патогенной микрофлорой;

образованием молочной кислоты, жирных кислот;

способностью размножаться в анаэробных условиях;

верно «а» и «в».

5. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИКРОБНОГО ЧИСЛА ВОЗДУХА ИСПОЛЬЗУЮТ

аппарат Кротова;

сухожаровой шкаф;

фильтр Зейца;

автоклав;

камера Горяева.

6. ПОНЯТИЕ БГКП (БАКТЕРИИ ГРУППЫ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ)

ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ РОД

Candida;

Escherichia;

Clostridium;

Pseudomonas;

Staphylococcus.

7. СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ВЗРОСЛОГО

ЧЕЛОВЕКА

бактероиды;

бифидобактерии;

сальмонеллы;

энтерококки;

верно «а», «б» и «г».

8. ГРУППЫ МИКРООРГАНИЗМОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В КРУГОВОРОТЕ

УГЛЕРОДА

нитробактерии;

молочнокислый стрептококк;

нитробактерии;
маслянокислые бактерии;
верно «б» и «г».

9. ОБЛИГАТНАЯ МИКРОФЛОРА КОЖИ

непатогенные стафилококки;
кишечная палочка;
коринебактерии;
пропионобактерии;
верно «а», «в» и «г».

10. САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ВОДЫ НЕЛЬЗЯ ОЦЕНИВАТЬ ПО ОБЩЕМУ МИКРОБНОМУ ЧИСЛУ (ОМЧ);

колифагам;
термотолерантным колиформным бактериям (ТКБ);
перфрингенс-титру;

общим колиформным бактериям (ОКБ).

11. САНИТАРНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ДЛЯ ВОДЫ

Staphylococcus aureus;
Streptococcus pyogenes;
Escherichia coli;
Corinebacterium diphtheria;
верно «а» и «б».

12. ПОНЯТИЕ ИНДЕКСА

максимальное количество субстрата, в котором обнаруживаются СПМО;
минимальное количество субстрата, в котором еще обнаруживаются СПМО;
количество СПМО, которое не содержится в 1 л воды или в 1 см³ другого субстрата;
количество СПМО, которое содержится в 1 л воды или в 1 см³ другого субстрата;
минимальное количество субстрата, в котором не обнаруживаются СПМО.

13. САНИТАРНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ДЛЯ ВОЗДУХА

клубнички;
гемолитический стрептококк;
кишечная палочка;
золотистый стафилококк;
верно «б» и «г».

15. ОСНОВНЫЕ САНИТАРНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ

грибы рода *Candida*;
термофильные бактерии;
бациллы;
rod Proteus;

бактерии-протеолиты.

ДЕЙСТВИЕ ХИМИЧЕСКИХ И ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА МИКРООРГАНИЗМЫ

1. ХИМИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ

фенолы;
фенолы и кислоты;
фенолы, кислоты и щелочи;
фенолы, кислоты, щелочи и соли тяжелых металлов;
фенолы, кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, сульфаниламиды и антибиотики.

2. МЕТОДЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ

фильтрация, автоклавирование;
фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф;
фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф, пастеризация;
фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф, γ -излучение;
фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф, УФЛ, γ -излучение, пастеризация.

3. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ МЕТАЛЛИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

кипячение;
паровая стерилизация;
ультразвуковая стерилизация;
сухожаровая стерилизация;
фильтрация.

4. В АВТОКЛАВЕ МОЖНО СТЕРИЛИЗОВАТЬ

перевязочный материал;
питательные среды;
пластиковые шприцы;
растворы;

верно «а», «б» и «г».

5. МЕТОД СТЕРИЛИЗАЦИИ МАТЕРИАЛОВ, НЕ ВЫДЕРЖИВАЮЩИХ ВЫСОКИХ ТЕМПЕРАТУР (80-100°C)

тиндализация;
сухим жаром;
дробная стерилизация;
автоклавирование;

верно «а» и «в».

6. ЦЕЛЬ СОЗДАНИЯ ПОВЫШЕННОГО ДАВЛЕНИЯ В АВТОКЛАВЕ

повышение температуры кипения воды;
губительное действие на споры;
понижение температуры кипения воды;
губительное действие только на вегетативные формы микроорганизмов;

верно «а» и «б».

7. РЕЗУЛЬТАТЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА МИКРООРГАНИЗМЫ

бактериостатическое;

бактериостатическое и бактерицидное;
бактериостатическое, бактерицидное и бактериолитическое;
бактериостатическое, бактерицидное, бактериолитическое и изменение свойств;
бактериостатическое, бактерицидное, бактериолитическое, изменение свойств и индифферентное.

8. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ РАСТВОРОВ БЕЛКОВ, АНТИБИОТИКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

тиндализацию и сухожаровую стерилизацию;
сухожаровую стерилизацию и УФЛ;

УФЛ и фильтрование;

фильтрование и тиндализацию;

верно «в» и «г».

9. ПРИ ДРОБНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ В ПРОМЕЖУТКАХ МЕЖДУ НАГРЕВАНИЕМ ЖИДКОСТЬ (СРЕДУ) ХРАНЯТ В ТЕРМОСТАТЕ ИЛИ ПРИ КОМНАТНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ, ПОТОМУ ЧТО

это препятствует контаминации среды после прогревания паром под давлением;

чтобы в последующем применять более низкую температуру;

это препятствует прорастанию спор, т.к. при дробной стерилизации погибают лишь вегетативные формы микробов;

это делают для того, чтобы споры проросли, а затем вегетативные клетки были уничтожены при следующем нагревании;

верно «а» и «в».

10. СТЕРИЛИЗОВАТЬ ОБЪЕКТ ПОЗВОЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ

γ-облучение;

автоклавирование (120°C);

сухой жар;

пастеризация;

верно «а», «б» и «в».

11. МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА СТЕРИЛИЗАЦИИ

молекулярно-биологический;

биологический;

физический;

химический;

верно «б», «в» и «г».

12. ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ

альдегиды, спирты;

белки, амины;

гуанидины, галоидсодержащие вещества;

поверхностно-активные вещества;

верно «а», «в» и «г».

13. УНИЧТОЖЕНИЕ ПАТОГЕННЫХ МИКРОБОВ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ ВО ВНЕШНЕЙ СРЕДЕ

1. дезинфекция;

2. антисептика;

3. химиотерапия;

4. иммунотерапия;

5. верно «а» и «б».

14. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ПОПАДАНИЮ МИКРООРГАНИЗМОВ В РАНУ ИЛИ СТЕРИЛЬНЫЙ ОБЪЕКТ

1. дезинфекция;

2. асептика;

3. антисептика;

4. химиотерапия;

5. иммунотерапия.

15. УНИЧТОЖЕНИЕ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ НА ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА И В РАНЕ

1. дезинфекция;

2. асептика;

3. антисептика;

4. химиотерапия;

5. иммунотерапия.

АНТИБИОТИКИ

1. ПРИЧИНА КОСВЕННОГО ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ АНТИБИОТИКОВ

аллергические реакции;

бактериолиз под влиянием больших доз антибиотиков;

иммунодепрессивное действие;

особенности химического строения, метаболизма, элиминации АБ;

дисбактериоз.

2. ПРИ ОЦЕНКЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКУ *IN VITRO* ДИСКО-ДИФФУЗИОННЫМ СПОСОБОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ

интенсивность роста культуры;

продукцию пигмента;

диаметр зоны подавления роста;

генетические маркеры резистентности;

верно «в» и «г».

3. ПРИРОДНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКРОБОВ К АНТИБИОТИКАМ И ХИМИОПРЕПАРАТАМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

отсутствием «мишени» для действия препарата;

переносом г-генов хромосомы;

наличием инактивирующих ферментов;

мутациями в генах хромосомы;

верно «б» и «в».

4. ПРИОБРЕТЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКРОБОВ К ДЕЙСТВИЮ АНТИБИОТИКОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

отсутствием «мишени» для действия препарата;

мутациями, изменяющими «мишень» действия антибиотика;

переносом г-генов хромосомы;

передачей R-плазмиды;

верно «б», «в» и «г».

5. БАКТЕРИЦИДНЫЕ АНТИБИОТИКИ

тетрациклины;
пенициллины;
полипептиды;
цефалоспорины;

верно «б», «в» и «г».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ЦЕФАЛОСПОРИНА

нарушение синтеза белка;

ингибиторы синтеза клеточной стенки;

дезорганизация ЦПМ;

нарушение синтеза нуклеиновых кислот;

верно «б» и «в».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ТЕТРАЦИКЛИНА

1. нарушение синтеза белка;

ингибиторы синтеза клеточной стенки;

дезорганизация ЦПМ;

нарушение синтеза нуклеиновых кислот;

верно «в» и «г».

8. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИБИОТИКАМИ:

токсическое действие;

токсическое действие и аллергические реакции;

токсическое действие, аллергические реакции и дисбиоз;

токсическое действие, аллергические реакции, дисбиоз и иммунодепрессивное действие;

токсическое действие, аллергические реакции и иммунодепрессивное действие;

9. ПРИ ОЦЕНКЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКУ *IN VITRO* СПОСОБОМ СЕРИЙНЫХ РАЗВЕДЕНИЙ В ЖИДКОЙ СРЕДЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ

интенсивность роста культуры;

продукцию пигмента;

диаметр зоны подавления роста;

генетические маркеры резистентности;

верно «в» и «г».

10. ПРИРОДНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКРОБОВ К АНТИБИОТИКАМ И ХИМИОПРЕПАРАТАМ

наследуемый признак;

признак, формирующийся под влиянием антибиотика;

признак, обусловленный модификационной изменчивостью;

признак, возникающий вследствие передачи плазмиды;

верно «б» и «г».

11. НАЗОВИТЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРИОБРЕТЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРОБОВ К АНТИБИОТИКАМ

мутации в генах;

наличие R-плазмид;

перенос г-генов хромосомы и плазмиды;

природное отсутствие точки приложения действия антибиотика;

верно «а», «б» и «в».

12. БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКИЕ АНТИБИОТИКИ

хлорамфениколы;

тетрациклины;

аминогликозиды;

монобактамы;

верно «а» и «б».

13. МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИЕНОВЫХ АНТИБИОТИКОВ

1. нарушение синтеза белка;

2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;

3. дезорганизация ЦПМ;

4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;

5. верно «в» и «г».

14. МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ПЕНИЦИЛЛИНА

1. нарушение синтеза белка;

2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;

3. дезорганизация ЦПМ;

4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;

5. верно «а» и «б».

15. МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИМИКСИНОВ

1. нарушение синтеза белка;

2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;

3. дезорганизация ЦПМ;

4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;

5. верно «а» и «г».

Типовые практические задания для проверки умений.

Ситуационная задача №1

Проботборщик отобрал пробы питьевой водопроводной воды для санитарно-микробиологического исследования в 9 утра. В лабораторию пробы доставлены в 16 часов.

1. Можно ли проводить исследование этих проб по ГОСТу?

Ситуационная задача №2

Помощник санитарного врача отбирает пробу воды из разводящей сети Городского водопровода. Он обжег кран при помощи тампона, смоченного спиртом, снял пробку с флакона вместе с бумажным колпачком. Открыл кран и заполнил водой бутылку, затем закрыл ее стерильной корковой пробкой.

1. Укажите ошибки в его действиях.

Ситуационная задача №3

Среди жителей дачного поселка, не имеющего централизованного водоснабжения, отмечено несколько случаев заболевания брюшным тифом.

1. Ваши предположения

2. Обоснование о наиболее вероятном источнике инфицирования.

Ситуационная задача №4

Проведен посев воздуха с помощью прибора Кротова. Показание ротаметра – 25 л/ мин. Время отбора пробы 10 мин. На чашке с МПА выросло 75 колоний.

1. Как определить общую микробную обсемененность воздуха?

Ситуационная задача №5

В порядке текущего надзора Вы собираетесь проконтролировать соблюдение противозидемического режима в столовой; бактериального загрязнения оборудования. 1. Что Вам для этого необходимо взять в качестве исследования штамма и какими методами провести исследования?

Ситуационная задача №6

Для санитарно-микробиологического исследования необходимо отобрать пробы хлорированной и нехлорированной воды из артезианской скважины.

1. Чем будет отличаться подготовка к отбору этих проб?

Ситуационная задача №7

Из крови больного выделена культура сальмонеллы брюшного тифа, чувствительная к ампициллину и левомицетину.

Выделение чистой культуры из биологических сред организма (крови – гемокультура; кала, мочи – копро-, уринокультура)

1. Как был получен такой результат?

Ситуационная задача №8

При определении коли-титра молока на среде Эндо выросли лактозопозитивные колонии. 1. Ваши дальнейшие действия?

Эталоны решения типовых задач, результата тестирования

Ситуационная задача №1

Нет, так как исследование воды должно производиться не позднее 2ч с момента отбора лишь в виде исключения допускается хранение пробы до 6 ч при температуре 4-5 0С. А при более длительном хранении может наступить гибель водной микрофлоры или же размножение.

Ситуационная задача №2

ОТВ Затем полностью открывают и в течение 10 мин воду спускают. Воду наливают в бутылки с соблюдением стерильности, не смачивая горлышко, чтобы не допустить замачивания пробки.

Ситуационная задача №3

Больные и бактерионосители выделяют с фекалиями огромное количество брюшнотифозных бактерий, которые на территориях, где нет канализации, попадают в почву, а из нее - в воду рек, арыков и других водоемов, сохраняют в ней болезнетворность до 5 месяцев, распространяются по течению на большие расстояния. И если загрязненная вода из открытых водоемов используется для питья некипяченой (заражения) брюшным тифом не избежать. При попадании в организм брюшнотифозных бактерий с водой вероятность заражения больше, чем в том случае, когда возбудители проникают в него с пищей. Дело в том, что имеется естественный барьер, защищающий организм от болезнетворного действия микробов: кислое содержимое желудочного сока в какой-то мере подавляет их активность. Вода разбавляет желудочный сок, он становится менее кислым, и его барьерная функция ослабевает. Вот почему взятую из открытых водоемов, колодцев воду, предназначенную - не только для питья, но и для мытья посуды, фруктов и ягод, надо обязательно кипятить. Эта простая мера надежно предохранит от заражения брюшным тифом и многими другими кишечными инфекциями, распространяющимися через воду.

Ситуационная задача №4

Подсчитывают количество колоний на чашках, вычисляют среднее арифметическое и делают перерасчет на количество микроорганизмов в 1 м³ воздуха.

250л=25м³(куб), Пропорция: 25м³-75КОЕ, 1м³-Х КОЕ, тогда ОМЧ=75:25=3КОЕ в 1м³

Ситуационная задача №5

ОТВ Воспользуемся методом смывов (тампонами или салфетками), отпечатков (контактный метод), и агаровой заливки.

Ситуационная задача №6

Пробы хлорированной воды берут во флаконы с дехлоратором, так как под действием хлора микробы в воде погибают. В качестве дехлоратора на 500 мл исследуемой воды добавляют 10 мг серноватисто кислого натрия(тиосульфата натрия), Нехлорированная: как обычно: прокалить кран, набрать в стерильную емкость.

Ситуационная задача №7

Выделение гемокультуры. Получив из локтевой вены больного 5– 10 мл крови, засевают ее в соотношении 1:10 в 10% желчный бульон.

Посевы помещают в термостат на 18–24 ч. Выросшую культуру микроскопируют и пересевают на среду Эндо, которую снова на сутки помещают в термостат. Тест на антибиотикочувствительность.

Ситуационная задача №8

ОТВ Лактозопозитивные колонии на среде Эндо – красные (кишечная палочка с типичной биохимической активностью образует на этой среде темно-красные колонии с металлическим блеском, схожим с блеском ртути) нужно сделать пересев на среду Козера для выявления цитратоотрицательных разновидностей киш.палочек и готовят мазки для окрашивания по Граму.

Вопросы для самоконтроля

Факторы внешней среды, результаты их действий на микроорганизмы, условия, определяющие подобный результат. Понятие о стерилизации, дезинфекции, асептике и антисептике. Примеры. Способы стерилизации. Аппаратура.

Понятие о химиотерапии и химиотерапевтических препаратах. Химиотерапевтический индекс. Механизмы действия сульфаниламидов и хинолонов.

Антибиотики. Определение. Классификация по источнику и способу получения. Классификация по химической структуре, по механизму и спектру действия.

Механизмы, обеспечивающие формирование резистентности микроорганизмов к лекарственным препаратам. Пути преодоления.

Методы определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Тема 4. Учение об инфекции. Инфекционный процесс.

Форма текущего контроля успеваемости – устная (устный опрос), письменная (конспект, реферат)

Критерии оценивания устного ответа

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не

	носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов билета ординатору, имеющему достаточно высокий рейтинг за год, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На экзамене выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг за год, если он показывает добросовестное отношение к учебе в течение года.

Критерии оценивания конспекта

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за отсутствие конспекта теоретического материала, конспекта ответов на вопросы из перечня, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полный конспект теоретического материала, конспект ответов на вопросы из перечня, за формальные ответы.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, решение шаблонных ситуационных задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, самостоятельное решение ситуационных задач.

Критерии оценки реферата

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Нет реферата
Удовлетворительно	Не полное раскрытие темы, нарушение в оформлении
Хорошо	Раскрытие темы, нарушения в оформлении, использование ограниченного количества литературы (менее 5 источников)
Отлично	Раскрытие темы, оформление согласно требованиям, достаточное количество реферируемой литературы, наличие собственных выводов

Критерии оценки тестирования:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за ответы на менее 70% вопросов тестового задания
Удовлетворительно	Выставляется за ответы на 70% - 80% вопросов тестового задания
Хорошо	Выставляется за ответы на 80% - 90% вопросов тестового задания
Отлично	Выставляется за ответы на 90% и более вопросов тестового задания

Вопросы для проверки знаний.

Понятия: «Инфекционный процесс» (движущие силы), «Инфекционная болезнь». Внутрибольничные инфекции. Динамика развития инфекционной болезни (периоды), исходы течения. Сепсис, бактериемия, токсемия.

Формы инфекции: экзогенная и эндогенная, очаговая и генерализованная, моно- и смешанная, вторичная инфекция, реинфекция, суперинфекция. Бессимптомная инфекция. Формы. Бактерионосительство здоровое и реконвалесцентное. Персистенция микроорганизмов. Механизмы.

Патогенность и вирулентность микробов. Определение. Факторы колонизации, вирулентности, персистенции. Токсины бактерий, их природа, свойства.

Распространение микроорганизмов в окружающей среде. Понятие о микробных биоценозах. Микробная экология, ее задачи, значение для здравоохранения и медицины.

Нормальная микрофлора организма человека, ее роль в физиологических процессах и при патологии. Индигенная микрофлора кишечника, основные таксоны.

Роль макроорганизма и окружающей среда в инфекционном процессе. Сапронозы. Значение социальных факторов. Неспецифические факторы защиты организма человека от микробов.

Типовые задания (тестовые) для проверки знаний с правильным ответом.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС – ЭТО

1. распространение инфекционных болезней среди животных;
2. наличие возбудителей в окружающей среде;
3. взаимодействие микро- и макроорганизма;
4. зараженность инфекционными агентами переносчиков;
5. распространение болезней среди людей.

2. ИНФЕКЦИИ РАЗДЕЛЯЮТ НА АНТРОПОНОЗЫ, ЗООНОЗЫ И САПРОНОЗЫ ПО

1. механизму передачи;
2. источнику инфекции;
3. резервуару инфекции;
4. месту входных ворот;
5. верно всё.

3. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЗАВИСИТ ОТ

1. устойчивости возбудителя во внешней среде;
2. локализации возбудителя в организме источника инфекции;
3. патогенности возбудителя;
4. вирулентности возбудителя;
5. верно всё.

4. ФАКТОРЫ ИММУНОДЕПРЕССИИ У МИКРОБОВ

R-плазида и антилизозимная активность;
антилизозимная активность и антиинтерфероновая активность;
 антиинтерфероновая активность и Col-плазида;

R-плазида и Col-плазида;

верно всё.

5. ВИРУЛЕНТНОСТЬ - МЕРА

иммуногенности

патогенности

персистенности

специфичности

верно всё.

6. ИЗБИРАТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА МАКРООРГАНИЗМ ОБЛАДАЕТ

1. экзотоксин;

эндотоксин;

ЛЖК;

бактериоцины;

верно всё.

7. ГЕМОЛИЗИН -

эндотоксин;

фермент агрессии;

экзотоксин;

фермент защиты;

верно всё.

8. ФЕРМЕНТ ЗАЩИТЫ -

коллагеназа;

фибринолизин;

плазмокоагулаза;

лецитовителлаза;

верно всё.

9. ЭНДОТОКСИН -

неспецифичен;

неспецифичен и термостабилен;

неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки;

неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки, освобождается при разрушении клетки;

неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки, освобождается при разрушении клеток преимущественно спорообразующих микроорганизмов.

10. DLM - ЕДИНИЦА ИЗМЕРЕНИЯ

лизогении

вирулентности

антибиотикочувствительности

персистенции

бактериоциногении

11. ФАКТОР МИКРОБНОГО АНТАГОНИЗМА

1. гиалуронидаза;

2. плазмокоагулаза;

3. лизоцим;

4. гемолизин;

5. эндотоксин.

12. НА ЭТАПЕ КОЛОНИЗАЦИИ МИКРООРГАНИЗМОВ УЧАСТВУЮТ

адгезины;

адгезины и бактериоцины;

адгезины, бактериоцины и нейраминидаза;

адгезины, бактериоцины, нейраминидаза и экзопроteaseы;

адгезины, бактериоцины, нейраминидаза, экзопроteaseы и нуклеиновые кислоты.

13. ПЕРСИСТЕНЦИЯ

1. длительное выживание микроба в организме человека;

2. длительное выживание микроба в окружающей среде;

3. длительное выживание микроба в элективной среде;

4. длительное выживание микроба в крио-среде;

5. верно всё.

14. ЛИПОПОЛИСАХАРИД БАКТЕРИЙ ИГРАЕТ РОЛЬ

информационной макромолекулы

эндотоксина и O-антигена

регулятора синтеза пептидогликана

в патогенезе токсинемических инфекций

биоэнергетического источника

15. ФАКТОРЫ ПЕРСИСТЕНЦИИ – АНТИЛИЗОЦИМНАЯ АКТИВНОСТЬ, АНТИИНТЕРФЕРОНОВАЯ АКТИВНОСТЬ,

АНТИКОМПЛЕМЕНТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ

секретируемые;

экранирующие;

связаны с дефектом клеточной стенки микробов;

генетически детерминированы в плазмиде;

верно «а», «г».

16. АНТРОПОНОЗЫ

восприимчив человек, восприимчивы животные;

восприимчив человек, не восприимчивы животные;

не восприимчив человек, восприимчивы животные;

не восприимчив человек, не восприимчивы животные;

всё неверно.

17. СЕПТИКОПИЕМИЯ

размножение микробов в крови, гнойные очаги в органах;

размножение микробов в крови, без гнойных очагов в органах;

отсутствие размножения микробов в крови, гнойные очаги в органах;

отсутствие размножения микробов в крови, отсутствие гнойных очагов в органах;

всё неверно.

18. БАКТЕРИЕМИЯ

размножение микробов в тканях;

размножение микробов в тканях и проникновение в кровь;

размножение микробов в тканях, проникновение их в кровь и размножение микробов в крови;

размножение микробов в тканях, проникновение их в кровь и размножение микробов в крови и формирование гнойных очагов;
всё неверно.

19. ВЫХОД ТОКСИНОВ В КРОВЬ

1. бактериемия;

2. септицемия;

3. септикопиемия;

4. токсинемия;

5. всё неверно.

20. СУПЕРИНФЕКЦИЯ

1. повторное заражение тем же видом микробов после выздоровления;

2. повторное заражение тем же видом микробов до окончания основного заболевания;

3. заражение другим видом микробов после выздоровления;

4. заражение другим видом микробов до окончания основного заболевания;

5. всё неверно.

21. ВОСПРИИМЧИВОСТЬ

1. видовой признак, передаётся по наследству;

2. индивидуальный признак, не передаётся по наследству;

3. видовой признак, не передаётся по наследству;

4. индивидуальный признак, передаётся по наследству;

5. всё неверно.

22. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕСТЕСТВЕННУЮ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

1. эндокринный статус;

2. иммуногенетический статус;

3. возраст;

4. физическая нагрузка;

5. всё верно.

23. К ФАКТОРАМ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

1. интерфероны;

2. естественные киллеры (НК-клетки);

3. макрофаги;

4. система-комплемента;

5. всё верно.

24. ГУМОРАЛЬНЫЕ И КЛЕТОЧНЫЕ ФАКТОРЫ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

лизоцим;

лизоцим и комплемент;

лизоцим, комплемент и бета-лизины;

лизоцим, комплемент, бета-лизины и нейтрофилы;

лизоцим, комплемент, бета-лизины, нейтрофилы и макрофаги.

25. КИСЛОРОДОЗАВИСИМЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФАГОЦИТОЗА

лактоферрин, лизоцим, протеазы, фосфолипазы;

лактоферрин, лизоцим, H_2O_2 , NO, синглетный кислород;

лизоцим, H_2O_2 , NO, синглетный кислород, HOCl;

H_2O_2 , оксид азота, кислородные радикалы, HOCl;

всё неверно.

26. УНИВЕРСАЛЬНЫЕ АНТИМИКРОБНЫЕ ФАКТОРЫ

1. лизоцим, дефенсины;

2. дефенсины, ТКБ;

3. ТКБ, система комплимента;

4. система комплимента, БОФ;

5. всё неверно.

27. ФАГОЦИТОЗ РЕАЛИЗУЕТСЯ КЛЕТКАМИ

1. макрофаги, нейтрофилы;

2. нейтрофилы, Т-лимфоциты;

3. Т-лимфоциты, В-лимфоциты;

4. В-лимфоциты, макрофаги;

5. всё неверно.

28. НАИБОЛЕЕ ВЫГОДНЫЙ ДЛЯ МИКРОБА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

выздоровление;

смерть;

бактерионосительство;

верно «б», «в»;

всё неверно.

29. НОРМАЛЬНАЯ МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА УЧАСТВУЕТ В

переваривании пищи;

переваривании пищи и стимуляции иммуногенеза;

переваривании пищи, стимуляции иммуногенеза и синтезе витаминов;

переваривании пищи, стимуляции иммуногенеза, синтезе витаминов и секреторных иммуноглобулинов;

переваривании пищи, стимуляции иммуногенеза, синтезе витаминов и секреторных иммуноглобулинов, развитии эндогенной инфекции.

30. ПРИ ЛАТЕНТНОЙ ИНФЕКЦИИ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

1. есть внутриклеточный паразитизм, есть выделение возбудителя во внешнюю среду;

2. нет внутриклеточного паразитизма, есть выделение возбудителя во внешнюю среду;

3. есть внутриклеточный паразитизм, нет выделения возбудителя во внешнюю среду;

4. нет внутриклеточного паразитизма, нет выделения возбудителя во внешнюю среду;

5. всё неверно.

Типовые практические задания для проверки умений.

Ситуационная задача №1

В хирургическом отделении КГБ №50 в палате №6 находился больной, у которого после операции нагноилась рана. Проводимое лечение антибиотиками не давало никаких результатов. Было принято решение провести микробиологическое исследование.

Задания:

Что служит исследуемым материалом у данного больного?

Чем и как необходимо взять его на бактериологическое исследование?

Какой микроб, чаще всего, вызывает гнойно-воспалительные заболевания?

Каковы его морфологические и тинкториальные свойства?

Какова цель бактериологического исследования материала у данного больного?

Ситуационная задача №2

Предметом изучения микробиологии являются микробы, невидимые невооруженным глазом. Они встречаются повсюду, среди них есть полезные и вредные для организма человека.

Задания:

Каковы основные задачи медицинской микробиологии?

Фактором передачи каких возбудителей инфекционных заболеваний являются вода, воздух и почва?

Назовите санитарно-показательные микроорганизмы воды, воздуха, в смывах с рук и объектов внешней среды?

Чем и как брать смывы с рук? На какую среду и как провести посев смыва с рук?

Какие дезинфектанты применяются для дезинфекции рук?

Ситуационная задача №3

Грипп относится к респираторным вирусным инфекциям, вызывающим массовые тяжелые заболевания, возникают эпидемии и пандемии.

Задания:

Дайте определение понятиям «эпидемия» и «пандемия».

Какая характерная особенность возбудителя гриппа затрудняет проведение эффективной специфической профилактики?

Эталоны решения типовых задач, результата тестирования

Ситуационная задача №1

Исследуемым материалом у данного больного служит отделяемое раны.

Материал берут двумя тампонами. Одним тампоном снимают поверхностный слой, содержащий, в основном, неживые микробы, а вторым тампоном берут материал непосредственно из раны.

Гнойно-воспалительные заболевания чаще всего вызывают стафилококки.

Стафилококки относятся к шаровидным бактериям и располагаются скоплениями - в виде «гроздьев винограда». Стафилококки по Граму окрашиваются в фиолетовый цвет Гр(+).

Микробиологическое исследование проводится с целью выделения возбудителя из исследуемого материала больного и определения чувствительности его к антибиотикам.

Ситуационная задача №2

Основными задачами медицинской микробиологии являются: а) выявление возбудителей инфекционных заболеваний; б) разработка новых методов микробиологической диагностики; в) получение иммунологических препаратов для специфической профилактики, терапии инфекционных заболеваний и иммунодиагностики.

Вода является фактором передачи, в основном, кишечных инфекций: брюшного тифа, паратифов «А» и «В», дизентерии, холеры и др.; воздух - воздушно-капельных инфекций: коклюша, дифтерии, туберкулеза, кори, гриппа, эпидемического паротита, ветряной и натуральной оспы, краснухи, менингококковой инфекции, скарлатины и др.; почва - раневых анаэробных инфекций: столбняка, газовой гангрены, а также пищевой интоксикации - ботулизма.

СПМ воды - бактерии группы кишечной палочки (КФБ, ТКФБ); воздуха - золотистый стафилококк, β-гемолитические и α-гемолитические стрептококки; смывов - эшерихии (кишечные палочки).

Смывы с рук берут стерильным ватным, влажным тампоном по схеме - в начале с менее загрязненных мест, а затем с более загрязненных (под ногтями), посев проводят на среду Эндо частыми штрихами.

Дезинфицировать руки необходимо: 70% спиртом, 1% раствором хлорамина или другим дезинфектантом, утвержденным в данном ЛПУ и не запрещенным к использованию в России.

Ситуационная задача №3

«Эпидемия» - массовые заболевания среди людей, связанных эпидемиологической цепочкой. «Пандемия» - распространенная эпидемия, охватывающая несколько стран и континентов.

Эффективную специфическую профилактику трудно проводить в виду чрезвычайной изменчивости антигенной структуры вируса гриппа.

Вопросы для самоконтроля

Понятия: «Инфекционный процесс» (движущие силы), «Инфекционная болезнь». Внутрибольничные инфекции. Динамика развития инфекционной болезни (периоды), исходы течения. Сепсис, бактериемия, токсемия.

Формы инфекции: экзогенная и эндогенная, очаговая и генерализованная, моно- и смешанная, вторичная инфекция, реинфекция, суперинфекция. Бессимптомная инфекция. Формы. Бактерионосительство здоровое и реконвалесцентное. Персистенция микроорганизмов.

Механизмы.

Патогенность и вирулентность микробов. Определение. Факторы колонизации, вирулентности, персистенции. Токсины бактерий, их природа, свойства.

Распространение микроорганизмов в окружающей среде. Понятие о микробных биоценозах. Микробная экология, ее задачи, значение для здравоохранения и медицины.

Нормальная микрофлора организма человека, ее роль в физиологических процессах и при патологии. Индигенная микрофлора кишечника, основные таксоны.

Роль макроорганизма и окружающей среда в инфекционном процессе. Сапронозы. Значение социальных факторов. Неспецифические факторы защиты организма человека от микробов.

МОДУЛЬ 2. Иммунология

Тема 5. Организация иммунной системы. Антигены. Антитела.

Форма текущего контроля успеваемости – устная (устный опрос), письменная (конспект, реферат)

Критерии оценивания устного ответа

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета,

	самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов билета ординатору, имеющему достаточно высокий рейтинг за год, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На экзамене выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг за год, если он показывает добросовестное отношение к учебе в течение года.

Критерии оценивания конспекта

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за отсутствие конспекта теоретического материала, конспекта ответов на вопросы из перечня, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полный конспект теоретического материала, конспект ответов на вопросы из перечня, за формальные ответы.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, решение шаблонных ситуационных задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, самостоятельное решение ситуационных задач.

Критерии оценки реферата

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Нет реферата
Удовлетворительно	Не полное раскрытие темы, нарушение в оформлении
Хорошо	Раскрытие темы, нарушения в оформлении, использование ограниченного количества литературы (менее 5 источников)
Отлично	Раскрытие темы, оформление согласно требованиям, достаточное количество реферируемой литературы, наличие собственных выводов

Критерии оценки тестирования:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за ответы на менее 70% вопросов тестового задания
Удовлетворительно	Выставляется за ответы на 70% - 80% вопросов тестового задания
Хорошо	Выставляется за ответы на 80% - 90% вопросов тестового задания
Отлично	Выставляется за ответы на 90% и более вопросов тестового задания

Вопросы для проверки знаний.

Понятие об иммунитете. Виды иммунитета: видовой, приобретенный, естественный, искусственный. Активный и пассивный.

Иммунная система организма человека. Имунокомпетентные клетки, их основные функции. Понятие о межклеточной кооперации и ее роли в иммуногенезе.

Токсины бактерий, их природа, свойства, получение. Антитоксины. Определение, получение. Реакция нейтрализации токсина антитоксином. Применение антитоксических сывороток в медицине. Единица измерения активности.

Агглютинины. Реакция агглютинации, ее разновидности. Реакция непрямого гемагглютинации. Практическое использование. Реакция Кумбса.

Реакция преципитации: методы постановки, применение в медицинской практике. Иммуноэлектрофорез.

Иммуноферментный анализ (ИФА). Компоненты, способы постановки. Применение. Иммуноблоттинг.

Лизины. Реакция бактериолиза и гемолиза. Реакция связывания комплемента, механизм, использование в диагностике инфекционных болезней.

Реакция иммунофлюоресценции (прямая и непрямая). Механизм, практическое использование.

Реакции нейтрализации вирусов (РЗГА, реакция задержки ЦПД и др.). Механизм, практическое использование.

Вакцинопрофилактика, типы вакцин, их получение. Адъюванты. Вакциноterapia. Активная иммунизация, показания. Примеры.

Серотерапия и серопрфилактика инфекционных болезней. Сыворотки, гамма-глобулины (иммуноглобулины) гомологичные и гетерологичные, их изготовление и использование. Пассивная иммунизация, показания. Примеры из практики.

Антигены и их характеристика. Понятия об иммуногенности, протективные антигены. Специфичность антигенов. Антигенная структура микроорганизмов.

Антитела. Классы иммуноглобулинов, их структура и функции. Неполные антитела, их обнаружение. Динамика антителообразования.

Фагоцитоз, фагоцитирующие клетки. Основные стадии фагоцитоза и их характеристика. Завершенный и незавершенный фагоцитоз.

Система комплемента, пути активации, роль в иммунитете. Воспаление как механизм иммунитета.

Типовые задания (тестовые) для проверки знаний с правильным ответом.

ИММУНИТЕТ. АНТИГЕНЫ

1. ГУМОРАЛЬНУЮ ТЕОРИЮ ИММУНИТЕТА РАЗРАБОТАЛ

Л. Пастер;

П. Эрлик;

А. Левенгук;

Д. Листер;

И. Мечников.

2. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ФОРМИРУЕТСЯ

пассивный врожденный иммунитет;

пассивный приобретенный иммунитет;

активный врожденный иммунитет;

активный приобретенный иммунитет;

пассивный естественный иммунитет.

3. К СВОЙСТВАМ ПОЛНОЦЕННЫХ АГ ОТНОСЯТ

макромолекулярность
макромолекулярность, коллоидность;
макромолекулярность, коллоидность, белковая природа;
макромолекулярность, коллоидность, чужеродность, белковая природа;
макромолекулярность, коллоидность, чужеродность, белковая природа, фильтруемость.

4. ОБЩИЕ (ОДИНАКОВЫЕ) ДЛЯ МИКРООРГАНИЗМОВ РАЗНЫХ ТАКСОНОМИЧЕСКИХ ГРУПП АНТИГЕННЫ НАЗЫВАЮТСЯ

изогенными;
гетерогенными;
гетерофильными;
трангенными;
аутогенными.

5. ИММУНИТЕТ, СВЯЗАННЫЙ С НАЛИЧИЕМ ВОЗБУДИТЕЛЯ БОЛЕЗНИ В ОРГАНИЗМЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

стерильными;
неспецифическими;
нестерильными;
врождённым;
пассивным.

6. К ПОЛНОЦЕННЫМ АГ ОТНОСЯТСЯ

белки, липопротеиды, гликопротеиды;
белки, липопротеиды, гликопротеиды и химические радикалы;
белки, липопротеиды, гликопротеиды, нуклеопротеиды;
белки, липиды, углеводы;
белки, липиды, нуклеиновые кислоты.

7. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБНОСТИ ВЫЗВАТЬ ИММУННЫЙ ОТВЕТ НАЗЫВАЕТСЯ

иммуногенность;
резистентность;
специфичность;
вирулентность;
патогенность.

8. СТРУКТУРНЫЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИТОПОВ АНТИГЕНА ОПРЕДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КАЧЕСТВА

резистентность;
иммуногенность;
специфичность;
патогенность;
персистентность.

9. АНТИГЕНЫ, ИНДУЦИРУЮЩИЕ СИНТЕЗ Ig G НАЗЫВАЮТ

T-независимые;
T-зависимые;
B-независимые;
B-зависимые;
клеточными.

10. СОМАТИЧЕСКИЕ АНТИГЕНЫ БАКТЕРИАЛЬНОЙ КЛЕТКИ НАЗЫВАЮТСЯ

H-АГ;
K-АГ;
капсульные АГ;
O-АГ;
X-АГ.

11. АНТИГЕНЫ РАЗЛИЧНЫХ ДОНОРОВ ОДНОГО ВИДА НАЗЫВАЮТСЯ

ксеногенные
антигены опухолевых клеток
гетероантигены
аутоантигены
аллогенные

АНТИТЕЛА. СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В РЕАЛИЗАЦИИ П ПРИНЦИПА ДИАГНОСТИКИ.

1. ПРОЧНОСТЬ СОЕДИНЕНИЯ АКТИВНОГО ЦЕНТРА АНТИТЕЛА И АНТИГЕННОЙ ДЕТЕРМИНАНТЫ, ЗАВИСЯЩАЯ ОТ ИХ ПРОСТРАНСТВЕННОГО СООТВЕТСТВИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

авидность;
аффиность;
валентность;
иммуногенность;
антигенность.

2. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ - ЭТО

антитела сыворотки;
антитела сыворотки и специфические рецепторы на клетках иммунной системы;
антитела сыворотки, специфические рецепторы на клетках иммунной системы и секреторные антитела;
антитела сыворотки, специфические рецепторы на клетках иммунной системы, секреторные антитела и миеломные белки;

5. антитела сыворотки, специфические рецепторы на клетках иммунной системы, секреторные антитела и миеломные белки, абзимы.

3. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ АНТИТЕЛ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНОГО

иммунные диагностические сыворотки;
антитоксины;
аллергены;
анатоксины;
диагностикумы.

4. ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ИЗВЕСТНЫЕ АТ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИДА МИКРООРГАНИЗМА

бактериофаги;
аллергены;
иммунные диагностические сыворотки;

диагностикумы;
анатоксины.

5. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЫВОРОТКИ, СОДЕРЖАЩИЕ АТ ТОЛЬКО К ОДНОМУ АГ, НАЗЫВАЮТСЯ

поливалентными;
аффинными;

монорецепторными;
моноклональными;

поликлональные.

6. В РЕАКЦИИ АГГЛЮТИНАЦИИ УЧАСТВУЮТ

токсин;

токсин, иммунная сыворотка;

бактериальная клетка;

бактериальная клетка, иммунная сыворотка;

токсин, бактериальная клетка.

7. ИНГРЕДИЕНТЫ РЕАКЦИИ АГГЛЮТИНАЦИИ В СЕРОЛОГИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ДИАГНОСТИКИ

иммунная диагностическая сыворотка, сыворотка больного, электролит;

иммунная диагностическая сыворотка, чистая культура бактерий, электролит;

диагностикум, сыворотка больного, электролит;

иммунная диагностическая сыворотка, диагностикум, электролит;

иммунная сыворотка, аллерген, электролит.

8. АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

ростом титра антител, представленных в основном IgM;

ростом титра антител, представленных в основном IgC;

постоянным титром антител, представленных в основном IgM;

постоянным титром антител, представленных в основном IgC;

нарастанием титра IgM

9. ВИДЫ АНТИТЕЛ ПО ДЕЙСТВИЮ НА АНТИГЕН

агглютинины;

агглютинины и опсонины;

агглютинины, опсонины и лизины;

агглютинины, опсонины, лизины, лейкины и преципитины;

агглютинины, опсонины, лизины, лейкины, преципитины и цитотоксины.

10. ИНГРЕДИЕНТЫ РЕАКЦИИ НЕПРЯМОЙ ИММУНОФЛУОРЕСЦЕНЦИИ ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ

иммунная диагностическая сыворотка;

антииммуноглобулиновая сыворотка, меченая флуорохромом;

исследуемый материал;

иммунная диагностическая сыворотка, антиглобулиновая сыворотка;

исследуемый материал, иммунная диагностическая сыворотка, антиглобулиновая сыворотка, меченая флуорохромом.

11. СПЕЦИФИЧНОСТЬ АНТИТЕЛ – ЭТО

способность взаимодействовать с лигандами, сходными по структуре с иммуногеном;

способность взаимодействовать с антигеном в экстремальных (специфических) условиях;

уникальное отличие их структуры от структуры других антител;

способность отличать антиген, против которого они были получены, от других антигенов;

способность изменять структуру антигена.

12. Fab-ФРАГМЕНТ МОЛЕКУЛЫ ИММУНОГЛОБУЛИНА ОТВЕТСТВЕН ЗА

связывание комплемента;

связывание антигена;

связывание с Fc-рецептором;

связывание с макрофагами;

прохождения Ig G через плаценту.

13. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ - ЭТО

антитела сыворотки;

антитела сыворотки и специфические рецепторы на клетках иммунной системы;

антитела сыворотки, специфические рецепторы на клетках иммунной системы и секреторные антитела;

антитела сыворотки, специфические рецепторы на клетках иммунной системы, секреторные антитела и миеломные белки;

5. антитела сыворотки, специфические рецепторы на клетках иммунной системы, секреторные антитела, миеломные белки и абзимы.

Типовые практические задания для проверки умений.

Ситуационная задача №1

Укажите свойства, характеризующие экзотоксины и эндотоксины бактерий.

Белки.

Термостабильны.

Характеризуются органотропностью.

Не превращаются в анатоксины.

Формируют антитоксический иммунитет.

Образуются, в основном, грамотрицательными бактериями.

Проявляют ферментативную активность.

Механизм действия сходен у разных возбудителей.

Ситуационная задача №2

Укажите, какие требования предъявляются к штаммам микроорганизмов, используемых для изготовления

живых вакцин

убитых, корпускулярных вакцин:

антигенность (способность антигена связываться с антителом);

остаточная вирулентность;

иммуногенность;

полный набор антигенов;

способность к размножению в организме вакцинированного.

Ситуационная задача №3

Дайте характеристику иммунитета.

Ребенок, 7 лет, прививался АДС (адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин).
 Реконвалесцент брюшного тифа (возбудитель брюшного тифа экзотоксина не образует).
 Ребенку 2-х лет, не привитому против кори и имевшему контакт с больным корью, был введен противокоревой иммуноглобулин.
 Ребенку 21 день. Мать ребенка в течение жизни прививалась, болела инфекционными заболеваниями.
 Человек, как вид, невосприимчив к чуме собак.
 Ситуационная задача №4
 У обследуемых «К» и «Л» с предварительным диагнозом «хроническая гонорея» взяли кровь и поставили РСК.
 Оцените полученные результаты и сделайте вывод: подтверждается ли диагноз серологически?

	Обследуемый «К»	Обследуемый «Л»
КС	гемолиз	гемолиз
КА	осадок эритроцитов	гемолиз
КК	осадок эритроцитов	осадок эритроц.
КЭ	осадок эритроцитов	осадок эритроц.
КГ	осадок эритроцитов	осадок эритроц.
КГС	гемолиз	гемолиз
Опыт	осадок эритроцитов	осадок эритроц.
надосадочная жидкость	прозрачная	прозрачная

Ситуационная задача №5

С культурой, выделенной из испражнений обследуемого, поставлена РА на стекле с адсорбированной поливалентной сальмонеллезной сывороткой. В опытной капле наблюдается феномен агглютинации с интенсивностью +++ , в контроле культуры – равномерное помутнение. Какова цель РА и как можно оценить полученные результаты?

Ситуационная задача №6

Укажите, какие утверждения верны, а какие ошибочны. Объясните ошибку каждого неверного, по Вашему мнению, утверждения.

Т-клетки развиваются из кроветворных стволовых клеток.

Плазматические клетки, Т-киллеры и Т-супрессоры являются примерами эффекторных клеток.

В-клетки созревают в тимусе.

Антигены, поступающие в кровь, захватываются макрофагами в селезенке.

Гаптен может стимулировать синтез антител, но не может взаимодействовать с ними.

Как клеточный, так и гуморальный иммунные ответы играют роль в защите организма хозяина от вирусных инфекций.

Т-клетки секретируют молекулы антител.

Ситуационная задача №7

Укажите, какие утверждения верны, а какие ошибочны. Объясните ошибку каждого неверного, по Вашему мнению, утверждения.

Активный центр иммуноглобулина образован легкой цепью.

Определенный антиген вызывает синтез антител одного вида.

IgM- основной класс антител, синтезируемых при вторичном иммунном ответе.

Антитела не образуются в ответ на молекулы собственного организма, т. к. гены, кодирующие информацию для синтеза аутоантител, не наследуются.

Антигенная стимуляция макрофагов в тимусе вызывает их дифференцировку в Т-клетки.

Активация третьего компонента комплемента C3 происходит только в том случае, если антиген взаимодействует со специфическим антителом того класса, который может связывать комплемент.

Повреждения, возникающие при ГЧЗТ, представляют собой клеточные инфильтраты, содержащие лимфоциты и макрофаги.

В присутствии антигена очищенные популяции Т- и В-клеток могут кооперировать *in vitro*, вызывая иммунный ответ В-клеток.

Клетки-киллеры могут происходить, либо из ряда Т-клеток, либо из ряда макрофагов.

Ситуационная задача №8

Вставьте пропущенное слово или слова в следующие утверждения.

IgG являются основным классом антител при ... иммунном ответе.

... представляет собой процесс, при котором происходят антигензависимая дифференцировка лимфоцитов.

Ответ В-клеток обычно требует кооперации ..., ... и

На поверхности тучных клеток находятся рецепторы для Ig....

Через плаценту в плод проникают Ig....

... или Т-клетки ... являются эффекторными клетками, непосредственно уничтожающими чужеродные клетки.

... представляет собой механизм, предохраняющий организм от развития иммунного ответа на его собственные макромолекулы.

Многие иммунологи предполагают, что ... является центром созревания В-клеток у птиц.

В селезенке как В-, так и Т-клеточные области расположены в

Эталоны решения типовых задач, результата тестирования

Ситуационная задача №1

Только экзотоксины – белки, эндотоксины - ЛПС

Характерно для обоих

Экзотоксины характеризуются органотропностью.

С в течение 3-4 недель. Эндотоксины не переходят в анатоксины. °Неверно, экзотоксины превращаются в анатоксины при обработке 0,3-0,4% р-ром формалина при Т-37

Экзотоксины формируют анитоксический иммунитет. Эндотоксины антиинфекционный иммунитет.

Неверно, экзотоксины образуются, в основном, грамположительными бактериями (возбудителями дифтерии, столбняка, газовой гангрены и ботулизма). Эндотоксины грамотрицательными.

Эзотоксины проявляют ферментативную активность. Эндотоксины нет.

Многие бактерии образуют не один, а несколько белковых токсинов, которые обладают разным действием — нейротокси-ческим, цитотоксическим, гемолитическим: стафилококк, стрептококк.

Ситуационная задача №2

Для изготовления живых вакцин необходимо: остаточная вирулентность (способность вакцинных вирусов персистировать во внешней среде и вызывать иммуносупрессивное действие), иммуногенность (способность антигена вызывать иммунный ответ), полный набор антигенов, способность к размножению в организме вакцинированного.

Для изготовления убитых: полный набор антигенов.

Ситуационная задача №3

Приобретенный активный поствакцинальный анитоксический иммунитет.

Приобретенный активный постинфекционный противомикробный иммунитет.

Приобретенный пассивный постсывороточный иммунитет.

Приобретенный пассивный трансплацентрный иммунитет.

Естественный врожденный (видовой) иммунитет.

Ситуационная задача №4

Обследуемый "К" – реакция не достоверна по КЭ – спонтанный гемолиз, следовательно, результаты РСК учесть нельзя, необходимо повторное исследование.

Обследуемый "З" – антитела обнаружены, РСК "+", серологически диагноз подтверждается.

РСК является сложной двухэтапной серологической реакцией, в которой участвуют две системы антиген + антитело и комплемент. Первая система – основная, содержит антиген, антитело и комплемент. В случае образования комплекса антиген + антитело происходит активация и связывание комплемента, но визуально этого не видно. В качестве индикаторной системы используется вторая система, содержащая в качестве антигена эритроциты барана, а антитела – гемолитическую сыворотку, содержащую антитела к эритроцитам барана, т. е. готовый иммунный комплекс. Если антиген и антитело в первой системе соответствуют друг к другу, то образующийся комплекс активирует и связывает комплемент, поэтому при добавлении индикаторной системы гемолиза не происходит (РСК положительная). Если в первой системе антиген не соответствует антителу, то комплекс не образуется и комплемент остается свободным, активируясь и связываясь второй системой, вызывая при этом гемолиз эритроцитов (РСК отрицательная).

РСК требует особой подготовки. Все ингредиенты берут в определенном объеме (0,5 мл при бактериальных инфекциях, 0,1 мл – при вирусных инфекциях) и в определенном количестве, которое определяют путем титрования.

Примечание:С. Результаты РСК предварительно учитывают после извлечения пробирок из термостата и окончательно – спустя 15-18 ч после пребывания их при комнатной температуре или в холодильнике. * - гемолитическую систему готовят, смешивая в равных количествах гемолитическую сыворотку в тройном титре и 3% взвесь эритроцитов барана; выдерживая смесь в течение часа при 37

Интенсивность реакции выражают плюсами:

++++ - реакция резко положительная, характеризующаяся полной задержкой гемолиза (эритроциты оседают на дно, жидкость бесцветная); лизировано 25% эритроцитов, осадок меньше, жидкость розовая);

~+++ - реакция положительная, характеризующаяся частичным гемолизом (лизировано 50% эритроцитов, осадок небольшой, жидкость розовая);

~++ - реакция положительная, характеризующаяся гемолизом (лизировано 75% эритроцитов, незначительный осадок, жидкость интенсивно окрашена);

~+ - реакция сомнительная (лизировано меньше 75% эритроцитов);

_ - реакция отрицательная (лизированы все эритроциты, жидкость интенсивно окрашена и прозрачна - лаковая кровь).

Достоверность результатов подтверждается контрольными индикаторами.

Оценка результатов: положительная реакция с интенсивностью не меньше ++ при достоверных контролях свидетельствует о наличии антител и серологическом подтверждении клинического диагноза; отрицательная реакция при достоверных контролях свидетельствует о том, что антитела не выявлены и серологически клинический диагноз не подтвержден. РСК используется, помимо диагностики сифилиса, при хронической гонорее, риккетсиозах, вирусных инфекциях.

Ситуационная задача №5

Цель РА – сероидентификация – определение антигенной структуры культуры, выделенной от обследуемого.

Постановка: на обезжиренное стекло нанесите каплю диагностической сыворотки и каплю физ. раствора для контроля. В каждую каплю внесите петлей суточную культуру микроорганизмов и тщательно перемешайте, чтобы капли были равномерно мутными.

Учет: реакция учитывается в течение 5 мин. невооруженным глазом или с помощью лупы.

Контроль антигена - КА — равномерное помутнение (исключается спонтанная агглютинация).

Опыт - РА - положительная: появление хлопьев, хорошо видимых при покачивании предметного стекла.

Опыт — РА - отрицательная: жидкость остается равномерно мутной.

Оценка результатов: отсутствие спонтанной агглютинации в КА в случае положительной реакции свидетельствует о соответствии антигенов исследуемой культуры антителам агглютинирующей сыворотки и принадлежности культуры к соответствующему роду, виду, серогруппе или серовару.

Оценка результатов – исследуемая культура идентична дизентерийной поливалентной сыворотке, следовательно, культура – это дизентерийные палочки. Обследуемый болен.

Ситуационная задача №6

Верно.

Верно.

Неверно. Т-клетки созревают в тимусе, В-клетки, вероятно, созревают в костном мозге.

Верно.

Неверно. Гаптен не может вызывать антителообразование, но он может связываться со специфическим антителом.

Верно.

В-, а не Т-клетки секретируют молекулы антител.

Ситуационная задача №7

Неверно. Обе цепи принимают участие в организации активного центра.

Неверно. При иммунном ответе на единственный антиген синтезируется множество различных молекул антител.

Неверно. IgG синтезируются при вторичном иммунном ответе.

Неверно. Гены, кодирующие аутоантитела, наследуются; толерантность возникает в результате элиминации или паралича клонов лимфоцитов, продуцирующих аутоантитела.

Неверно. Макрофаги не принадлежат к лимфоцитам и никогда не дифференцируются в Т-клетки.

Неверно. С3 может активироваться альтернативным (пропердиновым) путем.

Верно.

Неверно. Для В-клеточного иммунного ответа требуются также макрофаги.

Верно.

Ситуационная задача №8

вторичном

бласттрансформация

Т-клеток, В-клеток и макрофагов

Ig E

Ig G

цитотоксичные, киллеры

толерантность

фабрициева сумка

белой пульпе

Вопросы для самоконтроля

Понятие об иммунитете. Виды иммунитета: видовой, приобретенный, естественный, искусственный. Активный и пассивный. Токсины бактерий, их природа, свойства, получение. Антитоксины. Определение, получение. Реакция нейтрализации токсина антитоксином. Применение антитоксических сывороток в медицине. Единица измерения активности. Реакция агглютинации, ее разновидности. Реакция непрямой гемагглютинации. Практическое использование. Реакция преципитации: методы постановки, применение в медицинской практике. Иммуноферментный анализ (ИФА). Компоненты, способы постановки. Применение. Иммуноблоттинг. Реакция иммунофлюоресценции (прямая и непрямая). Механизм, практическое использование. Реакции нейтрализации вирусов (РЗГА, реакция задержки ЦПД и др.). Механизм, практическое использование. Вакцинопрофилактика, типы вакцин, их получение. Адъюванты. Вакциноterapia. Активная иммунизация, показания. Примеры. Серотерапия и серопрфилактика инфекционных болезней. Сыворотки, гамма-глобулины (иммуноглобулины) гомологичные и гетерологичные, их изготовление и использование. Пассивная иммунизация, показания. Примеры из практики. Антигены и их характеристика. Понятия об иммуногенности, протективные антигены. Специфичность антигенов. Антигенная структура микроорганизмов. Антитела. Классы иммуноглобулинов, их структура и функции. Неполные антитела, их обнаружение. Динамика антителообразования.

Тема 6. Основы клинической иммунологии.

Форма текущего контроля успеваемости – устная (устный опрос), письменная (конспект, реферат)

Критерии оценивания устного ответа

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов билета ординатору, имеющему достаточно высокий рейтинг за год, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На экзамене выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг за год, если он показывает добросовестное отношение к учебе в течение года.

Критерии оценивания конспекта

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за отсутствие конспекта теоретического материала, конспекта ответов на вопросы из перечня, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полный конспект теоретического материала, конспект ответов на вопросы из перечня, за формальные ответы.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, решение шаблонных ситуационных задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, самостоятельное решение ситуационных задач.

Критерии оценки реферата

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Нет реферата
Удовлетворительно	Не полное раскрытие темы, нарушение в оформлении
Хорошо	Раскрытие темы, нарушения в оформлении, использование ограниченного количества литературы (менее 5 источников)
Отлично	Раскрытие темы, оформление согласно требованиям, достаточное количество реферируемой литературы, наличие собственных выводов

Критерии оценки тестирования:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за ответы на менее 70% вопросов тестового задания
Удовлетворительно	Выставляется за ответы на 70% - 80% вопросов тестового задания
Хорошо	Выставляется за ответы на 80% - 90% вопросов тестового задания
Отлично	Выставляется за ответы на 90% и более вопросов тестового задания

Вопросы для проверки знаний.

Антибактериальный, антитоксический иммунитет. Понятие об иммунологической памяти, иммунологической толерантности. Особенности противовирусного иммунитета, клеточные, гуморальные и патофизиологические механизмы. Интерфероны, природа, свойства, применение. Ингибиторы, природа и свойства. Гиперчувствительность немедленного типа (В-зависимая). Анафилаксия. Сывороточная болезнь. Атопии. Механизмы их возникновения, методы предупреждения. Гиперчувствительность замедленного типа (Т-зависимая), механизм ее проявления. Роль в патогенезе инфекционных болезней, иммунитете. Практическое использование аллергических проб.

Типовые задания (тестовые) для проверки знаний с правильным ответом.

1. ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОЖНО-АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРОБ С НЕСКОЛЬКИМИ МИКРОБНЫМИ АНТИГЕНАМИ (ТУБЕРКУЛИНОМ, ДИФТЕРИЙНЫМ АНАТОКСИНОМ И ДР.) СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ДЕФЕКТНОСТИ естественных киллеров;

Т-лимфоцитов;

В-лимфоцитов;
фагоцитов;
опсониров.

2. В РЕАКЦИИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА УЧАСТВУЮТ

Ig E;
макрофаги, Ig E;
T- лимфоциты, макрофаги;
T- лимфоциты, Ig E;
макрофаги, гистамин.

3. В ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА УЧАСТВУЮТ

Ig E, Ig A;
Ig E, гистамин;
Ig A, макрофаги;
T- лимфоциты, гистамин;
Ig A, T- лимфоциты.

4. ГЧНТ ОБУСЛОВЛЕНА

синбилизированными T-лимфоцитами;
продукцией ИЛ-2;
аллерген- специфическими Ig E;
цитотоксическими CD8 лимфоцитами;
макрофагами.

5. АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ФИКСАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НА МЕМБРАНЕ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ ОБУСЛОВЛЕНА

атопическим типом реакции;
цитотоксическим типом реакции;
иммунокомплексным типом;
ГЗТ;

все перечисленное верно.

6. ТИП АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ КОНТАКТНОМ ДЕРМАТИТЕ

ГЧНТ;
2 цитотоксическим типом реакции;
иммунокомплексным типом;
ГЗТ;

все перечисленное верно.

7. Т-ЗАВИСИМЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

развитием кожной реакции через 24-48 ч.;
пассивным переносом аллергии с помощью синбилизированных лимфоцитов;
лимфоноцитарной инфильтрацией;
участие лимфоцитов Th-1 типа;
все перечисленное верно.

8. БОЛЕЗНИ, ОСНОВАННЫЕ НА ИММУНОКОМПЛЕКСНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ

сывороточная болезнь;
атопический дерматит;
болезнь Верльгофа;
поллинозы;
отек Квинке.

Типовые практические задания для проверки умений.

Ситуационная задача №1

Заболевшему дифтерией была введена противодифтерийная анитоксическая сыворотка (50000 ME). На 11-й день, после введения сыворотки, у больного повысилась температура до 39

Как называется заболевание, развившееся у больного?

Почему возникло это заболевание, его прогноз?

Ситуационная задача №2

У больного через 12 дней после травмы руки, полученной при работе на дачном участке, развились симптомы заболевания, диагностированного в инфекционном отделении, как столбняк. Больному был введен лечебный препарат, спустя несколько минут после его введения у него появились одышка, частый пульс, падение артериального давления, затем – потеря сознания.

Какой лечебный препарат вводился больному?

Какое осложнение развилось у больного после введения данного препарата?

К какому типу реакций оно относится?

В результате чего может развиваться подобное осложнение?

Какие мероприятия нужно провести для профилактики подобного осложнения?

Ситуационная задача №3

Гражданин «К» обратился за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства в связи с укусом клеща. После удаления клеща, пациенту был введен противэнцефалитный иммуноглобулин. В поликлинике для экстренной профилактики клещевого энцефалита имелись два вида противэнцефалитного гамма-глобулина: лошадиный и человеческий.

Укажите особенности введения этих двух препаратов?

Какой гамма-глобулин был введен пациенту и как, учитывая, что у пациента отмечались аллергические реакции на антибиотики по типу отека Квинке.

Ситуационная задача №4

Обследуемому «Н» в противотуберкулезном диспансере поставлена кожно-аллергическая проба с туберкулином (проба Манту). Через 72 ч в месте введения препарата образовалась папула диаметром 15 мм, окруженная зоной гиперемии.

С какой целью ставилась кожная проба?

Объясните механизм развития кожно-аллергической пробы.

Оцените полученный результат.

Эталоны решения типовых задач, результата тестирования

Ситуационная задача №1

Сывороточная болезнь.

Оно возникает в результате введения лечебной сыворотки, полученной путем гипериммунизации лошадей. Введенный в значительном количестве белковый антиген не полностью катаболизируется к 7-14 дню, т. е. ко времени появления антител. В результате образуются комплексы "антиген-антитело", которые вызывают повреждение тканей. Дробное введение гетерологических препаратов позволяет уменьшить тяжесть сывороточной болезни.

Прогноз, как правило, благоприятный.

Ситуационная задача №2

Антитоксическая противостолбнячная сыворотка, лошадиная. Показания - профилактика и лечение столбняка — только в отсутствие противостолбнячного иммуноглобулина. Профилактика, в/м, п/к
Анафилактический шок.

Гиперчувствительность немедленного типа (ГЧНТ). Третий тип. Обусловлен образованием иммунных комплексов, фиксирующихся в тканях и вызывающих их повреждение.

Такое осложнение может развиваться только при наличии у больного состояния повышенной чувствительности (сенсibilизации) к белкам лошадиной сыворотки.

Для предупреждения подобных осложнений перед введением препаратов подобных проверяется наличие сенсibilизации. Для этого в/к вводится 0,1 мл разведенного 1:100 препарата. Наблюдают за реакцией в течение 20 мин. При отрицательной реакции противостолбнячная сыворотка вводится п/к в объеме 0,1 мл и при отсутствии реакции, спустя 20 мин, в/м вводится остальное количество препарата (дробно по методу А. М. Безредко). При положительной внутрикожной пробе с лечебной целью препарат вводят по жизненным показаниям под наркозом или с использованием антигистаминных препаратов.

Ситуационная задача №3

Лошадиный (гетерологический) иммуноглобулин вводится дробно по А. М. Безредко для избежания аллергической реакции немедленного типа.

Человеческий (гомологический) иммуноглобулин вводится однократно в мышцу.

Учитывая аллергические реакции на антибиотики по типу отека Квинке, пациенту был введен человеческий противозенцефалитный иммуноглобулин.

Ситуационная задача №4

Туберкулин - диагностические препараты, применяемые для выявления аллергической реакции у лиц, инфицированных туберкулёзными бактериями. Туберкулиновая проба представляет собой кожную пробу, направленную на выявление наличия специфического иммунного ответа на введение туберкулина. Наличие выраженной кожной реакции свидетельствует о наличии напряженного иммунитета, то есть, что организм активно взаимодействует с возбудителем.

При индурации 15мм или язвенной реакции кожи (образование гнойников) очень вероятно заражение туберкулезом. Проба показывает реакцию организма — антиген-антителом возбудителя туберкулёза. Положительная реакция кожи показывает, что исследуемый пациент имел контакт с возбудителями туберкулёза. Это, однако, не означает, что данный пациент болен туберкулезом.

Туберкулин, диагностические препараты, применяемые для выявления аллергической реакции у лиц, инфицированных туберкулёзными бактериями
Туберкулин, диагностические препараты, применяемые для выявления аллергической реакции у лиц, инфицированных туберкулёзными бактериями
Туберкулин, диагностические препараты, применяемые для выявления аллергической реакции у лиц, инфицированных туберкулёзными бактериями

Вопросы для самоконтроля

Антибактериальный, антитоксический иммунитет. Понятие об иммунологической памяти, иммунологической толерантности.

Гиперчувствительность немедленного типа (В-зависимая). Анафилаксия. Сывороточная болезнь. Атопии. Механизмы их возникновения, методы предупреждения.

Гиперчувствительность замедленного типа (Т-зависимая), механизм ее проявления. Роль в патогенезе инфекционных болезней, иммунитете. Практическое использование аллергических проб.

МОДУЛЬ 3. Частная микробиология

Тема 7. Патогенные кокки.

Форма текущего контроля успеваемости – устная (устный опрос), письменная (конспект, реферат)

Критерии оценивания устного ответа

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов билета ординатору, имеющему достаточно высокий рейтинг за год, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На экзамене выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг за год, если он показывает добросовестное отношение к учебе в течение года.

Критерии оценивания конспекта

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за отсутствие конспекта теоретического материала, конспекта ответов на вопросы из перечня, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полный конспект теоретического материала, конспект ответов на вопросы из перечня, за формальные ответы.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, решение шаблонных ситуационных задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, самостоятельное решение ситуационных задач.

Критерии оценки реферата

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Нет реферата
Удовлетворительно	Не полное раскрытие темы, нарушение в оформлении
Хорошо	Раскрытие темы, нарушения в оформлении, использование ограниченного количества литературы (менее 5 источников)
Отлично	Раскрытие темы, оформление согласно требованиям, достаточное количество реферируемой литературы, наличие собственных выводов

Критерии оценки тестирования:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за ответы на менее 70% вопросов тестового задания
Удовлетворительно	Выставляется за ответы на 70% - 80% вопросов тестового задания
Хорошо	Выставляется за ответы на 80% - 90% вопросов тестового задания
Отлично	Выставляется за ответы на 90% и более вопросов тестового задания

Вопросы для проверки знаний.

Стафилококки. Виды стафилококков. Факторы патогенности. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика и терапия. Проблема госпитальной стафилококковой инфекции. Выявление и санация бактерионосителей.
 Стрептококки и энтерококки. Классификация. Факторы патогенности. Лабораторная диагностика стрептококковых заболеваний. Лечение.
 Менингококки. Серологические группы. Свойства менингококков. Лабораторная диагностика различных клинических форм менингококковой инфекции, бактерионосительства. Выделение внутриклеточно-паразитирующего возбудителя.
 Гонококки. Свойства. Лабораторная диагностика острой и хронической гонореи. Гоновакцина. Терапия. Профилактика бленнореи у новорожденных.

Типовые задания (тестовые) для проверки знаний с правильным ответом.

ПАТОГЕННЫЕ КОККИ

1. ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЗАРАЖЕНИЯ МЕНИНГОКОККОМ

бактерионосители и больные назофарингитом;

больные назофарингитом и больные менингитом;
 больные менингитом и больные менингококцемией;
 больные менингококцемией и бактерионосители;
 все перечисленные.

2. СТАФИЛОКОККОВЫЙ АНАТОКСИН ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

вакцины;

сыворотки;
 бактериофаги;
 пробиотики;
 гамма-глобулины.

3. К КОККОВЫМ ФОРМАМ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТНОСЯТСЯ

Clostridium botulinum;
Klebsiella pneumoniae;
Staphylococcus epidermidis;
Bacteroides fragilis;

все перечисленные.

4. МЕНИНГОКОККИ И ГОНОКОККИ ОТНОСЯТСЯ К РОДУ

Clostridium;
Klebsiella;
Staphylococcus;
Bacteroides;

Neisseria.

5. ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ АНТИСТАФИЛОКОККОВОГО ГАММА-ГЛОБУЛИНА

лечение стафилококкового сепсиса;

лечение хронического фурункулеза;
 серологическая диагностика стафилококкового сепсиса;
 бактериологическая диагностика абсцесса;
 все перечисленное.

6. ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ АУТОВАКЦИНЫ

лечение стафилококкового сепсиса;
лечение хронического фурункулеза;
 серологическая диагностика стафилококкового сепсиса;
 бактериологическая диагностика стафилококкового абсцесса;
 все перечисленное.

7. ПРЕПАРАТ ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

вакцина;

сыворотка;
 пребиотик;
 пробиотик;
 гамма-глобулин.

8. ПРЕДСТАВИТЕЛИ СЕМЕЙСТВА STAPHYLOCOCCUS

грамнегативные кокки;
 грамнегативные палочки;
грамположительные кокки;
 грамположительные спорообразующие палочки;
 грамположительные неспорообразующие палочки.

9. ПРИ МИКРОСКОПИИ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНОГО МЕНИНГИТОМ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

гр-диплококки внутри лейкоцитов;
 гр+диплококки внутри лейкоцитов;

гр-диплококки вне лейкоцитов;
гр+диплококки вне лейкоцитов;
гр+палочки внутри и вне лейкоцитов.

10. МЕНИНГОКОККИ ПО МОРФОЛОГИИ

грамнегативные палочки;

грамнегативные кокки;

грамположительные кокки;

грамположительные спорообразующие палочки;

грамположительные неспорообразующие палочки.

11. ВХОДНЫЕ ВОРОТА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

слизистая оболочка носоглотки;

кожные покровы;

кишечник;

раневая поверхность;

все перечисленное.

12. ИСТОЧНИКИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

больные и бактерионосители;

предметы обихода;

вода;

продукты;

все перечисленное.

13. ПАТОГЕННЫЙ ВИД СТАФИЛОКОККА

S. aureus;

S. epidermidis;

S. saprophiticus;

S. warneri;

S. sciuri.

14. СРЕДА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СТРЕПТОКОККА

кровяно-теллуриновый агар;

агар с 5% крови;

шоколадный агар;

сывороточный агар;

желточно-солевой агар.

15. СТРЕПТОКОККИ ВЫЗЫВАЮТ ВСЕ, КРОМЕ

ангину;

дизентерия;

скарлатину;

рожу;

пневмонию.

Типовые практические задания для проверки умений.

Ситуационная задача №1

Из сметаны, рвотных масс больных, употреблявших эту сметану, из гноя раны на пальце у одного из работников столовой - выделены чистая культура стафилококков.

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести, чтобы установить эпидемиологическую взаимосвязь между этими фактами?

Ситуационная задача №2

Больной Т., 50 лет, обратился в поликлинику с жалобами на сильную боль под ногтем пальца правой руки. Хирург, осмотрев палец больного, поставил диагноз: «Панариций». Это острое микробное заболевание пальцев. Основными возбудителями данного заболевания являются золотистые и эпидермальные стафилококки.

Задания:

Каковы морфологические и тинкториальные свойства стафилококков?

Как приготовить мазок и микроскопический препарат из исследуемого материала?

Какой дифференциальный метод окраски бактерий необходимо применить в данном случае?

Какой метод применяется при микроскопии окрашенных препаратов и в чем его особенности?

Назовите морфологические группы бактерий?

Ситуационная задача №3

К больному ребенку 5 лет, мама вызвала на дом врача педиатра. Из беседы с мамой врач выяснил, что ребенок посещает детский сад, в котором уже зарегистрировано несколько случаев заболевания скарлатиной. После тщательного осмотра и на основании собранного анамнеза, врач поставил диагноз: «Скарлатина».

Задания:

Назовите возбудителя скарлатины?

Каковы морфология и тинкториальные свойства возбудителя?

Механизмы, факторы и пути передачи скарлатины?

Патогенез заболевания (входные ворота, характер интоксикации, возникающий при скарлатине)?

Характер иммунитета после перенесенного заболевания?

Ситуационная задача №4

В детскую инфекционную больницу поступил больной ребенок 7 лет, которому врач на основании клинических симптомов поставил диагноз: «Эпидемический цереброспинальный менингит».

Задания:

Назовите возбудителя названного заболевания, его морфологические и тинкториальные свойства?

Эпидемиология менингита: источник инфекции, входные ворота, механизм, факторы и пути передачи инфекции?

Какой материал следует брать у больного и кто должен осуществлять его взятие?

Основные методы микробиологического исследования?

Проводится ли специфическая профилактика названного заболевания?

Ситуационная задача №5

В кожно-венерологический диспансер обратилась женщина на профилактический осмотр. Врач-венеролог взяла материал, сделала мазки на 2-х стеклах и отправила в лабораторию, где один мазок окрасили по Граму, другой - метиленовой синью. На основании микроскопической картины был поставлен диагноз: «Гонорея».

Задания:

Назовите возбудителя гонореи, его морфологические и тинкториальные свойства?
Эпидемиология гонорей: источник инфекции входные ворота, механизм, факторы и пути передачи инфекции?
Какие методы микробиологического исследования применяются с целью диагностики гонорей?
Какая форма заболевания возникает у новорожденного, рожденного от больной гонореей матери?
С какой целью применяется гонококковая вакцина, что она собой представляет?

Ситуационная задача №6

В II-м хирургическом отделении ГКБ № 50 у нескольких послеоперационных больных из раневого отделяемого при повторном бактериологическом исследовании произошла смена возбудителя и была выделена культура *Staphylococcus aureus*.

Задания:

О каком виде инфекции идет речь в данной ситуации?

Назовите характерные черты этой инфекции?

К каким штаммам относится *Staphylococcus aureus*, выделенный от разных больных при повторном бактериологическом исследовании?

Цель проведения повторного бактериологического исследования раневого отделяемого послеоперационных больных?

Что способствовало попаданию в рану различных послеоперационных больных одного вида *Staphylococcus aureus*?

Эталонные решения типовых задач, результаты тестирования

Ситуационная задача №1

Решение этой задачи возможно только методом фаготипирования стафилококков, подтверждающим идентичность микроорганизмов, выделяемых у больных, носителей и объектов внешней среды. Рекомендован набор из 20 типовых фагов, разделенных по литическому средству на 4 отобранные для фаготипирования плазмокоагулирующие штаммы стафилококка засевают на скошенный мясо-пептонный агар и инкубируют 18—24 ч при 37°C. На следующий день агаровую культуру пересевают в пробирки с 2,5 мл бульона Хоттингера или бульона Мартена и ставят в термостат при 37°C. Бульонную 3—4-часовую культуру стафилококка пересевают на чашки со свежеприготовленным и подсушенным 1,25% агаром (рН 7,2—7,4), содержащим 0,4% глюкозы и 0,02% хлорида кальция (стерильный 10% раствор хлорида кальция в объеме 0,2 мл добавляют к 100 мл расплавленного агара непосредственно перед разливом среды). Культуру в количестве нескольких капель наносят на поверхность среды, распределяют шпателем по всей площади чашки. Засеянные чашки в течение 30—40 мин подсушивают в термостате. После подсушивания дно чашки расчерчивают карандашом по числу фагов на 20 квадратов и в каждый квадрат засеянной среды, всегда в одном и том же порядке, стандартной петлей (диаметр 2 мм) наносят по капле соответствующего фага. Инкубируют 18—20 ч при 30°C или 5—6 ч при 37°C. Оценивают результаты.

Ситуационная задача №2

Стафилококки имеют шарообразную форму и располагаются скоплениями в виде «гроздьев винограда», грамположительные.

Исследуемый материал наносят в центр обезжиренного предметного стекла и равномерно распределяют. Высушивают на воздухе. Для приготовления микроскопического препарата мазок фиксируют над пламенем горелки или жидким фиксатором.

Дифференциальный метод окраски по Грому.

При микроскопии окрашенных препаратов применяется иммерсионная система, включающая - иммерсионное масло, объектив 90, поднятый конденсор.

На основании морфологии различают четыре группы бактерий: шаровидные - кокки, палочковидные, извитые и ветвящиеся.

Ситуационная задача №3

Возбудителем скарлатины является скарлатинозный β-гемолитический стрептококк.

Стрептококк в чистой культуре располагается длинными цепочками, не образует спор, по Граму окрашивается в фиолетовый цвет (Гр+).

Основной механизм - аэрогенный, фактор - воздух, путь - воздушно-капельный. Возможна передача возбудителя скарлатины через инфицированные предметы (игрушки) - контактно-бытовым путем.

Возбудители скарлатины проникают в организм через небные миндалины и слизистую ротоглотки. В области входных ворот развивается воспаление, обычно возникает ангина. Стрептококки попадают в кровь, интоксикация развивается за счет выделения стрептококками экзотоксина.

После перенесенного заболевания формируется прочный антитоксический иммунитет, но возможны повторные заболевания, в тех случаях, когда проводилось лечение антибиотиками.

Ситуационная задача №4

Возбудителем эпидемического цереброспинального менингита является менингококк. Он имеет овоидную форму, напоминающую кофейные зерна, по Граму окрашивается в красный цвет (Гр-).

Источником инфекции является больной человек или бактерионоситель; входные ворота - слизистая оболочка верхних дыхательных путей; механизм передачи менингококковой инфекции - аэрогенный; фактор передачи - воздух; путь передачи - воздушно-капельный.

Исследуемый материал - спинномозговая жидкость, которую всегда берет только хирург.

Применяются два метода исследования спинномозговой жидкости: бактериоскопический и бактериологический.

Специфическая профилактика проводится химической вакциной из полисахаридных антигенов серогрупп «А» и «С» среди коллективов, где широко распространено менингококковое носительство.

Ситуационная задача №5

Возбудителем гонорей являются гонококки, относящиеся к роду нейссерий. Они имеют бобовидную форму, располагаются внутри лейкоцитов и вне их. По Граму окрашиваются в красный цвет (Гр-).

Источником инфекции является только больной человек, входные ворота - слизистые половых органов, конъюнктивы глаз новорожденных; механизм - контактный; путь передачи - контактно-половой (прямой контакт), контактно-родовой.

Для диагностики гонорей применяются, в основном, бактериоскопический при острых формах, бактериологический и серологический методы исследования (при хронических формах).

При прохождении ребенка через родовые пути матери больной гонореей гонококки попадают на конъюнктиву глаз новорожденного и вызывают конъюнктивит - бленнорею, что может привести к слепоте.

Убитая гонококковая вакцина применяется с целью провокации при диагностике, а также для лечения хронической гонорей.

Ситуационная задача № 6

В данной ситуации речь идет о внутрибольничных инфекциях (ВБИ).

Для ВБИ характерно: высокая контагиозность, возможность вспышек в любое время года, широкий спектр возбудителей, наличие пациентов с повышенным риском заболевания.

Выделенный штамм *Staphylococcus aureus* относится к госпитальным штаммам.

Повторное исследование раневого отделяемого послеоперационных больных, особенно при длительном нахождении на стационарном лечении, проводят с целью выявления возбудителя с другим спектром антибиотикорезистентности.

Способствовало поступлению в рану различных послеоперационных больных одной и той же культуры *Staphylococcus aureus* нарушение в проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий, дезинфекционно-стерилизационного режима в отделении, а также грубые нарушения в работе медицинского персонала, особенно медицинских сестер, работающих в перевязочных.

Вопросы для самоконтроля

Стафилококки. Виды стафилококков. Факторы патогенности. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика и терапия. Проблема

госпитальной стафилококковой инфекции. Выявление и санация бактерионосителей. Стрептококки и энтерококки. Классификация. Факторы патогенности. Лабораторная диагностика стрептококковых заболеваний. Лечение. Менингококки. Серологические группы. Свойства менингококков. Лабораторная диагностика различных клинических форм менингококковой инфекции, бактерионосительства. Выделение внутриклеточно-паразитирующего возбудителя. Гонококки. Свойства. Лабораторная диагностика острой и хронической гонореи. Гоновакцина. Терапия. Профилактика бленнореи у новорожденных.

Тема 8. Патогенные палочки

Форма текущего контроля успеваемости – устная (устный опрос), письменная (конспект, реферат)

Критерии оценивания устного ответа

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов билета ординатору, имеющему достаточно высокий рейтинг за год, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На экзамене выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг за год, если он показывает добросовестное отношение к учебе в течение года.

Критерии оценивания конспекта

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за отсутствие конспекта теоретического материала, конспекта ответов на вопросы из перечня, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полный конспект теоретического материала, конспект ответов на вопросы из перечня, за формальные ответы.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, решение шаблонных ситуационных задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, самостоятельное решение ситуационных задач.

Критерии оценки реферата

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Нет реферата
Удовлетворительно	Не полное раскрытие темы, нарушение в оформлении
Хорошо	Раскрытие темы, нарушения в оформлении, использование ограниченного количества литературы (менее 5 источников)
Отлично	Раскрытие темы, оформление согласно требованиям, достаточное количество реферируемой литературы, наличие собственных выводов

Критерии оценки тестирования:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за ответы на менее 70% вопросов тестового задания
Удовлетворительно	Выставляется за ответы на 70% - 80% вопросов тестового задания
Хорошо	Выставляется за ответы на 80% - 90% вопросов тестового задания
Отлично	Выставляется за ответы на 90% и более вопросов тестового задания

Вопросы для проверки знаний.

Эшерихии. Категории и серогруппы эшерихий, их роль в этиологии острых кишечных заболеваний, инфекций мочевыводящих путей, внутрибольничных инфекций. Лабораторная диагностика эшерихиозов. Лечебные препараты.
Шигеллы. Свойства. Классификация. Лабораторная диагностика острой и хронической дизентерии. Выделение внутриклеточно паразитирующего возбудителя. Специфическая терапия и профилактика.
Сальмонеллы – возбудители брюшного тифа и паратифов. Эпидемиология, патогенез брюшного тифа. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика. Диагностика бактерионосительства.
Сальмонеллы – возбудители пищевых токсикоинфекций (ПТИ). Сальмонеллы – возбудители внутрибольничных инфекций. Классификация сальмонелл. Эпидемиология, патогенез сальмонеллез - ПТИ. Лабораторная диагностика, лечение и профилактика.
Холерные вибрионы. Классификация. Патогенез, лабораторные методы диагностики холеры. Лечебные препараты и специфическая профилактика. Экстренная профилактика.
Клиническая микробиология, задачи. Дисбактериоз (дисбиоз). Формы и стадии дисбиоза. Причины дисбиоза. Лабораторная диагностика. Применение бактериальных препаратов для профилактики и лечения дисбиозов.
Условно-патогенные грамотрицательные бактерии: клебсиеллы, протей, иерсинии, псевдомонады. Свойства. Этиологическая роль во внутрибольничных инфекциях, гнойно-воспалительных заболеваниях. Лабораторная диагностика. Лечение.
Возбудитель чумы. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, лечение и специфическая профилактика чумы. Режим работы при исследовании объектов на наличие возбудителя болезни.
Возбудитель туляремии. Эпидемиология, патогенез. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика. Терапия.
Бруцеллы. Свойства. Виды бруцелл. Эпидемиология, патогенез, иммунитет при бруцеллезе. Лабораторная диагностика. Специфическая терапия и профилактика.
Возбудитель сибирской язвы. Свойства. Эпидемиология, патогенез заболевания. Лабораторная диагностика различных клинических форм сибирской язвы. Специфическая профилактика и терапия.
Возбудители анаэробной газовой инфекции, классификация. Эпидемиология, патогенез газовой гангрены. Значение микробных ассоциаций в развитии патологического процесса. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика и терапия газовой гангрены.
Клостридии столбняка. Свойства микроба, токсинов и их патогенетическое действие. Лабораторная диагностика, специфическая

профилактика и терапия столбняка.

Клостридии ботулизма. Свойства микроба, характеристика ботулотоксинов. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, специфическое лечение и профилактика ботулизма.

Коринебактерии дифтерии. Свойства, факторы патогенности. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика дифтерии. Иммунитет. Методы его выявления. Специфическая профилактика и терапия.

Микобактерии туберкулеза, характеристика. Эпидемиология и патогенез туберкулеза. Иммунитет, его особенности. Аллергия, ее роль в патогенезе. Лабораторная диагностика, химиотерапия и специфическая профилактика туберкулеза.

Трепонема сифилиса. Свойства. Эпидемиология и патогенез сифилиса, иммунитет. Лабораторная диагностика. Лечение и профилактика.

Лептоспиры. Классификация. Свойства. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика.

Типовые задания (тестовые) для проверки знаний с правильным ответом.

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В КИШЕЧНИКЕ

Enterobacter aerogenes;

Escherichia coli;

Escherichia vulneris;

Salmonella enteritidis;

Klebsiella oxytoca.

2. ЭЛЕКТИВНОЙ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СРЕДОЙ ДЛЯ ВЫРАЩИВАНИЯ ШИГЕЛЛ СЛУЖИТ

висмут-сульфит агар;

кровяной агар;

среда Плоскирева;

сывороточный агар;

желточно-солевой агар.

3. К ПАТОГЕННЫМ ЭНТЕРОБАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ БАКТЕРИИ РОДА

Escherichia;

Shigella;

Pseudomonas;

Vibrio;

Aeromonas.

4. МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ И ПАРАТИФАХ МОГУТ СЛУЖИТЬ ВСЕ МАТЕРИАЛЫ, КРОМЕ

моча;

желчь;

спинно-мозговая жидкость;

испражнения;

кровь.

5. МАРКЕР ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ К ПАТОГЕННОМУ ВАРИАНТУ

морфология;

окраска по Граму;

биохимическая активность;

антигенная структура;

резистентность к антибиотикам.

6. ОСНОВНОЙ МЕТОД МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗЫВАЕМЫХ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКОЙ

микроскопический;

бактериологический;

биологический;

серологический;

генодиагностика.

7. ВОЗБУДИТЕЛИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ВЕРНО ВСЕ, КРОМЕ

S. dysenteriae;

S. flexneri;

S. boydii;

S. sonnei;

S. typhi.

8. ОСНОВНОЙ МЕТОД МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ:

микроскопический;

биологический;

бактериологический;

серологический;

аллергический.

9. ВОЗБУДИТЕЛИ БРЮШНОГО ТИФА, ПАРАТИФОВ А И В ОТНОСЯТСЯ К РОДУ

Yersinia;

Escherichia;

Citrobacter;

Salmonella;

Shigella.

10. МЕТОДЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БРЮШНОГО ТИФА, ПАРАТИФОВ А И В

микроскопический, бактериологический;

бактериологический, серологический;

серологический, аллергический;

аллергический, генетический;

все перечисленные.

ЗООНОЗНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ БРУЦЕЛЛЕЗА

Brucella abortus;

Brucella canis;

Brucella melitensis;

Brucella suis;

верно «а», «б», «в» и «г».

2. ВОЗБУДИТЕЛЬ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

Brucella canis;
Bacillus anthracis;
Yersinia similis;
Yersinia ruckeri;
Yersinia pestis.

3. ВОЗБУДИТЕЛЬ ТУЛЯРЕМИИ

Brucella melitensis;
Bacillus anthracis;
Yersinia pestis;
Francisella tularensis;
Bacillus cereus.

4. ВОЗБУДИТЕЛЬ ЧУМЫ

Yersinia frederiksenii;
Yersinia kristensenii;
Yersinia pestis;
Yersinia ruckeri;
Yersinia similis.

5. СВОЙСТВА ВОЗБУДИТЕЛЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

Гр+палочка;
Гр-палочка;
Гр+кокк;
Гр-кокк;
Палочка, по Граму не окрашивается.

6. СВОЙСТВА ВОЗБУДИТЕЛЯ ЧУМЫ

Гр+палочка;
Гр-палочка;
Гр+кокк;
Гр-кокк;
Палочка, по Граму не окрашивается.

7. «БАМБУКОВАЯ ТРОСТЬ» И «ЖЕМЧУЖНОЕ ОЖЕРЕЛЬЕ» - МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВОЗБУДИТЕЛЯ

бруцеллеза;
холеры;
чумы;
сибирской язвы;
туляремии.

8. «ГОЛОВА МЕДУЗЫ» ИЛИ «ЛЬВИНАЯ ГРИВА» - КУЛЬТУРАЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ВОЗБУДИТЕЛЯ

холеры;
сибирской язвы;
туляремии;
чумы;
бруцеллеза.

9. ОКРАСКА СПОР МЕТОДОМ

Циль-Нильсена - красная, Грама – красная;
Циль-Нильсена - красная, Грама - бесцветная;
Циль-Нильсена - синяя, Грама - красная;
Циль-Нильсена - синяя, Грама - бесцветная;
Циль-Нильсена - синяя, Грама – синяя.

10. КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЯ ВИДОВ БРУЦЕЛЛ

продукция сероводорода;
рост на средах с анилиновыми красителями (основной фуксин и тионин);
агглютинация с монорецепторными сыворотками против а-, м-антигенов;
чувствительность к фагу;
верно «а», «б», «в» и «г».

11. ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА БРУЦЕЛЛЕЗА

размножение и длительное персистирование бруцелл в макрофагах (кровь, селезенка, костный мозг, лимфатические узлы);
длительная (до года и более) бактериемия;
развитие гчзг;
возможность формирования бессимптомной инфекции (скрытое инфицирование);
верно «а», «б», «в» и «г».

12. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТУЛЯРЕМИИ

аллергический метод;
серологический;
биологический;
экспресс-метод (риф);
верно «а», «б», «в» и «г».

13. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

микроскопический и бактериологический;
бактериологический и метод биологической пробы;
метод биологической пробы и серологический;
серологический и микроскопический;
серологический и аллергический.

14. ПРИЗНАКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПАЛОЧКУ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ОТ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ САПРОФИТОВ (АНТРАКОИДЫ И ДР.)

наличие капсулы;
неподвижность;
чувствительность к сибиреязвенному фагу;
патогенность для лабораторных животных;
верно «а», «б», «в» и «г».

ДИФТЕРИЯ И ТУБЕРКУЛЕЗ

1. ОСНОВНОЙ МЕТОД ОКРАСКИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

1. по Циль-Нильсену;
2. по Ожешко;
3. по Бури-Гинсу;
4. по Морозову;
5. по Романовскому-Гимзе.

2. ПРОБА МАНТУ ПРИМЕНЯЕТСЯ

для диагностики заболевания;
для прогноза течения болезни;
для выявления скрытой инфекции;
для решения вопроса о ревакцинации;

все перечисленное.

3. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ПРОБЫ МАНТУ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТ

вакцина БЦЖ;

туберкулин;

туберкулолипиды;

убитая туберкулезная палочка;

все перечисленное.

4. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИФТЕРИЕЙ

обнаружены палочки, биполярно окрашенные;
обнаружены нетоксигенные дифтерийные бактерии;
обнаружены кокки, расположенные цепочками;
обнаружены токсигенные дифтерийные бактерии;

все перечисленное.

5. ВАКЦИНА БЦЖ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ

1. инактивированных корпускулярных;
2. химических;
3. синтетических;
4. живых аттенуированных;
5. генноинженерных.

6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИМЕНЯЮТ

1. АКДС;
2. БЦЖ;
3. туберкулин;
4. гамма-глобулин;
5. бактериофаг.

7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ ПРИМЕНЯЮТ

1. АКДС;
2. БЦЖ;
3. туберкулин;
4. гамма-глобулин;
5. бактериофаг.

8. ПРЕДСТАВИТЕЛИ РОДА КАРИНОБАКТЕРИЙ

грамнегативные кокки;

грамнегативные палочки;

грамположительные кокки;

грамположительные спорообразующие палочки;

грамположительные палочки.

9. МЕТОДЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

бактериологический;

серологический;

генодиагностика;

аллергический;

все перечисленные.

10. КОРИНЕБАКТЕРИИ ДИФТЕРИИ ОКРАШИВАЮТСЯ ПО ГРАМУ

красный цвет, биполярно не окрашены;

красный цвет, биполярно окрашены;

фиолетовый цвет, биполярно не окрашены;

фиолетовый цвет, биполярно окрашены;

не окрашиваются.

11. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИФТЕРИИ

аллергический;

биологический;

серологический;

бактериологический;

микроскопический.

12. ОСНОВНОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧЕЛОВЕКА

Mycobacterium avium;

M. intracellulare;

M. bovis;

M. tuberculosis;

M. leprae.

13. КОЖНО-АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ПРОБА МАНТУ ПОЛОЖИТЕЛЬНА У

ВИЧ-инфицированных;

беременных, рожениц;

новорожденных;

больных туберкулезом;

всех перечисленных.

14. РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ВЫДЕЛЕНИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

морфология клетки;
ферментативная активность;
подтверждение токсигенности в реакции преципитации;
проба Пизу;
проба Заксе.

15. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КОРИНЕБАКТЕРИИ ДИФТЕРИИ

ветвящиеся тонкие нити;
кислотоустойчивые полиморфные палочки;
палочки с булавовидными утолщениями, расположенные под углом;
грамотрицательные диплококки;
палочки овоидной формы с биполярной окраской.

СПИРОХЕТОЗЫ

1. МОРФОЛОГИЯ СПИРОХЕТ

извитые грамположительные бактерии;
палочковидные грамотрицательные бактерии;
извитые грамотрицательные бактерии;
палочковидные грамположительные бактерии.

2. ХОРОШО ОКРАШИВАЮТСЯ АНИЛИНОВЫМИ КРАСИТЕЛЯМИ

трепонемы;
боррелии;
лептоспиры.

3. ПОДВИЖНОСТЬ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ ОБЪЯСНЯЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

жгутиков;
сократительных фибрилл вдоль тела микроорганизма;
жгутиков и сократительных фибрилл.

4. КУЛЬТИВИРОВАНИЕ ЛЕПТОСПИР

среда Левина;
мясо-пептонный агар;
среда Вильсон-Блера;
фосфатно-сывороточные среды;
кровяной агар.

5. В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЛЕПТОСПИРОЗА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

микроскопический метод;
бактериологический метод;
биологический метод;
серологический метод;
аллергический метод.

6. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЛЕПТОСПИРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

пищевой путь передачи;
контактный путь передачи;
водный путь передачи;
трансмиссивный путь передачи;
парентеральный путь передачи.

7. СИФИЛИС – ЭТО

антропоноз;
зооноз;
антропозооноз;

8. ПРИЗНАКИ ПЕРВИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА

высыпания на коже и слизистых оболочках, развитие специфических процессов во внутренних органах, в костной, периферической и центральной нервной системе;
папулы, бугорки, гуммы или гуммозные инфильтраты в коже, подкожной клетчатке, внутренних органов;
твердый шанкр, регионарный лимфаденит.

9. ИНГРЕДИЕНТЫ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ РЕАКЦИИ *ВАССЕРМАНА*

используют комплемент, используют специфический антиген;
используют комплемент, не используют специфический антиген;
не используют комплемент, используют специфический антиген;
не используют комплемент, не используют специфический антиген;
используют комплемент, используют неспецифический антиген.

10. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ СИФИЛИСА

1. половой и контактно-бытовой;
2. половой и алиментарный;
3. половой и парентеральный;
4. половой и водный;
5. половой и трансмиссивный.

11. ОСНОВНОЙ СПОСОБ ОКРАСКИ СПИРОХЕТ

1. по Граму;
2. по Романовскому-Гимзе;
3. по Циль-Нильсену/

12. МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАННИЕ (I, II) ПЕРИОДЫ СИФИЛИСА

микроскопический и бактериологический;
микроскопический и серологический;
микроскопический и аллергический;
микроскопический и биологический;
только микроскопический;

АНАЭРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. ОСОБЕННОСТЬ МЕТОДА ВЫДЕЛЕНИЯ ЧИСТОЙ КУЛЬТУРЫ АНАЭРОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

1. посеве исследуемого материала в конденсат;
2. обработки исследуемого материала кислотой;

3. предварительном прогревании исследуемого материала до 90-100°C;
4. заражении экспериментального животного;
5. создании анаэробных условий.

2. ФИЗИЧЕСКИЙ МЕТОД СОЗДАНИЯ АНАЭРОБНЫХ УСЛОВИЙ

1. с помощью анаэроостата;
2. с помощью эксикатора и адсорбентов кислорода;
3. сокультивирование аэробов с анаэробами;
4. специальные среды для анаэробов;
5. все перечисленные методы.

3. ХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД СОЗДАНИЯ АНАЭРОБНЫХ УСЛОВИЙ

1. с помощью анаэроостата;
2. с помощью эксикатора и адсорбентов кислорода;
3. сокультивирование аэробов с анаэробами;
4. специальные среды для анаэробов;
5. все перечисленные методы.

4. БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД СОЗДАНИЯ АНАЭРОБНЫХ УСЛОВИЙ

1. с помощью анаэроостата;
2. с помощью эксикатора и адсорбентов кислорода;
3. сокультивирование аэробов с анаэробами;
4. специальные среды для анаэробов;
5. все перечисленные методы.

5. ВОЗБУДИТЕЛЕМ СТОЛЬНЯКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Francisella tularensis;
2. Clostridium perfringens;
3. Clostridium botulinum;
4. Yersinia pestis;
5. Clostridium tetani.

6. ВОЗБУДИТЕЛЬ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ ПО МОРФОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Гр+палочки;
2. Гр+стрептобацилла;
3. Гр+спорообразующая палочка;
4. Гр-кокки;
5. Гр-палочки.

7. УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ГАЗОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Мертвая ткань;

Мертвая ткань и анаэробные условия;

Мертвая ткань, анаэробные условия и ассоциация между возбудителями газовой инфекции;

Мертвая ткань, анаэробные условия, ассоциация между возбудителями газовой инфекции и с аэробами;

Мертвая ткань, анаэробные условия, ассоциация между возбудителями газовой инфекции, с аэробами и состояние макроорганизма (сдавление тканей, кровопотеря, шок и т.д.).

8. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГАЗОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ

Входные ворота инфекции;

Входные ворота инфекции и близлежащие ткани;

Входные ворота инфекции, близлежащие ткани и кровь;

Кровь, спинномозговая жидкость;

Входные ворота инфекции, паренхиматозные органы.

9. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА

Биологическая проба;

Биологическая проба и серологический;

Биологическая проба, серологический и аллергический;

Бактериологический метод;

Микроскопический метод.

10. ЦЕЛЬ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АНАЭРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ – ОБНАРУЖЕНИЕ

возбудителя и специфических изменений в организме;

специфических изменений и эндотоксина;

эндотоксина и экзотоксина;

экзотоксина и возбудителя;

возбудителя.

11. ЦЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПРИ АНАЭРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Обнаружение возбудителя и экзотоксина;

Обнаружение экзотоксина и определение типа экзотоксина;

Определение типа экзотоксина и фаготипа выделенной чистой культуры;

Определение фаготипа выделенной чистой культуры и обнаружение возбудителя;

Выделение чистой культуры микроорганизмов.

12. АКТИВНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОЛЬНЯКА ПРОВОДИТСЯ

анатоксином;

антитоксической сывороткой;

3. антраксином;

4. антифагином;

5. бактериофагом.

13. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ПАТОГЕННЫМИ КЛОСТРИДИЯМИ, ИСПОЛЬЗУЮТ

1. анатоксин;

2. антитоксические сыворотки и иммуноглобулины;

3. антимикробные сыворотки и иммуноглобулины;

4. антибиотики;

5. не разработана.

14. ОСНОВОЙ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. определение специфических антител;

2. выделение чистой культуры;

3. выявление сенсibilизации организма;
 4. определение ботулотоксинов в исследуемом материале;
 5. обнаружение характерных палочек в исследуемом материале.
15. ОСНОВОЙ ФАКТОР ПАТОГЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ БОТУЛИЗМА

1. жгутики;
2. эндотоксин;
3. экзотоксин;
4. капсула;
5. протеолитические ферменты.

РИККЕТСИОЗЫ, ХЛАМИДИОЗЫ, ЭРЛИХИОЗЫ И МИКОПЛАЗМОЗЫ

1. ОРНИТОЗ У ЧЕЛОВЕКА ВЫЗЫВАЮТ

C. trachomatis;
C. psittaci;
C. pneumonia.

2. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО СЫПНОГО ТИФА
иммунная специфическая сыворотка;

анатоксин;
живая вакцина;
бактериофаг;
антибиотики.

3. АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ПРОБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ

1. эпидемического сыпного тифа;
2. эндемического сыпного тифа;
3. ку-лихорадки;
4. клещевых риккетсиозов;
5. волынской лихорадки.

4. РИККЕТСИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

Грамм⁺ микроорганизмы, палочковидные или кокковидные, не имеют жгутиков, не образуют спор, растут на кровяном агаре;
Грамм⁻ микроорганизмы, палочковидные или кокковидные, не имеют жгутиков, не образуют спор, хорошо растут на кровяном агаре;
Грамм⁻ микроорганизмы, палочковидные или кокковые, не имеют жгутиков, не образуют спор, не растут на кровяном агаре, размножаются только внутри живой клетки.

5. ВОЗБУДИТЕЛЬ *R. typhi* ВЫЗЫВАЕТ

1. эпидемический сыпной тиф;
2. ку-лихорадку;
3. эндемический сыпной тиф;
4. возвратный тиф;
5. волынскую лихорадку.

6. ИСТОЧНИКОМ ТРАХОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. больной человек;
2. птицы;
3. грызуны;
4. крупный и мелкий рогатый скот;
5. клещи.

10. ПЛЯТЯНЫЕ ВШИ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕНОСЧИКАМИ

1. эпидемического сыпного тифа;
2. эндемического сыпного тифа;
3. лихорадки скалистых гор.

11. К АНТРОПОНОЗНЫМ РИККЕТСИОЗАМ ОТНОСИТСЯ

1. волынская лихорадка и эндемический сыпной тиф;
2. клещевой риккетсиоз и эндемический сыпной тиф;
3. волынская лихорадка и эпидемический сыпной тиф;
4. эндемический сыпной тиф и эпидемический сыпной тиф;
5. клещевой риккетсиоз и эпидемический сыпной тиф.

ХОЛЕРА

1. ОСНОВОЙ ФАКТОР ПАТОГЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ХОЛЕРЫ

1. жгутики;
2. эндотоксин;
3. экзотоксин;
4. капсула;
5. протеолитические ферменты.

2. КРОМЕ ИСПРАЖНЕНИЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ НА ХОЛЕРУ МОЖНО БРАТЬ ИССЛЕДУЕМЫЙ МАТЕРИАЛ

1. рвотные массы;
2. кровь;
3. мочу;
4. дуоденальное содержимое;
5. биоптат желудка.

3. ОТ УМЕРШЕГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ХОЛЕРУ ДОСТАВЛЯЮТ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. отрезки толстого кишечника;
2. отрезки тонкого кишечника;
3. стенку желудка;
4. фрагменты печени;
5. почки.

4. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЕРОГРУППЫ ХОЛЕРНОГО ВИБРИОНА НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ СЫВОРОТКИ К АНТИГЕНАМ

1. O;
2. ОК;
3. К;
4. Vi;
5. H.

5. СРОК ВЫРАЩИВАНИЯ ВИБРИОНОВ НА 1% ПЕПТОННОЙ ВОДЕ

1. 1-3 часа;
2. 6-8 часов;
3. 12-18 часов;
4. 24 часа;
5. 36 часов.

6. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. микроскопический;
2. метод флюоресцирующих антител;
3. серологический;
4. бактериологический;
5. аллергический.

7. СЕРОГРУППУ ХОЛЕРНОГО ВИБРИОНА ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕСТА

1. энтеротест;
2. тест с КОН;
3. реакция агглютинации;
4. реакция фаготипирования;
5. реакция преципитации.

8. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ БИОВАРОВ ВОЗБУДИТЕЛЯ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. рост на среде с полимиксином;
2. чувствительность к бактериофагам тест с КОН;
3. агглютинация О1 сывороткой;
4. гемолиз бараньих эритроцитов;
5. агглютинация куриных эритроцитов.

9. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ БИОВАРОВ ВОЗБУДИТЕЛЯ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. рост на среде с полимиксином;
2. чувствительность к бактериофагам тест с КОН;
3. агглютинация О1 сывороткой;
4. гемолиз бараньих эритроцитов;
5. агглютинация куриных эритроцитов.

10. ДАЙТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ ХОЛЕРНЫМ ВИБРИОНАМ

1. образуют споры;
2. образуют капсулы;
3. монотрихи;
4. перитрихи;
5. лофотрихи.

11. НАЗОВИТЕ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ХОЛЕРЫ

1. воздушно-капельный;
2. трансмиссивный;
3. воздушно-пылевой;
4. вертикальный;
5. алиментарный.

12. К КАКОМУ ВИДУ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ ХОЛЕРА

1. госпитальная;
2. зоонозная;
3. особо опасная;
4. аутоинфекция;
5. хроническая.

КЛИНИЧЕСКАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ. ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ

1. ОДИН ВИД БАКТЕРИЙ УГНЕТАЕТ РАЗВИТИЕ ДРУГОГО

1. антагонизм;
2. синергизм;
3. индифферентное сосуществование;
4. паразитизм;
5. верно «а» и «г».

2. КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОГО МИКРООРГАНИЗМА КАК ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

- ПМО=10³ КОЕ/мл, нарастание титра антител к аутоштамму;
ПМО=10³ КОЕ/мл, отсутствие нарастание титра антител к аутоштамму;
ПМО=10⁴ КОЕ/мл, отсутствие нарастание титра антител к аутоштамму;
ПМО=10⁵ КОЕ/мл, нарастание титра антител к аутоштамму;
ПМО=10² КОЕ/мл, нарастание титра антител к аутоштамму.

3. СМЕШАННЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. возникают на фоне существующего заболевания;
2. характеризуются удлиненным инкубационным периодом;
3. формируются из первичного очага инфекции, подвергшегося неадекватному лечению антибиотиками;
4. характеризуются одновременным заражением несколькими микроорганизмами.
5. верно «а» и «в»

4. ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ – GR+ ФАКУЛЬТАТИВНО-АНАЭРОБНЫЕ КОККИ (РОД)

1. *Anaerococcus*;
2. *Neisseria*;
3. *Staphylococcus*;
4. *Peptococcus*;

5. верно «а» и «г».

5. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫМИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ БАКТЕРИЯМИ

бактериологический и серологический;
серологический и биопроба;

микроскопический и биопроба;
аллергический и биопроба;
микроскопический и серологический;
6. ИЗ СИМБИОЗА ИЗВЛЕКАЕТ ВЫГОДУ ОДИН МИКРОБ БЕЗ ВРЕДА ДРУГОГО

метабиоз;
сателлизм;
комменсализм;
антагонизм;
паразитизм.

7. ФАКТОРЫ ВИРУЛЕНТНОСТИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ

адгезины;
гемолизин;
коллагеназа;
плазмокоагулаза;

верно «б», «в» и «г».

8. КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОГО МИКРООРГАНИЗМА КАК ВОЗБУДИТЕЛЯ ОПОРТУНИСТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

1. ПМО= 10^2 КОЕ/мл, отсутствие антилизоцимной активности;
2. ПМО= 10^3 КОЕ/мл, отсутствие антилизоцимной активности;
3. ПМО= 10^5 КОЕ/мл, наличие антилизоцимной активности;
4. ПМО= 10^4 КОЕ/мл, отсутствие антилизоцимной активности;
5. ПМО= 10^3 КОЕ/мл, наличие антилизоцимной активности;

9. ВОЗБУДИТЕЛИ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ – ГР- ФАКУЛЬТАТИВНО-АНАЭРОБНЫЕ ПАЛОЧКИ (РОД)

Klebsiella;

Bacteroides;

Corynebacterium;

Bacillus;

Clostridium.

10. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ АЛЛОХТОННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ

антибиотики.

антибиотики, бактериофаги, γ – глобулины, вакцины;

антибиотики, бактериофаги, γ – глобулины, вакцины, витамины;

антибиотики, бактериофаги, γ – глобулины;

антибиотики, иммуномодуляторы, бактериофаги, γ – глобулины.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ТИПИРОВАНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВКЛЮЧАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

биотипа;

биотипа и серотипа;

биотипа, серотипа и фаготипа;

биотипа, серотипа, фаготипа и антибиотикограммы;

биотипа, серотипа, фаготипа, антибиотикограммы и генного профиля.

2. ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

пищевой;

пищевой, контактно-бытовой;

пищевой, контактно-бытовой, аэрогенный;

пищевой, контактно-бытовой, аэрогенный, артифициальный;

пищевой, контактно-бытовой, аэрогенный, артифициальный, трансмиссивный.

3. ГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ

экзогенной или эндогенной;

только экзогенной;

только эндогенной.

4. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВБИ ИСПОЛЬЗУЮТ

серологический метод;

биологический метод;

бактериологический метод;

микроскопический метод;

аллергический метод.

5. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИСТОЧНИКА ВБИ ПРОВОДЯТ

реакцию фаготипирования возбудителя;

обнаружение специфических антител у больного;

определение вирулентности возбудителя;

определение специфических антител у медперсонала;

определение вида возбудителя .

6. ВЫБЕРИТЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТАФИЛОКОККОВОГО НАГНОЕНИЯ РАНЫ

пенициллин;

стафилококковый бактериофаг;

фурациллин;

стафилококковый анатоксин;

антистафилококковый гамма-глобулин.

7. ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ ВКЛЮЧАЕТ

множественную антибиотикорезистентность;

множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ;

множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ, устойчивость к дезинфектантам;

множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ, устойчивость к дезинфектантам, устойчивость к антисептикам;

множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ, устойчивость к дезинфектантам, устойчивость к антисептикам, малую

инфицирующую дозу.

ДИСБИОЗЫ

1. СООТНОШЕНИЕ АНАЭРОБЫ/АЭРОБЫ В МИКРОФЛОРЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ

1/1;
10/1;
1000/1;
1/100;
100/1.

2. ЧИСЛЕННО ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ БАКТЕРИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА

лактобациллы;

энтерококки;

бациллы;

бактероиды;

кишечная палочка.

3. ФАКТОРЫ ХОЗЯИНА В ОБЕСПЕЧЕНИИ КОЛОНИЗАЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

секреторный иммуноглобулина;

лизоцим и другие катионные белки;

дефенсины и другие катионные пептиды;

лактоферрин;

верно «а», «б», «в» и «г».

4. ФАКТОРЫ МИКРОФЛОРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КОЛОНИЗАЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

органические кислоты;

летучие жирные кислоты;

бактериоцины и микроцины;

перекись водорода;

верно «а», «б», «в» и «г».

5. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИСБИОЗОВ

микроскопический;

бактериологический;

биологический;

серологический;

аллергический.

6. ОСНОВНОЙ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА

количество бактериоидов;

культуральные свойства кишечной палочки;

наличие условно-патогенных бактерий;

количество бифидобактерий;

количество лактобацилл.

7. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСБИОЗОВ

пробиотики;

синбиотики;

фитопрепараты;

иммуномодуляторы;

верно «а», «б», «в» и «г».

8. К ГРУППЕ ПРОБИОТИКОВ ОТНОСИТСЯ

протейный бактериофаг;

инулин;

колибактерин;

антистафилококковая гипериммунная плазма;

клебсиеллезный бактериофаг.

9. ОСНОВУ ПРОБИОТИКОВ СОСТАВЛЯЮТ МИКРООРГАНИЗМЫ РОДОВ

Bifidobacterium;

Lactobacillus;

Enterococcus;

Bacillus;

верно «а», «б», «в» и «г».

10. К ГРУППЕ ПРЕБИОТИКОВ ОТНОСИТСЯ

лактобактерин;

бифидумбактерин;

олигофруктоза;

споробактерин;

синегнойный бактериофаг.

Типовые практические задания для проверки умений.

Ситуационная задача №1

Двое сотрудников отправились на рыбалку. А так как питьевой воды захватили мало, то использовали воду из открытого водоема, причем один из них пил некипяченую воду. Через две недели он заболел, температура тела поднялась до 39⁰ С. Больной был госпитализирован с диагнозом «Брюшной тиф».

Задания:

Назовите ряд возбудителя брюшного тифа?

Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя, образует ли он споры и выделяет ли экзотоксин?

Эпидемиология брюшного тифа: источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции?

Каким путем заразился указанный больной и почему?

Проводится ли специфическая профилактика и терапия брюшного тифа?

Ситуационная задача №2

В клинику инфекционных болезней поступил больной с симптомами диареи (жидкий стул со слизью и прожилками крови). На основании клинических данных и характерного вида испражнений был поставлен диагноз: «Дизентерия».

Задания:

Назовите род возбудителей дизентерии и основные виды?

Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителей дизентерии?

Назовите характер исследуемого материала и основной метод микробиологической диагностики дизентерии? В чем его сущность? Как собрать материал на исследование?

Эпидемиология дизентерии: источник инфекции, механизмы, факторы и пути передачи инфекции?

Специфическая профилактика и терапия дизентерии?

Ситуационная задача №3

В инфекционную клинику поступил больной ребенок 3 лет из детского сада № 18 с клиническими проявлениями диареи, где было зарегистрировано несколько случаев заболевания колиэнтеритом.

Задания:

Назовите род и виды возбудителей колиэнтерита, их морфологические и тинкториальные свойства?

Эпидемиология: источник заболевания, механизм, факторы, пути передачи инфекции?

Что такое входные ворота инфекции и что послужило входными воротами инфекции в данном случае?

Что служит исследуемым материалом при колиэнтерите и как его собирают? Требования к транспортировке и доставке исследуемого материала в лабораторию?

Какой метод применяют для определения чувствительности бактерий к антибиотикам, и в чем его суть?

Ситуационная задача №4

При проф. осмотре в школе № 243 на флюорографии обнаружены очаги затемнения в верхушке правого легкого у школьника В, который был направлен в тубдиспансер для обследования.

Задания:

Назовите род и вид основного возбудителя туберкулеза у человека, его морфологические и тинкториальные свойства?

В чем особенность химического состава туберкулезной палочки и как их установить?

Какой метод окраски применяется для выделения туберкулезной палочки? В какой цвет окрашиваются туберкулезные палочки и остальная флора?

Что служит исследуемым материалом при туберкулезе, в зависимости от формы заболевания, требования к транспортировке и доставке в лабораторию?

Чем осуществляется специфическая профилактика туберкулеза, характеристика препарата?

Ситуационная задача №5

В микробиологическую лабораторию поступил исследуемый материал больного В., находящегося в сыпнотифозном отделении ГИКБ №1. При обследовании на педикулез насекомых не обнаружили. Из анамнеза не смогли выявить предполагаемый источник инфекции.

Задания:

Что такое род бактерий?

К какому роду относятся возбудители сыпного тифа?

Морфологические и тинкториальные свойства возбудителей сыпного тифа?

Эпидемиология эпидемического сыпного тифа: источник инфекции, механизм передачи, фактор передачи, пути передачи инфекции, его сущность?

Способы неспецифической профилактики сыпного тифа?

Ситуационная задача №6

В школе № 458, где количество учащихся - 380 человек, выявлен случай заболевания дифтерией. Врач педиатр провел осмотр контактных с целью выявления больных с ангиной, как группы риска, и список выявленных передал медицинской сестре для взятия у них материала на микробиологическое исследование.

Задания:

Назовите род возбудителя дифтерии?

Чем обеспечивается морфологическая особенность возбудителя дифтерии, и каковы его тинкториальные свойства?

Какой материал, чем и с какой целью берут у больных с ангиной? Какие условия необходимо учитывать при взятии материала?

Условия доставки исследуемого материала в микробиологическую лабораторию?

Проводится ли специфическая профилактика в очаге больных дифтерией? Поясните ответ.

Ситуационная задача №7

В детском саду во время осмотра детей врач-педиатр выявил больного ребенка с подозрением на дифтерию, о чем было послано экстренное извещение в Районный Центр Санэпиднадзора. В группе, где находился больной ребенок, с подозрением на дифтерию, было еще 16 человек.

Задания:

С какой целью было послано экстренное извещение в Центр Санэпиднадзора?

Какие мероприятия проводит медицинская сестра в очаге больных дифтерией?

Эпидемиология дифтерии: источник инфекции, основной механизм, фактор и путь передачи инфекции?

Что такое дезинфекция и ее виды?

Проводится ли плановая специфическая профилактика дифтерии? Поясните ответ.

Ситуационная задача №8

В Астраханской области, в районе эндемичном по чуме, был выявлен больной А с подозрением на бубонную форму чумы. Больного госпитализировали в инфекционную больницу. Проводя эпидемиологическое расследование в очаге больного, врач эпидемиолог назначил ряд противоэпидемических мероприятий.

Задания:

Назовите род возбудителя чумы?

Особенности морфологии и тинкториальные свойства возбудителя?

Эпидемиология чумы: источник инфекции, механизмы передачи, факторы и пути передачи инфекции?

Какой исследуемый материал, как и с какой целью необходимо взять у данного больного?

Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в районе, где зарегистрирован случай заболевания чумой?

Ситуационная задача №9

У работники по производству кисточек для бритья на тыльной стороне левой кисти руки появились зудящие пятнышки, которые через несколько часов превратились в пузырьки с темным содержимым. При вскрытии пузырьков образовывались безболезненные язвы. На основании типичной клинической картины врач-инфекционист поставил диагноз: «Кожная форма сибирской язвы». Для подтверждения клинического диагноза необходимо микробиологическое исследование.

Задания:

Назовите род возбудителя сибирской язвы?

Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя сибирской язвы, выделенного из организма больного?

Эпидемиология сибирской язвы: источник инфекции, механизмы, факторы, пути передачи инфекции?

Что служит исследуемым материалом от данного больного?

Проводится ли специфическая профилактика сибирской язвы?

Ситуационная задача №10

В одной семье, проживающей в сельской местности, сразу заболело двое взрослых. Заболевание сопровождалось болями в животе, жидким кровавистым стулом, рвотой. Из анамнеза было выявлено, что заболевшие употребляли в пищу жаренную печень от забитой козы с явными признаками недомогания. У детей, которые не ели печень, никаких признаков заболевания не наблюдалось. На основании клинической картины и данных анамнеза врач-инфекционист поставил предположительный диагноз: «Кишечная форма сибирской язвы».

Задания:

Назовите возбудителя сибирской язвы по-латыни?

Где и в каких формах может существовать возбудитель сибирской язвы?

Каким методом микробиологического исследования можно обнаружить различные формы возбудителя сибирской язвы, обоснуйте ответ?

Какова устойчивость возбудителей сибирской язвы во внешней среде и чем она обеспечивается?

Как проводится обеззараживание материала, взятого от больных животных?

Ситуационная задача №11

В кожно-венерологический диспансер к врачу-венерологу обратилась девушка, у которой врач на слизистой нижней губы обнаружил безболезненную язву, с плотным дном и подрывными плотными краями. Из анамнеза было выяснено, что она занималась оральным сексом с незнакомым мужчиной. На основании клинических данных и основываясь на анамнезе, врач поставил диагноз: «Сифилис - первичный период (период твердого шанкра)».

Задания:

Назовите родовое и видовое название возбудителя сифилиса?

К какой группе бактерий относится возбудитель сифилиса по своей морфологии? Как в данном случае собрать материал?

Назовите морфологические и тинкториальные свойства возбудителя сифилиса?

Эпидемиология сифилиса: источник инфекции, механизм, факторы и пути передачи инфекции?

Какой путь передачи инфекции при внутриутробном заражении плода сифилисом?

Ситуационная задача №12

В хирургическом отделении военно-медицинского госпиталя для инвалидов в палате № 6 находился больной с незаживающей раной из которой длительное время высевалась культура *Ps. aeruginosa*. В других палатах находились послеоперационные больные после так называемых «чистых операций», у четверти из них, в раневом отделяемом, также была выделена аналогичная культура *Ps.aeruginosa* при бактериологическом исследовании.

Задание:

К каким штаммам можно отнести названную культуру? Поясните ответ.

Почему она стала выделяться из раневого отделяемого больных из других палат?

Какими свойствами обладают такие штаммы, циркулирующие во всем отделении?

Как можно обнаружить такие штаммы?

Как предупредить возникновение и распространение таких инфекций?

Ситуационная задача №13

В хирургических отделениях, особенно крупных стационаров, нередко происходит инфицирование вновь поступивших послеоперационных больных госпитальными штаммами - возбудителями внутрибольничных инфекций (ВБИ).

Задания:

Дайте определения понятия «внутрибольничные инфекции»?

Причины роста ВБИ?

Кто входит в группу риска возникновения ВБИ?

Клинико-эпидемиологические особенности ВБИ?

Основные возбудители ВБИ в хирургических отделениях стационаров?

Ситуационная задача №14

В хирургическом отделении ГКБ № 50 на длительном лечении находилось несколько послеоперационных больных после тяжелых операций. При повторном микробиологическом исследовании содержимого ран у четырех больных была выделена одна и та же культура *E. Coli*, устойчивые к антибиотикам.

Задания:

Как вы расцениваете возникшую ситуацию?

Какие причины способствовали инфицированию больных одним и тем же микробом?

Какую цель преследует врач назначая материал от больных на повторное микробиологическое исследование?

Какой основной механизм передачи подобной инфекции и роль медицинской сестры в ее распространении?

Каким путем можно определить основной механизм передачи инфекции?

Ситуационная задача №15

Ответственным за эпидемиологический режим в ГКБ № 7 была назначена медицинская сестра А., в целях предупреждения возникновения ВБИ.

Задания:

Какие основные функции должна выполнять назначенная медицинская сестра?

Какие специфические инфекции могут передаваться в стационарах при использовании приборов и аппаратуры, требующих особых методов стерилизации?

Кто организует работу младшего и среднего мед. персонала по предупреждению ВБИ? В чем заключается роль среднего и младшего медицинского персонала?

Факторы риска возникновения ВБИ?

Меры профилактики ВБИ?

Ситуационная задача №16

В пионерском лагере, расположенном на берегу небольшого водоема, зарегистрировано 2 случая заболевания у детей, которые вопреки запрету купались в водоеме. На основании клинических симптомов и собранного анамнеза был поставлен диагноз «Брюшной тиф».

Задания:

Назовите род возбудителя брюшного тифа.

Какие виды возбудителей данного рода вызывают сходные по клинической картине заболевания?

Эпидемиология брюшного тифа (источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции)?

Что в основном служит исследуемым материалом у больных брюшным тифом в начале заболевания? Как собрать исследуемый материал?

Специфическая профилактика?

Ситуационная задача №17

В инфекционную больницу поступил больной, проживающий в районе эндемичном по чуме, с подозрением на «Бубонную форму чумы».

Задания:

Назовите род возбудителя чумы?

Морфология и тинкториальные свойства возбудителя чумы?

Эпидемиология чумы (источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции)?

Что служит исследуемым материалом при данной болезни и как его взять на микробиологическое исследование?

5. Методы диагностики чумы?

Ситуационная задача №18

В инфекционную больницу поступил больной, который путешествовал по Волге на теплоходе. На основании клинических данных (у больного был частый стул в виде «рисового отвара») был поставлен предварительный диагноз «Холеры».

Задания:

К какому роду относится возбудитель холеры?

Какова морфология и тинкториальные свойства возбудителя холеры?

Эпидемиология холеры: источник инфекции, механизм, факторы и пути передачи инфекции.

Характер исследуемого материала?

Специфическая профилактика и терапия холеры?

Ситуационная задача №19

В инфекционную клинику поступил больной К. с жалобами на длительную лихорадку, озноб, боли в суставах. Как выяснилось из анамнеза больной К. Работает на животноводческой ферме. На основании клинических данных и эпиданализа врач поставил диагноз: «Бруцеллез».

Задания:

Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя бруцеллеза?

Какие виды бруцелл вызывают бруцеллез?

Характер исследуемого материала? Поясните ответ.

Основной метод микробиологической диагностики бруцеллеза?

Специфическая профилактика бруцеллеза. Поясните ответ.

Ситуационная задача №20

В инфекционную клинику поступил больной Б. с жалобами на головную боль, резкие боли в мышцах, особенно в икроножных и высокую температуру 39-40° С. Как выяснилось из анамнеза больной проживает в районе неблагополучном по туляремии. На основании клинической картины врач поставил больному Б. диагноз «туляремия».

Задания:

К какому роду относится возбудитель туляремии?

Морфологические и тинкториальные свойства возбудителей туляремии?

Эпидемиология туляремии (источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи).

Характер исследуемого материала и методы лабораторной диагностики?

Специфическая профилактика туляремии? Поясните ответ.

Ситуационная задача №21

Девушка 18 лет, во время мытья крыльца на даче, занозила палец. Занозу видимо удалила не полностью и не провела обеззараживание ранки. Через 2 недели появились первые признаки заболевания в виде спазма жевательных мышц, затруднения глотания. При обращении к врачу на основании клинических симптомов был поставлен диагноз «столбняк».

Задания:

Назовите род возбудителя столбняка?

Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя столбняка?

Эпидемиология столбняка: источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции?

Метод микробиологического исследования и его цель?

Специфическая профилактика столбняка?

Ситуационная задача №22

В клинику инфекционных болезней поступил больной А. с жалобами на боли в области желудка, тошноту, головную боль, птоз век, диплопию (двоение предметов). Как выяснилось из анамнеза, больная А. принимала в пищу собственные консервированные грибы. На основании клинической картины и анамнестических данных был поставлен диагноз «ботулизм».

Задания:

К какому роду относится возбудитель ботулизма?

Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя ботулизма?

Эпидемиология ботулизма (источник инфекции, механизм, факторы и пути передачи инфекции).

Основной метод микробиологической диагностики?

Специфическая профилактика и терапия ботулизма? Поясните ответ.

Ситуационная задача №23

В детском саду заболело несколько детей с интервалом 18-20 дней, заболевание у всех сопровождалось приступообразным кашлем. На основании клинических данных и эпидемиологических данных был поставлен предварительный диагноз: «Коклюш».

Задания:

Назовите род возбудителя коклюша.

Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя коклюша?

Эпидемиология коклюша: источник инфекции, механизм, факторы и пути передачи коклюша.

Какой метод микробиологической диагностики является основным при подозрении на коклюш? Что служит исследуемым материалом?

Специфическая профилактика коклюша?

Ситуационная задача №24

Во время пребывания на отдыхе в средней Азии у одной из отдыхающих появились не проходящие симптомы: светобоязнь, чувство жжения в глазах, слизисто-гнойное отделяемое из глаз, что характерно для заболевания трахомой.

Задания:

К какому роду микроорганизмов относятся возбудители трахомы?

Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителей трахомы?

Какой вид паразитизма характерен для возбудителя трахомы?

Эпидемиология трахомы, источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции.

Что служит исследуемым материалом при трахоме?

Ситуационная задача №25

Группа туристов расположилась на ночлег около небольшого водоема. Так как было прохладно, только двое туристов решили искупаться.

Через 10 дней у них появилось недомогание, резкие боли в мышцах, особенно в икроножных, пожелтение склер, температура тела повысилась до 40°, что напоминало клинику лептоспироза.

Задания:

К каким микроорганизмам относится возбудитель лептоспироза по своей морфологии?

Как называется период от появления заражения до появления первых приступов заболевания?

Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя лептоспироза?

Эпидемиология лептоспироза: источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи лептоспироза.

Методы микробиологической диагностики лептоспироза? Что служит исследуемым материалом?

Эталоны решения типовых задач, результата тестирования

Ситуационная задача № 1 .

Сальмонеллы.

Сальмонеллы тифа - Гр - палочки, спор не образуют, экзотоксин не выделяют.

Источником является больной человек и бактерионосители; механизм - фекально-оральный; факторы - вода, пища (чаще молоко); пути передачи - водный, алиментарный.

Больной заразился водным путем, так как пил некипяченую воду из открытого водоема.

Специфическая профилактика брюшного тифа проводится химической ассоциированной вакциной, в состав которой входят антигены сальмонелл тифа. Профилактика проводится по эпид. показаниям в предэпидемический период (весной). Брюшнотифозный бактериофаг применяется для лечения реконвалесцентов и для профилактики назначается контактным лицам.

Ситуационная задача № 2.

Род - шигеллы; Виды - Григорьева-Шига, Флекснера (дизентерии), Зонне, Бонда.

Возбудители дизентерии Гр- палочки.

Исследуемым материалом служат испражнения. Материал берут специальными стерильными металлическими петлями или пластмассовыми палочками. Основной метод диагностики - бактериологический - выделение чистой культуры и ее идентификация.

Источник инфекции - больной человек и бактерионосители; механизм - фекально-оральный; факторы - пища и вода; пути передачи - алиментарный, водный.

Специфическая профилактика дизентерии проводится химической комбинированной вакциной, в состав которой входят антигены разных видов дизентерии. Вакцинация проводится по эпид. показаниям. Дизентерийные бактериофаги определенных видов применяются для специфической профилактики дизентерии у контактных, а также для фаготерапии реконвалесцентов.

Ситуационная задача № 3.

Род - эшерихии; Виды - O₁₁₁, O₅₅, O₁₂₆, O₁₄₄. Это Гр- палочки.

Источники заболевания - больной человек или бактерионоситель; механизм - фекально-оральный; факторы - вода и пища; пути - алиментарный, водный.

Входные ворота - это место проникновения возбудителя в организм. В данном случае при колиэнтерите входными воротами является слизистая тонкой кишки.

Исследуемым материалом служат испражнения, которые забирают специальной металлической петлей из ануса, помещают в пробирку и доставляют в лабораторию в металлическом контейнере мед. персоналом.

Для определения чувствительности бактерий к антибиотикам применяется диско-диффузионный метод. На чашку с агаром делают посев тампоном исследуемой культуры методом «газона» и стерильным пинцетом накладывают диски пропитанные антибиотиками (не более 6). При чувствительности бактерий к антибиотикам образуется зона отсутствия роста.

Ситуационная задача №4

Род - микобактерии; Вид - (Hominis) - человеческий; Гр + полиморфные палочки.

Туберкулезная палочка содержит большое количество (до 40%) жировоска и жирных кислот, благодаря чему они устойчивы к спирту, кислотам и щелочам.

Туберкулезная палочка выявляется методом окраски по Цилю-Нильсену. Они окрашиваются в красный цвет, а остальная флора в синий.

Исследуемым материалом при туберкулезе легких служит - мокрота, если нет отделяемого, то промывные воды бронхов. При туберкулезе почек - моча, при туберкулезном менингите - спинномозговая жидкость. Доставлять в лабораторию необходимо в металлическом контейнере мед. работником не позднее 2-х часов. Ликвор необходимо доставить тотчас же в термоконтейнере.

Профилактика осуществляется живой вакциной БЦЖ на 3-5 день жизни в род. домах.

Ситуационная задача №5

Род бактерий - это бактерии, имеющие одинаковую морфологию.

Возбудитель сыпного тифа относятся к роду риккетсий.

Риккетсий - полиморфные палочки, Гр-.

Источником инфекции эпидемического сыпного тифа является больной человек; механизм передачи инфекции - кровяной; фактор передачи - кровь; путь передачи - трансмиссивный, переносчиком является платяная вошь.

С целью неспецифической профилактики сыпного тифа проводится борьба с педикулезом (с переносчиками сыпного тифа - вшами).

Ситуационная задача №6

Возбудитель дифтерии относится к роду коринебактерий.

Возбудители дифтерии - палочки с булавовидными утолщениями на концах, благодаря наличию зерен волотина. Палочки располагаются в виде римской цифры V. По Граму окрашиваются в фиолетовый цвет (Гр+).

У больных с ангиной берут материал 2-мя прямыми стерильными сухими ватными тампонами: одним - со слизистой зева на границе здоровой и пораженной ткани (не раньше чем через 2 часа после еды), другим из носа с обеих ноздрей. Тампоны помещают в разные пробирки.

Пробирки с тампонами с взятым материалом от каждого больного связывают вместе, помещают в металлический контейнер и доставляют в микробиологическую лабораторию не позднее 2-х часов после взятия.

Экстренная специфическая профилактика в очаге больного дифтерией проводится противодифтерийной антитоксической сывороткой. Ее вводят только контактным не привитым против дифтерии, у которых не были обнаружены антитоксические антитела.

Ситуационная задача №7

Экстренное извещение в Центр Санэпиднадзора было послано с целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге больного.

Врач эпидемиолог проводит эпидемиологическое расследование с целью выявления источника инфекции и организует противоэпидемические мероприятия.

Медицинская сестра с целью выявления бактерионосителей проводит взятие материала из носа (из обеих ноздрей одним стерильным сухим прямым ватным тампоном) у всех контактных детей и у персонала данной группы.

Источником инфекции является больной человек или бактерионоситель, основной механизм передачи - аэрогенный; фактор - воздух; путь передачи - воздушно-капельный.

Дезинфекция - это обеззараживание, направленное на уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний во внешней среде.

Плановая специфическая профилактика дифтерии проводится ассоциированной вакциной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной (КДС) с 3-х месяцев, а далее по возрастным группам.

Ситуационная задача №8

Возбудители чумы относятся к роду иерсиний.

Возбудитель чумы - палочка овоидной формы с биполярной окраской.

Источник инфекции - грызуны (суслики-тарбаганы и др.), больной человек; механизмы - кровяной, контактный, аэрогенный, оральный; факторы - инфицированные объекты внешней среды, мясо больного верблюда, воздух; пути передачи - трансмиссивный, контактно-бытовой, алиментарный, воздушно-капельный.

Исследуемым материалом у данного больного служит пунктат бубона, который берут стерильным шприцем, предварительно обработав поверхность бубона 70° спиртом, а также кровь.

В очаге больного чумой проводится дезинфекция, дератизация, выявление контактных с больным чумой, их изоляция и наблюдение за контактными.

Ситуационная задача №9

Возбудители сибирской язвы относятся к роду бацилл.

Возбудитель сибирской язвы, выделенный из организма больного - палочки расположенные цепочкой (стрептобациллы), покрытые общей капсулой.

Источник инфекции - большие домашние животные; механизмы - контактный, аэрогенный, оральный; факторы - инфицированный материал животного происхождения (шерсть, шкурки, кисточки для бритья и др.); Пути передачи - контактно-бытовой, реже трансмиссивный, воздушно-пылевой, алиментарный.

У больного кожной формой сибирской язвы делают мазок-отпечаток с язвенного карбункула.

Специфическая профилактика сибирской язвы по эпидпоказаниям проводится живой вакциной СТИ, полученной из бескапсульного варианта палочек сибирской язвы.

Ситуационная задача №10

B. anthracis.

Возбудитель сибирской язвы может существовать в вегетативной форме в макроорганизме, а во внешней среде в виде спор.

Различные формы возбудителя сибирской язвы можно обнаружить бактерио-скопическим методом. Вегетативные формы в микроскопических препаратах из исследуемого материала больного - в виде стрептобацилл, окруженных общей капсулой, споры округлой формы в препарате из колоний с питательной среды могут находиться центрально в каждой палочке стрептобациллы или одиночно.

Возбудители сибирской язвы очень устойчивы во внешней среде, благодаря способности к спорообразованию, сохраняясь в почве десятками лет.

Обеззараживание инфицированного материала проводится автоклавированием или сжиганием.

Ситуационная задача №11

Родовое и видовое название возбудителя сифилиса - бледная трепонема.

По своей морфологии возбудитель сифилиса относится к группе извитых. После предварительной обработки краев язвы 70° спиртом очищения поверхности ватой, смоченной стерильным физ. раствором и скарификации, материал собирают стерильной пипеткой.

Возбудитель сифилиса имеет спиралевидную форму с равномерными завитками, окрашивается по Романовскому-Гимзе в бледно-розовый цвет. (Гр-).

Источник инфекции - больной человек; механизмы - контактный, оральный; факторы передачи - инфицированные секреты слизистых; пути передачи - прямой контакт: контактно-половой, контактно-ротовой, контактно-родовой, алиментарный через молоко кормящей матери больной сифилисом.

При внутриутробном заражении плода сифилисом - путь трансплацентарный.

Ситуационная задача №12

Названную культуру *Ps. Aeruginosa* можно отнести к госпитальным штаммам, так как она была выделена у нескольких больных, у которых при первичном обследовании не обнаружилась.

Культура *Ps. Aeruginosa*, как возбудитель ВБИ, стала выделяться из раневого отделяемого других больных, так как госпитальный штаммы обладают высокой контагиозностью и легко распространяются при нарушении санэпид режима и халатном отношении медицинского персонала при выполнении своих обязанностей.

Штаммы, циркулирующие в отделении как госпитальные штаммы обладают повышенной вирулентностью, способностью к колонизации (быстро размножаются в организме), обладают множественной лекарственной устойчивостью (к 5-8-антибиотикам) и для возникновения инфекции достаточно малой инфицирующей дозы.

Такие штаммы можно обнаружить при проведении эпидемиологического мониторинга во всех отделениях по результатам бактериологического исследования всех больных, особенно находящихся на длительном стационарном лечении.

Предупредить возникновение и распространение инфекции можно при проведении полного комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий, соблюдение обеспечения дезинфекционно-стерилизационного режима во всех отделениях (строгое соблюдение правил уборки, дезинфекции помещений, стерилизации медицинского инструментария; обеспечение ЛПУ необходимым количеством одноразовых шприцов, инструментов; раннее выявление госпитальных штаммов и условий, способствующих их появлению; контроле за здоровьем медицинского персонала, в частности выявление носителей; постоянный инфекционный контроль). Проводить скрининговое исследование медицинского персонала на туберкулез, иммунизацию против гепатита В и гриппа. Введение должности эпидемиолога в штате сотрудников и проведения мониторинга антибиотикорезистентности.

Ситуационная задача №13

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) - это любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, возникающее в результате инфицирования больного в стационаре или другом ЛПУ, куда обращался больной.

Причиной роста ВБИ являются:

- создание крупных больничных комплексов, где общая прачечная, пищеблок, вентиляция и где находится большое количество больных с ослабленными защитными силами организма.
- длительная бесконтрольная антибиотикотерапия, часто без определения антибиотикорезистентности возбудителей.
- рост контингента групп риска.

В группу риска входят: пожилые люди; недоношенные дети; онкологические больные; лица, перенесшие тяжелые операции; после пересадки органов; лица, получающие гормональную терапию или рентгенотерапию; лица с врожденными пороками.

При подозрении на ВБИ необходимо учитывать основные факторы: возраст пациента (новорожденных и пожилых людей);

эпидемиологическую структуру госпитальных штаммов во времени; смена возбудителя ВБИ сопровождается расширением их спектра.

Основными возбудителями ВБИ в хирургических отделениях стационаров являются: *Staphylococcus aureus*, *Ps. Aeruginosa*, Гр (-) энтеробактерии.

Ситуационная задача №14

Оценивая возникшую ситуацию можно сделать вывод о возникновении ВБИ, вызванной *E. Coli*.

Способствовали инфицированию разных больных одним и тем же видом микроба грубые нарушения санитарно-эпидемиологического режима и недобросовестное отношение к работе медицинского персонала, длительное использование одних и тех же антибиотиков.

Назначая материал от больных на повторное микробиологическое исследование, врач преследует цель выявить возможную смену возбудителя на антибио-тикорезистентный вид, а значит изменить тактику лечения.

Основной механизм передачи ВБИ - контактный. Первое место занимают руки персонала (статистика мировой практики).

Предупредить распространение инфекции в стационаре через руки можно оснастив ЛПУ локтевыми кранами, разовыми полотенцами, электрополотенцами, а также жидким мылом.

Ситуационная задача №15

Основными функциями медицинской сестры А., ответственной за эпидемиологический режим в ГКБ № 7 являются: эпидемиологический надзор, выявление и регистрация ВБИ, сбор информации о санитарно-гигиеническом состоянии стационара, текущей и генеральной уборки, определение потребностей стационара и конкретных отделений в дезинфектантах.

При использовании приборов и аппаратуры, требующих особых методов стерилизации могут передаваться вирусные гепатиты «В», «С» и ВИЧ инфекция.

Работу по предупреждению возникновения ВБИ организует главная медицинская сестра больницы и старшая медицинская сестра отделения Средний и младший медперсонал должен строго выполнять свои обязанности по санэпид режиму и технике безопасности в отделении.

Факторами риска возникновения ВБИ являются: частое применение инвазивных процедур; проведение длительных травматических операций; наличие централизованного операционного отделения; больные с гнойно-воспалительными заболеваниями; лежачие больные после тяжелых операций.

Мерами профилактики ВБИ являются: соблюдение нормы заполнения палат (3-4 человека), правильное использование защитной одежды, соблюдение гигиенического режима сотрудниками, больными и посетителями, своевременная дезинфекция кроватей, постели, белья, одежды, личных вещей, предметов индивидуального ухода.

Ситуационная задача №16

Род возбудителей брюшного тифа - сальмонеллы.

Антропонозные заболевание подобного рода вызывается сальмонеллами тифа, паратифа А, и паратифа В.

Источником инфекции брюшного тифа -больной человек и бактерионоситель. Механизм - фекально-оральный; факторы - вода и пища; пути - водный и алиментарный.

Исследуемым материалом в начале заболевания служит в основном кровь. Берут венозную кровь стерильным шприцем, предварительно обработав поверхность кожи 70° спиртом.

Специфическая профилактика брюшного тифа проводится поливалентной вакциной, включающей антигены возбудителей брюшного тифа, паратифов «А» и «В», дизентерии, холеры, ботулизма и столбняка.

Ситуационная задача №17

Род возбудителя чумы - иерсинии.

Палочки овоидной формы с биполярной окраской, Гр (-).

Источники - больные грызуны, верблюды, больной человек; механизмы - кровяной, аэрогенный, контактный, оральный; факторы - кровь, воздух, пища, инфекционный материал; пути - трансмиссивный, воздушно-капельный, контактно-бытовой, алиментарный.

Исследуемым материалом служит пунктат бубона, который берут стерильным шприцем предварительно обработав поверхность бубона 70% спиртом.

Бактериологический, бактериоскопический.

Ситуационная задача №18

Возбудитель холеры относится к роду вибрионов.

Возбудитель холеры имеет форму «запятой» с 1 жгутиком, Гр (-).

Источники - больной человек и бактерионоситель; механизм - фекально-оральный; факторы - вода и пища; пути - водный, алиментарный.

Испражнения, рвотные массы, вода, пищевые продукты, органы трупов.

Для специфической профилактики холеры применяется убитая вакцина. Профилактика проводится по эпид.показаниям. Для санации реконвалес-центов применяется специфический бактериофаг, он же применяется для обеззараживания воды в колодцах.

Ситуационная задача №19

Возбудитель бруцеллеза - мелкие Гр (-) палочки, коккобактерии.

Бруцеллез вызывают 3 вида бруцелл: Br. Melitensis- мелкого рогатого скота; Br. Suis - свиней; Br. Bovis - крупного рогатого скота.

Исследуемым материалом служит кровь - для выделения гемокультуры и сыворотка крови для обнаружения специфических антител.

Основным методом микробиологической лабораторной диагностики бруцеллеза является серологический

Специфическая профилактика бруцеллеза проводится живой вакциной по эпид. показаниям.

Ситуационная задача №20

Возбудитель туляремии относится к роду Francisella.

Возбудитель туляремии - мелкие Гр (-) палочки, коккобактерии.

Источники - грызуны; механизм - оральный, кровяной, контактный, аэрогенный; факторы - пищевые продукты, кровь, инфицированные субстраты, объекты внешней среды; воздух; пути - алиментарный, водный, трансмиссивный, контактно-бытовой, воздушно-капельный.

Пунктат бубона, отделяемое глаз, мокрота, испражнения, кровь. Основной метод лабораторной диагностики - серологический; для выделения чистой культуры применяется биологический метод исследования.

Специфическая профилактика туляремии проводится живой вакциной по эпидемиологическим показаниям.

Ситуационная задача №21

Возбудитель столбняка относится к роду Clostridium (клостридий).

Возбудитель столбняка - Гр (+-) крупная палочка с концевой (терминальной) спорой, что напоминает «барабанную палочку».

Столбняк относится к сапронозам. Источником является почва, содержащая споры столбнячной палочки, факторами передачи - загрязненные спорами столбняка различные объекты и материалы, в частности, хирургический, пути передачи - контактно-бытовой.

Бактериологическое исследование проводят с целью обнаружения спор культуры возбудителя столбняка в перевязочном шовном материале для профилактики столбняка у послеоперационных больных и новорожденных.

Профилактика столбняка проводится стерильным анатоксином в плановом порядке. Экстренную профилактику при ранениях проводят антиоксической противостолбнячной сывороткой.

Ситуационная задача №22

Возбудитель ботулизма относится к роду клостридий.

Возбудитель ботулизма имеет вид «теннисной ракетки» Гр (+).

Ботулизм относится к сапронозам, длительно сохраняется в почве, являясь источником инфицирования пищевых продуктов, из которых готовят консервы, где создаются анаэробные условия, механизм - оральный; факторы - пища(консервы), пути - алиментарный.

Основной метод микробиологической диагностики - бактериологический -выделение чистой культуры.

Специфическая профилактика проводится поливалентной сывороткой в состав которой входят антигены ботулизма разных серотипов (по эпидпоказаниям). Экстренная профилактика проводится по эпидемиологическим показаниям, лицам, которые употребляли недоброкачественные консервы проводится специфической поливалентной сывороткой, содержащей антитела разных серотипов.

Ситуационная задача №23

Возбудители коклюша относятся к роду бордетелл.

Возбудители коклюша Гр (-) палочки.

Источники - больной человек или бактерионоситель; механизм - аэрогенный, контактный; факторы - воздух, предметы окружающей среды; пути -воздушно-капельный, контактно-бытовой.

Исследуемым материалом служит отделяемое взятое в конце приступа кашля стерильным ватным тампоном согнутым на 120° или методом «кашлевых пластинок». Основной метод диагностики - бактериологический - выделение чистой культуры.

Специфическая профилактика коклюша проводится убитой вакциной, которая входит в состав ассоциированной вакцины КДС.

Ситуационная задача №24

Возбудители трахомы относятся к хламидиям.

Возбудители трахомы Гр (-) мелкие палочки.

Хламидии являются внутриклеточными паразитами.

Источники - больной человек и бактерионоситель; механизм - контактный; факторы - предметы обихода (полотенца, одежда);пути - контактно-бытовой, прямой контакт.

Исследуемым материалом при трахоме служит соскоб конъюнктивы, который собирают платиновой петлей.

Ситуационная задача №25

По своей морфологии возбудитель лептоспироза относится к спирохетам.

Периоды от заражения до первых признаков заболевания называется инкубационным периодом.

Лептоспиры - Гр (-), спирохеты, по Романовскому-Гимзе окрашиваются в красный цвет изогнутые в виде скобы или буквы «S».

Источники - дикие животные, грызуны, лисы, песцы; механизм - контактный, оральный; факторы - вода, молоко, больные животные (при уходе); пути - контактно-бытовой, алиментарный, водный.

Исследуемым материалом служат: кровь, моча, спинномозговая жидкость. Методы исследования - бактериологический, серологический.

Вопросы для самоконтроля

Эшерихии. Категории и серогруппы эшерихий, их роль в этиологии острых кишечных заболеваний, инфекций мочевыводящих путей, внутрибольничных инфекций. Лабораторная диагностика эшерихиозов. Лечебные препараты.

Шигеллы. Свойства. Классификация. Лабораторная диагностика острой и хронической дизентерии. Выделение внутриклеточно паразитирующего возбудителя. Специфическая терапия и профилактика.

Сальмонеллы – возбудители брюшного тифа и паратифов. Эпидемиология, патогенез брюшного тифа. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика. Диагностика бактерионосительства.

Сальмонеллы – возбудители пищевых токсикоинфекций (ПТИ). Сальмонеллы – возбудители внутрибольничных инфекций. Классификация сальмонелл. Эпидемиология, патогенез сальмонеллез - ПТИ. Лабораторная диагностика, лечение и профилактика.

Холерные вибрионы. Классификация. Патогенез, лабораторные методы диагностики холеры. Лечебные препараты и специфическая профилактика. Экстренная профилактика.

Возбудитель чумы. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, лечение и специфическая профилактика чумы. Режим работы при исследовании объектов на наличие возбудителя болезни.

Возбудитель туляремии. Эпидемиология, патогенез. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика. Терапия.

Бруцеллы. Свойства. Виды бруцелл. Эпидемиология, патогенез, иммунитет при бруцеллезе. Лабораторная диагностика. Специфическая терапия и профилактика.

Возбудитель сибирской язвы. Свойства. Эпидемиология, патогенез заболевания. Лабораторная диагностика различных клинических форм сибирской язвы. Специфическая профилактика и терапия.

Возбудители анаэробной газовой инфекции, классификация. Эпидемиология, патогенез газовой гангрены. Значение микробных ассоциаций в развитии патологического процесса. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика и терапия газовой гангрены.

Клостридии столбняка. Свойства микроба, токсинов и их патогенетическое действие. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика и терапия столбняка.

Клостридии ботулизма. Свойства микроба, характеристика ботулотоксинов. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, специфическое лечение и профилактика ботулизма.

Коринебактерии дифтерии. Свойства, факторы патогенности. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика дифтерии. Иммунитет. Методы его выявления. Специфическая профилактика и терапия.

Микобактерии туберкулеза, характеристика. Эпидемиология и патогенез туберкулеза. Иммунитет, его особенности. Аллергия, ее роль в патогенезе. Лабораторная диагностика, химиотерапия и специфическая профилактика туберкулеза.

Трепонема сифилиса. Свойства. Эпидемиология и патогенез сифилиса, иммунитет. Лабораторная диагностика. Лечение и профилактика.

Тема 9. Общая и частная вирусология

Форма текущего контроля успеваемости – устная (устный опрос), письменная (конспект, реферат)

Критерии оценивания устного ответа

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов билета ординатору, имеющему достаточно высокий рейтинг за год, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На экзамене выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг за год, если он показывает добросовестное отношение к учебе в течение года.

Критерии оценивания конспекта

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за отсутствие конспекта теоретического материала, конспекта ответов на вопросы из перечня, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полный конспект теоретического материала, конспект ответов на вопросы из перечня, за формальные ответы.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, решение шаблонных ситуационных задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за полные конспекты теоретического материала, конспекты ответов на вопросы из перечня, самостоятельное решение ситуационных задач.

Критерии оценки реферата

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Нет реферата
Удовлетворительно	Не полное раскрытие темы, нарушение в оформлении
Хорошо	Раскрытие темы, нарушения в оформлении, использование ограниченного количества литературы (менее 5 источников)
Отлично	Раскрытие темы, оформление согласно требованиям, достаточное количество реферируемой литературы, наличие собственных выводов

Критерии оценки тестирования:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется за ответы на менее 70% вопросов тестового задания
Удовлетворительно	Выставляется за ответы на 70% - 80% вопросов тестового задания
Хорошо	Выставляется за ответы на 80% - 90% вопросов тестового задания
Отлично	Выставляется за ответы на 90% и более вопросов тестового задания

Вопросы для проверки знаний.

Особенности вирусных инфекций. Роль вирусной нуклеиновой кислоты и белка в инфекционном процессе. Токсические вещества и ферменты вирусов. Дефектные вирусы.
Вирусы гриппа. Антигены. Классификация. Изменчивость. Лабораторная диагностика. Профилактика и терапия гриппа.
Медленные инфекции. Определение понятия, примеры. Вирус бешенства. Механизм заражения, патогенез, внутриклеточные включения при бешенстве. Лабораторная диагностика и специфическая профилактика бешенства.
Пикорнавирусы. Классификация. Энтеровирусы. Характеристика вирусов полиомиелита, Коксаки и ЕСНО. Патогенез полиомиелита. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика полиомиелита.
Арбовирусы, таксономия. Вирусы клещевого и японского энцефалитов, геморрагических лихорадок. Механизмы заражения, патогенез вызываемых ими заболеваний. Лабораторная диагностика, иммунитет. Специфическая терапия и профилактика. Заслуги советских ученых в изучении вирусных природноочаговых заболеваний.
Вирусы гепатитов А, Е. Свойства. Механизм заражения, патогенез. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов А, Е. Иммуноглобулинопрофилактика, вакцинопрофилактика.
Вирусы гепатитов В, С, Д, Г. Свойства. Механизмы заражения. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика.
ВИЧ-инфекция. Этиология и эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, лечение и профилактика.
Вирусы – возбудители острых респираторных заболеваний. Аденовирусы, вирусы парагриппа, РС-вирус. Свойства. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика, терапия.
Вирусы натуральной оспы и осповакцины. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, профилактика натуральной оспы. Ликвидация натуральной оспы на Земле, опасность возврата.
Вирусы герпеса. Таксономия. Свойства. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика и лечение.

Типовые задания (тестовые) для проверки знаний с правильным ответом.

ОБЩАЯ ВИРУСОЛОГИЯ

1. ПРИЗНАКИ ВИРУСОВ

размер менее 200 нм;
отсутствие автономного питания;
облигатный паразитизм;
один тип нуклеиновой кислоты;
все перечисленное

2. ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ВИРУСОВ ИСПОЛЬЗУЮТ СРЕДЫ

ЖСА;

Эндо;

среда 199;

культура клеток;

среда Игла.

3. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

серологический;

вирусологический;

заражение лабораторных животных;

бактериологический;

вирусоскопический.

4. В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВИРУСОВ НЕТ ДАННОГО ПРИЗНАКА

тип нуклеиновой кислоты;

структура;

размер вириона;

наличие внешней оболочки;

строение клеточной стенки.

5. ВИРУСЫ НЕ ИМЕЮТ

капсид;

суперкапсид;

митохондрии;

нуклеоид;

все перечисленное.

6. К СВОЙСТВАМ ВИРУСОВ НЕ ОТНОСИТСЯ

фильтруемость;

наличие одного типа нуклеиновой кислоты;

дизъюнктивный способ размножения;

ультрамикроскопические размеры;

размножение поперечным делением.

7. КАКАЯ СТАДИЯ ОТСУТСТВУЕТ В РЕПРОДУКЦИИ ВИРУСОВ

специфическая адгезия;

сборка вирионов;

репликация нуклеиновой кислоты;

бинарное деление;

синтез белков капсида.

8. ПРОДУКТИВНАЯ ФОРМА ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

репродукцией вируса;

нарушением репродукции вируса;

интеграцией вирусной нуклеиновой кислоты в клеточный геном;

гибелью вируса;

все перечисленное.

9. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ИДЕНТИФИКАЦИИ ВИРУСОВ

определение ЦПД;

реакция гемадсорбции;

реакция фаготипирования;

реакция связывания комплемента;

бляшкообразование.

10. СУПЕРКАПСИД ВХОДИТ В СОСТАВ

простых вирусов;
сложных вирусов;
цитоплазматической мембраны;
клеточной стенки;
нуклеоида.

МИКРОБИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

1. СРЕДА ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ВИРУСА ГРИППА

ЖСА;
Эндо;
среда 199;
куриные эмбрионы;
среда Игла.

2. АНТИГЕН ВИРУСА ГРИППА

гемагглютинин;
коллагеназа;
фибринолизин;
белок А;
белок М.

3. ОРТОМИКСОВИРУСЫ ВЫЗЫВАЮТ

ВИЧ;
полиомелит;
гепатит В;

грипп;

бешенство.

4. ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРВИ ВСЕ, КРОМЕ

быстрое распространение;
высокая чувствительность детей;
развитие вторичного иммунодефицита;
частые осложнения в виде пневмоний;
ярко выраженные симптомы.

5. ВИРУС ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ СВОЙСТВА, КРОМЕ

относится к парамиксовирусам;
поражает детей;
локализуется в тканях околоушных слюнных желез;
не вызывает иммунитет;
передается воздушно-капельным путем.

6. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, КРОМЕ

ОРЗ;
пневмония;
кератоконъюнктивит;
серозный менингит;
контагиозный ринит.

7. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ИСПОЛЬЗУЮТ

вакцины;
сыворотки;
гамма-глобулин;
бактериофаг;
аллерген.

8. МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ВСЕ, КРОМЕ

микроскопический;

ПЦР;
ИФА;
РИФ;

Заражение тканевых культур.

9. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ИСПОЛЬЗУЮТ

вакцины;
пробиотики;
гамма-глобулин;
бактериофаг;
аллерген.

10. ДЛЯ ТЕРАПИИ ГРИППА ИСПОЛЬЗУЮТ

вакцины;
пробиотики;
гамма-глобулин;
бактериофаг;
аллерген.

МИКРОБИОЛОГИЯ АРБОВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

1. СРЕДА ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ВИРУСОВ ЭНЦЕФАЛИТОВ

ЖСА;
Эндо;
среда 199;
культура клеток;
среда Игла.

2. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

трансмиссивный;
воздушный;
пищевой;
контактно-бытовой;
половой.

3. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ВСЕ, КРОМЕ

вирусологический;
аллергический;
серологический;
биопроба;
ИФА.

4. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Живая вакцина;
анатоксин;
инактивированная вакцина:
химическая вакцина;
рекомбинантная вакцина.

5. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ГЛПС ВСЕ, КРОМЕ

воздушно-пылевой;
воздушно-капельный:
контактно-бытовой;
алиментарный;
трансмиссивный.

6. ДЛЯ ТЕРАПИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

вакцины;
пробиотики;
гамма-глобулин;
бактериофаг;
аллерген.

7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРАСНУХИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВАКЦИНЫ

убитая и живая;
убитая и рекомбинантная;
химическая и рекомбинантная;
живая и рекомбинантная;
химическая и убитая.

8. МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНОГО ЭНЦЕФАЛИТА ВСЕ, КРОМЕ

микроскопический;
ПЦР;
ИФА;
РТГА;
ЦПД.

9. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

вакцины;
пробиотики;
гамма-глобулин;
бактериофаг;
аллерген.

10. К КАКОМУ СЕМЕЙСТВУ ПРИНАДЛЕЖИТ ВИРУС КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

арбовирусы;
ретровирусы;
флавивирусы;
аденовирусы;
тогавирусы.

МИКРОБИОЛОГИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

1. ИНГРЕДИЕНТЫ РСК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРАСТАНИЯ ТИТРА АНТИТЕЛ К ВИРУСАМ ЕСНО

сыворотка больного, взятые с интервалом не менее 7-10 дней; специфические типовые сыворотки; комплемент, гемосистема;
сыворотки больного, взятые с интервалом не менее 7-10 дней, вирусный диагностикум, комплемент, гемосистема;
специфические типовые сыворотки; вирусный диагностикум, комплемент, гемосистема;
сыворотки больного, взятые с интервалом не менее 7-10 дней, комплемент, гемосистема;
вирусный диагностикум, комплемент, гемосистема.

2. ИНГРЕДИЕНТЫ II-ОГО ЭТАПА ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ

исследуемый вирус, известный вирус, культура ткани в среде 199;
сыворотка больного, известный вирус, культура ткани в среде 199;
исследуемый вирус, специфическая иммунная сыворотка, культура ткани в среде 199;
сыворотка больного, исследуемый вирус, культура ткани в среде 199;
известный вирус, культура ткани в среде 199.

3. ИНГРЕДИЕНТЫ РЕАКЦИИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ (РИФ) ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

сыворотка крови больного; специфические типовые сыворотки; антиглобулиновая флюоресцирующая сыворотка;
сыворотка крови больного; исследуемый материал, содержащий вирус; антиглобулиновая флюоресцирующая сыворотка;
сыворотка крови больного; вирусный диагностикум; антиглобулиновая флюоресцирующая сыворотка;
вирусный диагностикум; антиглобулиновая флюоресцирующая сыворотка;
сыворотка крови больного; антиглобулиновая флюоресцирующая сыворотка;

4. ДЛЯ ПОЛИОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРНО

инкубационный период от 7 до 14 дней; основной путь заражения пищевой; поражение двигательных нейронов спинного и головного мозга;
инкубационный период от 45 до 60 дней; основной путь заражения воздушно-капельный; поражение мышечной ткани;
инкубационный период от 25 до 45 дней; основной путь заражения пищевой; поражение гепатоцитов;
инкубационный период от 14 до 45 дней; основной путь заражения парентеральный; поражение гепатоцитов;
инкубационный период от 30 до 90 дней; основной путь заражения искусственный; поражение мышечной ткани;

5. ИНГРЕДИЕНТЫ ДЛЯ РЕАКЦИИ ЗАДЕРЖКИ ГАМАГГЛЮТИНАЦИИ ПРИ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

исследуемый вирус, известный вирус (диагностикум), эритроциты;
сыворотка больного, известный вирус (диагностикум), эритроциты;
исследуемый вирус, специфическая сыворотка, эритроциты;
сыворотка больного, исследуемый вирус, эритроциты;

сыворотка больного, специфическая сыворотка, эритроциты;

6. ИНГРЕДИЕНТЫ И РЕЗУЛЬТАТ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ДЛЯ ВЫДЕЛЕНИЯ ВИРУСОВ КОКСАКИ

выделенный вирус; специфические типовые сыворотки; мыши-сосунки; животные не погибают;

исследуемый материал, содержащий вирус; мыши-сосунки; вялые параличи со смертельным исходом;

исследуемый материал, содержащий вирус; известный вирус; мыши-сосунки; вялые параличи со смертельным исходом;

выделенный вирус, мыши-сосунки; вялые параличи со смертельным исходом;

специфические типовые сыворотки; мыши-сосунки; животные не погибают.

7. СЕМЕЙСТВО, К КОТОРОМУ ОТНОСЯТСЯ ВИРУСЫ КОКСАКИ И ЕСНО

1. пикорновирусы;

2. ареновирусы;

3. ортомиксовирусы;

4. аденовирусы;

5. реовирусы.

ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

1. воздушно-капельный;

2. фекально-оральный;

3. алиментарный;

4. парентеральный;

5. артифициальный;

МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

1. вирусологический;

2. серологический;

3. микроскопический;

4. аллергический;

5. верно «а» и «б».

ДЛЯ АКТИВНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

ПОЛИОМИЕЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

1. живая вакцина;

2. гамма-глобулин;

3. бактериофаг;

4. сыворотка;

5. верно «а» и «г».

МИКРОБИОЛОГИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

1. ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ХАРАКТЕРНО

1. инкубационный период 15-45 дней; преимущественно парентеральный механизм передачи; прямое цитопатическое действие вируса на гепатоциты;

2. инкубационный период 50-180 дней; преимущественно фекально-оральный механизм передачи; отсутствие прямого цитопатического действия вируса на гепатоциты;

3. инкубационный период 25-45 дней; преимущественно фекально-оральный механизм передачи; прямое цитопатическое действие вируса на гепатоциты;

4. инкубационный период 360 дней; преимущественно фекально-оральный механизм передачи; отсутствие прямого цитопатического действия вируса на гепатоциты;

5. всё неверно.

2. ДЛЯ ГЕПАТИТА С ХАРАКТЕРНО

инкубационный период от 7 до 14 дней; основной путь заражения пищевой; поражение двигательных нейронов спинного и головного мозга.

инкубационный период от 45 до 60 дней; основной путь заражения воздушно-капельный; поражение мышечной ткани.

инкубационный период от 25 до 45 дней; основной путь заражения пищевой; поражение гепатоцитов.

инкубационный период от 45 до 80 дней; основной путь заражения парентеральный; поражение гепатоцитов.

всё неверно.

ВОЗБУДИТЕЛИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, СОДЕРЖАЩИЕ РНК

HAV;

HCV;

HEV;

HDV;

всё верно.

ВОЗБУДИТЕЛИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, СОДЕРЖАЩИЕ ДНК

1. HAV;

2. HCV;

3. HBV

4. HDV;

5. всё верно.

5. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ГЕПАТИТА А

1. HAAg, анти-HAV IgM, анти-HAV IgG, HAV РНК;

2. HEAg, анти-HAV IgM, анти-HEV IgG, HAV РНК;

3. HBVAg, анти-HAV IgM, анти-HAV IgG, HBV ДНК;

4. HDAg, анти-HAV IgM, анти-HDV IgG, HAV РНК;

5. всё верно.

6. ВАРИАНТЫ HDV \ HBV - ИНФЕКЦИИ

1. коинфекция;

2. суперинфекция;

3. острая манифестная инфекция;

4. септикопиемия;

5. верно 1,2.

7. ВЫДЕЛЕНИЕ ВИРУСА У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ А

в последние дни инкубации и на ранних стадиях болезни;

весь инкубационный период;

на ранних стадиях болезни;

в желтушный период;

все перечисленные.

8. ОБНАРУЖИЛ АНТИГЕН ВИРУСА ГЕПАТИТА В (АВСТРАЛИЙСКИЙ АНТИГЕН)

B. Blumberg;

D. Dane;

M. Rizzetto;

S. Feinstone;

М.С. Балаян.

9. ОТКРЫЛ ВИРУС ГЕПАТИТА А

B. Blumberg;

D. Dane;

M. Rizzetto;

S. Feinstone;

М.С. Балаян.

10. ОПИСАЛ ВИРУС ГЕПАТИТА Е

B. Blumberg;

D. Dane;

M. Rizzetto;

S. Feinstone;

М.С. Балаян.

11. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ГЕПАТИТА В

1. HAAg, анти-HAV IgM, анти-HAV IgG, HAV РНК;

2. HEAg, анти-HAV IgM, анти-HEV IgG, HAV РНК;

3. HBsAg, анти-HBs IgM, анти-HBs IgG, HBV ДНК;

4. HDAg, анти-HAV IgM, анти-HDV IgG, HAV РНК;

5. всё верно.

12. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПАССИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А

1. Генно-инженерная вакцина;

2. ИСГ – иммунный сывороточный глобулин донорский;

3. Субъединичная вакцина;

4. плазменная вакцина;

5. всё верно.

13. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ АКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

1. Генно-инженерная вакцина;

2. ИСГ – иммунный сывороточный глобулин донорский;

3. Субъединичная вакцина;

4. плазменная вакцина;

5. верно 1,3,4.

14. ОБНАРУЖИЛ ВИРУС ГЕПАТИТА D

B. Blumberg;

D. Dane;

M. Rizzetto;

S. Feinstone;

М.С. Балаян.

15. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА В

1. воздушно-капельный;

2. фекально-оральный;

3. алиментарный;

4. парентеральный;

5. искусственный;

МИКРОБИОЛОГИЯ МЕДЛЕННЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

половой;

половой, парентеральный;

половой, парентеральный, трансплацентарный;

половой, парентеральный, трансплацентарный, трансмиссивный;

половой, парентеральный, трансплацентарный, трансмиссивный, контактно-бытовой.

2. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА БЕШЕНСТВА

обнаружение телец Бабеша-Негри;

обнаружение телец Бабеша-Негри, биологическая проба;

обнаружение телец Бабеша-Негри, биологическая проба, метод иммунной флюоресценции;

обнаружение телец Бабеша-Негри, биологическая проба, метод иммунной флюоресценции, реакция агглютинации;

обнаружение телец Бабеша-Негри, биологическая проба, метод иммунной флюоресценции, ИФА.

3. ПРИ УКУСЕ ДОМАШНИМ ПОДНАДЗОРНЫМ ЖИВОТНЫМ АНТИРАБИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЮТ

1. заполнение карты инфицированного;

2. заполнение карты инфицированного, введение вакцины;

3. заполнение карты инфицированного, введение вакцины, карантин
животного;

4. заполнение карты инфицированного, введение вакцины, карантин животного, применение бактериофага;

5. заполнение карты инфицированного, введение вакцины, карантин животного, применение антибиотика.

4. ВИРУС ВИЧ ОТНОСИТСЯ К

герпесвирусам;

аденовирусам;

пикарнавирсам;

ретровирсам;

риновирсам.

5. ФУНКЦИИ ФЕРМЕНТА ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ

медиатор сборки;

транскрипция;

репликация;

синтез ДНК на РНК;

всё верно.

6. НАИБОЛЬШИЙ ТРОПИЗМ ВИЧ ИМЕЕТ К Т-ЛИМФОЦИТАМ КЛАССА

супрессоры;

хелперы;

киллеры;

памяти;

всё верно.

7. ПРИ СПИДЕ СООТНОШЕНИЕ Т-хелп/Т-супр

увеличивается

уменьшается

не изменяется

верно 1,3;

верно 2,3.

8. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ПРИОНОВ

1. воздушно-капельный и пищевой;

2. пищевой и парентеральный;

3. парентеральный и контактно-бытовой;

4. контактно-бытовой и трансплацентарный;

5. трансплацентарный и воздушно-капельный.

9. ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БЕШЕНСТВА ОБНАРУЖИВАЮТ

тельца Морозова-Пашена;

тельца Гварньери;

тельца Бабеша-Негри;

тельца Каунсилмена;

зёрна воллутина.

10. ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИММУНИТЕТА ПРИ БЕШЕНСТВЕ

интерференция вакцинного и вирулентного штаммов;

интерференция вакцинного и вирулентного штаммов, выработка антител;

интерференция вакцинного и вирулентного штаммов, выработка антител, фагоцитоз;

интерференция вакцинного и вирулентного штаммов, выработка антител, фагоцитоз; выработка ингибиторов;

интерференция вакцинного и вирулентного штаммов, выработка антител, фагоцитоз; выработка ингибиторов и интерферона;

11. ВЫДЕЛИЛИ ИЗОЛЯТЫ РЕТРОВИРУСА (LAVи HTLV-III)

M.Gotlieb;

L.Montagnier;

Дэвид Хо;

R.Gallo;

Верно 2,4.

12. ВВОДИТ ПОНЯТИЕ AIDS (СПИД), БОЛЕЗНЬ “4”г

M.Gotlieb;

L.Montagnier;

Дэвид Хо;

R.Gallo;

Верно 2,4.

13. РАЗРАБОТАЛ РЕТРОТЕРАПИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ

M.Gotlieb;

L.Montagnier;

Дэвид Хо;

R.Gallo;

верно 2,4.

14. ПРИЧИНЫ ГИБЕЛИ Т-ЛИМФОЦИТОВ

репродукция вируса;

хелперы становятся липкими;

атака цитотоксичными лимфоцитами;

адсорбция свободного gp120 на CD4+ незараженных хелперах;

всё верно.

15. КЛЕТКИ МИШЕНИ ВИЧ

CD4* Т-лимфоциты;

CD4* Т-лимфоциты; дендритные клетки;

CD4* Т-лимфоциты; дендритные клетки, макрофаги;

CD4* Т-лимфоциты; дендритные клетки, макрофаги, эозинофилы;

CD4* Т-лимфоциты; дендритные клетки, макрофаги, эозинофилы, сперматозойды.

Типовые практические задания для проверки умений.

Ситуационная задача №1

В г. Москве возникла эпидемия гриппа, которая распространялась стремительно, ежедневно регистрировались многочисленные случаи заболеваний.

Задания:

К каким микроорганизмам относится возбудитель гриппа?

Какие различают типы возбудителей гриппа?

Какой тип возбудителя гриппа поражает и человека и животных?

Эпидемиология гриппа: источник инфекции, фактор и путь передачи инфекции?

Специфическая профилактика гриппа.

Ситуационная задача №2

Грипп относится к респираторным вирусным инфекциям, вызывающим массовые тяжелые заболевания, возникают эпидемии и пандемии.

Задания:

Дайте определение понятиям «эпидемия» и «пандемия».

Какая характерная особенность возбудителя гриппа затрудняет проведение эффективной специфической профилактики?

Что служит исследуемым материалом при гриппе?

Какие методы диагностики применяются при гриппе?

Биологический препарат для неспецифической профилактики гриппа?

Ситуационная задача №3

В женскую консультацию обратилась женщина, в анамнезе которой - неоднократное невынашивание беременности. Учитывая, что часто к этому приводит заболевание краснухой, необходимо было провести микробиологическое исследование.

Задания:

К какой группе микробов относится возбудитель краснухи?

К чему приводит заражение женщин в первые 4 месяца беременности?

Эпидемиология краснухи (источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции).

Методы микробиологической диагностики краснухи? Характер исследуемого материала?

Специфическая профилактика краснухи?

Ситуационная задача №4

В родильном доме у одной из рожениц родился ребенок с явными признаками уродства, что наблюдается при цитомегаловирусной инфекции.

Задания:

К какому семейству относятся цитомегаловирусы?

Эпидемиология цитомегаловирусной инфекции (источник инфекции, механизм, факторы, и пути передачи инфекции)?

Какими путями происходит заражение плода?

Характер исследуемого материала?

Специфическая профилактика цитомегаловирусной инфекции?

Ситуационная задача №5

В женскую консультацию обратилась беременная женщина с отягощенным анамнезом - не вынашивание беременности. Врач-гинеколог провел исследование на цитомегаловирусную инфекцию.

Задания:

Какой тип нуклеиновой кислоты содержит цитомегаловирус?

Какой исследуемый материал был взят у беременной женщины и с какой целью?

Кто входит в группу риска заболевания цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекцией?

Как проявляется ЦМВ инфекция у беременных?

Основной метод микробиологической диагностики ЦМВ инфекции?

Ситуационная задача №6

Обнаружение энтеровирусов, возбудителей острых кишечных заболеваний у человека, сопряжено со значительными методическими трудностями, поэтому о наличии вирусного заражения водоемов обычно судят по количеству в воде фагов кишечных палочек.

1. Каким методом можно определить количество фагов кишечных палочек в воде?

Отв мембранных фильтров, титрационным методом, методом прямого посева

Ситуационная задача №7

Две студентки МУ проходили УПП в ГИКБ №1. Студентка Сидорова Е., в основном, работала в процедурном кабинете, а студентка - Иванова Р. - в палатах (осуществляла сестринский уход за больным гепатитом). Через две недели после прохождения УПП Иванова Р. почувствовала недомогание, а через 3 дня стала темнеть моча (напоминать цвет пива). Через 4 месяца такие же симптомы заболевания появились у Сидоровой Е., что характерно для больных инфекционным гепатитом.

Назовите микробы, чаще всего вызывающие инфекционные гепатиты?

Какими характерными свойствами обладают возбудители таких гепатитов?

Наиболее известные возбудители этих инфекционных гепатитов?

Какие механизмы передачи характерны для разных видов возбудителей?

Как называется скрытый период болезни? Какова его продолжительность у данных больных?

Ситуационная задача №8

Двое работников из числа обслуживающего персонала ГИКБ №1 - Евсеева В. и Астафьева Н. заболели инфекционным гепатитом. Было известно, что Евсеева В. (по совместительству) постоянно проводила уборку в санузлах, а Астафьева Н. осуществляла предстерилизационную очистку материала, часто загрязненного биологическими жидкостями от больных, в том числе и кровью.

Задания:

Учитывая разные условия работы, какими видами гепатита могли вероятнее всего, заразиться Евсеева В. и Астафьева Н.?

Что могло способствовать заражению работниц?

Какие пути заражения для каждого из случаев наиболее вероятны?

Какие вирусы гепатита передаются парентеральным и половым путями?

Как необходимо дезинфицировать руки при попадании на них крови или любого другого биологического материала от больных?

Ситуационная задача №9

В родильный дом №28 поступила беременная женщина, которая в прошлом переболела гепатитом «В». При серологическом исследовании антигены вирусов гепатитов не были выявлены.

Задания:

Передается ли гепатит «В» ребенку во время беременности, если да, то каким путем, если нет, то в каких случаях?

Какой механизм является основным при передаче гепатита «В»?

Что служит исследуемым материалом и какова микробиологическая диагностика гепатита «В»?

Каков патогенез гепатита «В», возможен ли благоприятный исход после перенесенного заболевания?

Проводится ли специфическая профилактика гепатита «В», если да, то чем? Поясните ответ.

Эталоны решения типовых задач, результата тестирования

Ситуационная задача №1

Возбудители гриппа относятся к вирусам.

подразделяются на типы А, В, С.

И человека и животных поражает вирус гриппа А.

Источником инфекции является больной человек с клинически выраженной или бессимптомной формой заболевания; фактор - воздух; путь передачи - воздушно-капельный.

Ситуационная задача №2

«Эпидемия» - массовые заболевания среди людей, связанных эпидемиологической цепочкой. «Пандемия» - распространенная эпидемия, охватывающая несколько стран и континентов.

Эффективную специфическую профилактику трудно проводить в виду чрезвычайной изменчивости антигенной структуры вируса гриппа.

Исследуемым материалом при гриппе служит отделяемое носоглотки, при летальных исходах кусочки легочной ткани и мозга.

При диагностике гриппа применяются серологический и вирусологический методы исследования.

С целью неспецифической профилактики гриппа применяется интерферон.

Ситуационная задача №3

Инфекционные гепатиты вызывают, чаще всего, вирусы.

Вирусы не имеют клеточного строения, содержат один тип нуклеиновых кислот (либо РНК, либо ДНК) и их можно культивировать только на живых биологических объектах.

Наиболее известны возбудители гепатитов: «А», «В», «С», «Д», «Е».

Основные механизмы передачи инфекционных гепатитов:

а) фекально-оральный - для гепатитов «А» и «Е»;

б) кровяной - для «В», «С», «Д».

Скрытый период болезни - это инкубационный период. У Сидоровой Е. (гепатит «В», «С», «Д») продолжительность инкубационного периода - 4 месяца, а у Ивановой Р. - 2 недели (гепатит «А», «Е»).

Ситуационная задача №4

Учитывая условия работы, Евсеева В., вероятнее всего, могла заразиться гепатитом «А», а Астафьева Н. - гепатитом «В».

Могло способствовать заражению: попадание инфицированного биологического материала на незащищенную кожу (при нарушении техники безопасности при работе с загрязненным материалом, в частности - работа без перчаток, использование неэффективных дезинфектантов).

Астафьева Н. могла пораниться во время работы с загрязненными шприцами.

Вероятнее всего Евсеева В. могла заразиться алиментарным путем, принимая пищу инфицированными руками, а Астафьева Н. - контактно-бытовым путем, работая с материалом, загрязненным кровью больных.

Парентеральным и половым путями передаются вирусы гепатита «В» и «С».

Дезинфицировать руки необходимо: 70% спиртом, Октенидермом, Сагро-септолом или другим дезинфектантом, утвержденным в данном ЛПУ и не запрещенным к использованию в России.

Ситуационная задача №5

Вирус гепатита «В» может передаваться от матери к плоду плацентарным путем, при персистенции вируса в организме матери. В случае полного выздоровления матери от гепатита, заражение невозможно.

Основной механизм передачи гепатита «В» - кровяной.

Исследуемым материалом служит сыворотка крови при определении антител и кровь при определении вирусных антигенов. Используют при обнаружении антител и антигенов в исследуемом материале. Основной метод микробиологической диагностики серологический (определение антител в сыворотке крови).

Вирусы попадают в кровь парентерально, с кровью переносятся в печень и размножаются в клетках печени - гепатоцитах. Инкубационный период 3-6 месяцев. В зависимости от типа взаимодействия вируса с клетками печени, инфицирующей дозы и др. условий, возникают различные формы заболевания. Только в 60% случаев наступает полное выздоровление, формируется стойкий иммунитет и не возникает повторного заболевания.

Профилактика гепатита «В» проводится (неживой) рекомбинантной вакциной. Вакцинации подлежат лица, относящиеся к так называемой, группе риска: хирурги, стоматологи, гинекологи, средний медицинский персонал ЛПУ и др.

Ситуационная задача №6

Цитомегаловирусы относятся к семейству герпесвирусов (ДНК-содержащих).

Источник - больной человек и вирусоноситель.

Механизм - аэрогенный, контактный, кровяной, реже - фекально-оральный.

Факторы - воздух, биологические жидкости, кровь.

Пути - воздушно-капельный, контактно-половой, контактно-ротовой, парентеральный, контактно-родовой, капельный, плацентарный, реже алиментарный.

Заражение плода произошло плацентарным путем.

Исследуемым материалом служит кровь, мокрота, слюна, испражнения, спинно-мозговая жидкость.

Применяется живая вакцина либо в виде моновакцины, либо в сочетании с вакциной против краснухи.

Ситуационная задача №7

Цитомегаловирусы содержат ДНК.

У беременной женщины была взята кровь на серологическое исследование - определение антител в сыворотке крови.

В группу риска заболевания ЦМВ инфекцией входят дети до 2-х лет, пожилые люди и с выраженным иммунодефицитом.

У беременных проявляется недоношенность, гибель плода, врожденные уродства.

Основными методами диагностики является серологический метод (РСК, РИФ), вирусологический.

Ситуационная задача №8

Возбудитель краснухи относится к вирусам.

Заражение в первые 4 месяца беременности приводит к нарушению нормального развития плода, что ведет к развитию врожденных пороков (к катаракте, косоглазию, глухоте, микроцефалии).

Источник - больной человек за несколько дней до высыпания и в течении 2-х недель после него; механизм - кровяной, аэрогенный; факторы - воздух, кровь; путь - воздушно-капельный, плацентарный.

Исследуемый материал - отделяемое носоглотки, кровь, моча, фекалии, секционный материал.

С целью микробиологической диагностики краснухи применяется серологический метод исследования (выделение антител в сыворотке крови больного и вирусологической - выделение вируса из исследуемого материала). С целью специфической профилактики применяется живая вакцина. Прививают девочек до 14 лет.

Вопросы для самоконтроля

Особенности вирусных инфекций. Роль вирусной нуклеиновой кислоты и белка в инфекционном процессе. Токсические вещества и ферменты вирусов. Дефектные вирусы.

Вирусы гриппа. Антигены. Классификация. Изменчивость. Лабораторная диагностика. Профилактика и терапия гриппа.

Медленные инфекции. Определение понятия, примеры. Вирус бешенства. Механизм заражения, патогенез, внутриклеточные включения при бешенстве. Лабораторная диагностика и специфическая профилактика бешенства.

Пикорнавирусы. Классификация. Энтеровирусы. Характеристика вирусов полиомиелита, Коксаки и ЕСНО. Патогенез полиомиелита.

Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика полиомиелита.

Арбовирусы, таксономия. Вирусы клещевого и японского энцефалитов, геморрагических лихорадок. Механизмы заражения, патогенез

вызываемых ими заболеваний. Лабораторная диагностика, иммунитет. Специфическая терапия и профилактика. Заслуги советских ученых в изучении вирусных природноочаговых заболеваний.

Вирусы гепатитов А, Е. Свойства. Механизм заражения, патогенез. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов А, Е.

Иммуноглобулинопрофилактика, вакцинопрофилактика.

Вирусы гепатитов В, С, Д, G. Свойства. Механизмы заражения. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика.

ВИЧ-инфекция. Этиология и эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, лечение и профилактика.

Вирусы - возбудители острых респираторных заболеваний. Аденовирусы, вирусы парагриппа, РС-вирус. Свойства. Эпидемиология и

патогенез заболеваний. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика, терапия.
Вирусы натуральной оспы и осповакцины. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, профилактика натуральной оспы.
Ликвидация натуральной оспы на Земле, опасность возврата.
Вирусы герпеса. Таксономия. Свойства. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика и лечение.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Форма промежуточной аттестации – дифференцированный зачет

Форма проведения – устно

Дифференцированный зачет состоит из 2 этапов (контрольных точек):

Оценка знаний в ходе тестирования и индивидуальной беседы по вопросам билета

Контроль умений - практических навыков (решение ситуационных задач)

Перечень вопросов для проверки знаний

Микробиология как фундаментальная наука, объекты изучения. Задачи медицинской микробиологии и ее значение в практической деятельности врача.

Исторические этапы развития микробиологии. Морфологический период (А.Левенгук, Д. Самойлович, Э. Дженнер).

Работы Л. Пастера и его школы. Их значение в развитии общей и медицинской микробиологии, прикладной иммунологии. Вакцины Пастера.

Работы Р.Коха и его школы. Их значение для медицинской микробиологии. Сущность бактериологического метода диагностики.

Открытие И.И. Мечниковым фагоцитоза. Открытие гуморальных факторов иммунитета (П. Эрлих, Э. Беринг, Э. Ру и др.). Получение лечебных сывороток.

Роль отечественных ученых в развитии микробиологии (И.И. Мечников, Г.Н. Габричевский, И.Ф. Гамалея, Л.А. Зильбер, З.В. Ермольева, П.Ф. Здродовский, В.Д.Тимаков, С.В. Прозоровский и др.).

Д.И. Ивановский – основоположник вирусологии. Развитие вирусологии во второй половине XX века, роль отечественных ученых.

Актуальные проблемы вирусологии в XXI веке.

Основные принципы классификации микроорганизмов. Таксономические категории: род, вид, штамм. Внутривидовая идентификация бактерий: серовар, фаговар, биовар, эковар, патовар, рибовар, резистовар. Примеры таксонов. Эпидемическое маркирование.

Исследование морфологии микроорганизмов: методы микроскопии и окраски. Особенности строения грамположительных и грамотрицательных бактерий. Роль пептидогликана в паразит-хозяинных отношениях.

Классификация бактерий по морфологии. Ультраструктура бактерий. Капсула, спора: назначение и выявление. L-формы.

Морфология и структура спирохет. Патогенные виды. Методы микроскопии и окраски.

Морфология и структура риккетсий, хламидий, микоплазм. Примеры патогенных видов.

Классификация бактерий по типам питания. Ферменты бактерий. Практическое использование биохимической активности микроорганизмов: идентификация, биотехнология.

Основные типы биологического окисления субстрата бактериями. Культивирование анаэробов.

Фазы размножения бактериальной популяции. Условия культивирования бактерий. Питательные среды: требования к средам, классификация.

Примеры сред.

Чистая культура бактерий и методы ее выделения. Примеры выделения чистой культуры.

Действие на микроорганизмы физических, химических и биологических факторов. Практическое применение.

Строение генома бактерий. Понятие о генотипе и фенотипе. Виды изменчивости.

Плазмиды бактерий, их функции и свойства. Использование в генной инженерии.

Генная инженерия. Задачи, значение в медицинской микробиологии: генно-инженерные вакцины, генные методы диагностики (ММГ, ПЦР).

Генетический обмен (рекомбинация) у бактерий: трансформация, трансдукция и конъюгация, лизогенная конверсия. Роль в адаптации микробов.

Понятие о вирусе. Современные принципы классификации. Морфология и структура вирионов. Прионы и вириды.

Типы взаимодействия вируса с клеткой хозяина. Фазы репродукции вирусов.

Морфология и структура вирусов бактерий (бактериофагов). Особенности взаимодействия с бактериями вирулентного и умеренного фагов.

Применение фагов в микробиологии и медицине.

Культивирование вирусов в клеточных культурах, курином эмбрионе, организме животных. Методы обнаружения (индикации) вирусов по цитопатическому действию, реакции гемагглютинации, внутриклеточным включениям.

Формы симбиоза. Особенности паразит - хозяинных взаимодействий. Взаимоотношения между микробами в ассоциациях: симбиоз, метабиоз; синергизм, антагонизм; микробы – антагонисты, их использование в производстве.

Факторы внешней среды, результаты их действий на микроорганизмы, условия, определяющие подобный результат. Понятие о стерилизации, дезинфекции, асептике и антисептике. Примеры. Способы стерилизации. Аппаратура.

Понятие о химиотерапии и химиотерапевтических препаратах. Химиотерапевтический индекс. Механизмы действия сульфаниламидов и хинолонов.

Антибиотики. Определение. Классификация по источнику и способу получения. Классификация по химической структуре, по механизму и спектру действия.

Механизмы, обеспечивающие формирование резистентности микроорганизмов к лекарственным препаратам. Пути преодоления.

Методы определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Понятия: «Инфекционный процесс» (движущие силы), «Инфекционная болезнь». Внутрибольничные инфекции. Динамика развития инфекционной болезни (периоды), исходы течения. Сепсис, бактериемия, токсемия.

Формы инфекции: экзогенная и эндогенная, очаговая и генерализованная, моно- и смешанная, вторичная инфекция, реинфекция, суперинфекция. Бессимптомная инфекция. Формы. Бактерионосительство здоровое и реконвалесцентное. Персистенция микроорганизмов.

Механизмы.

Патогенность и вирулентность микробов. Определение. Факторы колонизации, вирулентности, персистенции. Токсины бактерий, их природа, свойства.

Распространение микроорганизмов в окружающей среде. Понятие о микробных биоценозах. Микробная экология, ее задачи, значение для здравоохранения и медицины.

Нормальная микрофлора организма человека, ее роль в физиологических процессах и при патологии. Индигенная микрофлора кишечника, основные таксоны.

Роль макроорганизма и окружающей среда в инфекционном процессе. Сапронозы. Значение социальных факторов. Неспецифические факторы защиты организма человека от микробов.

Понятие об иммунитете. Виды иммунитета: видовой, приобретенный, естественный, искусственный. Активный и пассивный.

Иммунная система организма человека. Иммунокомпетентные клетки, их основные функции. Понятие о межклеточной кооперации и ее роли в иммуногенезе.

Токсины бактерий, их природа, свойства, получение. Антитоксины. Определение, получение. Реакция нейтрализации токсина антитоксином.

Применение антитоксических сывороток в медицине. Единица измерения активности.

Агглютинины. Реакция агглютинации, ее разновидности. Реакция непрямой гемагглютинации. Практическое использование. Реакция Кумбса. Реакция преципитации: методы постановки, применение в медицинской практике. Иммуноэлектрофорез.

Иммуноферментный анализ (ИФА). Компоненты, способы постановки. Применение. Иммуноблоттинг.

Лизины. Реакция бактериолиза и гемолиза. Реакция связывания комплемента, механизм, использование в диагностике инфекционных болезней.

Реакция иммунофлюоресценции (прямая и непрямая). Механизм, практическое использование.

Реакции нейтрализации вирусов (РЗГА, реакция задержки ЦПД и др.). Механизм, практическое использование.

Вакцинопрофилактика, типы вакцин, их получение. Адьюванты. Вакциноterapia. Активная иммунизация, показания. Примеры.

Серотерапия и серопротекция инфекционных болезней. Сыворотки, гамма-глобулины (иммуноглобулины) гомологичные и гетерологичные, их изготовление и использование. Пассивная иммунизация, показания. Примеры из практики.

Антигены и их характеристика. Понятия об иммуногенности, протективные антигены. Специфичность антигенов. Антигенная структура микроорганизмов.

Антитела. Классы иммуноглобулинов, их структура и функции. Неполные антитела, их обнаружение. Динамика антителообразования.

Фагоцитоз, фагоцитирующие клетки. Основные стадии фагоцитоза и их характеристика. Завершенный и незавершенный фагоцитоз.

Система комплемента, пути активации, роль в иммунитете. Воспаление как механизм иммунитета.

Антибактериальный, антитоксический иммунитет. Понятие об иммунологической памяти, иммунологической толерантности.

Особенности противовирусного иммунитета, клеточные, гуморальные и патофизиологические механизмы. Интерфероны, природа, свойства, применение. Ингибиторы, природа и свойства.

Гиперчувствительность немедленного типа (В-зависимая). Анафилаксия. Сывороточная болезнь. Атопии. Механизмы их возникновения, методы предупреждения.

Гиперчувствительность замедленного типа (Т-зависимая), механизм ее проявления. Роль в патогенезе инфекционных болезней, иммунитете. Практическое использование аллергических проб.

Стафилококки. Виды стафилококков. Факторы патогенности. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика и терапия. Проблема госпитальной стафилококковой инфекции. Выявление и санация бактерионосителей.

Стрептококки и энтерококки. Классификация. Факторы патогенности. Лабораторная диагностика стрептококковых заболеваний. Лечение.

Менингококки. Серологические группы. Свойства менингококков. Лабораторная диагностика различных клинических форм менингококковой инфекции, бактерионосительства. Выделение внутриклеточно-паразитирующего возбудителя.

Гонококки. Свойства. Лабораторная диагностика острой и хронической гонореи. Гонококковая вакцина. Терапия. Профилактика бленнореи у новорожденных.

Эшерихии. Категории и серогруппы эшерихий, их роль в этиологии острых кишечных заболеваний, инфекций мочевыводящих путей, внутрибольничных инфекций. Лабораторная диагностика эшерихиозов. Лечебные препараты.

Шигеллы. Свойства. Классификация. Лабораторная диагностика острой и хронической дизентерии. Выделение внутриклеточно паразитирующего возбудителя. Специфическая терапия и профилактика.

Сальмонеллы – возбудители брюшного тифа и паратифов. Эпидемиология, патогенез брюшного тифа. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика. Диагностика бактерионосительства.

Сальмонеллы – возбудители пищевых токсикоинфекций (ПТИ). Сальмонеллы – возбудители внутрибольничных инфекций. Классификация сальмонелл. Эпидемиология, патогенез сальмонеллезов – ПТИ. Лабораторная диагностика, лечение и профилактика.

Холерные вибрионы. Классификация. Патогенез, лабораторные методы диагностики холеры. Лечебные препараты и специфическая профилактика. Экстренная профилактика.

Клиническая микробиология, задачи. Дисбактериоз (дисбиоз). Формы и стадии дисбиоза. Причины дисбиоза. Лабораторная диагностика. Применение бактериальных препаратов для профилактики и лечения дисбиозов.

Условно-патогенные грамотрицательные бактерии: клебсиеллы, протеи, иерсинии, псевдомонады. Свойства. Этиологическая роль во внутрибольничных инфекциях, гнойно-воспалительных заболеваниях. Лабораторная диагностика. Лечение.

Возбудитель чумы. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, лечение и специфическая профилактика чумы. Режим работы при исследовании объектов на наличие возбудителя болезни.

Возбудитель туляремии. Эпидемиология, патогенез. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика. Терапия.

Бруцеллы. Свойства. Виды бруцелл. Эпидемиология, патогенез, иммунитет при бруцеллезе. Лабораторная диагностика. Специфическая терапия и профилактика.

Возбудитель сибирской язвы. Свойства. Эпидемиология, патогенез заболевания. Лабораторная диагностика различных клинических форм сибирской язвы. Специфическая профилактика и терапия.

Возбудители анаэробной газовой инфекции, классификация. Эпидемиология, патогенез газовой гангрены. Значение микробных ассоциаций в развитии патологического процесса. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика и терапия газовой гангрены.

Клостридии столбняка. Свойства микроба, токсинов и их патогенетическое действие. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика и терапия столбняка.

Клостридии ботулизма. Свойства микроба, характеристика ботулотоксинов. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, специфическое лечение и профилактика ботулизма.

Коринебактерии дифтерии. Свойства, факторы патогенности. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика дифтерии. Иммунитет. Методы его выявления. Специфическая профилактика и терапия.

Микобактерии туберкулеза, характеристика. Эпидемиология и патогенез туберкулеза. Иммунитет, его особенности. Аллергия, ее роль в патогенезе. Лабораторная диагностика, химиотерапия и специфическая профилактика туберкулеза.

Трепонема сифилиса. Свойства. Эпидемиология и патогенез сифилиса, иммунитет. Лабораторная диагностика. Лечение и профилактика.

Лептоспиры. Классификация. Свойства. Лабораторная диагностика, специфическая профилактика.

Особенности вирусных инфекций. Роль вирусной нуклеиновой кислоты и белка в инфекционном процессе. Токсические вещества и ферменты вирусов. Дефектные вирусы.

Вирусы гриппа. Антигены. Классификация. Изменчивость. Лабораторная диагностика. Профилактика и терапия гриппа.

Медленные инфекции. Определение понятия, примеры. Вирус бешенства. Механизм заражения, патогенез, внутриклеточные включения при бешенстве. Лабораторная диагностика и специфическая профилактика бешенства.

Пикорнавирусы. Классификация. Энтеровирусы. Характеристика вирусов полиомиелита, Коксаки и ЕСНО. Патогенез полиомиелита. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика полиомиелита.

Арбовирусы, таксономия. Вирусы клещевого и японского энцефалитов, геморрагических лихорадок. Механизмы заражения, патогенез вызываемых ими заболеваний. Лабораторная диагностика, иммунитет. Специфическая терапия и профилактика. Заслуги советских ученых в изучении вирусных природноочаговых заболеваний.

Вирусы гепатитов А, Е. Свойства. Механизм заражения, патогенез. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов А, Е.

Иммуноглобулинопрофилактика, вакцинопрофилактика.

Вирусы гепатитов В, С, Д, G. Свойства. Механизмы заражения. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика.

ВИЧ-инфекция. Этиология и эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, лечение и профилактика.

Вирусы – возбудители острых респираторных заболеваний. Аденовирусы, вирусы парагриппа, РС-вирус. Свойства. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика, терапия.

Вирусы натуральной оспы и осповакцины. Эпидемиология, патогенез, лабораторная диагностика, профилактика натуральной оспы.

Ликвидация натуральной оспы на Земле, опасность возврата.
Вирусы герпеса. Таксономия. Свойства. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика и лечение.

Перечень тестовых заданий для проверки знаний

Общая микробиология

Выбрать один правильный ответ:

Вопрос N: 1

К ОБЛИГАТНЫМ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМ ПАРАЗИТАМ ОТНОСЯТСЯ

1. риккетсии и вирусы
2. вирусы и спирохеты
3. спирохеты и актиномицеты
4. актиномицеты и риккетсии

Вопрос N: 2

К ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫМ АНАЭРОБНЫМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. псевдомонады и коринебактерии
2. коринебактерии и бациллы
3. бациллы и фузобактерии
4. фузобактерии и бактериоиды

Вопрос N: 3

АНТИГЕННАЯ МИМИКРИЯ КАК СПОСОБ ЗАЩИТЫ ПЕПТИДОГЛИКАНА ОТ
ФАКТОРОВ ИММУНИТЕТА - ЭТО

1. механическая защита пептидогликана
2. утрата пептидогликана
3. секреторная защита пептидогликана
4. схожесть антигенов паразита и хозяина

Вопрос N: 4

К ОБЛИГАТНЫМ АНАЭРОБАМ ОТНОСЯТСЯ

1. клостридии
2. клостридии, фузобактерии
3. клостридии, фузобактерии, бифидобактерии
4. клостридии, фузобактерии, бифидобактерии, энтеробактерии

Вопрос N: 5

АНТИСЕПТИКА - ЭТО

1. использование веществ, убивающих или подавляющих размножение микроорганизмов на коже, слизистых оболочках, в ране
2. комплекс мероприятий, препятствующих попаданию микроорганизмов в чистую рану, стерильный раствор или препарат для инъекций
3. уничтожение патогенных микроорганизмов во внешней среде с помощью химических веществ

Вопрос N: 6

ДЕЗИНФЕКЦИЯ - ЭТО

1. использование химических веществ, убивающих или подавляющих размножение микроорганизмов на коже, слизистых оболочках, в ране
2. комплекс мероприятий, препятствующих попаданию микроорганизмов в чистую рану, стерильный раствор или препарат для инъекций
3. уничтожение патогенных микроорганизмов во внешней среде с помощью химических веществ

Вопрос N: 7

ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ АНТИБИОТИКОВ

1. оказывает благоприятное действие на макроорганизм и индифферентное на микроорганизм
2. оказывает неблагоприятное действие на макроорганизм и микроорганизм
3. оказывает неблагоприятное действие на макроорганизм и благоприятное на микроорганизм
4. оказывает неблагоприятное действие на микроорганизм и индифферентное действия на макроорганизм

Вопрос N: 8

ЭРИТРОМИЦИН ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

1. ингибирование синтеза белка
2. нарушение синтеза ДНК
3. ингибирование синтеза клеточной стенки
4. нарушение функции цитоплазматической мембраны

Вопрос N: 9

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВКЛЮЧАЕТ
СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ

1. микроскопия исследуемого материала и выделение чистой культуры
2. выделение чистой культуры и заражение животного исследуемым материалом
3. идентификация чистой культуры и поиск антител в сыворотке
4. выделение чистой культуры и идентификация чистой культуры

Вопрос N: 10

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К
АНТИБИОТИКАМ

1. метод биологической пробы и серийных разведений
2. метод серийных разведений и индикаторных дисков
3. метод индикаторных дисков и аллергической пробы
4. метод аллергической пробы и биологической пробы

Инфекционный процесс. Основы иммунологии

Вопрос N: 1

СЕПТИКОПИЕМИЯ - ЭТО

- 1.размножение микробов в крови, сопровождается своеобразной клиникой
- 2.циркуляция микробов в крови без размножения
- 3.размножение микробов в крови и формирование гнойных очагов в органах

Вопрос N: 2

В СОСТАВ ПРЕПАРАТОВ-ПРОБИОТИКОВ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ БАКТЕРИИ

- 1.бифидобактерии и стафилококки
- 2.стафилококки и клостридии
- 3.клостридии и лактобациллы
- 4.лактобациллы и бифидобактерии

Вопрос N: 3

ВАКЦИНА БЦЖ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ

- 1.живых
- 2.убитых
- 3.химических
- 4.генноинженерных

Вопрос N: 4

АНАТОКСИН - ЭТО ЭКЗОТОКСИН

- 1.сохранивший токсичность, сохранивший антигенность
- 2.сохранивший токсичность, потерявший антигенность
- 3.потерявший токсичность, сохранивший антигенность
- 4.потерявший токсичность, потерявший антигенность

Вопрос N: 5

ФАКТОРАМИ ПАТОГЕННОСТИ СТАФИЛОКОККОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1.гемолизин
- 2.гемолизин, гиалуронидаза
- 3.гемолизин, гиалуронидаза, плазмокоагулаза
- 4.гемолизин, гиалуронидаза, плазмокоагулаза, лецитиназа

Вопрос N: 6

БАКТЕРИЕМИЯ

- 1.размножение микробов в тканях
- 2.размножение микробов в тканях и проникновение в кровь
- 3.размножение микробов в тканях, проникновение их в кровь и размножение микробов в крови

Вопрос N: 7

СЕПСИС - ЭТО

- 1.размножение микробов в крови, сопровождается своеобразной клиникой
- 2.циркуляция микробов в крови без размножения
- 3.размножение микробов в крови и формирование гнойных очагов в органах

Вопрос N: 8

ЛЕЧЕНИЕ ДИСБАКТЕРИОЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1.антибиотиками
- 2.эубиотиками
- 3.вакциной
- 4.антитоксином
- 5.убитой культурой кишечной палочки

Вопрос N: 9

С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА ЧЕЛОВЕКА ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1.абсолютное число лимфоцитов в крови
- 2.абсолютное число лимфоцитов в крови, концентрацию IgM в сыворотке
- 3.абсолютное число лимфоцитов в крови, концентрацию IgM в сыворотке, фагоцитоз
- 4.абсолютное число лимфоцитов в крови, концентрацию IgM в сыворотке, фагоцитоз, СОЭ

Вопрос N: 10

ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1.эшерихии
- 2.эшерихии, бифидобактерии
- 3.эшерихии, бифидобактерии, лактобактерии
- 4.эшерихии, бифидобактерии, лактобактерии, сальмонеллы

Частная микробиология. Вирусология

Вопрос N: 1

ПРИЗНАКИ ВИРУСОВ

- 1.размер менее 200 нм, отсутствие автономного питания
- 2.размер более 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм
- 3.размер менее 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм, один тип нуклеиновой кислоты
- 4.размер более 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм, один тип нуклеиновой кислоты, митотическое деление

Вопрос N: 2

ДЛЯ ПАТОГЕНЕЗА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ХАРАКТЕРНО

- 1.вирусемия, проникновение в клетки головного мозга, цитопатическое действие, параличи
- 2.вирусемия, проникновение в клетки спинного мозга, цитопатическое действие, параличи
- 3.вирусемия, проникновение в клетки головного мозга, отсутствие цитопатического эффекта, отсутствие параличей

Вопрос N: 3

ДЕЙСТВИЕ ИНТЕРФЕРОНА ПО ОТНОШЕНИЮ К ВИРУСАМ

1. специфическое
2. неспецифическое

Вопрос № 4

КУЛЬТИВИРОВАНИЕ ВИРУСОВ

1. культура клеток в среде 199
2. культура клеток в среде 199, куриный эмбрион, экспериментальное животное
3. культура клеток в среде 199, куриный эмбрион, экспериментальное животное, кровяной агар

Вопрос № 5

ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ

1. диагностика инфекционных заболеваний
2. диагностика и профилактика инфекционных заболеваний
3. диагностика, профилактика и лечение инфекционных заболеваний
4. диагностика, профилактика, лечение инфекционных заболеваний и коррекция иммунодефицитных состояний

Вопрос № 6

ПРИ УКУСЕ ДОМАШНИМ ПОДНАДЗОРНЫМ ЖИВОТНЫМ АНТИРАБИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЮТ:

1. заполнение карты инфицированного
2. заполнение карты инфицированного, введение вакцины
3. заполнение карты инфицированного, введение вакцины, карантин животного
4. заполнение карты инфицированного, карантин животного, применение бактериофага

Вопрос № 7

ВАКЦИНА ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1. живую
2. убитую
3. генноинженерную
4. химическую

Вопрос № 8

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА БЕШЕНСТВА

1. обнаружение телец Бабеша-Негри
2. обнаружение телец Бабеша-Негри, биологическая проба
3. обнаружение телец Бабеша-Негри, биологическая проба, метод иммунной флюоресценции
4. обнаружение телец Бабеша-Негри, биологическая проба, метод иммунной флюоресценции, реакция агглютинации

Вопрос № 9

ВИРУС ГЕПАТИТА В СОДЕРЖИТ

1. РНК
2. ДНК

Вопрос № 10

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА КОРИ

1. живая вакцина
 2. химическая вакцина
- Частная микробиология. Бактериология

Вопрос № 1

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИЗЕНТЕРИИ /ЭКСТРЕННАЯ/

1. вакцина
2. аллерген
3. бактериофаг
4. антитоксин
5. анатоксин
6. антибиотики

Вопрос № 2

ЗАРАЖЕНИЕ БОЛЬНОГО БРЮШНЫМ ТИФОМ ОТ НОСИТЕЛЯ МОЖНО ДОКАЗАТЬ

1. реакцией агглютинации с выделенными чистыми культурами
2. серологическим типированием с монорецепторными сыворотками
3. изучением биохимических свойств выделенных культур
4. сравнением фаговаров выделенных чистых культур

Вопрос № 3

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ СЛЕДУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ

1. дизентерии
2. дизентерии, стафилококковых инфекций
3. дизентерии, стафилококковых инфекций, эпидемического сыпного тифа
4. дизентерии, стафилококковых инфекций, эпидемического сыпного тифа, коли-инфекций

Вопрос № 4

МЕХАНИЗМ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ВАКЦИНЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ

1. обострение процесса
2. обострение процесса, усиление иммуногенеза
3. обострение процесса, усиление иммуногенеза, десенсибилизация,
4. обострение процесса, усиление иммуногенеза, десенсибилизация, формирование ГЧЗТ

Вопрос № 5

ЭНТЕРОТОКСИН ПРОДУЦИРУЕТСЯ БАКТЕРИЕЙ

1. Clostridium tetani

2. *Corynebacterium diphtheriae*
3. *Salmonella typhi*
4. *Vibrio cholerae*

Вопрос N: 6
СИФИЛИС - ЭТО

1. антропоноз
2. зооноз
3. антропозооноз

Вопрос N: 7
ЛЕЧЕНИЕ ДИСБАКТЕРИОЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1. антибиотиками
2. эубиотиками
3. вакциной
4. антитоксином
5. убитой культурой кишечной палочки

Вопрос N: 8
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

1. анатоксин
2. АКДС
3. антитоксин
4. БЦЖ
5. убитая культура микобактерий

Вопрос N: 9
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИФТЕРИИ

1. анатоксин
2. гамма-глобулин
3. убитая вакцина
4. антибиотики
5. иммуноглобулин

Вопрос N: 10
МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ПРИ:

1. пневмонии
2. скарлатине
3. дизентерии
4. острой гонорее
5. назофарингите

Перечень типовых задач для проверки умений

1. Перечень ситуационных задач для оценки умений проводить забор, транспортировку и хранение материала для микробиологических исследований; проводить простейшие микробиологические исследования; дифференцировать разные группы микроорганизмов по их основным свойствам; осуществлять профилактику распространения инфекции

Ситуационная задача №1

Вы закончили бактериологическую работу на своем учебном столе - закрыли колпачком спиртовку, поставили в стакан, предварительно прокалив на огне бактериологическую петлю, предметы разложили по местам. Сняли колпак, халат, взяли сумку и вышли из лаборатории.

1. Какие грубые нарушения в санитарно-эпидемиологическом режиме учебной баклаборатории Вы допустили?

Ситуационная задача №2

Студент получил задание изучить морфологию бактерий в окрашенном мазке. Для этого он поместил препарат на предметный столик, центрировал объектив с увеличением x100. Осветил поле зрения, нашел изображение, но на основании просмотра ряда полей зрения сделал вывод о том, что очень трудно рассматривать микроорганизмы в препарате.

1. Почему студенту не удалось детально рассмотреть форму микроорганизмов в препарате?

Ситуационная задача №3

У ребенка, поступившего с подозрением на дифтерию, был взят на исследование отделяемое пораженной слизистой оболочки зева. Приготовлен и окрашен препарат. При микроскопировании обнаружены голубые палочки с темно-синими утолщениями на концах.

1. Какой это микроорганизм и какой структурный компонент выявляется у бактерий?

2. По какому методу окрашен данный мазок?

3. Какой ещё метод окраски можно использовать для выявления данных бактерий?

Ситуационная задача №4

В окрашенных мазках из мокроты больного воспалением легких обнаружены ланцетовидной формы попарно расположенные кокки фиолетового цвета с бесцветной каймой вокруг.

1. Как называется микроорганизм?

2. Чем представлена бесцветная кайма?

Ситуационная задача №5

В мазке обнаружены палочки фиолетового цвета с овальным бесцветным центральным образованием, располагающиеся цепочками, и того же цвета ланцетовидной формы кокки, располагающиеся попарно.

1. Каким методом окрашен мазок?

2. Как называются эти микроорганизмы?

Ситуационная задача №6

В материале от больного, поступившего с подозрением на холеру, были обнаружены слегка изогнутые грамотрицательные палочки и было проведено изучение подвижности бактерий.

1. С какой целью проводилось изучение подвижности бактерий?

2. Как определяют подвижность?

Ситуационная задача №7

В лабораторию поступили испражнения больного брюшным тифом. Из этого материала необходимо выделить чистую культуру бактерий. Новый сотрудник лаборатории лаборант Р. была в затруднении в выборе питательной среды для этой цели.

1. Как Вы думаете, какие среды лучше использовать в данном случае?

Ситуационная задача №8

При посеве испражнений больного брюшным тифом на среду Эндо и последующей инкубации в термостате получили рост колоний, имеющих различную окраску и размеры. Одни колонии были красного цвета, крупные, другие - бесцветные, мелкие.

- 1.Одного ли вида микроорганизмы находились в исследуемом материале?
- 2.К какой группе сред (по назначению) относится указанная выше среда?
- 3.Какие еще среды можно применить для этих целей?

Ситуационная задача №9

Приготовлена «почвенная болтушка» в соотношении 1:10. Сделан посев надосадочной жидкости в среду Китт-Тароци. Через сутки после инкубирования в термостате отмечается помутнение среды и осадок.

- 1.К какому типу дыхания относятся выросшие микроорганизмы?
2. По каким признакам определяют рост бактерий?

Ситуационная задача №10

Перед вами пробирка с культурой клеток после заражения носоглоточным смывом больного. Под микроскопом видны клетки неправильной формы, имеются межклеточные разрывы, некоторые клетки отслоились от стенки пробирки, цвет питательной среды красный.

1.О чем свидетельствуют такие изменения?

Ситуационная задача №11

В терапевтическом отделении находился на лечении больной с диагнозом «крупозная пневмония». После микроскопического исследования был поставлен диагноз «пневмококковая пневмония». Из оставшегося материала приготовлена взвесь с питательным бульоном и введена внутрибрюшинно белой мыши. Через 24 часа мышь погибла. Животное вскрыли, приготовили мазки-отпечатки из печени, селезенки, крови из сердца и окрасили метиленовой синькой.

- 1.Как Вы думаете, какая микроскопическая картина была получена?
- 2.Какой использован метод лабораторной диагностики?

Ситуационная задача №12

К врачу-дерматовенерологу обратился больной С. Из гнойного отделяемого уретры сделан мазок, окрашенный метиленовой синькой. При микроскопии в препарате обнаружена масса лейкоцитов, в цитоплазме которых находилось большое количество бобовидной формы диплококков.

1. Результаты какого процесса наблюдаются в лейкоцитах?
2. Какой диагноз Вы поставите на основании бактериоскопического исследования?

Ситуационная задача №13

Из сметаны, рвотных масс больных, употреблявших эту сметану, из гноя раны на пальце у одного из работников столовой - выделены чистая культуры стафилококков.

1.Какие дополнительные исследования необходимо провести, чтобы установить эпидемиологическую взаимосвязь между этими фактами?

Ситуационная задача №14

Обнаружение энтеровирусов, возбудителей острых кишечных заболеваний у человека, сопряжено со значительными методическими трудностями, поэтому о наличии вирусного заражения водоемов обычно судят по количеству в воде фагов кишечных палочек.

1.Каким методом можно определить количество фагов кишечных палочек в воде?

Ситуационная задача №15

Помощнику санитарного врача было поручено отобрать пробу воды для санитарно-микробиологического исследования из разводящей сети Городского водопровода. Прибыв на место, он вынул ватно-марлевую пробку из стерильной бутылки, взяв ее в правую руку, подставил горлышко бутылки под сосок крана и левой рукой, в которой держал пробку, включил воду. Наполнив бутылку на 2/3 (0,3л), он закрыл ее ватно-марлевой пробкой.

1.Укажите последовательно ошибки, допущенные специалистом при отборе пробы воды.

Ситуационная задача №16

Проботборщик отобрал пробы питьевой водопроводной воды для санитарно-микробиологического исследования в 9 утра. В лабораторию пробы доставлены в 16 часов.

1.Можно ли проводить исследование этих проб по ГОСТу?

Ситуационная задача №17

Помощник санитарного врача отбирает пробу воды из разводящей сети Городского водопровода. Он обжиг кран при помощи тампона, смоченного спиртом, снял пробку с флакона вместе с бумажным колпачком. Открыл кран и наполнил водой бутылку, затем закрыл ее стерильной корковой пробкой.

1.Укажите ошибки в его действиях.

Ситуационная задача №18

Среди жителей дачного поселка, не имеющего централизованного водоснабжения, отмечено несколько случаев заболевания брюшным тифом.

- 1.Ваши предположения
- 2.Обоснование о наиболее вероятном источнике инфицирования.

Ситуационная задача №19

Проведен посев воздуха с помощью прибора Кротова. Показание ротаметра – 25 л/ мин. Время отбора пробы 10 мин. На чашке с МПА выросло 75 колоний.

1.Как определить общую микробную обсемененность воздуха?

Ситуационная задача №20

В порядке текущего надзора Вы собираетесь проконтролировать соблюдение противоэпидемического режима в столовой; бактериального загрязнения оборудования. 1.Что Вам для этого необходимо взять в качестве исследования штамма и какими методами провести исследования?

Ситуационная задача №21

Для санитарно-микробиологического исследования необходимо отобрать пробы хлорированной и нехлорированной воды из артезианской скважины.

1. Чем будет отличаться подготовка к отбору этих проб?

Ситуационная задача №22

Из крови больного выделена культура сальмонеллы брюшного тифа, чувствительная к ампициллину и левомицетину. выделение чистой культуры из биологических сред организма (крови – гемокультура; кала, мочи – копро-, уринокультура)

1.Как был получен такой результат?

Ситуационная задача №23

При посеве 3 объемов питьевой воды по 100 мл в ГПС были обнаружены БГКП, при посеве 3 объемов по 10 мл и трех по 1 мл получены отрицательные результаты.

- 1.Каков индекс БГКП воды?
- 2.Каков ход дальнейшего исследования?

Ситуационная задача №24

При определении коли-титра молока на среде Эндо выросли лактозопозитивные колонии.

1.Ваши дальнейшие действия?

Ситуационная задача №25

При исследовании водопроводной воды БГКП обнаружены в 3-х объемах воды по 100 мл и 1 объеме 10 мл; ФКП – в 2 объемах воды по 100 мл.

1. Определите индексы БГКП
2. Определите индексы ФКП. (фекальные киш палочки)
3. Оцените результаты.

2. Перечень микропрепаратов для оценки навыков и умений микроскопии.

Демонстрация студентом навыков иммерсионной микроскопии, дифференциации основных групп микроорганизмов по морфологическим свойствам.

Кишечная палочка (окр. по Граму) .

Стрептобацилла (окр. по Граму).

Палочка со спорой (окр. по Граму и Циль-Нильсену).

Дифтерийная палочка (окр. метиленовой синькой).

Палочка с капсулой или капсульный диплококк (окр. фуксином).

Стафилококки (окр. по Граму).

Стрептококки (окр. по Граму).

Сарцины (окр. по Граму).

гонококк в гное (окраска метиленовым синим)

туберкулезная палочка в мокроте (окраска по Циль-Нильсену)

3. Перечень реакций иммунитета для контроля умений постановки реакций

Реакция связывания комплемента.

Реакция Видаля.

Реакция непрямой (пассивной) гемагглютинации (РНГА).

Реакция задержки гемагглютинации.

Имуноферментный метод

Эталон решения типовых задач

Ситуационная задача №1

После выполнения лабораторных работ студент обязан отчитаться перед преподавателем о результатах исследований и привести в полный порядок свое рабочее место:

а) тщательно вымыть и прополоскать дистиллированной водой посуду своего комплекта; б) протереть склянки реактивного набора и привести в порядок свое рабочее место; в) привести в порядок и выключить используемую аппаратуру; г) проверить выключение нагревательных приборов, воды, газа.

Сдать свое рабочее место дежурному лаборанту и доложить преподавателю об окончании работы.

Дежурные студенты обязаны строго следить за наличием всех необходимых принадлежностей для проведения лабораторных работ, при их недостатке обращаться за пополнением к дежурному лаборанту. После окончания работы дежурные студенты должны прибрать и вычистить все принадлежности и рабочие места общего пользования, провести влажную уборку учебной комнаты и сдать ее дежурному лаборанту.

Ситуационная задача №2

Возможно, потому что он не использовал иммерсионное масло.

Ситуационная задача №3

Коринабактерия - клеточная стенка в ней имеется муреин ковалентно связан с тейхоевыми кислотами который прочно удерживают комплекс генцианового фиолетового и йода грамположительный.

По Грамму

Окраска по Нейсеру позволяет выявить характерные зерна Бабеша-Эрнста и отличить от ложнодифтерийной палочки

Ситуационная задача №4

Стрептококк ruogenes на кровяном агаре (возбудитель пневмонии)

Зона гемолиза в-гемолитический образует прозрачную зону

Ситуационная задача №5

По Грамму

Пневмококки и бациллы

Ситуационная задача №6

Дифференцировка патогенного холерного вибриона

Темнопольная микроскопия

Ситуационная задача №7

Наиболее достоверный метод диагностики брюшного тифа - выделение возбудителя. Для этого проводят посев 10 мл крови на 100 мл среды, содержащей желчь (10-20% желчный бульон, среда Раппопорта). Выделение гемокультуры наиболее эффективно в первую неделю болезни, однако с диагностической целью исследование проводят во все периоды температурной реакции. Посевы испражнений (копрокультуру) и мочи (уринокультуру) также проводят во все периоды заболевания, особенно на 2-3-й неделе. Вместе с тем необходимо помнить, что брюшнотифозную палочку из кала и мочи можно выделить не только у больных брюшным тифом, но и от бактерионосителей при различных лихорадочных состояниях. Посевы испражнений и мочи выполняют на плотные питательные среды.

Помимо бактериологических исследований уже с первых дней болезни можно выявить брюшнотифозный О-Аг в испражнениях

Ситуационная задача №8

Разные

Дифференциально-диагностическая

Плоскирева среда

Ситуационная задача №9

Анаэробы

По помутнению среды

Ситуационная задача №10

цитопатическое действие вируса (возможно парагриппа)

Ситуационная задача №11

Биологический метод: внутрибрюшинное заражение белых мышей исследуемым материалом (чаще мокротой). Красят по Граму. На розовом фоне, образованном клетками ткани, обнаруживаются грамположительные диплококки слегка вытянутой формы, напоминающие контуры пламени свечи или ланцета, окруженные бесцветной капсулой.

Метод вспомогательный, ограничивается трудоемкостью, наличием в материале других видов микроорганизмов, патогенных для мышей, низкой чувствительностью мышей к некоторым сероварам пневмококка.

Микроскопия - мазок из патологического материала с окраской по Граму. Обнаружение грамположительных капсульных диплококков

Обнаружение антигена в сыворотке или ликворе (РСК, латекс-агглютинация, встречный иммуноэлектрофорез).

Ситуационная задача №12

Незавершенный фагоцитоз

Острая гонорея

Ситуационная задача №13

Решение этой задачи возможно только методом фаготипирования стафилококков, подтверждающим идентичность микроорганизмов, выделяемых у больных, носителей и объектов внешней среды. Рекомендован набор из 20 типовых фагов, разделенных по литическому средству на 4 отобранные для фаготипирования плазмокоагулирующие штаммы стафилококка засевают на скошенный мясо-пептонный агар и инкубируют 18—24 ч при 37°C. На следующий день агаровую культуру пересевают в пробирки с 2,5 мл бульона Хоттингера или бульона Мартена и ставят в термостат при 37°C. Бульонную 3—4-часовую культуру стафилококка пересевают на чашки со свежеприготовленным и подсушенным 1,25% агаром (рН 7,2—7,4), содержащим 0,4% глюкозы и 0,02% хлорида кальция (стерильный 10% раствор хлорида кальция в объеме 0,2 мл добавляют к 100 мл расплавленного агара непосредственно перед разливом среды). Культуру в количестве нескольких капель наносят на поверхность среды, распределяют шпателем по всей площади чашки. Засеянные чашки в течение 30—40 мин подсушивают в термостате. После подсушивания дно чашки расчерчивают карандашом по числу фагов на 20 квадратов и в каждый квадрат засеянной среды, всегда в одном и том же порядке, стандартной петлей (диаметр 2 мм) наносят по капле соответствующего фага. инкубируют 18—20 ч при 30°C или 5—6 ч при 37°C. Оценивают результаты.

Ситуационная задача №14

мембранных фильтров, титрационным методом, методом прямого посева

Ситуационная задача №16

Нет так как исследование воды должно производиться не позднее 2ч с момента отбора лишь в виде иск допускается хранение пробы до 6 ч при тем 4-5. А при более длительном хранении может наступить гибель водной микрофлоры или же размножение.

Ситуационная задача №17

Затем полностью открывают и в течение 10 мин воду спускают. Воду наливают в бутылки с соблюдением стерильности, не смачивая горлышко, чтобы не допустить замачивания пробки.

Ситуационная задача №18

больные и бактерионосители выделяют с фекалиями огромное количество брюшнотифозных бактерий, которые на территориях, где нет канализации, попадают в почву, а из нее - в воду рек, арыков и других водоемов, сохраняют в ней болезнетворность до 5 месяцев, распространяются по течению на большие расстояния. И если загрязненная вода из открытых водоемов используется для питья некипяченой (заражения) брюшным тифом не избежать. При попадании в организм брюшнотифозных бактерий с водой вероятность заражения больше, чем в том случае, когда возбудители проникают в него с пищей. Дело в том, что имеется естественный барьер, защищающий организм от болезнетворного действия микробов: кислое содержимое желудочного сока в какой-то мере подавляет их активность. Вода разбавляет желудочный сок, он становится менее кислым, и его барьерная функция ослабевает. Вот почему взятую из открытых водоемов, колодезь воду, предназначенную - не только для питья, но и для мытья посуды, фруктов и ягод, надо обязательно кипятить. Эта простая мера надежно предохранит от заражения брюшным тифом и многими другими кишечными инфекциями, распространяющимися через воду.

Ситуационная задача №19

Подсчитывают количество колоний на чашках, вычисляют среднее арифметическое и делают перерасчет на количество микроорганизмов в 1 м³ воздуха.

250л=25м3(куб), Пропорция: 25м3-75КОЕ, 1м3-Х КОЕ, тогда ОМЧ=75:25=3КОЕ в 1м3

Ситуационная задача №20

Воспользуемся методом смывов (тампонами или салфетками), отпечатков (контактный метод), и агаровой заливки.

Ситуационная задача №21

Пробы хлорированной воды берут во флаконы с дехлоратором, так как под действием хлора микробы в воде погибают. В качестве дехлоратора на 500 мл исследуемой воды добавляют 10 мг серноватистокислого натрия (тиосульфата натрия), Нехлорированная: как обычно: прокалить кран, набрать в стерильную емкость.

Ситуационная задача №22

Выделение гемокультуры. Получив из локтевой вены больного 5– 10 мл крови, засевают ее в соотношении 1:10 в 10% желчный бульон. Посевы помещают в термостат на 18–24 ч. Выросшую культуру микроскопируют и пересевают на среду Эндо, которую снова на сутки помещают в термостат. Тест на антибиотикочувствительность.

Ситуационная задача №24

Лактозопозитивные колонии на среде Эндо – красные (кишечная палочка с типичной биохимической активностью образует на этой среде темно-красные колонии с металлическим блеском, схожим с блеском ртути) нужно сделать пересев на среду Козера для выявления цитратоотрицательных разновидностей киш.палочек и готовят мазки для окрашивания по Граму.

Эталонные ответы на тестовые задания			
1. 4	11. 3	21. 3	31. 3
2. 4	12. 1	22. 2	32. 1
3. 2	13. 4	23. 2	33. 1
4. 1	14. 3	24. 1	34. 2
5. 3	15. 4	25. 3	35. 3
6. 1	16. 1	26. 3	36. 3
7. 3	17. 4	27. 3	37. 4
8. 4	18. 1	28. 3	38. 4
9. 2	19. 3	29. 2	39. 2
10. 1	20. 1	30. 1	40. 2

Эталонные ответы реакций иммунитета

Реакция связывания комплемента.

Эта реакция относится к реакциям иммунитета между антигенами (АГ) и антителами (АТ). Детерминанта АГ связывается с активным центром АТ. Соединение АГ и АТ осуществляется посредством водородных и гидрофобных связей, взаимодействия ионов, кулоновских и ван-дер-ваальсовых сил. Прочность соединения АГ с АТ обеспечивается не только силами связывания, но и оптимальной стерической адаптацией активного центра АТ к АГ-детерминанте. Серологические реакции протекают в две фазы. Первая – специфическая невидимая, - заключается во взаимодействии АГ с АТ. Вторая фаза – видимая, - проявляется в зависимости от типа реакции, который определяется свойствами АГ, АТ и другими ингредиентами реакций. В основе РСК лежит реакция лизиса антигена (цитолиза или бактериолиза) под действием антител с участием комплемента. Ингредиенты реакции: 3 (три) системы, 5 (пять) компонентов. **Бактериологический (вирусологический) метод.** Диагностическая система: антиген (первый компонент) не известен – выделенная чистая культура; антитело (второй компонент) известно – диагностическая сыворотка (содержит известные АТ, получена путем иммунизации животного известным АГ). Комплемент (третья система, третий компонент) – получается из сыворотки крови морской свинки. Индикаторная система (здесь все известно): эритроциты барана (антиген) (четвертый компонент) и гемолитическая сыворотка (антитела, получаемая путем иммунизации кролика эритроцитами барана) (пятый компонент). **Серологический метод.** Диагностическая система: антиген (первый компонент) известен – диагностическая сыворотка (содержит известные АТ). Комплемент (третья система, третий компонент) – получается из сыворотки крови морской свинки. Индикаторная система (здесь все известно): эритроциты барана (антиген) (четвертый компонент) и гемолитическая сыворотка (антитела, получаемая путем иммунизации кролика эритроцитами барана) (пятый компонент).

Реакция основана на способности комплемента – комплексной системы белков нормальной сыворотки позвоночных, фиксироваться на комплексе АГ-АТ и последующем лизисе антигена. Самого комплемента ровно столько, чтобы он связался только с одной системой (опытной или индикаторной).

Если АГ и АТ в опытной системе соответствуют друг другу (комплементарны), то результатом этого взаимодействия является связывание комплемента. Комплемент лизирует этот комплекс и расходуется, поэтому эритроциты хоть и связываются с гемолитической сывороткой, но не могут лизироваться, так как нет комплемента и выпадают на дно пробирки в виде осадка. Таким образом, отсутствие гемолиза – положительный результат.

Индикаторная система выявляет свободный, не связавшийся комплемент. Если АГ и АТ опытной системы не соответствуют друг другу (некомплементарны) комплемент остался свободным, и он свяжется с комплексом эритроциты – гемолитическая сыворотка и будет лизировать эритроциты. Визуально видна «лаковая» кровь. Это (наличие гемолиза) означает отрицательный результат РСК.

Реакция Видяля.

Реакция Видяля – это реакция агглютинации, применяемая для диагностики брюшного тифа. Предложена в 1896 французским врачом Ф. Видялем (F. Widal, 1862—1929). Эта реакция относится к серологическим реакциям иммунитета между антигенами (АГ) и антителами (АТ). Детерминанта АГ связывается с активным центром АТ. Соединение АГ и АТ осуществляется посредством водородных и гидрофобных связей, взаимодействия ионов, кулоновских и ван-дер-Вальсовых сил. Прочность соединения АГ с АТ обеспечивается не только силами связывания, но и оптимальной стерической адаптацией активного центра АТ к АГ-детерминанте.

Серологические реакции протекают в две фазы. Первая – специфическая невидимая, - заключается во взаимодействии АГ с АТ. Вторая фаза – видимая, - проявляется в зависимости от типа реакции, который определяется свойствами АГ, АТ и другими ингредиентами реакций.

Реакция Видяля основана на способности антител (агглютининов), образующихся в организме в течение болезни и длительно сохраняющихся после выздоровления, вызывать склеивание брюшнотифозных микроорганизмов. Если при добавлении к сыворотке крови человека культуры возбудителя происходит агглютинация, реакция считается положительной. Для диагностики брюшного тифа реакцию ставят многократно, учитывая её показания в динамике и в связи с анамнезом. Визуально при положительной реакции при встряхивании пробирки видны белые хлопья агглютинации поднимающиеся в виде змейки со дна пробирки и на прозрачном фоне жидкости эти хлопья видны отдельными частицами. При отрицательном результате встряхивание пробирки приводит к образованию равномерного помутнения жидкости.

Реакция непрямой (пассивной) гемагглютинации (РНГА).

Эта реакция относится к серологическим реакциям иммунитета между антигенами (АГ) и антителами (АТ). Детерминанта АГ связывается с активным центром АТ. Соединение АГ и АТ осуществляется посредством водородных и гидрофобных связей, взаимодействия ионов, кулоновских и ван-дер-Вальсовых сил. Прочность соединения АГ с АТ обеспечивается не только силами связывания, но и оптимальной стерической адаптацией активного центра АТ к АГ-детерминанте.

Серологические реакции протекают в две фазы. Первая – специфическая невидимая, - заключается во взаимодействии АГ с АТ. Вторая фаза – видимая, - проявляется в зависимости от типа реакции, который определяется свойствами АГ, АТ и другими ингредиентами реакций.

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА; син. реакция пассивной гемагглютинации) - метод обнаружения и идентификации антигенов или антител, основанный на возникающем в их присутствии феномене агглютинации эритроцитов, на поверхности которых были предварительно адсорбированы соответствующие специфические антитела или антигены.

Серологический метод. Сыворотка крови обследуемого пациента (содержит неизвестные (искомые) АТ). Эритроцитарный диагностикум – содержит известный антиген, адсорбированный на поверхности эритроцита. Образование комплекса АГ-АТ влечет за собой и склеивание эритроцитов, что легко учитывать. Таким образом, эритроциты не участвуют непосредственно в образовании комплекса АГ-АТ, служат для укрупнения corpuscula и соответственно являются индикаторами наличия комплекса АГ-АТ. РНГА более чувствительна, чем РА.

РНГА может использоваться как экспресс-метод, например при диагностике чумы или газовой гангрены. Ингредиенты: исследуемый материал – неизвестный АГ, диагностикум эритроцитарный антителный (содержит известные АТ адсорбированные на поверхности эритроцита). Образование комплекса АГ-АТ влечет за собой и склеивание эритроцитов, что легко учитывать.

Реакция задержки гемагглютинации.

Реакция задержки (торможения) гемагглютинации (РЗГА, РТГА) широко применяется в практике как для выявления и определения титра антител в сыворотке крови больных и вакцинированных животных, так и для идентификации выделенных вирусов по известной сыворотке. Ставить эту серологическую реакцию можно только с теми вирусами, которые обладают гемагглютинирующими свойствами.

Агглютинация эритроцитов при вирусных инфекциях обнаруживается в результате прямого взаимодействия вируса с поверхностью эритроцитов (реакция гемагглютинации - РГА). РГА наступает непосредственно в смеси гемагглютинирующего вируса с эритроцитами. РГА может быть нейтрализована, если перед взаимодействием с эритроцитами к гемагглютинирующему вирусу добавить специфическую иммунную сыворотку (реакция торможения, задержка гемагглютинации - РТГА, РЗГА).

РГА и РТГА впервые были предложены для обнаружения вируса гриппа и титрования противогриппозных антител. Вскоре появились сообщения о гемагглютинирующей активности вирусов осповакцины, ложной чумы кур, паротита, оспы, пневмонии мышей, кори, арбо-, адено- и парагриппозных, а также кишечных вирусов. Миксовирусы агглютинируют эритроциты многих видов животных и птиц, вирусы оспы и вакцины — эритроциты петухов, арбовирусы и вирус кори — эритроциты обезьян и гусей, большинство неполомиелитных кишечных вирусов — эритроциты человека.

Реакция гемагглютинации визуально видна в виде хлопьев красного цвета («зонтик») – положительная реакция. При этом осадок эритроцитов – это отрицательная реакция.

Реакция торможения гемагглютинации визуализируется в виде осадка эритроцитов («пуговка») – положительная реакция. При этом хлопья агглютинации – это отрицательная реакция.

Иммуноферментный метод

Иммуноферментный анализ (сокращённо ИФА, англ. enzyme-linked immunosorbent assay, ELISA) — лабораторный иммунологический метод качественного или количественного определения различных соединений, макромолекул, вирусов и пр., в основе которого лежит специфическая реакция антиген-антитело. Выявление образовавшегося комплекса проводят с использованием фермента в качестве метки для регистрации сигнала.

ИФА появился в середине 60-х годов и первоначально был разработан как метод для идентификации антигена в гистологическом препарате, а также для визуализации линий преципитации в тесте иммунодиффузии и иммуноэлектрофореза, а затем стал использоваться для количественного определения антигенов и антител в биологических жидкостях. В разработке метода принимали участия Е. Энгвалл и Р. Пэлман, а также независимо от них В. Ван Веeman и Р. Шурц.

Метод основан на специфическом связывании антитела с антигеном, при этом один из компонентов конъюгирован с ферментом, в результате реакции с соответствующим хромогенным субстратом образовывается окрашенный продукт, количество которого можно определить спектрофотометрически.

Открытие возможности иммобилизации антигена и антитела на различных носителях с сохранением их связывающей активности позволило расширить использование ИФА в различных областях биологии и медицины.

Появление моноклональных антител послужило дальнейшему развитию ИФА, что позволило повысить его чувствительность, специфичность и воспроизводимость результатов.

Теоретически ИФА основывается на данных современной иммунохимии и химической энзимологии, знании физико-химических

закономерностей реакции антиген-антитело, а также на главных принципах аналитической химии. Чувствительность ИФА и время его проведения определяется несколькими основными факторами: кинетическими, термодинамическими характеристиками реакции антиген-антитело, соотношением реагентов, активностью фермента и разрешающей способностью методов его детекции. В общем виде реакция антиген-антитело может быть описана простой схемой: $[AT] + [AG] \leftrightarrow [ATAГ]$

Разнообразие объектов исследования от низкомолекулярных соединений до вирусов и бактерий, а также необычайно широкий круг задач, связанных с многообразием условий применения ИФА, обуславливают разработку чрезвычайно большого количества вариантов этого метода.

Любой вариант ИФА содержит 3 обязательные стадии:

1. стадия узнавания тестируемого соединения специфическим к нему антителом, что ведет к образованию иммунного комплекса;
2. стадия формирования связи конъюгата с иммунным комплексом или со свободными местами связывания;
3. стадия превращения ферментной метки в регистрируемый сигнал.

Принципальная схема иммуноферментного анализа для выявления АТ является следующей. Известный АГ (вирус, белок) – диагностикум фиксируется на твердой фазе. К нему добавляют сыворотку обследуемого с неизвестными АТ. После инкубации и промывки на антигене остаются специфичные к нему АТ, если таковые имелись в сыворотке обследуемого. Для обнаружения комплекса АГ-АТ, к нему добавляют кроличью антиглобулиновую сыворотку меченую ферментом (АГС-Ф). Для получения данной сыворотки иммунизируют кролика глобулинами человека. Полученную от кролика сыворотку метят каким-либо ферментом, например, пероксидазой хрена. Если в обследуемой сыворотке есть АТ к АГ (диагностикуму), то они будут служить антигеном для антиглобулиновой сыворотки. После второй промывки образовавшийся комплекс АГ+АТ+АГС-Ф можно обнаружить, добавив субстрат на фермент (перекись водорода) и индикатор на продукты расщепления субстрата (хромоген на активные формы кислорода). Изменение цвета индикатора свидетельствует о наличии искомого АТ в сыворотке обследуемого.

Эталоны ответа микропрепарата

Показать правильную технику иммерсионного метода микроскопии.

Найти участок препарата с типичными микрообъектами.

Дать краткую, но разностороннюю характеристику объекта. Указать диагностическую ценность результата (метода).

Ответ микропрепарата.

1. Стафилококки.

В поле зрения микроскопа видны синие кокки, расположенные гроздьями, предположительно стафилококки. Метод окраски по Граму. В диагностики стафилококковых инфекций метод ориентировочный. В мазке чистая культура микроорганизмов. Виды со сходной морфологией: *S.aureus*, *S.epidermidis*, *S.capitis*, *S.xylosus*.

2. Стрептококки.

В поле зрения микроскопа видны синие кокки, расположенные цепочками, предположительно стрептококки. Метод окраски по Граму. В диагностики стрептококковых инфекций метод ориентировочный. В мазке чистая культура микроорганизмов. Виды со сходной морфологией: *S.pyogenes*, *S.viridans*, *S.mutans*, *S.mitis*.

3. Кишечная палочка.

В поле зрения микроскопа видны красные прямые палочки, единичные, предположительно относящиеся к семейству Enterobacteriaceae.

Метод окраски по Граму. В диагностики кишечных инфекций метод ориентировочный. В мазке чистая культура микроорганизмов. Виды со сходной морфологией: *E.coli*, *Salmonella typhimurium*, *Shigella Flexneri*.

4. Стрептобацилла

В поле зрения микроскопа видны синие прямые палочки, расположенные цепочкой, внутри видим непрокрашенную область – спора. Это стрептобацилла, так как диаметр споры не превышает диаметр палочки и микроорганизмы расположены цепочкой. Метод окраски по Граму. В диагностики инфекций метод ориентировочный. В мазке чистая культура микроорганизмов. Виды со сходной морфологией: *B.subtilis*, *B.antracis*.

5. Палочка с капсулой в органе

В поле зрения микроскопа видны мелкие красные прямые палочки, единичные, окруженные непрокрашенным пространством – это капсула, вокруг видны эукариотические клетки, окрашенные в красный цвет. Метод окраски по Романовскому-Гимзе. В диагностики для обнаружения фактора патогенности (капсулы) метод окончательный. Является одним из этапов биологической пробы на животных. Представлен мазок-отпечаток органа. Виды характеризующиеся наличием капсулы: *B. antracis*, *Klebsiella pneumoniae*, пневмококк.

6. Гонококк в гное

В поле зрения микроскопа видны синие сегментоядерные лейкоциты (нейтрофилы), внутри которых (незавершенный фагоцитоз) и между которыми видны синие кокки, бобовидной формы, расположенные по двое. Метод окраски метиленовым синим. Препарат – мазок со слизистой уретры, так как видны эпителиоциты. В диагностики острой гонореи метод окончательный. Возбудитель – *Neisseria gonorrhoeae*.

7. Туберкулезная палочка в мокроте

В поле зрения микроскопа видны красные прямые палочки, единичные или скоплениями по 2-4 штуки, синие эукариотические клетки (эпителиоциты, макрофаги), тяжи слизи. Метод окраски по Циль-Нильсену, палочки кислото-устойчивая – потому окрашена в красный цвет. В диагностики открытой формы туберкулеза метод окончательный.

8. Палочка со спорой по Граму.

В пол *Corynebacterium* e зрения микроскопа видны синие прямые палочки, расположенные одиночно или по двое, внутри видим непрокрашенную область – это спора, диаметр споры не превышает диаметр палочки, поэтому это бацилла. Метод окраски по Граму. В диагностики инфекций метод ориентировочный. В мазке чистая культура микроорганизмов. Виды со сходной морфологией: *B.subtilis*, *B.antracis*.

9. Сарцина

В поле зрения микроскопа видны синие кокки, расположенные тюками по 8-16 микроорганизмов, предположительно сарцины. Метод окраски по Граму. Метод ориентировочный. В мазке чистая культура микроорганизмов. Среди представителей семейства патогенных для человека видов нет.

10. Дифтерийная палочка (палочка Леффлера)

В поле зрения микроскопа видны синие прямые палочки с утолщениями по полюсам (это включения – зерна воллутина), расположенные по двое, под углом друг к другу в виде римской цифры V. Метод окраски метиленовым синим. В диагностики острой инфекций метод может быть окончательным с учетом клиники (трудно отделяемые пленки серого цвета, при попытке отделить кровоточивость слизистых, лихорадка) или ориентировочным при диагностики дифтерийного носительства, так как необходимо отличать токсигенные от нетоксигенных штаммов и дифтероидов. В мазке чистая культура микроорганизмов. Виды со сходной морфологией: *Corynebacterium diphtheriae*, *Corynebacterium xerosis*.

Критерии оценивания результатов промежуточной аттестации

проводится аттестационная экспертиза знаний студента с учетом квалификационной характеристики специалиста.

«Неудовлетворительно»	- незнание и непонимание принципов и методов лабораторной диагностики, терапии и профилактики основных болезней микробной этиологии человека; отсутствие навыка: невозможность оценки микроскопических данных по причине технологической неграмотности; - менее 70% правильных ответов
«Удовлетворительно»	- знание и понимание принципов и методов лабораторной диагностики, специфической терапии и профилактики основных болезней человека микробной этиологии; техника микроскопии выполнена, но трактовка результатов микроскопии по принятым критериям неверная; от 71% до 81% правильных ответов
«Хорошо»	- знание и понимание принципов и методов лабораторной диагностики, специфической терапии и профилактики основных болезней человека микробной этиологии; умение обосновать приемы базисными знаниями этиологии, эпидемиологии, патогенеза и иммунитета при данном заболевании; выполнена техника микроскопии; трактовка результатов микроскопии по принятым критериям верная, но неполная; от 82% до 90% правильных ответов
«Отлично»	- Знание и понимание принципов и методов лабораторной диагностики, специфической терапии и профилактики основных инфекционных заболеваний; умение обосновать приемы базисными знаниями этиологии, эпидемиологии, патогенеза и иммунитета при данном заболевании; умение решить проблемную ситуацию по лабораторной диагностике, терапии и профилактике инфекционного заболевания; техника микроскопии выполнена; трактовка результатов микроскопии по принятым критериям (форма, окраска, взаимное расположение, особенности строения) полная и верная; 91% и более правильных ответов

Таблица соответствия образовательных результатов оценочным средствам

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание 1 роль микроорганизмов в жизни человека и общества	Вопросы 1-16, 18-25, 37, 79
Знание 2 основные методы асептики и антисептики	Вопросы 17, 27-31, 35, 66
Знание 3 основы эпидемиологии инфекционных болезней	Вопросы 26, 32, 33, 34, 36
Знание 4 пути заражения, локализацию микроорганизмов в организме человека, основы химиотерапии и химиопрофилактики инфекционных заболеваний	Вопросы 57-65, 67-89
Знание 5 факторы иммунитета, его значение для человека и общества, принципы иммунопрофилактики и иммунотерапии болезней человека, применение иммунологических реакций в медицинской практике	Вопросы 38-56
Умение 1 проводить забор, транспортировку и хранение материала для микробиологических исследований	Задачи 15, 16, 17, 21
Умение 2 проводить простейшие микробиологические исследования	Задачи 2, 22, 23, 24, 25 Перечень микропрепаратов
Умение 3 дифференцировать разные группы микроорганизмов по их основным свойствам	Задачи 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14
Умение 4 осуществлять профилактику распространения инфекции	Задачи 13, 18, 19, 20

22. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Форма текущего контроля:

Тема 1 «Методологические основы безопасности жизнедеятельности человека»

Форма контроля - тестирование

Вариант 1

Выберите правильные ответы:

Вопрос № 1 Какие основные причины обуславливают возникновение и развитие техносферы:

- А) Аграрная деятельность человека
- Б) Научные достижения в области технологий
- В) Солнечная активность
- Г) Демография
- Д) Урбанизация

Вопрос № 2 К антропогенным опасностям относятся:

- А) Ошибки человека, управляющего техническими устройствами
- Б) Низкий уровень подготовки специалиста
- В) Вредные вещества
- Г) Тревожность
- Д) Несоблюдение инструкций по эксплуатации

Вопрос № 3 Потребности человека в защите от опасностей - это:

- А) Физиологические потребности в пище, продолжении рода
- Б) В безопасности
- В) В социальных сетях (включенность в сообщество, любовь близких)
- Г) В уважении, одобрении, признании
- Д) В духовном развитии

Вопрос № 4 Потребности общества в защите от опасностей - это:

- А) Сохранение здоровья и трудоспособности членов общества
- Б) Защита членов общества от естественных опасностей
- В) Сохранение или рациональный рост численности членов общества в условиях воздействия опасностей от внешних причин
- Г) Физиологические потребности в пище
- Д) Продолжение рода

Вопрос № 5 На производствах с вредными или опасными производственными факторами проводятся медицинские осмотры (обследования):

- А) Бактериологические исследования
- Б) Внеплановые медицинские осмотры
- В) Предварительные медицинские осмотры
- Г) Консультации психоневролога
- Д) Периодические медицинские осмотры

Эталоны ответов по теме 1:

	Вопросы				
Вариант	1	2	3	4	5
1	абгд	абгд	абвгд	абв	вд

Тема 2: «Чрезвычайные ситуации»

Форма контроля- тестирование

Вариант 1

Выберите правильные ответы:

Вопрос № 1 Зона чрезвычайной ситуации - это:

- А) Стихийное бедствие, которое привело к ЧС
- Б) Опасное явление
- В) Территория, на которой сложилась ЧС
- Г) Субъект или район, где произошла ЧС
- Д) Авария, которая привела к ЧС

Вопрос № 2 Чрезвычайная ситуация считается законченной:

- А) Когда все виды медицинской помощи оказаны пострадавшему населению и принято решение на его эвакуацию
- Б) Когда в очаг (зону) ЧС прибывают спасательные отряды и подвижные медицинские формирования
- В) Когда прекращает воздействие опасных факторов, оказана медицинская помощь всем пораженным, ликвидирована непосредственная угроза для жизни и здоровья людей, восстановлены основные системы жизнеобеспечения и начинается этап восстановительных работ
- Г) Когда прекращается распространение поражающих факторов за пределы очага (зоны) ЧС
- Д) Когда появляется возможность оказания медицинской помощи пострадавшим в профильных медицинских организациях

Вопрос № 3 По темпу развития чрезвычайная ситуация может быть:

- А) Стремительной
- Б) Медленной
- В) Умеренной
- Г) Преднамеренной
- Д) Внезапной

Вопрос № 4 Человеческие жертвы, ущерб здоровью людей в окружающей природной среде, материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей являются следствием:

- А) Стечения обстоятельств
- Б) Техногенной аварии
- В) Опасного природного явления
- Г) Военных действий
- Д) Наводнений

Вопрос № 5 Своевременному оказанию медицинской помощи в зоне ЧС не препятствуют:

- А) Внезапное и одномоментное появление большого количества пострадавших, нуждающихся в оказании медицинской помощи, эвакуации и госпитализации
- Б) Нарушения психики у пострадавших, спасателей и медицинских работников
- В) Отсутствие, нехватка и низкий уровень готовности практических хирургов и других специалистов к работе в экстремальных ситуациях
- Г) Вероятность воздействия на медицинских работников и пациентов опасных и вредных факторов окружающей среды
- Д) Хорошая работоспособность медработников и спасателей

Эталоны ответов по теме 2:

	Вопросы				
Вариант	1	2	3	4	5
1	в	в	абвд	бвгд	д

Тема 3: Основные принципы и нормативная база защиты населения от ЧС. РСЧС

Форма контроля-тестирование

Вопрос 1. В России предупреждение и ликвидация чрезвычайных ситуаций мирного времени осуществляется в рамках:

- а) Российской системы чрезвычайных ситуаций (РСЧС);
- б) единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС);
- в) гражданской обороны Российской Федерации;
- г) целевой научно-технической программы «Охрана природы Российской Федерации»;
- д) центров управления в кризисных ситуациях регионов РФ.

Вопрос 2. Подсистемы РСЧС действуют на:

- а) межконтинентальном, европейском, международном и национальном уровнях;
- б) федеральном уровне;
- в) межрегиональном, региональном и муниципальном уровнях;
- г) объектовом уровне;
- д) локальном уровне.

Вопрос 3. Структура РСЧС представлена подсистемами:

- а) административными;
- б) поисково-спасательными;
- в) территориальными;
- г) функциональными;
- д) виртуальными.

Вопрос 4. На каждом уровне РСЧС функционируют:

- а) Президентские и Правительственные комиссии;
- б) советы местного самоуправления; в) координационные органы, постоянно действующие органы управления, органы повседневного управления, силы и средства;
- г) резервы финансовых и материальных ресурсов, системы

связи, оповещения и информационного обеспечения;

д) федеральные собрания.

Вопрос 5. Координационными органами РСЧС являются:

а) на федеральном уровне — Президент;

б) на федеральном уровне — Федеральное собрание;

в) на федеральном уровне — Правительственная комиссия по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности;

г) на федеральном уровне — Национальный центр управления в кризисных ситуациях;

д) на других уровнях — соответствующие комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности.

Вопрос 6. Координацию деятельности аварийно-спасательных служб, аварийно-спасательных формирований, общественных объединений, участвующих в проведении аварийно-спасательных работ и действующих на всей или большей части территории Российской Федерации, а также всех видов пожарной охраны осуществляет:

а) Правительство Российской Федерации;

б) МЧС России;

в) МВД России;

г) Минздрав России;

д) Минобороны России.

Вопрос 7. Для ликвидации чрезвычайных ситуаций создаются и используются:

а) резервный фонд Правительства Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и последствий стихийных бедствий;

б) запасы материальных ценностей для обеспечения неотложных работ по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, находящиеся в составе государственного материального резерва;

в) резервы финансовых и материальных ресурсов федеральных органов исполнительной власти;

г) резервы финансовых и материальных ресурсов субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций;

д) запасы лекарственных средств и медицинского оборудования.

Вопрос 8. Для функционирования органов управления и сил РСЧС устанавливаются:

а) режим повседневной деятельности;

б) режим повышенной готовности;

в) режим военной опасности;

г) режим чрезвычайной ситуации;

д) режим ожидания.

Вопрос 9. В режиме повышенной готовности органы управления и силы РСЧС, предназначенные для защиты населения, природных и антропогенных объектов соответствующей территории, осуществляют необходимые мероприятия, в том числе:

а) оповещение руководителей федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций, а также населения о возникшей чрезвычайной ситуации и об ее источниках;

б) уточнение планов действий (взаимодействия) по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и иных документов;

в) восполнение при необходимости резервов материальных ресурсов, созданных для ликвидации чрезвычайных ситуаций;

г) проведение при необходимости эвакуационных мероприятий;

д) проведение мероприятий по защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций.

10. Для приема сообщений о чрезвычайных ситуациях в телефонных сетях населенных пунктов Российской Федерации установлен единый номер:

а) 112;

б) 02;

в) 911;

г) 211;

д) 0

Эталонные ответы к теме 3:

Вариант	Вопросы									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	авгд	аб	абвгд	абгд	абвд	авг	абг	авг	абг	г

Тема 4. Организационные основы защиты населения от ЧС мирного и военного времени

Форма контроля – тестирование

Вариант 1

Выберите правильные ответы:

Вопрос № 1 По масштабам обобщения информации выделяют мониторинг:

А) Глобальный

Б) Континентальный

В) Национальный

Г) Региональный

Д) Локальный

Вопрос № 2 Основными мероприятиями по защите населения являются:

А) Оповещение

Б) Эвакуация

В) Инженерная защита населения и территорий

Г) Использование средств индивидуальной защиты

Д) Индикация опасных факторов

Вопрос № 3 Эвакуация классифицируется по:

А) Видам опасности

Б) Способам

В) Удаленности

Г) Масштабности

Д) Временным показателям

Вопрос № 4 К медицинским средствам индивидуальной защиты населения относятся:

А) Аптечка индивидуальная

Б) Индивидуальный противохимический пакет

В) Индивидуальный противогаз

- Г) Индивидуальный перевязочный пакет
 Д) Респиратор индивидуальный
Вопрос № 5 Основными элементами специальной обработки являются:
 А) Дегазация
 Б) Дезинфекция
 В) Дератизация
 Г) Дезактивация
 Д) Дезинсекция

Эталоны ответов по теме 4:

Вариант	Вопросы				
	1	2	3	4	5
1	авгд	абвгд	абвд	Абг	абг

Тема 5: Первая медицинская помощь

Форма контроля-тестирование

Вопрос 1. Как правильно обработать рану?

- А) продезинфицировать рану спиртом и туго завязать;
 Б) смочить йодом марлю и наложить на рану;
 В) обработать рану перекисью водорода;
 Г) смазать саму рану йодом;
 Д) посыпать солью

Вопрос 2. К закрытым повреждениям относятся:

- А) вывихи, растяжения, ушибы;
 Б) ссадины и раны;
 В) царапины и порезы.

Вопрос 3. При обморожении участок кожи необходимо:

- А) Растереть снегом.
 Б) Разогреть и дать теплое питье.
 В) Растереть варежкой.

Вопрос 4. Какова последовательность оказания первой помощи при укусах клещей:

- А) вымыть руки с мылом, на место, где присосался клещ, капнуть каплю масла, керосина или вазелина, удалить клеща пинцетом покачиванием из стороны в сторону, место укуса обработать спиртом и йодом, отправить пострадавшего в медицинское учреждение;
 Б) на место, где присосался клещ, капнуть каплю йода, удалить клеща пинцетом легким покачиванием из стороны в сторону, место укуса обработать спиртом и йодом;
 В) вымыть руки с мылом, на место, где присосался клещ, капнуть каплю масла, керосина или вазелина, а затем обработать спиртом и йодом, отправить пострадавшего в медицинское учреждение

Вопрос 5. Пневмоторакс- это:

- А) Открытое ранение живота
 Б) Затрудненность дыхания
 В) Вид заболевания легких
 Г) Открытая рана грудной клетки.

Вопрос 6. Определите правильность и последовательность оказания первой медицинской помощи пострадавшему при закрытом пневмотораксе:

- А) если есть возможность, дать пострадавшему кислород, вызвать «скорую помощь», держать позвоночник в неподвижном состоянии, дать пострадавшему успокаивающее средство;
 Б) дать пострадавшему успокаивающее средство, поддерживать необходимую температуру тела пострадавшего, на грудину положить холод, вызвать «скорую помощь»;
 В) дать пострадавшему обезболивающее средство, придать ему возвышенное положение с приподнятым изголовьем, если есть возможность, дать кислород, срочно вызвать «скорую помощь».

Вопрос 7. У пострадавшего сильные боли в животе, сухость языка, тошнота, рвота, живот вздут, «живот как доска. Больной лежит на спине или на боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Наши действия

- А) тепло на живот и быстрая транспортировка в хирургическое отделение больницы
 Б) холод на живот и быстрая транспортировка в хирургическое отделение больницы
 В) холод на живот, дать питье и быстрая транспортировка в хирургическое отделение больницы

Вопрос 8. При открытом повреждении живота необходимо

- А) На рану накладывают асептическую повязку. При выпадении в рану петель кишечника или сальника органы вправить и прибинтовать.
 Б) Дать больному питье. На рану накладывают асептическую повязку.
 В) На рану накладывают асептическую повязку. При выпадении в рану петель кишечника или сальника органы не вправляют, необходимо накрыть их стерильной марлевой салфеткой или проглаженной хлопчатобумажной тканью и рыхло забинтовать.

Вопрос 9. Пострадавший упал с высоты, паралич ног, необходимо

- А) Полный покой. Пострадавшего укладывают спиной на щит, положенный на носилки. Под поясничный отдел подкладывают небольшой валик. Если щита нет, пострадавшего можно транспортировать на носилках в положении на животе, подложив под грудь и бедра одежду или свернутое одеяло. Срочная госпитализация
 Б) Пострадавшего усаживают сидя. Под поясничный отдел подкладывают небольшой валик. Срочная госпитализация
 В) Пострадавшего укладывают спиной на мягкие носилки. Под поясничный отдел подкладывают небольшой валик. Если носилки нет, пострадавшего можно транспортировать на руках. Срочная госпитализация

Вопрос 10. При рваной ране мягких тканей головы необходимо

- А) наложить повязку, обезболить и доставить пострадавшего в лечебное учреждение;
 Б) наложить повязку, обезболить;
 В) наложить асептическую повязку, обезболить и доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

Эталоны ответов к теме 5:

Вариант	Вопросы									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	в	а	б	а	г	в	б	в	а	в

Тема 7: Безопасность труда медицинских и фармацевтических работников

Форма контроля-тестирование

Вариант 1

Выберите правильные ответы:

Вопрос № 1 К факторам производственной среды относятся:

- А) Физические факторы
- Б) Химические факторы
- В) Биологические факторы
- Г) Напряженность труда
- Д) Режим труда

Вопрос № 2 Условия труда по степени вредности и опасности условно подразделяются на:

- А) Полезные
- Б) Оптимальные
- В) Допустимые
- Г) Вредные
- Д) Опасные

Вопрос № 3 В структуре профессиональных заболеваний у медицинских работников преобладают:

- А) Алкоголизм
- Б) Инфекции, передающиеся парентеральным путем
- В) Аллергические и токсико-аллергические заболевания
- Г) Онкологические заболевания
- Д) профессиональный туберкулез

Вопрос № 4 Инструктивные занятия (инструктажи) по обучению безопасным способам и приемам выполнения работ могут быть:

- А) Заключительными
- Б) Вводными
- В) Первичными
- Г) Повторными
- Д) Внезапными

Вопрос № 5 Работники, отказывающиеся от прохождения обязательных периодических медицинских осмотров:

- А) Штрафуют
- Б) Подвергают аресту
- В) Не допускают к работе
- Г) Не допускают в очередной отпуск
- Д) Направляют на принудительное обследование

Эталоны ответов по теме 7:

Вариант	Вопросы				
	1	2	3	4	5
1	Абв	бвгд	бвд	Бвг	в

Тема 8. Безопасность медицинских услуг

Форма контроля-тестирование

Вопрос 1. Во время оказания медицинских услуг пациенты могут подвергаться воздействию:

- А) вредных и опасных факторов внешней среды
- Б) полезных факторов внешней среды
- В) физических, химических, биологических факторов
- Г) химических и психофизических факторов
- Д) комбинации физических, химических, биологических и психофизических факторов

Вопрос 2. Внутрибольничными инфекциями называются:

- А) все случаи инфекционных заболеваний, выявленные в медицинской организации
- Б) если они впервые проявляются через 48 часов или более после нахождения в больнице при условии отсутствия клинических проявлений этих инфекций в момент поступления и исключения в момент поступления и исключения вероятности инкубационного периода
- В) инфекционные заболевания людей, возникшие в результате их заражения в медицинской организации
- Г) инфекционные заболевания, возбудителя которых выявлены при обследовании пациентов больницы

Вопрос 3. Неадекватные психические реакции пациентов и медицинских работников могут привести к:

- А) излишнему эмоциональному напряжению
- Б) механической травме
- В) самоубийству
- Г) выздоровлению пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- Д) созданию конфликтных ситуаций

Вопрос 4. Лучевые поражения пациента могут возникнуть при:

- А) однократном рентгенологическом исследовании
- Б) двукратном рентгенологическом исследовании
- В) при пренебрежительном отношении медицинских работников к учету дозовой нагрузки при рентгенологических исследованиях и лучевой терапии
- Г) нарушении правил радиационной безопасности при строительстве
- Д) только при аварии на атомной электростанции

Вопрос 5. Пожар и возгорания в медицинской организации опасны для пациентов тем, что вызывают

- А) ожоги кожи и слизистых оболочек дыхательных путей
- Б) отравление токсичными продуктами горения
- В) обострение заболеваний опорно-двигательного аппарата
- Г) нехватку кислорода (асфиксию)
- Д) панику среди пациентов

Вопрос 6. Конфликтные ситуации в медицинских организациях могут возникать вследствие:

- А) совместного размещения пациентов из разных социальных
- Б) отсутствия со стороны медицинских работников воспитательного воздействия на пациентов с низким уровнем культуры
- В) эмоционального перенапряжения медицинских работников
- Г) необходимости обслуживания пациентов с психическими расстройствами

Д) недостаточного финансирования здравоохранения

Вопрос 7. Обеспечению безопасности пациентов препятствуют ряд проблем:

А) падения пациентов

Б) гигиена рук

В) безопасность фармакотерапии

Г) отсутствие аппетита

Д) профессиональные ошибки медицинских работников

Вопрос 8. На обеспечение безопасности фармакотерапии пациента направлены:

А) опрос пациента о наличии у него аллергических реакций на лекарственные препараты

Б) маркировка лекарственных препаратов

В) учет назначений лекарственных препаратов в медицинской карте

Г) изучение показаний и противопоказаний лекарственных средств

Д) вакцинация пациента

Эталоны ответов по теме 8:

Вариант	Вопросы							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	а,б,г,д	б	а,б,г,д	в,г	а,б,г,д	а,б,г	а,б,в,д	а,б,в,г

Тема 1. Организационные и нормативные правовые основы обеспечения безопасности жизнедеятельности

Форма контроля-тестирование

Вариант 1

Выберите правильные ответы:

Вопрос № 1 Управление системой безопасности жизнедеятельности в РФ в настоящее время ведется по следующим самостоятельным направлениям:

- а) обеспечение безопасности (охрана труда);
- б) совершенствование способов добытия пищи;
- в) защита (охрана) окружающей среды;
- г) совершенствование нормативной правовой базы;
- д) защита населения и территорий от чрезвычайных ситуаций.

Вопрос № 2 Гарантом Конституции РФ является:

- а) Правительство РФ
- б) Президент РФ;
- г) общественные организации;
- в) граждане РФ;
- д) федеральные органы исполнительной власти.

Вопрос № 3 Основными задачами органов государственного управления и контроля в сфере обеспечения безопасности жизнедеятельности являются:

- а) прогнозирование и оценка последствий действия негативных и поражающих факторов и поражающих факторов природного и техногенного происхождения;
- б) разработка мероприятий и средств защиты человека и природной среды от негативных факторов и реализация этих защитных мероприятий;
- в) обеспечение устойчивости функционирования хозяйственных объектов и технических систем в штатных и чрезвычайных ситуациях;
- г) ликвидация последствий чрезвычайных происшествий, аварий, катастроф, стихийных бедствий и других видов чрезвычайных ситуаций;
- д) восстановление и охрана общественного порядка, обеспечение безопасности дорожного движения в городах и других населенных пунктах.

Вопрос № 4 Законодательным актом, определяющим право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, является:

- а) Конституция РФ
- б) Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- в) Федеральный закон Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- г) Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- д) Федеральный закон Российской Федерации «Трудовой кодекс Российской Федерации».

Вопрос № 5 Конкретные меры защиты жизни и здоровья граждан определены:

- а) Конституцией Российской Федерации;
- б) федеральными законами Российской Федерации;
- в) Постановлениями Правительства Российской Федерации;
- г) Уголовным кодексом Российской Федерации;
- д) санитарными правилами и нормами.

Вариант	Вопросы				
	1	2	3	4	5
1	абгд	Б	абвг	аг	вд

Тема 2. Национальная безопасность России

Форма контроля-тестирование

Вариант 1

Выберите правильные ответы:

Вопрос № 1 В нормативно-правовых документах какой страны впервые был использован термин «национальная безопасность»?

- а) Великобритания; б) Германия, в) США,
г) Россия; д) Франция.

Вопрос № 2 Какие полномочия представляет Федеральный Закон № 390-ФЗ от 28.12.2010 г. «О безопасности» Президенту России?

- а) определение основных направлений государственной политики в области обеспечения безопасности;
б) утверждение стратегии национальной безопасности;
в) формирование Совета Безопасности;
г) объявление военного положения;
д) утверждение программы обязательного медицинского страхования.

Вопрос № 3. Какой принцип не относится к системе обеспечения национальной безопасности в РФ?

- а) соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина;
б) законность;
в) приоритет предупредительных мер;
г) единоначалие;
д) взаимодействие органов государственной власти с общественными объединениями, международными организациями и гражданами.

Вопрос № 4. Какие позиции не относятся к обеспечению национальной безопасности РФ?

- А) национальная оборона;
Б) государственная и общественная безопасность;
В) наука, технологии и образование;
Г) здравоохранение;
Д) ничего из вышеперечисленного.

Вопрос № 5. Отметьте основные направления обеспечения национальной безопасности РФ в сфере здравоохранения и здоровья нации.

- а) усиление профилактической направленности здравоохранения;
б) ориентация на сохранение здоровья человека;
в) Ориентация на отечественные разработки в оснащении медицинских учреждений медицинской техникой и препаратами;
г) Совершенствование в качестве основы жизнедеятельности общества института семьи, охраны материнства, отцовства и детства;
д) Приоритет развития хирургии.

	Вопросы				
Вариант	1	2	3	4	5
1	в	абв	г	д	абг

Тема 3. Основы мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения

Форма контроля-тестирование

Вариант 1

Вопрос № 1 Какие нормативно-правовые документы регламентируют мобилизационную подготовку и мобилизацию здравоохранения в РФ?

- а) Федеральный закон РФ от 12.02.1998 г. № 28-ФЗ «О гражданской обороне»;
б) Федеральный закон РФ от 31 мая 1996 г. № 61 -ФЗ «Об обороне»;
в) Федеральный закон РФ от 26 февраля 1997 г. № 31-ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации»;
г) Федеральный закон РФ от 29 декабря 1994 г. № 79-ФЗ «О государственном материальном резерве»;
д) Военная доктрина РФ.

Вопрос № 2 Какие структуры относятся к специальным формированиям здравоохранения?

- а) органы управления специальными формированиями;
б) госпитальные базы фронта;
в) тыловые госпитали здравоохранения;
г) наблюдательные пункты;
д) санитарно-контрольные пункты.

Вопрос № 3 Какие виды тыловых госпиталей здравоохранения развертываются после объявления мобилизации?

- а) базовый;
б) терапевтический;
в) травматологический;
г) инфекционный;
д) туберкулезный.

Вопрос № 4 Какие основные задачи возлагаются на наблюдательные пункты?

- а) прием, полная санитарная обработка воинских контингентов с обязательной дезинфекцией их обмундирования и других вещей;
б) своевременное выявление инфекционных больных, их изоляция и госпитализация;
в) лечение инфекционных больных;
г) проведение (по показаниям) профилактических прививок;
д) проведение заключительного медицинского осмотра и санитарной обработки.

Вопрос № 5 Какие категории граждан подлежат воинскому учету?

- а) граждане мужского пола, годные по состоянию здоровья к военной службе;
б) граждане, проходящие альтернативную военную службу;
в) граждане женского пола, годные по состоянию здоровья к военной службе и имеющие соответствующую военно-учетную специальность;
г) граждане, отбывающие наказание в виде лишения свободы;
д) граждане женского пола, не имеющие военно-учетной специальности.

		Вопросы				
Вариант	1	2	3	4	5	
1	бвг	авг	абвд	абгд	ав	

Тема 4. Современные войны и военные конфликты

Форма контроля-тестирование

Вариант 1

Выберите правильные ответы:

Вопрос № 1 Виды военных конфликтов:

- а) локальная война; б) гражданская война;
 в) региональная война; г) крупномасштабная война;
 д) мировая война.

Вопрос № 2 Отдаленные последствия современных военных конфликтов:

- а) загрязнение окружающей среды;
 б) экологический кризис;
 в) нарушение систем управления;
 г) гибель, травмы и болезни людей;
 д) бедность населения, голод.

Вопрос № 3 К оружию массового поражения относятся:

- а) зажигательные смеси; б) химическое;
 в) ядерное; г) биологическое;
 д) высокоточное.

Вопрос № 4 К средствам доставки и применения химического оружия относят:

- а) авиационные бомбы;
 б) артиллерийские снаряды;
 в) ракеты;
 г) выливные авиационные приборы;
 д) боеприпасы объемного взрыва.

Вопрос № 5 Основу поражающего действия биологического оружия составляют:

- а) бактерии; б) риккетсии; в) токсины;
 г) грибы; д) вирусы.

		Вопросы				
Вариант	1	2	3	4	5	
1	авг	бд	бвг	абвг	абвгд	

Тема 5. Безопасность личности, общества и государства

Форма контроля-тестирование

Вариант 1

Выберите правильные ответы:

Вопрос № 1 Наиболее значимыми направлениями внутри- и внешнеполитической деятельности РФ на современном этапе является безопасность:

- а) биосферы;
 б) личности;
 в) человечества;
 г) общества;
 д) государства.

Вопрос № 2 Безопасность человека в широком смысле — это:

- а) состояние физического благополучия;
 б) отсутствие опасности;
 в) состояние духовного благополучия;
 г) состояние полного физического, социального и духовного благополучия;
 д) состояние социального благополучия.

Вопрос № 3 На безопасность человека влияют социальные факторы:

- а) уровень благосостояния;
 б) бытовые условия;
 в) нравственные и эмоциональные характеристики;
 г) соматическое здоровье;
 д) обычаи.

Вопрос № 4 Основными принципами обеспечения безопасности личности и общества являются:

- а) законность;
 б) соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина;
 в) личная заинтересованность;
 г) системность и комплексность применения федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, другими государственными органами, органами местного самоуправления политических, организационных, социально-экономических, информационных, правовых и иных мер обеспечения безопасности;
 д) приоритет предупредительных мер в целях обеспечения безопасности.

Вопрос № 5 При анализах уровня безопасности личности нужно учитывать следующие показатели:

- а) биологическую продолжительность жизни, определенную природой человеку как виду;
 б) индивидуальную продолжительность жизни, относящуюся к конкретной личности (с ее особенностями);
 в) охрану труда;

- г) среднюю продолжительность жизни в данном сообществе;
 д) уровень заболеваемости населения.

Вариант	Вопросы				
	1	2	3	4	5
1	бгд	г	абвд	абгд	абг

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – дифференцированный зачет

Форма проведения: комбинированная, представляет собой ответы на вопросы билетов и решение ситуационных задач. В каждом билете содержится 1 теоретический вопрос и 1 ситуационная задача

Вопросы к зачету:

Человек и техносфера. Производственные опасности и защита от них.

Управление безопасностью жизнедеятельности.

Охрана труда. Безопасность в отрасли.

Задачи, принцип построения, организационная структура ГО РФ.

Источники возникновения чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

Характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

Задачи, принцип построения, организационная структура РСЧС.

Устойчивость функционирования объектов экономики.

Специальная обработка. Виды. Содержание ЧСО и ПСО.

Средства индивидуальной защиты. Назначение ИП – 4. Порядок пользования.

Средства индивидуальной защиты. Назначение ОЗК, Л-1. Порядок пользования.

Ядерное оружие. Поражающие факторы, мощность и виды ядерных взрывов.

Ударная волна ядерного взрыва. Параметры и поражающее действие. Средства и способы защиты личного состава и техники.

Проникающая радиация. Поражающее действие. Степени лучевой болезни. Средства и способы защиты личного состава и техники.

Виды ионизирующих излучений, характеристика и способы защиты.

Радиоактивное заражение. Поражающее действие. Сущность образования следа облака. Средства и способы защиты личного состава.

Электромагнитный импульс. Поражающее действие. Способы защиты техники.

Химическое оружие. Боевые свойства. Классификация ОВ.

ОВ нервно-паралитического действия. Характеристика и поражающее действие. Способы и средства защиты личного состава.

ОВ кожнонарывного действия. Характеристика и поражающее действие. Способы и средства защиты личного состава.

ОВ общеядовитого действия. Характеристика и поражающее действие. Способы и средства защиты личного состава.

ОВ удушающего действия. Характеристика и поражающее действие. Способы и средства защиты личного состава.

Бактериологическое (биологическое) оружие. Поражающее действие. Средства и способы защиты.

Зажигательные средства. Характеристика и способы защиты от них.

Средства индивидуальной защиты. Порядок пользования.

Средства коллективной защиты.

Назначение, общее устройство, последовательность подготовки к работе измерителя мощности дозы ДП-5В.

Назначение, устройство ВПХР. Подготовка прибора к работе.

Дозиметрический контроль облучения личного состава, средства и порядок его осуществления. Приборы ИД-11 (ДП-22В)

Сигналы ГО. Действия по ним.

Эвакуация населения, материальных средств при ЧС.

Социальные катастрофы. Правила безопасности в экстремальных ситуациях.

Аварийнохимически опасные вещества (АХОВ). Характеристика и способы защиты.

Оказание первой доврачебной помощи при ЧС. Методы и средства.

Ситуационные задачи к зачету:

Задание № 1

Вас захватили в заложники. Какие правила личной безопасности необходимо соблюдать, чтобы снизить угрозу для вашей жизни?

Эталон ответа к заданию № 1. Если вас захватили в заложники:

не привлекайте к себе внимание преступников (не смотрите им в глаза и не задавайте вопросов);

на любое свое действие спрашивайте разрешение;

беспрекословно выполняйте требования террористов;

при проведении операции по освобождению ложитесь на пол и не поднимайтесь до команды;

при применении слезоточивого газа дышите через влажную ткань и часто моргайте;

выходите из помещения (транспортного средства) после команды и как можно быстрее.

Задание № 2

Произошла авария на атомной электростанции (АЭС), возникла угроза радиоактивного загрязнения местности. Ваши действия.

Эталон ответа к заданию № 2. При аварии на радиационно-опасном объекте и угрозе радиоактивного загрязнения местности следует:

— включить радио (телевизор) и прослушать сообщение;

— закрыть окна и двери, провести герметизацию помещения;

— защитить продукты питания и сделать запас воды;

провести йодную профилактику;

держат включенным радио (телевизор) и ждать дальнейших указаний.

При получении распоряжения на эвакуацию:

освободить от содержимого холодильник, вынести скоропортящиеся продукты и мусор;

выключить газ, электричество, погасить огонь в печи;

надеть средства индивидуальной защиты, взять необходимые вещи, документы и продукты питания;

— следовать на сборный эвакуопункт.

При движении не пылить, избегать высокой травы и кустарника, не прикасаться к местным предметам и не ставить вещи на землю, не курить, не пить, не есть. Перед посадкой в транспорт обнести средства защиты, одежду, вещи, обмыть открытые участки тела.

Задание № 3

Практическое задание (ситуация). В районе вашего проживания произошла авария на химически опасном объекте с выбросом в атмосферу аварийно химически опасного вещества (аммиака) (АХОВ). Ваши действия.

Эталон ответа к заданию № 3. Действия в случае аварии на химически опасном объекте:

включить радио (телевизор) и выслушать сообщение;

надеть средства защиты органов дыхания и кожи;
закрывать окна и форточки;
отключить газ, воду, электричество, погасить огонь в печи;
взять документы, необходимые вещи и продукты;
укрыться в ближайшем убежище или покинуть район аварии.

При отсутствии средств защиты и убежища:

закрывать окна и двери;
зашторить входные двери плотной тканью;
провести герметизацию жилища;
держаться включенным радио (телевизор) и ждать указаний.

Задание № 4

Обеспечение пожарной безопасности в местах проживания. Обязанности граждан в области пожарной безопасности.

Практическое задание (ситуация). Во время прогулки по лесу в пожароопасный период (сухая погода и ветер) вы уловили запах дыма, и определили, что попали в зону лесного пожара. Ваши действия.

Эталон ответа к заданию № 4. Попав в зону лесного пожара, следует:

определить направление ветра и распространения огня;
быстро выходить из зоны пожара навстречу ветру по возможности параллельно фронту распространения огня;
идти, пригибаясь к земле и не стараясь обогнать пожар;
если поблизости есть водоем, окунуться в него или, смочив одежду, накрыть ею голову и верхнюю часть тела;
выйдя из опасной зоны, сообщить о пожаре в пожарную охрану.

Задание № 5

Практическое задание (ситуация). По системе оповещения РСЧС получен сигнал о приближении урагана. Ваши действия при угрозе и во время урагана.

Эталон ответа к заданию № 5. Получив информацию об угрозе урагана, необходимо:

закрывать окна, двери, чердачные люки и вентиляционные отверстия с наветренной стороны зданий и открыть — с подветренной;
подготовить запас продуктов питания, питьевой воды, фонари, свечи, медикаменты и другое необходимое имущество;
укрыться в зданиях или укрытиях (при смерче — только в подвальных помещениях и подземных сооружениях); в зданиях следует занять места в нишах, у стен, во встроенных шкафах; находясь на улице, следует укрыться в яме, овраге, канаве, кювете, которые находятся в отдалении от зданий и сооружений; находясь в транспорте, следует покинуть его и укрыться в безопасном месте (кювет, подвал, убежище); во время урагана и смерча нельзя заходить в поврежденные здания.

Если во время урагана вы оказались в здании, необходимо отойти от окон и занять безопасное место (ниша, дверной проем, угол, образованный капитальными стенами). Дождавшись снижения порывов ветра, перейти в более надежное укрытие (убежище, подвал, погреб).

Задание № 6

Практическое задание (ситуация). Поступило сообщение об опасности наводнения в вашем городе. Ваш дом попадает в зону объявленного затопления. Ваши действия при угрозе и во время наводнения.

Эталон ответа к заданию № 6. При получении указаний об угрозе наводнения и эвакуации следует собрать необходимые документы и вещи (продукты питания, туалетные принадлежности, постельное белье, одежду, обувь, медикаменты), прибыть к установленному времени на эвакуационный пункт, зарегистрироваться и убыть в безопасный район.

При внезапном наводнении необходимо быстро занять безопасное возвышенное место (крыша, верхние этажи, деревья, различные конструкции) и ожидать помощи спасателей, подавая ночью световые сигналы, а днем — вывесив цветное или белое полотнище.

Самостоятельная эвакуация проводится только в крайнем случае, когда есть реальная угроза жизни, и нет надежды на спасателей. Для самоэвакуации можно применять лодки, катера, плоты из досок, бревен и других материалов

Задание № 7

Организация отдыха на природе и необходимые меры безопасности для профилактики последствий опасных ситуаций природного характера.

Практическое задание (ситуация). Ваши действия при заблаговременном оповещении о землетрясении и при внезапном землетрясении, если оно застало вас дома.

Эталон ответа к заданию № 7. При заблаговременном оповещении о землетрясении следует:

включить телевизор (радио) и выслушать сообщение;
закрепить мебель, тяжелые вещи переместить на пол;
отключить газ, воду, электричество, погасить огонь в печах;
взять документы, необходимые вещи и следовать в указанное место.

Практика показывает, что при внезапном землетрясении от первых толчков до последующих", более сильных, когда начнет разрушаться здание, есть 15—20 с. За это время нужно или покинуть здание, или занять в нем относительно безопасное место.

Покидая здание, не следует пользоваться лифтом, нельзя эвакуироваться из окон, не разбив перед этим остекление.

При укрытии в здании наиболее безопасными местами являются: дверные проемы, места у колонн и под балками каркаса, ниши в капитальных внутренних стенах, углы, образованные этими стенами, а также места под прочными столами и рядом с кроватями. -

Задание № 8

Во время отдыха в лесу за грибами или ягодами вы отстали от группы и заблудились. Ваши действия.

Эталон ответа к заданию № 8. Если во время похода за грибами или ягодами вы отстали от группы, следует:

попытаться догнать группу;
попытаться привлечь внимание товарищей криками;
остановиться и ждать, когда за вами вернутся;
при необходимости (травме, плохом самочувствии, ухудшении погоды) развести костер и построить временное жилище.
Заблудившись в лесу, следует остановиться и оценить ситуацию. Прислушаться к звукам, осмотреться вокруг (по возможности с возвышенного места), искать дорогу, тропу, ручей или реку. Найдя их, следует определить направление выхода и двигаться в этом направлении.

Задание № 9

Во время отдыха на природе вы решили искупаться в незнакомом водоеме. Ваши действия по обеспечению личной безопасности во время купания.

Эталон ответа к заданию № 9. При купании в открытых водоемах в целях безопасности запрещается:

купаться в местах, где установлены щиты с надписью «Купаться запрещено»;
заплывать за буйки;
подплывать к судам, лодкам, плотам и другим плавсредствам;
нырять и прыгать в воду в незнакомых местах, а также с лодок, катеров, причалов и других сооружений, не приспособленных для этих целей;
купаться в нетрезвом виде;
устраивать на воде игры, связанные с нырянием и захватом друг друга;
плавать на досках, лежаках, бревнах, надувных матрацах и камерах;
подавать крики ложной тревоги;
приводить с собой собак и других животных.

Необходимо уметь не только плавать, но и отдыхать на воде. Наиболее известны следующие способы отдыха:

лечь на воду спиной, расправив руки и ноги, расслабиться и, помогая себе удержаться в таком положении, сделать вдох, а затем после паузы — медленный выдох;

вдохнуть, опустить лицо в воду, обхватить колени руками и прижать их к телу, медленно выдохнуть в воду, а затем сделать быстрый вдох над водой.

Если во время купания свело ногу, надо позвать на помощь, затем погрузиться с головой в воду, сильно потянуть ногу на себя за большой палец, а затем распрямить ее.

Задание № 10

Практическое задание (ситуация). Во время отдыха на природе вас застала гроза. Ваши действия.

Эталон ответа к заданию № 10. Если во время отдыха на природе вас застала гроза, следует:

отойти подальше от высоких предметов (отдельно стоящих деревьев, вышек, опор);

находясь на возвышении (холм, сопка, скала), спуститься вниз;

не укрываться в камнях и скалах;

постараться разместиться на сухом месте (колода, пень) и убрать ноги с земли;

отойти подальше от воды (река, озеро, пруд);

можно укрыться в машине (ее металлический корпус защитит вас).

Задание № 11

Практическое задание (ситуация). Вы направляетесь в общественное место (в кинотеатр, на стадион и др.). Ваши действия по соблюдению мер личной безопасности в общественном месте и в толпе.

Эталон ответа к заданию № 11. Направляясь в общественное место, учтите, что непрочные застежки на пальто и куртках, длинные шарфы, сумки и зонтики опасны в случае возникновения паники. Заняв свое место на стадионе или в концертном зале (кинотеатре), заранее наметьте путь, по которому вы будете выходить при необходимости.

Безопасное поведение в толпе при возникновении паники заключается в выполнении следующих правил:

следует застегнуться, избавиться от лишних вещей (сумки, зонтика, свертка, пакета);

нельзя идти против толпы, нужно избегать ее центра и краев, опасным близким соседством со стенами, оградами, столбами, деревьями; грудную клетку от сдавливания следует защитить, сложив на груди скрепленные в замок руки или согнув руки в локтях и прижав их к корпусу;

упав в толпе, следует защитить голову руками, подтянуть к себе ноги, сгруппироваться, опереться одной ногой в землю, рывком встать и резко разогнуться, используя движение толпы.

Задание № 12

Практическое задание (ситуация). Вам предстоит пройти пешком из одной части города (населенного пункта) в другую. Ваши действия по обеспечению личной безопасности при движении по улице (улицам).

Эталон ответа к заданию № 12. При движении пешком по улицам населенного пункта следует выполнять следующие правила:

двигаться во тротуарам, пешеходным дорожкам или обочинам;

пересекать проезжую часть по пешеходным переходам, а при их отсутствии — на перекрестках по линии тротуаров или обочин;

в местах, где движение регулируется, переходить улицу по сигналам регулировщика или светофора;

на нерегулируемых пешеходных переходах переходить дорогу только убедившись, что переход будет безопасным;

на проезжей части не следует задерживаться и останавливаться, если переход закончить не удалось, надо остановиться на линии, разделяющей

транспортные потоки противоположных направлений;

при приближении автомобилей с включенным специальным звуковым сигналом и синим проблесковым маячком необходимо воздержаться от перехода проезжей части.

Задание № 13

Практическое задание (ситуация). Вы находитесь дома один (одна). Ваши действия, если незнакомый человек звонит в дверь, меры безопасности

при разговоре по телефону с незнакомым человеком.

Эталон ответа к заданию № 13. Если незнакомый человек звонит в квартиру (дом):

не открывайте ему дверь;

не вступайте с ним в разговор.

При попытке незнакомого человека открыть (взломать) дверь звоните в милицию, с балкона или из окна зовите на помощь соседей и прохожих.

При разговоре по телефону с незнакомым человеком не называйте свое имя, фамилию, адрес, номер телефона. На вопрос: «Какой у вас номер телефона?» следует ответить: «А какой номер вам нужен?» Если собеседник называет не ваш номер, положите трубку.

Задание № 14

Вы возвращаетесь домой поздно вечером. Ваши действия по обеспечению личной безопасности в подъезде дома и в лифте.

Эталон ответа к заданию № 14. Действия по обеспечению личной безопасности:

а) в подъезде дома:

не следует заходить в подъезд, если сзади идет незнакомый человек;

не надо подходить к дверям квартиры и открывать ее, если на площадке находится неизвестное вам лицо; лучше выйти из подъезда и подождать;

при угрозах или нападении, привлекая внимание соседей (кричать: «Пожар!», «Помогите!», стучать и звонить в двери), постараться выбраться на улицу;

оказавшись в безопасности, сообщить в милицию;

б) в лифте:

не входить в кабину лифта, если там находится незнакомый человек;

оказавшись в лифте с другим пассажиром, не стойте к нему спиной, постоянно наблюдайте за его действиями;

если незнакомец вошел с вами в кабину, нажмите одновременно кнопки «Вызов диспетчера» и «Стоп». Связавшись с диспетчером, завяжите с ним разговор и нажмите кнопку нужного этажа;

при попытке нападения кричите, шумите, стучите по стенкам лифта, защищайтесь любым способом, постарайтесь нажать кнопку «Вызов диспетчера» и любого этажа;

если двери лифта открылись, стремитесь

выбежать, зовите на помощь соседей;

оказавшись в безопасности, сообщите в милицию.

Задание № 15

Приведите основные общие правила личной безопасности, которые необходимо соблюдать при занятиях физкультурой и спортом.

Эталон ответа к заданию № 15. Занимаясь физическими упражнениями, необходимо соблюдать следующие основные правила личной безопасности:

подобрать удобную и не стесняющую движений одежду и обувь;

перед началом занятий проводить разминку, чтобы уменьшить вероятность растяжения и разрыва мышц, связок и сухожилий;

—при выполнении упражнений не напрягаться до такой степени, чтобы возникало головокружение, появлялась боль или другие неприятные ощущения;

— использовать на тренировках и соревнованиях специальное защитное снаряжение (очки, щитки, налокотники, наколенники, шлемы и др.).

Задание № 16

Практическое задание (ситуация). Обеспечение личной безопасности в криминогенных ситуациях. Как избежать опасной криминогенной ситуации.

Эталон ответа к заданию № 16. Криминогенные ситуации чаще всего возникают в темное время суток в плохо освещенных и малолюдных местах, в подъездах домов и лифтах. При угрозе необходимо исходить из реальной, конкретной обстановки, не стесняясь обращаться за помощью к работникам магазинов, аптек, банков и других учреждений и организаций.

Выходя вечером на улицу, не надо надевать дорогую, бросающуюся в глаза одежду, украшения, брать большие суммы денег. Опасно выбирать маршрут движения, проходящий через пустыри, безлюдные скверы, глухие переулки и другие пустынные места. Нельзя принимать предложения прокатиться или подвезти от незнакомых водителей. Если появилось ощущение, что кто-то преследует, надо убедиться в этом и спешить к освещенному месту, звать на помощь людей.

Следует задержаться и не заходить в подъезд дома, если следом идет человек, внушающий подозрение. При угрозе нападения надо привлечь внимание соседей (стучать и звонить в двери, кричать). При явном нападении, оценив ситуацию, защищаться, стараясь ошеломить и озадачить нападающего. После нападения немедленно сообщить в милицию.

Вызвав лифт, не следует заходить в него, если там уже находится подозрительный пассажир. Нельзя стоять в кабине лифта спиной к попутчику. Подвергшись нападению, необходимо защищаться, кричать, стучать по стенкам кабины, стараться нажать кнопки «Вызов диспетчера» и «Стоп». По возможности надо пытаться выскочить на площадку или на улицу и позвать на помощь. Оказавшись в безопасности, следует вызвать милицию.

Важное значение для самозащиты в криминогенных ситуациях имеет психологическая подготовка человека. Спокойное и уверенное поведение, умение справиться со страхом и взять инициативу в свои руки, стремление убедить потенциального агрессора в возможности мирного разрешения ситуации, неожиданные действия, а при необходимости использование приемов самозащиты — хорошая гарантия не стать жертвой преступников

Задание № 17

Практическое задание (ситуация). Вы находитесь в общественном месте (кинотеатре, музее, вокзале), там возник пожар. Ваши действия.

Эталон ответа к заданию № 17. При возникновении пожара в общественном месте следует:

оценить обстановку и убедиться в реальной опасности;

сообщить о пожаре в пожарную охрану, нажав на кнопку пожарного извещателя;

двигаться к ближайшему выходу, помогая детям, пожилым людям и тем, кто не может двигаться из-за страха;

при задымлении или отсутствии освещения двигаться, придерживаясь за стены или поручни, дышать через носовой платок, шарф, рукав одежды;

сохранять спокойствие и хладнокровие, не поддаваться панике;

—выбравшись в безопасное место, оказать помощь пострадавшим.

Задание № 18

Практическое задание (ситуация). Вам часто приходится работать с компьютером. Основные правила личной безопасности, которые необходимо соблюдать при работе с компьютером.

Эталон ответа к заданию № 18. Компьютер является источником различных излучений, оказывающих вредное влияние на здоровье человека. Наиболее опасны электромагнитные волны высокой и сверхвысокой частоты. Длительное и систематическое воздействие этих излучений часто приводит к функциональным изменениям в организме. Это выражается в появлении головных болей, головокружения, тошноты, нарушения сна, быстрой утомляемости.

Чтобы избежать этих последствий, при работе на компьютере следует выполнять следующие правила:

— строго соблюдать установленную продолжительность рабочего дня и рабочей недели;

использовать при работе специальные защитные экраны;

размещать аппаратуру и оборудовать рабочее место в строгом соответствии с требованиями инструкции;

постоянно контролировать состояние своего здоровья, систематически проходить медицинские осмотры.

Задание № 19

Практическое задание (ситуация). Дома вам часто приходится иметь дело с препаратами бытовой химии. Перечислите основные меры безопасности, которые необходимо соблюдать при пользовании препаратами бытовой химии.

Эталон ответа к заданию № 19. К средствам бытовой химии относятся моющие, чистящие, дезинфицирующие вещества, клеи, лакокрасочные материалы, средства по уходу за мебелью, полом, для борьбы с бытовыми насекомыми защиты растений.

По степени опасности препараты бытовой химии подразделяют на безопасные, относительно безопасные, ядовитые и огнеопасные. Средства бытовой химии могут стать причиной отравления. Для того чтобы избежать этого, следует выполнять следующие правила профилактики:

огнеопасные средства следует хранить в за крытых емкостях, удаленных от источников огня;

химические жидкости и порошки должны храниться закрытыми и иметь этикетки;

нельзя хранить неизвестные химикаты или опасные вещества, ставшие ненужными;

необходимо строго соблюдать инструкции и рекомендации по применению бытовых химических средств;

аэрозольные баллончики должны храниться в вертикальном положении в прохладном месте, защищенном от прямых солнечных лучей;

— работу с ядохимикатами надо производить в специальной одежде (халат, фартук, комбинезон, перчатки) и в защитных очках;

химикаты следует хранить в местах, недоступных для детей;

при обработке помещений средствами против насекомых и грызунов следует удалить из них детей, животных, укрыть продукты и посуду,

защитить органы дыхания марлевой повязкой, а по окончании работы тщательно вымыть руки.

Задание № 20

Во время просмотра телепередачи пропало изображение на экране телевизора и вы почувствовали запах дыма. Ваши действия.

Эталон ответа к заданию № 20. Если во время просмотра телепередачи на экране исчезло изображение и появился запах дыма, следует:

обесточить телевизор или отключить электропитание в квартире;

сообщить о случившемся в пожарную охрану;

если появился дым и телевизор загорелся, накрыть его плотной тканью или одеялом и покинуть квартиру, закрыв окна и двери.

Задание № 21

Практическое задание (ситуация). Во время новогоднего праздника у вас на елке загорелась электрогирлянда. Ваши действия.

Эталон ответа к заданию № 21. При возгорании электрогирлянды следует:

немедленно обесточить гирлянду;

вызвать пожарную охрану;

удалить из квартиры детей и престарелых;

если загорелась елка, повалить ее на пол, накрыть плотной тканью и залить водой;

при невозможности ликвидировать возгорание покинуть квартиру, плотно закрыв дверь.

Следует учитывать, что елки из синтетических материалов горят очень быстро и выделяют много токсичных веществ. Из-за возможного разброса искр и расплавленной пластмассы их не рекомендуется тушить водой.

Задание № 22

В вашей квартире возник пожар. Ваши действия.

Эталон ответа к заданию № 22. При возникновении пожара в квартире необходимо:

сообщить в пожарную охрану;

эвакуировать из квартиры детей и престарелых;

при опасности поражения электрическим током обесточить квартиру;

если очаг пожара небольшой, попытаться ликвидировать его подручными средствами;

при невозможности ликвидировать очаг горения самостоятельно и задымлении немедленно покинуть квартиру, закрыв за собой двери;

по возможности организовать встречу пожарных подразделений и указать им очаг пожара.

Задание № 23

Вам предстоит поездка железнодорожным транспортом. Вспомните основные правила личной безопасности, которые необходимо соблюдать при следовании железнодорожным транспортом.

Эталон ответа к заданию № 23. Основные правила личной безопасности при следовании железнодорожным транспортом:

Приобретая билет, помните, что в случае аварии наиболее безопасны вагоны, расположенные в центре поезда.

Если ваши соседи по купе вызывают неприязнь или недоверие, постарайтесь спать чутко или не спать совсем. Не играйте с попутчиками в азартные игры.

В случае отсутствия проводника не оставайтесь в вагоне, из которого все вышли.

Не считайте деньги на виду у всех и не показывайте никому содержимое своего кошелька.

Не пейте предложенные посторонними людьми воду, лимонад, пиво: в них могут быть подмешаны снотворные или наркотические вещества.

Дверь в купе держите закрытой: не выставляйте на обозрение себя и свои вещи. На ночь закрывайте купе на защелку или блокираторы.

Документы и деньги всегда держите при себе, «дипломат» или портфель кладите под матрас или подушку.

Если вы едете в плацкартном вагоне, будьте особенно бдительны на промежуточных станциях: преступник может схватить ваш чемодан и выскочить с ним на перрон, где задержать его будет очень сложно.

Если вы едете в электричке и договорились о встрече в первом вагоне, а сели в последний, не проходите через вагоны. Доехав до конечной станции, пройдите по платформе. Не принимайте также предложения случайных попутчиков пройти через вагоны.

Задание № 24

Вы едете в общественном транспорте (автобусе, троллейбусе, трамвае), в нем возник пожар. Ваши действия.

Эталон ответа к заданию № 24. При возникновении пожара в общественном транспорте необходимо:

— немедленно сообщить о пожаре водителю и попытаться ликвидировать загорание с помощью огнетушителя или подручных средств;

эвакуироваться из салона, при заблокировании дверей выходить через аварийные люки и боковые окна, стекла в которых выбить твердым предметом или ногами;

выходить из транспортного средства быстро, закрыв рот и нос платком или рукавом;

выбравшись, отойти в сторону от места пожара и по телефону или через водителей проезжающих машин сообщить о пожаре в пожарную часть;

оказать помощь пострадавшим.

Критерии оценивания дифференцированного зачёта:

«отлично» - студент ясно изложил суть вопроса задания, проявил логику изложения материала, представил аргументацию; ответ на вопрос задачи дан правильный, объяснение хода её решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями; ответы на дополнительные вопросы верные, чёткие.

«хорошо» - студент ясно изложил суть вопроса задания, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы; ответ на вопрос задачи дан правильный, объяснение хода её решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании; ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно чёткие.

«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть вопроса задания, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию; ответ на вопрос задачи дан правильный, объяснение хода её решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием; ответы на дополнительные вопросы недостаточно чёткие, с ошибками в деталях.

«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть вопроса задания, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении; ответ на вопрос задачи дан неправильный. Объяснение хода её решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования; ответы на дополнительные вопросы неправильные (отсутствуют).

Соответствие образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
уметь:	
организовывать и проводить мероприятия по защите работающих и населения от негативных воздействий чрезвычайных ситуаций;	Задания: 3,4,5,6,7, 18,19
предпринимать профилактические меры для снижения уровня опасностей различного вида и их последствий в профессиональной деятельности и быту;	Задания: 1,2,3,5,6, 20,21
использовать средства индивидуальной и коллективной защиты от оружия массового поражения;	Задания: 2,3,4,5,19
применять первичные средства пожаротушения;	Задания: 4,17,20,21,22,24
ориентироваться в перечне военно-учетных специальностей и самостоятельно определять среди них родственные полученной специальности;	Задания: 2,3,4,6,23,24
применять профессиональные знания в ходе исполнения обязанностей военной службы на воинских должностях в соответствии с полученной специальностью;	Задания: 1,3,4,5,6,7,19
владеть способами бесконфликтного общения и саморегуляции в повседневной деятельности и экстремальных условиях военной службы;	Задания: 1,7,8,9,10,11, 12,13,14,15
оказывать первую помощь пострадавшим;	Задания: 2,3,4,7,17,19
знать:	
принципы обеспечения устойчивости объектов экономики, прогнозирования развития	Вопросы: 2,3,4,5,6,7,8,

событий и оценки последствий при техногенных чрезвычайных ситуациях и стихийных явлениях, в том числе в условиях противодействия терроризму как серьезной угрозе национальной безопасности России;	10,11,14,15,16,17,18,24,25,26,27,28,29,33
основные виды потенциальных опасностей и их последствия в профессиональной деятельности и быту, принципы снижения вероятности их реализации;	Вопросы: 1,5,6,9,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,32,33,34
основы военной службы и обороны государства;	Вопросы: 1,3,5,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,33
задачи и основные мероприятия гражданской обороны; способы защиты населения от оружия массового поражения;	Вопросы: 2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14,15,16,18,23,24,25,26,30,31,32
меры пожарной безопасности и правила безопасного поведения при пожарах;	Вопросы: 1,2,3,5,6,10,11,22,24,25,30,31,34

23. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ»

Оценивание студентов на занятиях проводится по следующим критериям:

Оценка	Требования к знаниям
<i>«отлично»</i>	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, использует в ответе материал основной и дополнительной литературы, при решении тестов правильный ответ дает на 81-100%, задачу решает полностью правильно с развернутым анализом.
<i>«хорошо»</i>	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, при решении тестов правильный ответ дает на 70-80%, задачу решает не полностью, делает ошибки при анализе.
<i>«удовлетворительно»</i>	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, при решении тестов правильный ответ дает на 50-69%, задачу решает на половину, делает не правильный анализ.
<i>«неудовлетворительно»</i>	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, тесты решает менее чем на 50%, с задачей не справляется.

Текущая аттестация студентов.

Текущая аттестация по дисциплине «История медицины» проводится в форме контрольных мероприятий (коллоквиум, контрольная работа, тестирование) по оцениванию фактических результатов обучения студентов и осуществляется ведущим преподавателем.

Объектами оценивания выступают:

учебная дисциплина (активность на занятиях, своевременность выполнения различных видов заданий, посещаемость всех видов занятий по аттестуемой дисциплине);

степень усвоения теоретических знаний;

уровень овладения практическими умениями по всем видам

учебной работы;

результаты самостоятельной работы.

Активность студента на занятиях оценивается на основе выполненных студентом работ и заданий, предусмотренных данной рабочей программой дисциплины.

Оценивание студента на контрольной неделе проводится преподавателем независимо от наличия или отсутствия студента (по уважительной или неуважительной причине) на занятии. Оценка носит комплексный характер и учитывает достижения студента по основным компонентам учебного процесса за текущий период. Оценивание осуществляется с выставлением оценок в ведомости и указанием количества пропущенных занятий.

Фонд текущего контроля включает:

вопросы для самоподготовки

письменные контрольные работы

терминологические диктанты

задания для самостоятельной работы
 рефераты, доклады
 вопросы коллоквиума
 тестирование
 Терминологический диктант:
 Критерии оценки терминологического диктанта:

Процент корректно раскрытых терминов	Баллы
90-100%	5
80-90%	4
60-80%	3
40-60%	2
20-40%	1
0-20%	0

МОДУЛЬ 1 Медицина периода Древнего мира

ТЕМА 1. Цели и задачи изучения истории медицины. Методы изучения.

Вопросы

1. Определение истории медицины как науки и предмета преподавания.
2. Цели и задачи истории медицины.
3. Взаимосвязь развития медицины с историческими формациями, уровнем развития смежных наук и философскими идеями.
4. Значение изучения истории медицины для подготовки врача.
5. Источники и методы изучения истории медицины.
6. Общая методика изучения курса истории медицины.
7. Роль личности в развитии медицины.

Практические задания.

Выпишите в тетрадь основные понятия темы.

Показать взаимосвязь медицины с уровнем развития смежных наук, таких как: История, Педагогика, Биология, Физика, Химия, География.

Основные понятия выносимые на терминологический диктант:

история медицины как наука и предмет преподавания, историческая форма, смежные науки, методы исследования истории медицины: археология, палеонтология, этнография.

Решение ситуационных задач.

Задача №1.

Заполнить таблицу – «Экономические и социальные потребности общества и их влияние на развитие медицины»

Тема 2. Медицина первобытного общества. Первые гигиенические навыки.

Вопросы:

Источники информации о болезнях и врачевании в первобытную эру.

Методы врачевания в период становления первобытнообщинного строя.

Коллективный характер оказания медицинской помощи.

Методы врачевания в период расцвета первобытнообщинного строя.

Рациональные и иррациональные приемы врачевания.

Медицина в период разложения первобытнообщинного строя.

Появление и подготовка врача – профессионала.

Практические задания.

1. Выпишите в тетрадь основные понятия темы

2. Подготовить доклад на тему «Зарождение культов и фантастических верований. Их связь с верованиями».

Дать письменный ответ на вопрос: « Какое значение для медицины имело появление огня?»

Основные понятия, выносимые на терминологический диктант:

Терминологический диктант: археология, палеонтология, этнография. периодизация развития общества, эмпирический опыт, тотемизм, шаманизм, анимизм, фетишизм, лечебная магия, матриархат, патриархат, народная, традиционная, научная медицина. Папирусы, понятие о пульсе, акупунктура, йога, бальзамирование, канопы, тарихевевт, шистостомоз, херидес, рех хетту, брахман, бхишадж, кшатрин, вайшьи.

Решение ситуационных задач.

Задача №1.

Прочитайте статью Т. С. Сорокиной «Болел ли первобытный человек?». Ответьте письменно на следующие вопросы: 1. Что является предметом палеопатологии? Какие заблуждения о жизни первобытных людей, существовавшие до конца XIX в., она опровергла? 2. В чем состояла важность находок, обнаруженных в пещере Шанидар? Какие лекарственные средства, согласно этим находкам, употребляли древние люди?

Задача № 2.

Познакомьтесь с отрывком из книги советского палеопатолога Д. Г. Рохлина. Ответьте письменно на следующие вопросы: 1. Какие болезни древних людей были обнаружены в результате экспедиций советских палеопатологов? 2. Какие заболевания были наиболее опасны и обуславливали высокую смертность?

Задача № 3.

Прочитайте отрывки из книги Д. Фрэзера «Золотая ветвь: исследование магии и религии». Письменно выполните следующие задания и ответьте на вопросы: 1. В чем состоит сущность гомеопатической и контагиозной магии? Выберите из предложенных отрывков и кратко опишите ритуальные действия, которые являются примерами гомеопатической магии. 2. В чем, согласно магическим представлениям, состояли причины болезней и эпидемий? Подумайте, есть ли в перечисленных магических действиях рациональное начало? Как то или иное действие соотносится с современными знаниями в области медицины и психологии?

Тема 3 . Медицина Древнего мира (Египет, Индия, Китай, Греция, Рим)

Вопросы:

1. Первые анатомические знания о строении человеческого тела.
2. Врачебная этика Древнего Египта.
- 4 Разработка методов в обследовании больного «Учение о пульсе» (Китай).
5. Понимание общих и частных закономерностей, определяющих болезнь и

здоровье в Древней Индии.

6. Развитие санитарного дела в Древней Индии в классический период

Практические задания.

1. Выпишите в тетрадь основные понятия темы, подготовиться к терминологическому диктанту
2. Подготовить презентацию на тему «Бальзамирование и накопление знаний о строении человеческого тела».
3. Реферат на тему «Инфекционные болезни и их лечение в Древнем мире (Египет)». Терминологический диктант: народная медицина, травники, лечебники, монастырская медицина, рациональные и иррациональные методы лечения, фармация, простые лекарственные вещества, сложные лекарственные вещества, религия ислам, медресе, офтальмология, стоматология, окулист, каутеризация, катаракта, малый круг кровообращения, кетгут, Решение ситуационных задач.

Задача №1.

Прочитайте отрывок из «Папируса Смита». Ответьте письменно на вопросы: 1. Какие манипуляции могли производить древнеегипетские лекари? Какие манипуляции они считали безуспешными? Как вы думаете, для чего произносились слова: «Это болезнь, которую я буду лечить» или «Это болезнь, которую я не лечу»? 2. Какие лекарственные средства (согласно «Папирусу Смита») применялись в Древнем Египте?

Задача № 2.

Прочитайте отрывок из книги С. М. Марчуковой «Медицина в зеркале истории». Ответьте на вопросы: 1. Какие виды лекарственных средств, используемых египтянами, упоминаются в «Папирусе Эберса»? Приведите примеры. 2. Какие характеристики древнеегипетской медицины, упоминаемые в тексте, позволяют отнести ее к традиционным системам врачевания?

Задача № 3. На основе хрестоматийного и учебного материала заполните таблицу: Особенности врачевания в странах Древнего Востока
Критерии сравнения (1. концепция происхождения болезней. 2. Медицинские тексты, Медицинское законодательство. 3. Лекарственные средства. 4. Врачебные специальности. 5. врачебная этика) Древний Египет, Древняя Индия, Древний Рим, Древняя Греция

Тема № 4 Развитие медицины в Арабских халифатах и Средней Азии (VII- X в.в.)

Вопросы

1. Организация медицинского обслуживания населения в Арабских халифатах.
2. Методологическая основа понимания причин болезни в трудах ученых Средневекового Востока.
3. Развитие алхимии, аптеки, больницы, медицинские школы.

Практические задания. 1. Выпишите в тетрадь основные понятия темы,

2. Подготовить презентацию на тему «Организация медицинского обслуживания населения в Арабских халифатах».

4. Дать письменный ответ на вопрос: «Вклад Авиценны в фармакологию. Терминологический диктант религия, медресе, офтальмология, окулист, каутеризация, катаракта, малый круг кровообращения, кетгут.

Решение ситуационных задач.

Задача №1

Проанализировать как «Канон врачебной науки» Авиценны повлиял на развитие медицины в Европе.

Тема 5.

Рубежный контроль №1 (блиц-опрос)

Вопросы коллоквиума:

Периодизация и хронология всемирной истории медицины.

Источники и методы изучения истории медицины.

Связь медицины со смежными науками.

Философские идеи в медицине и их влияние на развитие медицины.

Источники информации о болезнях и врачевании в первобытную эру.

Зарождение коллективного врачевания.

Помощь роженицам и детям в первобытном обществе.

Дать понятие определения «тотемизма», «фетишизма», «шаманизм»

Дать понятие определения «анимизм», «лечебная магия»

Знахарь и его подготовка.

Хирургические приемы врачевания.

Дать определение понятий «народная медицина» и ее характеристика.

Дать определение понятий «традиционная медицина» и ее характеристика.

Дать определение понятий «научная медицина» и ее характеристика.

Бальзамирование умерших. Знания о строении человеческого тела.

Древнеегипетские папирусы, и их значение для изучения медицины.

Гигиенические традиции в Египетском государстве.

Врачебная этика Древнего Египта.

Дать понятие «Аюрведа», содержание, значение для медицины.

Медицинское дело в Древней Индии.

Врачебная этика древнеиндийских врачей.

Методы диагностики в Древнем Китае, в том числе борьба с оспой.

Предупреждение болезней в Древнем Китае.

Храмовая медицина Древней Греции.

«Гиппократов сборник» - энциклопедия древнегреческой медицины.

Врачебные школы Древней Греции: дать краткую характеристику.

Клятвы древнегреческих врачей (Клятвы Гиппократа).

Законы двенадцати таблиц. Краткая характеристика.

Первые врачи-профессионалы в Древней Греции и Риме.

Гален и его вклад в развитие медицины.

Модуль 2 Медицина периода Средневековья, Нового времени и начала Новейшей истории.

Тема 1. Медицина Западной Европы в период раннего и развитого Средневековья (V-XV в.в.). Эпидемии и борьба с ними.

Вопросы

1. Развитие медицинского образования в Средневековой Европе, Салернский кодекс здоровья.
2. Становление университетов.

Практические задания.

1. Выпишите в тетрадь основные понятия темы
2. Подготовить презентацию на тему «Черная смерть» 1346 – 1348 гг. в Западной Европе».

3. По медицинским, электронным и другим источникам подготовить реферат на тему: «Церковь, наука и медицина в Западной Европе», доклад на тему «Развитие фармации в средние века».

4. Составить кроссворд по изучаемой теме

Решение ситуационных задач.

Задача №1

В чем состояло противоречивое отношение к телу в средние века? Какими факторами оно определялось?

Задача № 2

Опишите отношение к врачам в Средневековом мире. Покажите, как на протяжении средневековья изменялся и пополнялся арсенал лечебных средств и методов врачевания.

Задача №3.

Прочитайте отрывок из книги С. М. Марчуковой «Медицина в зеркале истории». Выполните следующие задания и ответьте на вопросы: 1. Каковы причины болезней и здоровья людей, согласно библейской традиции? 2. Какое отношение к врачу выражают библейские тексты? 3. Раскройте значение и происхождение терминов «плацебо», «реанимация», «карантин», «антониев огонь»

Задача № 4

В чем вы видите положительную (с точки зрения развития науки) сторону занятий алхимиков? Какие химические элементы и процессы им были известны?

Тема 7 Медицина Киевской Руси (IX – XII в.в.) и Московского государства (XV- XVII в.в.)

Вопросы для самостоятельного изучения

Первые письменные источники медицинских знаний. Способы и приемы народной медицины

Византийская медицина, наука и религия. Санитарно-гигиеническое направление в государстве.

Практические задания: Выпишите в тетрадь основные понятия темы Терминологический диктант: аптекарский приказ, государственная медицина, монастырская медицина, гражданские больницы, специальности народного врачевания: кровопуски, повивальная бабка, резальники, зубоволоки. Подготовить доклад на тему «Первые русские монахи-врачеватели (Антоний, Агапит, Алимпий)».

3. По медицинским, электронным и другим источникам подготовить реферат на тему «Эпидемии в Киевской Руси и борьба с ними».

4. Дать письменный ответ на вопросы: « Назовите основные черты медицины

Византийской империи», «Формы медицинской помощи в Киевской Руси».

Решение ситуационных задач.

Задача №1

Опираясь на содержание отрывка из «Домостроя» и материал учебной литературы, ответьте письменно на следующие вопросы: 1. Каковы основные причины болезней и способы лечения с точки зрения авторов «Домостроя»? Можно ли считать врачевание в Московском государстве иллюстрацией традиционной медицины? Обоснуйте свой ответ. 2. Насколько ценной представляется авторам текста земная жизнь человека? Что они считают более важным, чем болезнь и смерть?

Задача №2

Каково, судя по «Домострою», отношение государства и церкви к народной медицине?

Задача №3

Какие болезни, согласно тексту «Домостроя», были распространены в Московской Руси?

Задача №4

Опираясь на содержание «Лечебника» и материала учебной литературы, выполните письменно следующие задания и ответьте на вопросы: 1. Найдите информацию об указанных лекарственных травах. Какие из перечисленных лекарственных трав используются в современной медицине? Каково их современное название? 2. Как вы можете объяснить тот факт, что указанные травы применялись не только в лечебных целях? Почему знахари, использовавшие лечение травами, подвергались преследованиям со стороны государства и церкви? 3. Приведите примеры смешения в древнерусской народной медицине православных и языческих элементов врачевания.

Задача №5

Прочитайте отрывок из работы русского историка XIX века Н. И. Костомарова «Домашняя жизнь и нравы великорусского народа» (1860 г.). Ответьте на вопросы и выполните задания: 1. Перечислите болезни, распространенные в Древней Руси. Какие из них приводили к высокой смертности? 2. Каким образом можно охарактеризовать придворную медицину в России XVI–XVII вв. Почему научная медицина, формировавшаяся в этот период в Европе, с трудом пробивала себе дорогу в России?

Тема 8 РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ В ЭПОХУ РАЗВИТОГО ФЕОДАЛИЗМА (XVIII ВЕК)

Вопросы

1. Общественно-политическая и экономическая обстановка в Западной 2. Клинический метод преподавания в медицинских центрах Западной Европы.

Практические задания: Терминологический диктант: генетика, ген, хромосома, термометрия, перкуссия, аускультация, вакцина, патология, вариоляция, гигиена, общественная медицина, вакцинация, госпиталь, медицинская канцелярия, кунсткамера, клиническая медицина, акушерство и гинекология, эпидемические болезни.

Решение ситуационных задач.

Задача №1

1. «Без знания химии современный врач быть не может» почему так утверждал М.В. Ломоносов?

Задача №2

Прочитайте отрывок из «Устава воинского» 1716 г. Выполните задания и ответьте на вопросы: 1. Заполните таблицу: «Функции медицинского персонала по Воинскому уставу» 1716 г. Должность: 1. Доктор 2. Аптекарь 3. Штаб-лекарь 4. Полковой лекарь 5. Шпитальный инспектор.

Функции. Найдите информацию о том, чем отличалась подготовка и должностные обязанности доктора и лекаря, аптекаря и гезеля в XVIII веке? Какие функции выполнял в армии цирюльник? 3. Дайте оценку документу. В чем его значение? Что в нем вызывает особый интерес?

Задача №3

Прочитайте указ Петра I «О присылке уродов и редкостей». Ответьте на вопросы: 1. Какие «редкости» и «монстры» подлежали сбору и с какой целью? 2. В чем состояли условия приема «редкостей»? Почему именно такие условия были установлены?

Тема 9 Медицина Нового времени в России в XIX веке. Основные научные медицинские школы в России в XX веке.

Вопросы

1. Учение о наследственности и изменчивости.

2. Клеточная теория строения организмов.

3. Учение о переливании крови.

Практические задания. 1. Выпишите в тетрадь основные понятия темы. Терминологический диктант: тератология, экспериментальная физиология, переливание крови, бактериология, эпидемиология, анестезиология, дантист, педиатрия, детские болезни, безусловный рефлекс, центральное торможение безусловных рефлексов, физиология труда, физиология алкогольного опьянения, профилактические прививки, пастеровские станции

2. По медицинским, электронным и другим источникам подготовить доклад на тему: «История создания термометра, введение термометрии в

клиническую практику».

3. Дать письменный ответ на вопрос: «В чем заключалась теория естественного отбора Чарльза Дарвина и ее влияние на медицину».

Решение ситуационных задач.

Задача №1

Прочитайте отрывок из работы Н. М. Максимовича-Амбодика «Врачебное вещество». Ответьте на вопросы: 1. Что понимает автор под определением: «врачебное вещество»? 2. Какие науки, с точки зрения Н. М. Максимовича-Амбодика, необходимо изучить будущему врачу и почему? 3. Определите, какие задачи и «орудия» имеет врачебная наука, согласно взглядам Н. М. Максимовича-Амбодика.

Задача №2

Познакомьтесь с текстом «Аптекарского устава» 1789 г. Выполните следующие задания: 1. Составьте тезисный план основных обязанностей аптекаря согласно «Аптекарскому уставу». Сравните содержание устава с обязанностями аптекаря по «Генеральному регламенту» 1735 г. Какие изменения можно отметить? 2. В чем вы видите значение издания «Аптекарского устава»? Какие его положения кажутся вам актуальными?

Задача №3

Прочитайте отрывок из работы И. И. Мечникова «Невосприимчивость в инфекционных болезнях». Ответьте на вопросы: 1. В чем состояла клеточная теория иммунитета, выдвинутая И. И. Мечниковым? Какие теории ей предшествовали? 2. В чем состояли отличия двух групп фагоцитов, впервые описанных И. И. Мечниковым? Какие названия дал им ученый? Какое значение имеет описание свойств разных групп фагоцитов для современной медицинской практики? 3. Опираясь на материал текста, определите отношение И. И. Мечникова к теории естественного отбора Ч. Дарвина. Есть ли в тексте указания на связь между теорией клеточного иммунитета и эволюционной теорией? 4. Определите значение исследований И. И. Мечникова для медицинской науки.

Задача №4

Опишите способы обезболивания, которые использовал Н. И. Пирогов в военно-полевых условиях. В чем, по его мнению, состояли преимущества «эфирования через дыхание» посредством изобретенного им «снаряда» (аппарата Н. И. Пирогова)? 2. К каким выводам пришел Н. И. Пирогов, сравнив на практике анестезирующее действие эфира и хлороформа? В чем состояла цель этого сравнения?

Семинар № 10.

Практические задания.

1. «Выдающиеся хирурги России второй половине XIX века».

Практические задания.

2. По медицинским, электронным и другим источникам подготовить реферат на тему: «Н.М. Амосов – внедрение информационных технологий в хирургию сердечнососудистой системы».

3. Подготовить доклад на тему: «И.П.Павлов – основоположник школы отечественных физиологов». 3. Презентация на тему: «Развитие медицины в годы Великой Отечественной войны».

4. Составление кроссворда на изучаемую тему семинара.

5. Дайте письменный ответ на вопрос: «Деятельность противоэпидемиологическая служба в годы ВОВ».

Модуль 2

Рубежный контроль №2

Вопросы для письменной контрольной работы:

Медицина в Арабских Халифатах.

Народная медицина Киевской Руси

3. Авиценна «Канон врачебной науки» и его роль в развитии медицины.

4. Подготовка медицинских кадров в России

Медицина в Византийском государстве.

Борьба с эпидемиями в Московском государстве.

Развитие учения о глазных болезнях в Арабских Халифатах и Средней Азии.

Фракастро и его учение о заразных болезнях.

Монастырская медицина. Первые русские монахи-врачеватели и их роль в развитии медицины.

Схоластика как метод средневекового образования.

Медицинское образование в Западной Европе.

Аптекарский приказ и дальнейшее развитие государственной медицины в XVIII веке.

Вопросы для самоподготовки:

Византийская медицина, наука и религия.

Становление медицинских знаний в Византии.

Санитарно-гигиеническое направление в государстве.

Развитие народной медицины Древнерусском государстве.

Зарождение монастырской медицины на Руси. Приемы врачевания в монастырях.

Светские врачи и светская медицина в Киевской Руси.

Вопросы врачевания и гигиены по древним актам и документам.

Медицинское образование в Арабских халифатах.

Представление о болезни, лечении внутренних болезней.

Больничное дело, вклад Абу Бакр ал-Рази в его развитие.

Развитие хирургии в Арабских халифатах.

Учение о глазных болезнях.

Вклад Абу Али ибн Сины в развитие медицины Средней Азии.

«Канон медицины» Ибн Сины – энциклопедия медицинских знаний.

Образование и медицина. Первые медицинские факультеты в университетах Западной Европы.

Организация больничного дела в Западной Европе (V – XV вв).

Схоластика как метод средневекового образования.

Эпидемии повальных болезней и борьба с ними. Лазареты. Карантины.

Влияние церкви на развитие медицины.

Становление анатомии как науки:

а) Леонардо да Винчи в истории анатомии

б) Андреас Везалий – основоположник научной анатомии.

Физиология – как наука. Ятрофизика.

Ятрохимия и медицина.

Развитие хирургии. Вклад Амбруаза Паре.

Д. Фракастро и его учение о заразных болезнях

Народная медицина Московского государства.

Аптекарский приказ и его функции.

Формирование общественной медицины в Западной Европе.
Вклад У. Пети, Б. Рамаццини, Д. Саймона в развитие гигиены труда.
Развитие клинического направления в медицине.
Герман Бурхааве и его роль по внедрению клинического метода в лечебную практику.
Развитие патологической анатомии:
а) Вклад Джованни Морганьи.
Э. Дженнер и его вклад в разработку вакцины против оспы.
Реформы Петра I по преобразованию медицинского дела в России.
63. Открытие госпиталей и госпитальных школ. Деятельность Бидлоо и П. Кондоиди в подготовке медицинских кадров.
Влияние идей М.В. Ломоносова на качество подготовки врачей.
Развитие клинической медицины. Деятельность С. Зыбелина, Н. Максимович-Амбодика.
Борьба с эпидемиями инфекционных болезней. (Д. Самойлович, Е. Мухин и др.).
Развитие анатомии в России в XVIII веке. Отечественные учебники и атласы.
Развитие медико-биологического направления. И влияние на развитие медицины.
Луи Пастер – основоположник научной микробиологии и иммунологии.
Открытие методов асептики и антисептики. Дж. Листер.
Становление бактериологии – вклад Роберта Коха.
Клеточная теория Р. Вирхова.
Развитие гигиены в Западной Европе XIX века.
Организация медицинской помощи населению, развитие медицинского образования.
Развитие теоретической медицины. Отечественные научные школы:
а) анатомическая (П. Загорский);
б) экспериментальная физиология (А. Филомафитский).
Развитие клинической медицины.
а) Деятельность М.Я. Мудрова и И.Е. Дядьковского в развитии терапии;
б) Деятельность И.Ф. Буша, И.В. Буяльского в развитии хирургии.
Вклад Н.И. Пирогова в отечественную и мировую науку и хирургическую практику.
Организация медицинской помощи в России во второй половине XIX века (городская, земская, фабрично-заводская медицина).
Развитие отечественной физиологии: труды И.М. Сеченова и его вклад в развитие медицины.
Развитие микробиологии и иммунологии. Роль Л.С. Ценковского, И.И. Мечникова, Г.Н. Габричевского, Н.Ф. Гамалеи.
Выдающиеся представители русской терапевтической школы:
Г.А. Захарьин, С.П. Боткин, А.А. Остроумов.
Выдающиеся представители отечественной хирургии: Н.В. Склифосовский, Н.Я. Вельяминов и др.
Развитие гигиены в России. Роль А.П. Доброславина и Ф.Ф. Эрисмана.
Формирование и развитие школы отечественных анатомов (В.П. Воробьянов, В.Н. Тонков, В.Н. Шевкуненко и др.)
Формирование и развитие школы отечественных физиологов (И.П. Павлов, А.А. Ухтомский, Л.А. Орбели и др.).
Формирование и развитие школы отечественных микробиологов и иммунологов (Н.Ф. Гамалея, Т.Н. Габричевский, Е.Н. Павловский и др.)
Формирование и развитие клинических школ хирургического профиля (Н.Н. Бурденко, С.И. Спасокукотский, А.В. Вишневский, В.И. Шумаков С.Н. Федоров, и др.).
Ведущие терапевтические школы России в XX веке. М.П. Кончаловский, Е.М. Тареев, Е.И. Чазов и др.
Основные направления развития акушерства и гинекологии (Л.С. Персианинов, Л.И., Бубличенко, К.М. Фигурнов, В.И. Кулаков, И.Ф. Жордания).

Темы рефератов и докладов:

Формирование коллективного характера медицинской помощи в период становления первобытнообщинного строя.
Выделение врачевателя-профессионала представителя народной медицины.
Зарождение культов и фантастических верований. Их связь с верованиями.
Особенности народной и традиционной медицины.
Инфекционные болезни и их лечение в Древнем мире (Египет).
Бальзамирование и накопление знаний о строении человеческого тела.
Лекарствоведение в Древнем Китае.
Инфекционные болезни и их лечение в Древнем мире. (Индия, Китай).
Гиппократ – понятие о врачебной этике.
Понятие о целостности организма, причинах болезни по Гиппократу.
«Гиппократов сборник».
Храмовое врачевание в Древней Греции.
Инфекционные болезни и их лечение в Древнем мире. (Рим).
Выдающиеся представители медицинского дела в Древнем Риме.
Больничное дело в Римской империи.
Вклад Галена в развитие медицины.
Развитие медицинских знаний. Выдающиеся ученые Византийской империи.
Первые русские монахи-врачеватели (Антоний, Агапит, Алимпий).
Эпидемии в Киевской Руси и борьба с ними.

Лекарствоведение на Руси.
Абу – л – Касим аз Захрави и его «Трактат о хирургии и инструментах».
Культура и религия Арабских халифатов.
Ал – Бируни и его вклад в медицину Средней Азии.
«Канон врачебной науки» Авиценны и его влияние на развитие медицины в Европе.
Медицина Юго-Восточной Азии.
Галенизм в средневековой медицине.
«Черная смерть» 1346 – 1348 гг. в Западной Европе.
Развитие фармации в средние века.
Церковь, наука и медицина в Западной Европе.
Развитие хирургии период средневековья.
Парацельс в истории медицины.
Амбруаз Паре, его вклад в развитие военной медицины, ортопедии и акушерства.
Борьба с эпидемиями особо опасных инфекций в Московском государстве.
Организация Медицинской службы в Московском государстве.
Теория естественного отбора Чарльза Дарвина и другие великие естественно-научные открытия.
История создания термометра, введение термометрии в клиническую практику.
Открытие и внедрение перкуссии: Л. Ауэнбруггер и Ж.Н. Корвизар.
Открытие посредственной аускультации: Р.Т. Лаэннек.
С. Зыбелин – первый русский профессор медицины.
Д. Самойлович – первый отечественный эпидемиолог. Вклад в развитие методов борьбы с чумой.
Н. Максимович-Амбодик – первый отечественный акушер-гинеколог.
Развитие отечественной фармации в XVIII веке.
Развитие психиатрии как научной дисциплины: история и современность.
История открытия наркоза.
Развитие экспериментальной физиологии в Западной Европе XIX века.
Развитие зубопротезирования в XIX веке: история и современность.
Флоренс Найтингейл – первая британская сестра милосердия.
Педиатрия – как самостоятельная наука.
П.А. Загорский – материалистическое направление деятельности, вклад в развитие анатомии
Н.И. Пирогов – великий русский анатом и хирург.
М.Я. Мудров – основоположник отечественной терапии, его учение об истории болезни, и этических нормах поведения врача.
Медицина в Отечественную войну 1812 г.
Аптеки и источники получения лекарственных средств в России первой половины XIX века.
Земская реформа 1864 года и ее влияние на развитие медицины.
Становление гигиены как науки в России.
И.И. Мечников – вклад в развитие микробиологии и иммунологии.
С.П. Боткин и его вклад в развитие клиники внутренних болезней.
Н.В. Склифосовский – выдающийся врач, реформатор высшего медицинского образования.
А.П. Доброславин и Ф.Ф. Эрисман – первые гигиенисты в России.
И.П. Павлов – основоположник школы отечественных физиологов.
В.Н. Тонков – основатель функционально – экспериментального направления в анатомии.
В.Д. Тимаков – вклад в развитие отечественной микробиологии.
Е.М. Тареев – автор учебника по педиатрии.
А.Н. Бакулев – вклад в развитие торакальной хирургии.
Н.М. Амосов – внедрение информационных технологий в хирургию сердечнососудистой системы.

Критерии оценки реферата (доклада):

Оценка «отлично» ставится, если выполнены все требования к написанию и защите реферата (доклада): обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату (докладу) и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата (доклада); имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата (доклада) или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата (доклада) не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Примеры тестовых заданий по дисциплине «История медицины». (без ответов). Для модуля 1-2.

1. РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ СВЯЗАНО С:

- 1) экономическими потребностями общества, развитием смежных наук, произведениями литературы и искусства
- 2) произведениями литературы и искусства, развитием смежных наук, философией
- 3) философией, развитием смежных наук, экономическими потребностями общества

2. ИСТОРИЮ МЕДИЦИНЫ КАК НАУКУ ХАРАКТЕРИЗУЮТ:

- 1) объект изучения, собственные методы исследования
- 2) собственные методы исследования, теоретические обобщения, произведения литературы и искусства
- 3) собственные методы исследования, теоретические обобщения, объект изучения

3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ:

- 1) логический 2) биографический
 - 3) метод историко-медицинского описания
 - 4) все перечисленное верно
4. ИСТОЧНИКИ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНЫ:
- 1) археологические данные 2) данные палеопатологии
 - 3) письменные источники
 - 4) данные этнографии 5) все перечисленное верно
5. ЗАДАЧИ ПРЕПОДАВАНИЯ КУРСА ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ:
- 1) усвоение традиций истории медицины
 - 2) воспитание исторического мышления и понимания процесса развития медицины
 - 3) воспитание гуманизма и любви к избранной профессии
6. РОЛЬ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА:
- 1) формирование прогрессивного научного мировоззрения
 - 2) повышение уровня общей и профессиональной культуры
 - 3) формирование социально-политической позиции
 - 4) все перечисленное
7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ:
- 1) наука о происхождении, развитии и современном состоянии медицины
 - 2) наука о происхождении научных знаний медицины
 - 3) наука о происхождении практических медицинских навыков
 - 4) наука об изучении народных средств врачевания
8. ВОЗНИКНОВЕНИЕ МЕДИЦИНЫ СВЯЗАНО:
- 1) с появлением первого человека 2) с возникновением болезней
 - 3) с оказанием взаимопомощи 4) с повышенным травматизмом
9. В ОСНОВУ ПЕРИОДИЗАЦИИ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ ПОЛОЖЕНЫ:
- 1) достижения в области естествознания
 - 2) открытия в области медицины
 - 3) знаменательные исторические даты
 - 4) социально-экономические формации
10. СКОЛЬКО ПЕРИОДОВ ПРИНЯТО ВЫДЕЛЯТЬ В ПЕРИОДИЗАЦИИ МИРОВОЙ ИСТОРИИ:
- 1) два 2) три
 - 3) четыре 4) пять
11. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА БЫЛИ САМЫМИ ДРЕВНИМИ:
- 1) растительного происхождения 2) животного происхождения
 - 3) минерального происхождения 4) синтетические
12. КУЛЬТОВЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В ПЕРВОБЫТНООБЩИННОМ СТРОЕ:
- 1) анимизм 2) тотемизм
 - 3) буддизм 4) фетишизм
13. ЧТО ТАКОЕ ТОТЕМИЗМ:
- 1) поклонение духу 2) многобожие
 - 3) культ предка 4) культ животного
14. ЧТО ТАКОЕ ФЕТИШИЗМ:
- 1) культ предка 2) культ неодушевленных предметов
 - 3) культ животного 4) поклонение духу
15. ЧТО ТАКОЕ АНИМИЗМ:
- 1) культ предка 2) культ неодушевленных предметов
 - 3) культ животного 4) поклонение духу
16. КАКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИЛИСЬ В ПЕРВОБЫТНООБЩИННОМ СТРОЕ:
- 1) трепанация 2) кесарево сечение
 - 3) удаление катаракты 4) пластические операции
17. ПЕРВЫЕ ВРАЧЕВАТЕЛИ ПОЯВИЛИСЬ В:
- 1) эпоху праобщины 2) эпоху первобытной общины
 - 3) эпоху классового образования 4) эпоху матриархата
18. В ЭПОХУ ПЕРВОБЫТНООБЩИННОГО СТРОЯ ЕДИНСТВЕННЫМ ВИДОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЫЛА:
- 1) семейная медицина 2) классовая медицина
 - 3) эмпирическая медицина 4) магия
19. ПЕРВЫМИ ЛЮДЬМИ, ПОСВЯТИВШИМИ СЕБЯ МЕДИЦИНЕ, В ЭПОХУ РАЗЛОЖЕНИЯ ПЕРВОБЫТНОГО ОБЩЕСТВА:
- 1) жрецы 2) колдуны
 - 3) шаманы 4) берегини
20. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПЕРВОБЫТНЫХ ЛЮДЕЙ:
- 1) 40 – 45 лет 2) 30 – 40 лет
 - 3) 30 – 35 лет 4) 50 – 60 лет
21. ИСТОЧНИКИ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕГО ЕГИПТА:
- 1) тексты на глиняных табличках выполненные клинописью
 - 2) медицинские папирусы
 - 3) египетские мумии
 - 4) записи медицинского содержания на стенах гробниц и пирамид
22. РОДИНОЙ КОСМЕТИКИ СЧИТАЕТСЯ:
- 1) Древний Китай 2) Древний Рим
 - 3) Древний Египет 4) Древняя Греция
23. АНАТОМИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ В ДРЕВНЕМ ЕГИПТЕ ПОЛУЧАЛИ ВО ВРЕМЯ:
- 1) бальзамации 2) вскрытия трупов
 - 3) изучения медицинских книг 4) вскрытия животных

24. МЕТОД ПУЛЬСОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗРАБОТАН В:

- 1) Древнем Китае
- 2) Древней Греции
- 3) Древнем Риме
- 4) Древней Индии

25. ИСТОЧНИКИ ИЗУЧЕНИЯ ДРЕВНЕГО КИТАЯ:

- 1) тексты записанные на панцирях черепах
- 2) тексты записанные на шелке
- 3) археологические раскопки
- 4) тексты записанные на базальтовом столбе

26. САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ В ДРЕВНЕМ КИТАЕ:

- 1) ритуальные танцы
- 2) лечение от противного
- 3) заговоры
- 4) хирургия

27. ПЕРВЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО РИНОПЛАСТИКЕ ПРОИЗВОДИЛИСЬ:

- 1) Древней Греции
- 2) Древней Индии
- 3) Древнем Риме
- 4) Древнем Китае

28. ИСКУССТВО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ САМЫМ ВЫСОКИМ БЫЛО:

- 1) Древнем Китае
- 2) Древней Индии
- 3) Древнем Риме
- 4) Древней Греции

29. ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О МЕДИЦИНЕ ДРЕВНЕЙ ИНДИИ:

- 1) медицинский трактат Чараки
- 2) рельефы на саркофагах
- 3) законы Хаммурапи
- 4) свод законов Ману

30. ДРЕВНЕГИПЕТСКИЙ ПАПИРУС Э. СМИТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ:

- 1) трактат по анатомии
- 2) трактат по акушерству
- 3) трактат по хирургии
- 4) трактат по внутренним болезням

31. ИСТОЧНИКИ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНЫ В ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ:

- 1) «Гиппократов сборник»
- 2) Папирус Смита
- 3) «Илиада» и «Одиссея» Гомера
- 4) Законы Ману

32. ВОПРОСЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ БЫЛИ РАЗРАБОТАНЫ:

- 1) Древней Греции
- 2) Древней Индии
- 3) Древнем Китае
- 4) Древнем Риме

33. ВРАЧЕБНАЯ ШКОЛА, К КОТОРОЙ ПРИНАДЛЕЖАЛ ГИППОКРАТ:

- 1) кротонская
- 2) косская
- 3) сицилийская
- 4) кидская

34. СВЯТИЛИЩЕ В ЧЕСТЬ БОГА ВРАЧЕВАНИЯ В ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ НАЗЫВАЛИ:

- 1) асклепейон
- 2) мусейон
- 3) абатон
- 4) апейрон

35. НА ТЕРРИТОРИЮ АСКЛЕПИОНОВ НЕ РАЗРЕШАЛОСЬ ВХОДИТЬ:

- 1) здоровым людям
- 2) безнадежным больным
- 3) беднякам
- 4) травмированным

36. ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ ВНЕС:

- 1) Древний Китай
- 2) Древний Рим
- 3) Древняя Греция
- 4) Древняя Индия

37. ВРАЧАМИ-ОТПУЩЕННИКАМИ В ДРЕВНЕМ РИМЕ БЫЛИ:

- 1) выпускники медицинской школы
- 2) врачи-рабы отпущенные хозяином
- 3) жрецы Эскулапа
- 4) врачи греческого происхождения

38. ДОЛЖНОСТЬ АРХИАТРА ВПЕРВЫЕ БЫЛА ВВЕДЕНА

- 1) в Византии
- 2) в Греции
- 3) в России
- 4) в Риме

39. РИМСКИЕ ТЕРМЫ БЫЛИ:

- 1) культурными сооружениями
- 2) гигиеническими сооружениями
- 3) общественными сооружениями
- 4) все перечисленное

40. ПЕРВЫМИ ВРАЧАМИ В ДРЕВНЕМ РИМЕ БЫЛИ:

- 1) рабы
- 2) священники
- 3) рабовладельцы
- 4) жрецы

41. ПЕРВАЯ АПТЕКА БЫЛА ОТКРЫТА В:

- 1) Багдаде 754 г.
- 2) Константинополе 430 г.
- 3) Бухаре 415 г.
- 4) Самарканде 628 г.

42. АВТОР "КАНОНА ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ"

- 1) Гиппократ
- 2) К. Гален
- 3) Ибн Сина
- 4) Ар-Рази

43. ВИЗАНТИЙСКИЙ ВРАЧ, СОСТАВИВШИЙ ЭНЦИКЛОПЕДИЧЕСКИЙ ТРУД «ВРАЧЕБНОЕ СОБРАНИЕ» В 72 КНИГАХ

- 1) Павел Эгинский
- 2) Аэций
- 3) Орибасий из Пергама
- 4) Александр Тралльский

44. СХОЛАСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРЕПОДАВАНИЯ В СРЕДНЕВЕКОВЫХ УНИВЕРСИТЕТАХ СОСТОЯЛ В:

- 1) профессора зачитывали и комментировали тексты авторитетов
- 2) студенты присутствовали на врачебных обходах
- 3) обучение проводилось у постели больного
- 4) студенты заучивали тексты наизусть

45. ПО СОВЕТУ ЭТОГО ВРАЧА БОЛЬНИЦЫ СТРОИЛИ В ТОМ МЕСТЕ, ГДЕ КУСКИ СВЕЖЕГО МЯСА ДОЛЬШЕ СОХРАНЯЛИСЬ ОТ ПОРЧИ

- 1) Бахтишу.
- 2) Ар-Рази.

- 3) Ибн-Сина г. 4) Маймонид.
46. КОРРЕКЦИЯ ЗРЕНИЯ ПРИ ПОМОЩИ ЛИНЗ ВПЕРВЫЕ ПРИМЕНЕНА:
- 1) Древняя Греция 2) Рим
3) Халифат 4) Индия
47. НАЗВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОФЕССИИ НА РУСИ:
- 1) лечцы 2) шаманы
3) народные лекари 4) фельдшеры
48. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В КИЕВСКОЙ РУСИ:
- 1) лекарственные травы, воздействие бани
2) продукты животного происхождения
3) лекарственные травы, средства минерального происхождения
4) средства лекарственного, животного, минерального происхождения, воздействия бани.
49. ПЕРВЫЙ АНАТОМИЧЕСКИЙ ТЕАТР В СРЕДНЕВЕКОВОЙ ЕВРОПЕ:
- 1) Париж 2) Венеция
3) Падуа 4) Лейден
50. ВПЕРВЫЕ КАРАНТИНЫ БЫЛИ СОЗДАНЫ :
- 1) в XIV веке в портовых городах Италии
2) в XIV веке в портовых городах Франции
3) в XV веке в Англии
4) в XVIII веке в России
51. ПЕРВАЯ АПТЕКА БЫЛА ОТКРЫТА В:
- 1) Багдаде 754 г. 2) Константинополе 430 г.
3) Бухаре 415 г. 4) Самарканде 628 г.
52. АВТОР "КАНОНА ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ"
- 1) Гиппократ 2) К. Гален
3) Ибн Сина 4) Ар-Рази
53. ВРАЧ, СОВРЕМЕННОК ПАРАЦЕЛЬСА, ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИВШИЙ СПОСОБЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РУДОКОПОВ
- 1) Г. Агрикола 2) А. Везалий
3) У. Гарвей 4) Б. Рамаццини

Дифференцированный зачет.

Форма - устный опрос, решение задач.

Перечень вопросов.

История медицины как наука и предмет изучения.

Периодизация истории медицины. Источники изучения.

Значение изучения истории медицины для подготовки врача.

Зависимость развития медицины от социально – экономических условий общества, уровня развития смежных наук, философских учений.

Медицина первобытно – общинного строя.

Медицина первобытно – общинного строя. Понятия «анимизм», «тотемизм», «магия», «шаманизм».

Формирование народной медицины. Храмовая медицина, возникновение, цели, задачи.

Возникновение врача – профессионала. Первые врачебные школы в странах древнего мира.

Формирование народной медицины. Храмовая медицина как отражение религиозной идеологии в медицине.

Медицина в Древнем Египте, древнеегипетские Медицинские папирусы.

Медицина Древнего Китая, понятие о причинах болезни, методы и причины врачевания.

Медицина Ассири-Вавилонии. Законник царя Хаммурапи.

Медицина Древней Индии. Достижения в области хирургии, гигиены, понимание сущности болезни.

Медицина Древней Греции. Ведущие медицинские школы.

Гиппократ. Его жизнь и деятельность. Основные труды.

Медицина Александрии. Эризастрат. Герофил.

Древнегреческая философия, ее влияние на медицину, понимание причин болезни.

Медицина Древнего Рима. Санитарное состояние городов.

Труды Галена, развитие экспериментального метода исследований, учение о кровообращении, новое в методике приготовления лекарств.

Видные врачи Древнего Рима: Асклепиад, Цельс.

Медицина Византийской Империи. Открытие первых больниц, монастырская медицина.

Медицина в Арабских Халифатах, вклад в создание аптек, больниц, проведение противоэпидемических мероприятий.

Жизнь и деятельность Авиценны. «Канон врачебной науки».

Медицина в Западной Европе в эпоху раннего средневековья. Первые больницы.

Медицина в Западной Европе в период средневековья. Схоластика и догматизм их влияние на развитие медицины.

Основные черты развития естествознания и медицины в эпоху Возрождения.

Создание науки о строении человеческого тела. Труды Леонардо да Винчи, Андрея Везалия и его последователей.

Возникновение учения о кровообращении: Гарвей, Сервет, Коломбо, Фабриций.

А. Левенчук, описание основных форм бактерий, развитие микроскопических исследований.

Зарождение хирургии как науки. Деятельность Амбруаза Паре.

Зарождение гистологии как науки. М Мальпиги и его научная деятельность.

Введение клинического метода в медицинскую практику. Деятельность Бургава.

Виднейшие врачи – материалисты конца XVII века – начала XVIII века (Леруа, Ламетри, Кабанис). Их учение об организации медицинской помощи и подготовке врачей.

Зарождение патологической анатомии. Труды Морганьи, Биша.

Развитие общемедицинских представлений о здоровье и болезни. Карл Рокитанский. Рудольф Вихров. Развитие представлений о гуморальной и клеточной патологии.

Открытие перкуссии (Ауенбругер, Корвизар). Открытие аускультации (Рене Лаэннек).

Развитие учения об инфекционных болезнях. Труды Джироламо Фракастро.

Зарождение бактериологии как науки. Труды Луи Пастера и его школы. Труды Роберта Коха и его школы.

Борьба с инфекционными болезнями. Вклад Э. Дженнера, Луи Пастера в развитие вакцинации.

Формирование социальной гигиены как самостоятельной науки и отрасли медицины. Б. Ромаццини, и его учение о профессиональных болезнях.

Медицина в древнерусском государстве (IX – XII вв.).

Медицина в Московском государстве (XV – XVII вв.). Аптекарский приказ. Школа лекарей. Аптеки. Больницы.

Медицина в России в XVIII веке, подготовка кадров, развитие анатомических исследований, хирургии, клиники внутренних болезней.

З.Г. Зыбелин и значение его трудов для отечественной медицины.

Реформы Петра I по медицинскому делу.

Открытие первого госпиталя и госпитальной школы. Деятельность Н. Бидлоо.

47. Медицинская канцелярия. Деятельность З. Кондоиди. Первое русское руководство по акушерству и педиатрии

Перечень задач.

Задача №1.

Заполнить таблицу – «Экономические и социальные потребности общества и их влияние на развитие медицины»

Задача №2.

Прочитайте статью Т. С. Сорокиной «Болел ли первобытный человек?». Ответьте письменно на следующие вопросы: 1. Что является предметом палеопатологии? Какие заблуждения о жизни первобытных людей, существовавшие до конца XIX в., она опровергла? 2. В чем состояла важность находок, обнаруженных в пещере Шанидар? Какие лекарственные средства, согласно этим находкам, употребляли древние люди?

Задача № 3

Познакомьтесь с отрывком из книги советского палеопатолога Д. Г. Рохлина. Ответьте письменно на следующие вопросы: 1. Какие болезни древних людей были обнаружены в результате экспедиций советских палеопатологов? 2. Какие заболевания были наиболее опасны и обуславливали высокую смертность?

Задача № 4

Прочитайте отрывки из книги Д. Фрэзера «Золотая ветвь: исследование магии и религии». Письменно выполните следующие задания и ответьте на вопросы: 1. В чем состоит сущность гомеопатической и контагиозной магии? Выберите из предложенных отрывков и кратко опишите ритуальные действия, которые являются примерами гомеопатической магии. 2. В чем, согласно магическим представлениям, состояли причины болезней и эпидемий? Подумайте, есть ли в перечисленных магических действиях рациональное начало? Как то или иное действие соотносится с современными знаниями в области медицины и психологии?

Задача №5

Прочитайте отрывок из «Папируса Смита». Ответьте письменно на вопросы: 1. Какие манипуляции могли производить древнеегипетские лекари? Какие манипуляции они считали безуспешными? Как вы думаете, для чего произносились слова: «Это болезнь, которую я буду лечить» или «Это болезнь, которую я не лечу»? 2. Какие лекарственные средства (согласно «Папирусу Смита») применялись в Древнем Египте?

Задача № 6

Прочитайте отрывок из книги С. М. Марчуковой «Медицина в зеркале истории». Ответьте на вопросы: 1. Какие виды лекарственных средств, используемых египтянами, упоминаются в «Папирусе Эберса»? Приведите примеры. 2. Какие характеристики древнеегипетской медицины, упоминаемые в тексте, позволяют отнести ее к традиционным системам врачевания?

Задача № 7. На основе хрестоматийного и учебного материала заполните таблицу: Особенности врачевания в странах Древнего Востока
Критерии сравнения (1. концепция происхождения болезней. 2. Медицинские тексты, Медицинское законодательство. 3. Лекарственные средства. 4. Врачебные специальности. 5. врачебная этика) Древний Египет, Древняя Индия, Древний Рим, Древняя Греция

Задача №8

Проанализировать как «Канон врачебной науки» Авиценны повлиял на развитие медицины в Европе.

Задача №9

В чем состояло противоречивое отношение к телу в средние века? Какими факторами оно определялось?

Задача № 10

Опишите отношение к врачам в Средневековом мире. Покажите, как на протяжении средневековья изменялся и пополнялся арсенал лечебных средств и методов врачевания.

Задача №11.

Прочитайте отрывок из книги С. М. Марчуковой «Медицина в зеркале истории». Выполните следующие задания и ответьте на вопросы: 1. Каковы причины болезней и здоровья людей, согласно библейской традиции? 2. Какое отношение к врачу выражают библейские тексты? 3. Раскройте значение и происхождение терминов «платцебо», «реанимация», «карантин», «антониев огонь»

Задача № 12

В чем вы видите положительную (с точки зрения развития науки) сторону занятий алхимиков? Какие химические элементы и процессы им были известны?

Задача №13

Опираясь на содержание отрывка из «Домостроя» и материал учебной литературы, ответьте письменно на следующие вопросы: 1. Каковы основные причины болезней и способы лечения с точки зрения авторов «Домостроя»? Можно ли считать врачевание в Московском государстве иллюстрацией традиционной медицины? Обоснуйте свой ответ. 2. Насколько ценной представляется авторам текста земная жизнь человека? Что они считают более важным, чем болезнь и смерть?

Задача №14

Каково, судя по «Домострою», отношение государства и церкви к народной медицине?

Задача №15

Какие болезни, согласно тексту «Домостроя», были распространены в Московской Руси?

Задача №16

Опираясь на содержание «Лечебника» и материала учебной литературы, выполните письменно следующие задания и ответьте на вопросы: 1. Найдите информацию об указанных лекарственных травах. Какие из перечисленных лекарственных трав используются в современной медицине? Каково их современное название? 2. Как вы можете объяснить тот факт, что указанные травы применялись не только в лечебных целях? Почему знахари, использовавшие лечение травами, подвергались преследованиям со стороны государства и церкви? 3. Приведите примеры смешения в древнерусской народной медицине православных и языческих элементов врачевания.

Задача №17

Прочитайте отрывок из работы русского историка XIX века Н. И. Костомарова «Домашняя жизнь и нравы великорусского народа» (1860 г.). Ответьте на вопросы и выполните задания: 1. Перечислите болезни, распространенные в Древней Руси. Какие из них приводили к высокой смертности? 2. Каким образом можно охарактеризовать придворную медицину в России XVI–XVII вв. Почему научная медицина, формировавшаяся в этот период в Европе, с трудом пробивала себе дорогу в России?

Задача №18

1. «Без знания химии современный врач быть не может» почему так утверждал М.В. Ломоносов?

Задача №19

Прочитайте отрывок из «Устава воинского» 1716 г. Выполните задания и ответьте на вопросы: 1. Заполните таблицу: «Функции

медицинского персонала по Воинскому уставу» 1716 г. Должность: 1. Доктор 2. Аптекарь 3. Штаб-лекарь 4. Полковой лекарь 5. Шпитальный инспектор.

Функции. Найдите информацию о том, чем отличалась подготовка и должностные обязанности доктора и лекаря, аптекаря и гезеля в XVIII веке? Какие функции выполнял в армии цирюльник? 3. Дайте оценку документу. В чем его значение? Что в нем вызывает особый интерес? Задача №20

Прочитайте указ Петра I «О присылке уродов и редкостей». Ответьте на вопросы: 1. Какие «редкости» и «монстры» подлежали сбору и с какой целью? 2. В чем состояли условия приема «редкостей»? Почему именно такие условия были установлены? Задача №21

Прочитайте отрывок из работы Н. М. Максимовича-Амбодика «Врачебное веществознание». Ответьте на вопросы: 1. Что понимает автор под определением: «врачебное веществознание»? 2. Какие науки, с точки зрения Н. М. Маскимовича-Амбодика, необходимо изучить будущему врачу и почему? 3. Определите, какие задачи и «орудия» имеет врачебная наука, согласно взглядам Н. М. Максимовича-Амбодика. Задача №22

Познакомьтесь с текстом «Аптекарского устава» 1789 г. Выполните следующие задания: 1. Составьте тезисный план основных обязанностей аптекаря согласно «Аптекарскому уставу». Сравните содержание устава с обязанностями аптекаря по «Генеральному регламенту» 1735 г. Какие изменения можно отметить? 2. В чем вы видите значение издания «Аптекарского устава»? Какие его положения кажутся вам актуальными? Задача №23

Прочитайте отрывок из работы И. И. Мечникова «Невосприимчивость в инфекционных болезнях». Ответьте на вопросы: 1. В чем состояла клеточная теория иммунитета, выдвинутая И. И. Мечниковым? Какие теории ей предшествовали? 2. В чем состояли отличия двух групп фагоцитов, впервые описанных И. И. Мечниковым? Какие названия дал им ученый? Какое значение имеет описание свойств разных групп фагоцитов для современной медицинской практики? 3. Опираясь на материал текста, определите отношение И. И. Мечникова к теории естественного отбора Ч. Дарвина. Есть ли в тексте указания на связь между теорией клеточного иммунитета и эволюционной теорией? 4. Определите значение исследований И. И. Мечникова для медицинской науки. Задача № 24

Опишите способы обезболивания, которые использовал Н. И. Пирогов в военно-полевых условиях. В чем, по его мнению, состояли преимущества «эфирования через дыхание» посредством изобретенного им «снаряда» (аппарата Н. И. Пирогова)? 2. К каким выводам пришел Н. И. Пирогов, сравнив на практике анестезирующее действие эфира и хлороформа? В чем состояла цель этого сравнения?

Оценка (стандартная)	Требования к знаниям
<i>«отлично»</i>	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, использует в ответе материал основной и дополнительной литературы, правильно и развернуто решил представленные задачи, сделал правильные выводы.
<i>«хорошо»</i>	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, задачу решил не полностью, либо сделал ошибку при анализе.
<i>«удовлетворительно»</i>	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, задача решена менее чем на половину, анализ и выводы не верны.
<i>«неудовлетворительно»</i>	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, предложенные задачи не решены, выводы и анализ не сделаны.

СООТВЕТСТВИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Формируемые знания и умения	Перечень вопросов
ОК 1 Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес	
Знать Отличительные черты развития врачевания и медицины в различные исторические периоды; Основные этапы и общие закономерности становления и развития врачевания и медицины с древнейших времен до Новейшего времени; Вклад выдающихся врачей мира в развитие медицинской науки; Основные правила и принципы медицинской этики;	Вопрос: 5.11,20,38
Уметь: Понимать логику и закономерности развития медицинской мысли и деятельности на разных этапах истории человечества; Обосновывать необходимость перемен в сестринском деле на современном этапе; Определять основные цели и задачи программы развития сестринского дела в РФ; Стремиться к повышению своего культурного уровня; Совершенствовать и углублять свои знания по истории медицины; Ориентироваться в данных вопросах, обобщать материал, делать выводы, применять полученные знания на практике; пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет.	Задача: 1-8,14
ПК 6.6 Решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов,	

медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности	
Знать достижения Древних государств и крупнейших цивилизаций в области медицины в процессе поступательного развития их духовной культуры; - вклад выдающихся врачей мира, определивших судьбу медицинской науки в истории человечества; - структуру, формы и методы научного познания, их эволюцию и взаимовлияние. - достижения видных ученых и врачей в области медицины в процессе развития государств, экономики, культуры;	Вопрос: 8,10,13,45
Уметь постоянно совершенствовать и углублять свои знания по истории избранной специальности; - стремиться к повышению своего культурного уровня; - достойно следовать в своей врачебной деятельности идеям гуманизма и общечеловеческих ценностей. - пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет анализировать исторический материал и ориентироваться в историческом процессе поступательного развития зубочувствования и стоматологии в древнем мире от истоков до современности; - анализировать исторический материал и ориентироваться в процессе, поступательного развития зубочувствования, стоматологии и медицины - понимать логику и закономерности развития медицинской мысли и деятельности на различных этапах истории человечества и применять эти знания в своей практике; - соотносить истину и заблуждения, знания и веру, рациональное и иррациональное в медицине.	Задача: 8-11,14,17
8-11 ПК 6.8 Способность использовать основы этико- правовых знаний в профессиональной деятельности, нести социальную ответственность за принятые решения, основываясь на опыте выдающихся врачей прошлого и настоящего	
Знать достижения Древних государств и крупнейших цивилизаций в области медицины в процессе поступательного развития их духовной культуры; - вклад выдающихся врачей мира, определивших судьбу медицинской науки в истории человечества; - структуру, формы и методы научного познания, их эволюцию и взаимовлияние. - достижения видных ученых и врачей в области медицины в процессе развития государств, экономики, культуры; - описывать фундаментальные опыты, оказавшие существенное влияние физики на развитие медицины ; - определять собственную позицию по отношению к экологическим проблемам и к поведению в природной среде, экологически грамотного поведения в окружающей среде; - уметь оценивать влияние химических загрязнений окружающей среды на организм человека и другие живые организмы; - использовать приобретенные знания и умения в повседневной жизни для оценки последствий своей деятельности по отношению к окружающей среде, собственному здоровью;;	Вопрос: 6-10,3,19,20
Уметь анализировать исторический материал и ориентироваться в историческом процессе поступательного развития зубочувствования и стоматологии в древнем мире от истоков до современности; - анализировать исторический материал и ориентироваться в процессе, поступательного развития зубочувствования, стоматологии и медицины - понимать логику и закономерности развития медицинской мысли и деятельности на различных этапах истории человечества и применять эти знания в своей практике; - соотносить истину и заблуждения, знания и веру, рациональное и иррациональное в медицине. постоянно совершенствовать и углублять свои знания по истории избранной специальности; - стремиться к повышению своего культурного уровня; - достойно следовать в своей врачебной деятельности идеям гуманизма и общечеловеческих ценностей. - пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет.	Задача: 1-8,11,15

24. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГИСТОЛОГИЯ, ЭМБРИОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ»

Модуль I «Цитология, эмбриология, общая гистология».

Тема: Устройство светового микроскопа и техника микроскопирования и протоколирования гистологических препаратов и электроннограмм.

Клеточные и неклеточные формы организации живой материи.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, опрос по электроннограмме.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Ядро клетки. Характеристика ядра как генетического центра клетки. Роль ядра в хранении и передаче генетической информации и в синтезе белка.

Хроматин. Строение и химический состав. Хроматин как форма существования хромосом в неделящемся ядре.

Морфология митотических хромосом. Кариотип.

Ядрышко. Ядерная оболочка. Кариоплазма.

Взаимодействие структур ядра и цитоплазмы в процессе синтеза белка и небелковых веществ в клетках.

Мейоз. Его особенности и биологическое значение.

Эндорепродукция. Основные формы, биологическое значение. Понятие о плоидности клеток. Полиплоидия.

Понятие о жизненном цикле клеток. Особенности жизненного цикла у различных видов клеток.

Тестовые задания для проверки знаний.

1. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ХРОМАТИНА:

а-хроматин-нуклеопротейдные нити интерфазных хромосом;

б-компоненты хроматина: ДНК(30-45%), гистоны(30-50%) и негистоновые белки;

в-в составе хроматина содержится до 32% РНК;

г-хроматиновые микрофибриллы образованы нуклеосомами (диаметром 10нм)

д-различия между активным и неактивным хроматином в основном связано с плотностью упаковки микрофибрилл.

2. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СТРУКТУРАМИ МИТОХОНДРИЙ И ИХ ФУНКЦИЯМИ:

1-матрикс	а-хранение и реализация информации
2-митохондриальная ДНК	о митохондриальных белках
3-митохондриальные рибосомы	б-окислительное фосфорилирование
4-кристи	в-синтез митохондриальных белков
	г-начальные этапы клеточного дыхания

3. СООТНЕСИТЕ УЛЬТРАСТРУКТУРЫ КЛЕТКИ С ЕЕ ФУНКЦИЯМИ

1 -комплекс Гольджи	а-поддержание формы клетки (цитоскелет)
2-гладкий эндоплазматический ретикулум	б-упаковка секреторных гранул и их экструзия
3-шероховатый эндоплазматический ретикулум	в-синтез экспортируемых полипептидов
4-микротрубочки и микрофиламенты	г-участие в фагоцитозе
5-лизосомы	д-синтез углеводов и липидов

4. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ФАЗАМИ КЛЕТОЧНОГО ЦИКЛА И ПРОЦЕССАМИ, В НИХ ПРОИСХОДЯЩИМИ

1-постмитотический период	а-репликация ДНК
2-синтетический период	б-синтез белков митотического аппарата
3-постсинтетический период клетки.	в-рост, цитодифференцировка, функционирование подготовка к синтезу ДНК

5. КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ НЕВЕРНЫМИ:

- а-в хромосомах содержится около 90% ДНК клетки;
- б-на стадии метафазы митоза хромосомы хорошо различимы на светооптическом уровне;
- в-хромосомные aberrации-это структурные изменения хромосом;
- г-кодирование генетической информации в хромосомах эукариотов обусловлено последовательностью аминокислот в полипептидных цепях гистоновых и негистоновых белков;
- д-каждый вид организмов обладает характерным и постоянным набором хромосом, закрепленным в эволюции данного вида.

ОТВЕТЫ:

1. а, б, г, д
2. 1б, 2а, 3в, 4г
3. 1б, 2д, 3в, 4а, 5г
4. 1в, 2а, 3б
5. г

Тема: Морфофункциональная характеристика эпителиальных тканей.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика незаткетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

- Возникновение тканей на основе дифференциации клеток эмбриональных зачатков. Механизмы гистогенеза: индукция, деление, детерминация, миграция, дифференцировка, интеграция и др. (Р. Шпеманн, В. Ру и др.).
- Ткани как один из уровней организации живого. Определение. Классификация тканей. Роль Р. Келликера, Ф. Лейдига, А.А. Заварзина, Н.Г. Хлопина в создании классификации тканей. Пределы изменчивости тканей. Значение гистологии для медицины. Современные представления о дифферонах, «тканевых мозаиках».
- Закономерности возникновения и эволюции тканей. Теории параллелизма А.А. Заварзина и дивергентной эволюции Н.Г. Хлопина, их синтез на современном уровне развития. Восстановительные способности тканей, типы физиологической регенерации. Репаративная регенерация.
- Общая морфофункциональная характеристика эпителиальных тканей.
- Морфофункциональная характеристика многослойных эпителиев.
- Классификация эпителиальных тканей. Классификация многослойных эпителиев: морфофункциональная, онтофилогенетическая.
- Морфофункциональная характеристика и дифференциальный принцип организации многослойного плоского ороговевающего эпителия.
- Кератинизация. Источники и ход эмбрионального развития.
- Морфофункциональная характеристика и дифференциальный принцип организации многослойного плоского неороговевающего эпителия.
- Источники и ход эмбрионального развития.
- Морфофункциональная характеристика и дифференциальный принцип организации переходного эпителия. Источники и ход эмбрионального развития.
- Физиологическая и репаративная регенерация многослойных эпителиев.
- Общая морфофункциональная характеристика однослойных эпителиев.
- Классификация однослойных эпителиев: морфофункциональная и онтофилогенетическая.
- Морфофункциональная характеристика и дифференциальный принцип организации однослойного однорядного призматического эпителия.
- Источники и ход эмбрионального развития.
- Морфофункциональная характеристика и дифференциальный принцип организации однослойного многорядного призматического мерцательного эпителия эпителия. Источники и ход эмбрионального развития.
- Физиологическая и репаративная регенерация однослойных эпителиев.
- Морфофункциональная характеристика железистого эпителия. Источники развития. Цитофизиологическая характеристика секреторного процесса. Типы секреции. Структурно-функциональная характеристика оргanelл, участвующих в биосинтезе веществ в клетках, и оргanelл, участвующих в процессах выведения веществ из клеток. Экзокринные железы: классификация по строению и функции, строение, регенерация. Включения цитоплазмы: понятие, классификация, химическая и морфофункциональная характеристика.

Примеры тестовых заданий для проверки знаний.

1. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛЕТОК ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОДНОСЛОЙНОГО ОДНОРЯДНОГО КАЕМЧАТОГО ЭПИТЕЛИЯ:

- а-базальные
- б-покровные
- в-шиповатые
- г-столбчатые энтероциты со всасывательной каемкой
- д-мерцательные

е-бескаемчатые
ж-апикально-зернистые
з-бокаловидные glandулоциты
и-вставочные
к-базально-зернистые

2. КАКИЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ СЧИТАЮТСЯ НЕВЕРНЫМИ ?

- а) в многослойных эпителиях все клетки пласта лежат на базальной мембране;
- б) в многослойных эпителиях все клетки имеют одинаковую форму и выполняют одинаковую функцию;
- в) многослойные эпителии обладают вертикальной анизоморфностью.

3. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПРИЗНАКИ, СВОЙСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ ТКАНЯМ:

- а) эпителиальные ткани образуют пласты, состоящие из клеток и межклеточного вещества;
- б) эпителиальный пласт не имеет межклеточного вещества;
- в) эпителиальные ткани обладают полярностью;
- г) эпителиальные ткани обладают сократимостью;
- д) эпителиальные ткани обладают анизоморфностью;
- е) эпителиальные ткани входят в состав тканей внутренней среды;
- ж) эпителиальные ткани обладают высокой степенью регенерации;
- з) эпителиальные ткани имеют дифференную организацию;
- и) эпителиальные ткани ограничены от соединительной ткани базальной мембраной.

Ответы:

- 1. г, е, ж, з, к
- 2. а, б.
- 3. б, в, д, ж, з, и.

Тема: Мезенхима. Ткани внутренней среды. Кровь. Лимфа.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика неэтикетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

- 1. Мезенхима, её производные (морфофункциональная характеристика, пути развития).
- 2. Общая характеристика опорно-трофических тканей, их классификация, источники развития, функциональное значение, регенерация.
- 3. Понятие о системе крови и её тканевых компонентах. Характеристика крови как ткани. Формула крови. Возрастные изменения.
- 4. Эритроциты, их количество, размеры, форма, строение, химический состав, продолжительность жизни. Ретикулоциты.
- 5. Кровяные пластинки (тромбоциты), их количество, размеры, строение, функции, продолжительность жизни.
- 6. Общая морфофункциональная характеристика лейкоцитов. Классификация и особенности строения в зависимости от степени зрелости. Лейкоцитарная формула. Её возрастные особенности.
- 7. Зернистые лейкоциты (гранулоциты), их разновидность, количество, размеры, строение и функции, продолжительность жизни.
- 8. Незернистые лейкоциты (агранулоциты), их разновидность, количество, размеры, функции, продолжительность жизни. Понятие о Т- и В-лимфоцитах.
- 9. Лимфа.

Примеры тестовых заданий для проверки знаний.

1. НЕЙТРОФИЛЬНЫЕ ГРАНУЛОЦИТЫ

- а-в норме образуются в селезенке
- б-секретируют гистамин
- в-синтезируют иммуноглобулины различных классов
- г-все вышеуказанное неверно
- д-все вышеуказанное верно

2. КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ЭРИТРОПОЭЗ ?

- 1. постепенное изменение размеров клетки;
- 2. появление азурофильной зернистости;
- 3. редукция органелл;
- 4. снижение базофилии и появление оксифилии цитоплазмы;
- 5. выброс ядра.

3. КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СТРУКТУРНОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ГРАНУЛОЦИТОПОЭЗ ?

- 1. уменьшение размеров клетки;
- 2. выброс ядра;
- 3. появление сегментированности ядра;
- 4. появление в цитоплазме специфических гранул;
- 5. ядро приобретает бобовидную форму.

Ответы:

- 1. г
- 2. 1,3, 4, 5
- 3. 1, 3, 4, 5

Тема: Подсчёт лейкоцитарной формулы в клиническом мазке крови.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика неэтикетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

- 1. Методика окрашивания мазка крови.
- 2. Техника подсчета лейкоцитов в мазке крови.

Тема: Соединительные ткани: волокнистые и ткани со специальными свойствами.
Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика незатектированных препаратов.
Контрольные вопросы для самоконтроля:

1. Морфофункциональная характеристика и классификация соединительной ткани. Клеточные элементы волокнистой соединительной ткани: происхождение, строение, функции.
2. Межклеточное вещество в волокнистой соединительной ткани: строение и значение. Взаимоотношение клеток и неклеточных структур в соединительной ткани. Фибробласты и их роль в образовании межклеточного вещества. Структурно-функциональная характеристика органелл, участвующих в биосинтезе веществ в клетках.
3. Строение сухожилий и связок.
4. Макрофаги: строение, функции, источники развития. Структурно-функциональная характеристика органелл, участвующих во внутриклеточном пищеварении, защитных и обезвреживающих реакциях. Понятие о макрофагической системе. Вклад русских учёных в её изучение.
5. Соединительные ткани со специальными свойствами, их классификация, строение и функции.
6. Взаимодействие клеток крови и соединительной ткани в иммунных реакциях организма.

Примеры тестовых заданий для проверки знаний.

1. КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ФИБРОБЛАСТОВ ЯВЛЯЮТСЯ ВЕРНЫМИ:

- а-развиваются из стволовой клетки крови
- б-их предшественниками могут быть адвентициальные клетки
- в-синтезируют гликозаминогликаны
- г-синтезируют коллагеназу и эластазу
- д-высвобождают тропоколлаген на свою поверхность по мерокриновому типу

2. КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ СТРОЕНИЯ СУХОЖИЛИЯ КАК ОРГАНА, ЯВЛЯЮТСЯ НЕПРАВИЛЬНЫМИ:

- а-образовано плотной неоформленной соединительной тканью
- б-образовано плотной оформленной соединительной тканью и прослойками рыхлой волокнистой неоформленной соединительной ткани
- в-преобладают коллагеновые волокна
- г-преобладают эластические волокна
- д-волокна преобладают над аморфным веществом
- е-фибробласты разделяют между собой пучки коллагеновых волокон 2-го порядка

3. КАКИЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ, КАСАЮЩЕЕСЯ ЭНДОТЕЛИИ ВЕРНЫ:

- а-представлен плотной неоформленной соединительной тканью
- б-представлен рыхлой волокнистой неоформленной соединительной тканью
- в-разграничивает пучки коллагеновых волокон 2-го порядка
- г-разделяет пучки коллагеновых волокон 1 -го порядка
- д-является источником физиологической и репаративной регенерации сухожилия

Ответы:

1. б, в, д
2. а, г, е
3. б, в

Тема: Хрящевые ткани. Костные ткани. Кость как орган.
Прямой и непрямой остеогенез.
Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика незатектированных препаратов.
Контрольные вопросы для самоконтроля:

Морфофункциональная характеристика и классификация хрящевых тканей. Их развитие, строение, функции. Рост хряща, его регенерация.
Возрастные изменения.
Морфофункциональная характеристика и классификация костных тканей. Их развитие, строение, роль клеточных элементов и межклеточного вещества. Возрастные изменения.
Строение плоских и трубчатых костей.
Суставы. Морфо-функциональная характеристика.
Прямой остеогенез.
Непрямой остеогенез.
Перестройка кости во время роста организма. Факторы, влияющие на рост костей.

Примеры тестовых заданий для проверки знаний.

1. КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ СТРОЕНИЯ ДИАФИЗА ТРУБЧАТОЙ КОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ НЕВЕРНЫМИ ?

- а) остеон-основная единица пластинчатой костной ткани, в центре его располагается канал;
- б) остеон образован концентрически ориентированными пластинами;
- в) вставочные пластины-остатки старых остеонов;
- г) Гаверсов канал-прободающий канал располагается перпендикулярно длине кости;
- д) остециты, преобладающие клетки костной ткани, располагаются в лакунах;
- е) тканевая жидкость-межклеточное вещество костной ткани.

2. КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ СТРОЕНИЯ ОСТЕОКЛАСТОВ ЯВЛЯЮТСЯ НЕВЕРНЫМИ ?

- а) остеокласты постоянно присутствующие и основные клетки костной ткани;
- б) крупная многоядерная клетка с оксифильной цитоплазмой;
- в) в цитоплазме много лизосом, хорошо развит комплекс Гольджи;
- г) основная функция-выработка межклеточного вещества;

д) образуются из остеобластов.

3. КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ СТРОЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОСТЕОЦИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ ВЕРНЫМИ ?

- а) образуется из остеобластов;
- б) крупная многоядерная клетка с оксифильной цитоплазмой располагается в лакунах;
- в) отросчатая форма, темное компактное ядро, слабобазофильная цитоплазма;
- г) количество их не зависит от состояния кости, это постоянно присутствующие и основные клетки костной ткани;
- д) принимают участие в процессах метаболизма в костной ткани;

Ответы:

- 1. г, е
- 2. г, д
- 3. а, в, г, д

Тема: Мышечные ткани. Тканевые элементы нервной системы.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика незаткетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Морфофункциональная характеристика и классификация мышечных тканей. Гладкая мышечная ткань: источник развития, строение, иннервация. Структурные основы сокращения гладких мышечных клеток. Регенерация. Исчерченная скелетная мышечная ткань: источник развития, строение, иннервация. Структурные основы сокращения мышечного волокна. Типы мышечных волокон. Регенерация. Мышца как орган: строение, васкуляризация, эфферентная и афферентная иннервация. Связь мышцы с сухожилием. Исчерченная сердечная мышечная ткань: источник развития, структурно-функциональная характеристика. Регенерация. Морфофункциональная характеристика нервной системы. Источники развития. Нейроциты: функции, строение, морфологическая и функциональная классификация. Нервные волокна: определение, строение, функциональные особенности миелиновых и безмиелиновых нервных волокон. Миелинизация нервных волокон. Регенерация нервных волокон. Нейроглия: источники развития, классификация, строение и значение различных видов глииоцитов. Рефлекторные дуги: понятие, строение простых и сложных рефлекторных дуг. Нейронная теория. Вклад зарубежных и отечественных учёных в её становление и утверждение.

Примеры тестовых заданий для проверки знаний.

1. НАЙТИ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПОМ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ И СТРУКТУРНОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ИХ :

- | | |
|------------------------------|-----------------|
| 1. скелетная мышечная ткань. | а) миоциты; |
| 2. гладкая мышечная ткань. | б) миосимпласт. |
| 3. сердечная мышечная ткань. | |

2. НАЗОВИТЕ КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ?

- а) триада-состоит из овальных терминальных цистерн;
- б) триада-состоит из канала Т-системы;
- в) триада-состоит из канала Т-системы и из овальных терминальных цистерн;
- г) триада-состоит из L-системы.

3. КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ НЕВЕРНЫМИ?

- а) эпимизий - участок соединительной ткани, образующий плотную оболочку вокруг мышцы;
- б) перимизий - участок соединительной ткани располагающийся непосредственно вокруг мышечных волокон;
- в) эндомизий - участок соединительной ткани, располагающийся вокруг крупных пучков мышечных волокон.

4. КАКИЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО МИКРОГЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВЕРНЫМИ ?

- а) развивается из мезенхимы;
- б) участие в иммунном ответе в мозге;
- в) способность к обновлению;
- г) многочисленные лизосомы;
- д) изолируют рецептивные поверхности нейронов.

5. КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО СПОСОБНОСТИ К РЕГЕНЕРАЦИИ НЕРВНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЮТСЯ ВЕРНЫМИ:

- а) нервная ткань - статическая ткань (стабильная ткань);
- б) нервная ткань - медленно обновляющаяся ткань;
- в) нервная ткань - быстро обновляющаяся ткань.

Ответы:

- 1. 1-б; 2-а; 3-а
- 2. в
- 3. б, в
- 4. д
- 5. а

Тема: Рубежный контроль по модулю I «Цитология, эмбриология, общая гистология».

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика незаткетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля: см. вопросы к текущим занятиям.

Модуль II «Частная гистология».

Тема: Органы нервной системы. Нервные окончания. Чувствительные нервные узлы. Спинной мозг. Головной мозг.
Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика незиткетированных препаратов.
Контрольные вопросы для самоконтроля:

Общая морфофункциональная характеристика органов нервной системы. Источники развития нервной системы, ход эмбрионального развития.

Нервные окончания: понятие, классификация, строение рецепторных нервных окончаний.

Эффекторные нервные окончания (классификация, строение, механизм функционирования).

Синапсы: понятие, строение, механизм передачи нервного импульса в синапса. Классификация синапсов.

Чувствительные нервные узлы (спинномозговые и черепные). Морфофункциональная характеристика, положение узлов в рефлекторной дуге.

Спинной мозг. Морфофункциональная характеристика. Развитие. Строение серого и белого вещества; нейронный состав. Чувствительные и двигательные пути спинного мозга как примеры рефлекторных дуг. Собственный аппарат рефлекторной деятельности спинного мозга (эволюционные и морфофункциональные аспекты).

Мозжечок. Строение и функциональная характеристика. Нейронный состав коры мозжечка, глиоциты. Межнейронные связи.

Головной мозг. Общая морфофункциональная характеристика больших полушарий. Эмбриогенез. Нейронная организация коры больших полушарий. Понятие о колонках. Научный вклад Хьюбеля и Визеля в разработку концепции о модульной организации нейронов высших центров нервной системы. Миелоархитектоника коры больших полушарий.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для проверки знаний.

1. ПЕРИКАРИОНЫ ПСЕВДОУНИПОЛЯРНЫХ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ СПИНАЛЬНОГО ГАНГЛИЯ ОКРУЖЕНЫ:

- а-астроцитами ,
- б-олигодендроцитами,
- в-шванновскими клетками,
- г-фибройластами.

2. КАКИЕ СТРУКТУРНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МОЛЕКУЛЯРНОГО (А), ГАНГЛИОНАРНОГО (Б) И ЗЕРНИСТОГО (В) СЛОЁВ КОРЫ МОЗЖЕЧКА:

- а-тела клеток Пуркинье,
- б-дендриты клеток Пуркинье,
- в-аксоны клеток Пуркинье,
- г-астроциты,
- д-корзинчатые нейроциты,
- е-звездчатые нейроциты,
- ж-клетки-«зёрна»,
- з-клетки Гольджи.

3. АКСОНЫ КАКИХ НЕЙРОНОВ ДВИГАТЕЛЬНОЙ КОРЫ ОБРАЗУЮТ ПИРАМИДНЫЙ ПУТЬ?

- а-веретеновидные,
- б-клетки Беца,
- в-зернистые,
- г-горизонтальные,
- д-звездчатые.

Ответы:

- 1. б
- 2. А- б, д, е; Б- а; В- в, г, ж, з
- 3. б

При исследовании под микроскопом спинного мозга обнаружена дегенерация (перерождение) нервных волокон задних канатиков. В результате повреждения каких нервных клеток это возможно? Какие отростки этих нервных клеток образуют осевые цилиндры нервных волокон задних канатиков?

На двух микрофотографиях видны интрамулярный и экстраорганные нервные ганглии с нервными клетками мультиполярного типа. Какие это ганглии по своему значению? Какого вида, согласно функциональной классификации, в них нервные клетки?

На микрофотографии крупный, грушевидной формы нейронит, на теле которого синапс в виде корзинки. Какая клетка образует такого вида синапс с грушевидной клеткой? Где эта клетка располагается?

Тема: Сердечно-сосудистая система – сосуды, сердце.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика незиткетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Кровеносные сосуды. Общий принцип строения, тканевой состав. Классификация. Взаимосвязь строения стенки сосудов и гемодинамических условий.

Артерии. Морфо-функциональная характеристика. Классификация, развитие, строение, иннервация, регенерация и функция артерий. Общая морфо-функциональная характеристика сосудов микроциркуляторного русла (артериол, венул, капилляров, артериоло-венулярных анастомозов).

Особенности строения, классификация и функции артериол и венул.

Морфо-функциональная характеристика, классификация артериоло-венулярных анастомозов.

Капилляры: строение, классификация, органоспецифичность. Понятие о гистогематическом барьере.

Вены. Классификация, строение, иннервация, регенерация и функция.

Лимфатические сосуды. Морфо-функциональная характеристика лимфатических капилляров и отводящих лимфатических сосудов.

Общая морфо-функциональная характеристика сердца. Источники и ход эмбрионального развития сердца.

Морфо-функциональная характеристика эндокарда. Строение и функции клапанов сердца.

Миокард. Морфо-функциональная характеристика различных типов кардиоцитов.

Кровоснабжение, иннервация и регенерация сердца.

Гистофизиология проводящей системы сердца.

Эпикард и перикард.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для проверки знаний.

1. КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТ АРТЕРИОЛЫ?

- а-артерии мышечно-эластического типа переходят в артериолы,
- б-терминальные артериолы образуют прекапиллярный сфинктер,
- в- в состав стенки артериолы входят: эндотелий, циркулярно ориентированные леймиоциты (ГМК), соединительнотканые элементы адвентициальной оболочки,
- г-прекапиллярный сфинктер-единственная структура,содержащая гмк,
- д-эндотелиоциты в стенке артериол не формируют щелевых контактов с ГМК.

2. ОДИН ИЗ НИЖЕ ПРИВЕДЕННЫХ ПРИЗНАКОВ СВОЙСТВЕНЕН МИОКАРДУ:

- а-развивается в эмбриогенезе из мезенхимы,
- б-содержит в своем составе афферентные "нервно-мышечные веретена",
- в-дефинитивные кардиомиоциты не способны к клеточной репродукции (пролиферации),
- г-железистые кардиомиоциты преимущественно локализованы в желудочках сердца,
- д-парасимпатическая иннервация вызывает усиление силы и частоты сокращений рабочих кардиомиоцитов.

3. КАПИЛЛЯРЫ. ВЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- а-в организме происходит их постоянное новообразование,
- б-свободная поверхность его покрыта мезотелием,
- в-в своем составе имеют перicyты,
- г-капилляры синусоидного типа расположены в органах кроветворения и иммунной защиты,
- д-входящие в их состав ГМК (леймиоциты) регулируют кровяное давление.

Ответы:

- 1. б, в.
- 2. в
- 3. б

На препарате кровеносный сосуд, внутренняя оболочка которого образует клапаны. Какие сосуды имеют клапаны, и какими гистологическими структурами они образованы?

Стенка артерий и вен состоит из трех оболочек. При описании одной оболочки было указано, что она содержит сосуды сосудов. Какие это оболочки?

На препарате артериолы и кровеносные капилляры диаметром 20 мкм. По какому признаку можно определить артериолы? К какому типу относят данные капилляры?

Тема: Органы кроветворения и иммунной защиты.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика неэтикетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Общая и сравнительная морфо-функциональная характеристика органов кроветворения и иммунной защиты. Центральные и периферические органы кроветворения и иммуногенеза.

Основные источники и этапы формирования кроветворных органов в онтогенезе человека.

Морфо-функциональная характеристика красного костного мозга. Характеристика постэмбрионального кроветворения в красном костном мозге. Взаимодействие стромальных и гемопоэтических элементов. Особенности строения жёлтого костного мозга. Возрастные изменения.

Морфо-функциональная характеристика вилочковой железы (тимуса), как центрального органа лимфопоэза и его роль в регуляции иммуногенеза. Понятие о возрастной и акцидентальной инволюции тимуса. Понятие о гематотимусном барьере.

Морфо-функциональная характеристика селезёнки, особенности кровоснабжения. Т- и В-зоны. Возрастные изменения.

Морфо-функциональная характеристика лимфатических узлов. Их участие в реакциях клеточного и гуморального иммунитета. Особенности топографии, клеточного состава и функций Т- и В-зон. Возрастные изменения.

Понятие о единой иммунной системе слизистых оболочек. Лимфоидные узелки в миндалинах, аппендиксе, кишечнике и др. Лимфоцитопоэз. Секреторные иммуноглобулины, их образование и значение.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для проверки знаний.

1. ПЕРЕЧИСЛЕНА РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ КЛЕТКИ КРОВИ (НА УРОВНЕ КРАСНОГО КОСТНОГО МОЗГА). УКАЖИТЕ, КАКАЯ ИЗ НИХ В НОРМЕ ПОСТУПАЕТ В ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ КРОВОТОК:

- а-мегакариоцит,
- б-оксифильный эритробласт(проэритроцит),
- в-лимфобласт,
- г-ретикулоцит,
- д-промиелоцит.

2. ЛИМФАТИЧЕСКОМ УЗЛЕ В-ЛИМФОЦИТЫ ЗАСЕЛЯЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

- а-мозговые тяжи (мякотные шнуры),
- б-паракортикальную зону,
- в-центр размножения лимфоидных фолликулов,
- г-краевую зону лимфоидных фолликулов.

3. СТРОМУ КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ ОБРАЗУЕТ:

- а-жировая ткань,
- б-рыхлая волокнистая соединительная ткань,
- в-пигментная ткань,
- г-ретикулярная ткань.

Ответы:

- 1. г
- 2. а, в
- 3. г

В препарате представлено несколько лимфоидных фолликулов из разных кроветворных органов. По какому признаку среди них можно определить лимфоидный фолликул селезёнки?

При микроскопии в строме кроветворного органа человека обнаружены мегакарициты. Какой это орган кроветворения?

Селезёнка является поставщиком железа для красного костного мозга. Что является источником железа в селезёнке?

Тема: Эндокринная система. Гипоталамо-гипофизарная нейросекреторная система. Периферические эндокринные железы.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика неэтикетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Общая характеристика желез внутренней секреции. Источники развития. Классификация. Понятие о гормонах, клетках-мишенях, рецепторах к гормонам.

Гипоталамус. Источники развития. Нейросекреторные отделы. Крупноклеточные ядра. Особенности организации и функций нейросекреторных клеток. Связь гипоталамуса и нейрогипофиза.

Мелкоклеточные ядра гипоталамуса. Либерины и статины.

Пути регуляции гипоталамусом желез внутренней секреции.

Гипофиз. Источники и основные этапы эмбрионального развития. Строение: тканевой и клеточный состав адено- и нейрогипофиза. Морфо-функциональная характеристика аденоцитов, их изменения при нарушении гормонального статуса. Связь гипофиза с гипоталамусом и другими эндокринными железами.

Эпифиз. Источники развития, строение, секреторные функции. Место и роль эпифиза в эндокринной системе.

Щитовидная железа. Источники и основные этапы эмбрионального развития. Строение: тканевой и клеточный состав. Функциональное значение различных видов тироцитов. Особенности секреторного процесса в тироцитах, его регуляция.

Околощитовидные железы. Источники развития. Тканевой и клеточный состав, функциональное значение. Участие щитовидной железы в регуляции кальциевого гомеостаза.

Надпочечники: источники развития, строение, тканевой и клеточный состав, функциональная характеристика. Регуляция функции надпочечников.

Понятие о диффузной эндокринной системе. Роль гормонов в общей и местной регуляции (на конкретном примере).

Возрастные изменения органов эндокринной системы.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для проверки знаний.

1. РЕГУЛЯТОРОМ ЭКСПРЕССИИ СИНТЕЗА ПАРАГОРМОНА ЯВЛЯЕТСЯ:

а-ионы натрия,

б-аденогипофизарные гормоны,

в-ионы кальция,

г-окситоцин,

д-вазопрессин.

2. ПРИ ТИРЕОИДЭКТОМИИ БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АДЕНОГИПОФИЗЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:

а-активизация секреции кортикотропических,

б-угнетение секреции кортикотропических,

в-угнетение секреторной деятельности тиреотропических,

г-активизация секреции тиреотропических,

д-секреторная активность аденоцитов гипофиза не меняется.

3. ТИРОКСИН И ТРИЙОДОТИРОНИН СЕКРЕТИРУЮТ:

а-К-клетки,

б-эпителиоциты, локализованные в стенке фолликула щитовидной железы,

в-клетки Ашканази-Хашимото,

г-межфолликулярные клетки.

Ответы:

1. в

2. г

3. б

В эксперименте в одной группе животных проведена кастрация, в другой – тиреоидэктомия. Какие аденоциты в гипофизе будут преимущественно реагировать на операцию в каждой группе? Объясните причину.

При микроскопическом анализе щитовидной железы установлено, что фолликулы имеют небольшие размеры, содержат мало коллоида, который сильно вакуолизирован, тироциты высокопризматические. Какому функциональному состоянию органа соответствует такое строение? Объясните возможные причины.

У неполовозрелого животного удалён эпифиз. Как изменится скорость полового созревания животного?

Тема: Кожа и её производные.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика неэтикетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Общая морфо-функциональная характеристика кожи. Источники эмбрионального развития структурных компонентов кожи.

Строение эпидермиса. Морфологические и биохимические изменения, происходящие в эпителиоцитах в процессе их дифференцировки (кератинизация). Дифференциальный состав эпидермиса. Регенерация эпидермиса.

Дерма. Особенности строения сосочкового и сетчатого слоёв. Подкожно-жировая клетчатка (гиподерма). Кровоснабжение и иннервация кожи.

Особенности строения кожи в различных участках тела.

Железы кожи (потовые и сальные). Их структура и гистофизиология.

Волосы. Развитие, строение, стадии роста волос. Смена волос в различные периоды онтогенеза.

Ногти. Их строение и рост.

Половые и возрастные особенности кожи.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для проверки знаний.

1. МЕЛАНОМА-ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ПРОИСХОДИТ ИЗ:

а-клеток Лангерганса,
б-кератиноцитов,
в-клеток, дающих позитивную реакцию на ДОФА,
г-клеток Меркеля.

2. САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ. ВЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

а-секреторные отделы расположены в сосочковом слое дермы,
б-тип секреции-голокриновый,
в-секреторные клетки (себоциты)-обновляющаяся популяция,
г-выводной проток открывается в волосяную воронку,
д-выводные протоки могут быть не связаны с волосом.

3. МЫШЦА ПОДНИМАЮЩАЯ ВОЛОС ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ К:

а-кутикуле волосяного фолликула,
б-волосяной сумке,
в-внутреннему эпителиальному влагалищу волосяного фолликула,
г-наружному эпителиальному влагалищу волосяного фолликула.

Ответы:

1. в
2. а
3. б

В результате болезни нарушена деятельность сальных желёз. Как изменится при этом кожа и её функции?

В базальном и шиповатом слое эпидермиса кожи повышено число митотически делящихся клеток. При каких условиях можно наблюдать подобное явление?

На препарате кожи на границе сетчатого слоя и подкожной жировой клетчатки видны концевые отделы желёз. Какие это железы?

Тема: Органы переднего отдела желудочно-кишечного тракта. Органы ротовой полости. Органы среднего желудочно-кишечного тракта: глотка, пищевод, желудок и тонкий отдел кишечника.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика неэтикетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Общий план строения стенки пищеварительного канала. Общая морфо-функциональная характеристика. Типы слизистых оболочек (кожный и кишечный), их гистофизиология.

Источники и ход эмбрионального развития органов пищеварительной системы.

Ротовая полость. Общая морфо-функциональная характеристика слизистой оболочки.

Губы, их строение и функции.

Язык. Строение сосочков языка и их функции. Возрастные изменения.

Строение десен.

Зубы. Источники развития. Основные стадии развития и смена зубов. Строение. Регенерация тканей зуба.

Слюнные железы. Большие слюнные железы. Особенности строения и развития различных желёз. Регенерация. Возрастные изменения.

Глотка. Пищевод. Источники развития. Строение и функции.

Желудок. Общая морфо-функциональная характеристика. Источники развития. Особенности строения различных отделов.

Гистофизиология желёз желудка.

Иннервация и васкуляризация стенки желудка. Регенерация.

Тонкая кишка. Общая морфо-функциональная характеристика. Особенности строения различных отделов. Иннервация, васкуляризация и регенерация.

Гистофизиология системы крипта – ворсинка тонкого отдела кишечника.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для проверки знаний.

1. КАКИЕ КЛЕТКИ НЕ СВОЙСТВЕННЫ ФУНДАЛЬНЫМ ЖЕЛЕЗАМ ЖЕЛУДКА В НОРМЕ:

- 1.мукоциты,
- 2.париетальные клетки,
- 3.клетки Панета,
- 4.главные экзокриноциты,
- 5.эндокриноциты открытого типа,
- 6.эндокриноциты закрытого типа

2. С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ КАКИХ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОБЫЧНО СВЯЗАНА ГИПЕРАЦИДНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА:

- 1.эпителиоциты ямок,
- 2.главные экзокриноциты,
- 3.щечные клетки,
- 4.париетальные клетки,
- 5.диффузные эндокриноциты(базально-зернистые клетки).

3. ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНАЯ КИШКА. ВЕРНО ВСЕ,КРОМЕ:

а-дуоденальные железы продуцируют слизь и бикарбонат,
б-слизистая оболочка характеризуется короткими и разветвленными ворсинками,
в-хиломикроны поступают в лимфатические капилляры,
г-стимуляция симпатического отдела ВНС усиливает сократительную деятельность мышечных структур кишки,
д-энтероэндокринные клетки вырабатывают холецистокинин.

Ответы:

1. 1, 2, 4, 5, 6
2. 4
3. г

В полости желудка резко повышено содержание слизи, что затрудняет переваривание пищи. С нарушением функциональной деятельности каких клеток это связано?

Препараты приготовлены из дна и пилорического отдела желудка. По каким характерным признакам их можно различить? Перед Вами два поперечных гистологических среза пищевода человека. Можно ли определить по структуре препарата, на каком уровне пищевода сделан срез?

Тема: Органы заднего отдела пищеварительного тракта и крупные пищеварительные железы: печень, поджелудочная железа.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика незатикетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Толстая кишка. Общая морфо-функциональная характеристика. Строение, Особенности строения червеобразного отростка и прямой кишки.

Печень. Общая морфо-функциональная характеристика. Источники развития. Особенности кровоснабжения.

Строение классической печёночной дольки. Структурно-функциональная характеристика гепатоцитов. Регенерация. Строение портальной дольки и ацинуса печени. Желчный пузырь. Строение, функции.

Поджелудочная железа. Развитие, строение экзо- и эндокринной частей, их гистофизиология. Регенерация.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для проверки знаний.

1. ПРОСТРАНСТВО ДИССЕ ОГРАНИЧИВАЮТ:

а-гепатоциты и клетки Ито (адипоцитоподобные клетки),

б-эндотелиоциты синусоидных капилляров и гепатоциты,

в-соседние тяжи(балки) гепатоцитов,

г-эндотелиоциты синусоидных капилляров и клетки Купфера.

2. ПЕЧЕНЬ. ВЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

а-желчные капилляры находятся внутри печеночных балок (трабекул),

б-гепатоциты окружены базальной мембраной,

в-кровь из синусоидных капилляров поступает в центральные вены долек печени,

г-клетки Купфера относятся к макрофагической системе.

3. ПОВРЕЖДЕНИЕ КАКОЙ КЛЕТКИ ТОНКОЙ КИШКИ ДЕЛАЕТ НЕВОЗМОЖНЫМ ПРИСТЕНОЧНОЕ ПИЩЕВАРЕНИЕ В СИСТЕМЕ "ВОРСИНКА-КРИПТА":

1. бокаловидный glandулоцит,

2. столбчатый энтероцит со всасывательной каемкой,

3. бескаемчатый энтероцит,

4. апикально-зернистая клетка (Панета),

5. диффузный эндокриноцит.

Ответы:

1. б

2. б

3. 2

Представлена электроннограмма железистой клетки поджелудочной железы. Хорошо видна полярность клетки. В базальной части гранулярная эндоплазматическая сеть представлена большим количеством узких взаимопараллельных канальцев и цистерн. В апикальной части клетки видно большое количество крупных электронноплотных гранул. Какая железистая клетка представлена на электроннограмме? Ответ обоснуйте.

Перед Вами два препарата печени различных людей. На одном из них соединительная ткань между дольками развита слабо, на другом – соединительной ткани значительно больше. Можно ли на основании этого делать выводы о различии в функциональной активности печени? В результате длительного лечения антибиотиками у больного нарушен процесс переваривания клетчатки пищи в толстом отделе кишечника. С чем это может быть связано?

Тема: Органы дыхательной системы.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика незатикетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Общая морфо-функциональная характеристика органов дыхательной системы. Источники и ход их эмбрионального развития.

Внелегочные воздухоносные пути (носовая полость, носоглотка, гортань, трахея, главные бронхи).

Лёгкие. Внутрилегочные воздухоносные пути: классификация, строение.

Лёгкие. Строение респираторных отделов. Аэро-гематический барьер.

Особенности кровоснабжения лёгкого. Возрастные изменения.

Плевра. Строение и функции.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для проверки знаний.

1. СУРФАКТАНТ. ВЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

а-вырабатывается альвеолоцитами 2-го типа,

б-частично синтезируется бокаловидными клетками,

в-образует пленку на апикальной поверхности альвеолоцитов,

г-понижает поверхностное натяжение в альвеоле,

д-его избыток удаляется макрофагами.

2. С УМЕНЬШЕНИЕМ КАЛИБРА ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ БРОНХОВ:

а-уменьшается выраженность мышечной пластинки слизистой оболочки,

б-уменьшается высота эпителиоцитов слизистой оболочки,

в-возрастает число бокаловидных glandулоцитов.

3. ОТНОСИТЕЛЬНО КЛЕТОК КЛАРА ВЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

а-клетки с куполообразной верхушкой лишены ресничек и микроворсинок,

б-комплекс Гольджи и ЭПС развиты слабо,

в-встречаются в респираторных альвеолах,

г-вырабатывают компоненты сурфактанта и ферменты, расщепляющие сурфактант,

д-хорошо развиты комплекс Гольджи и ЭПС.

Ответы:

1. б, г
2. б
3. а, в, г, д

В условном эксперименте блокирована двигательная активность реснитчатого эпителия и в полости легочных альвеол резко увеличивается количество макрофагов. Чем это объясняется?

Приступы удушья при бронхиальной астме связаны с нарушением нормального функционирования (спазм) ряда элементов воздухоносных путей. Назовите эти элементы и дайте обоснование своей точке зрения.

При длительном курении или дыхании запыленным воздухом в ткани легкого и регионарных лимфатических узлов накапливаются частицы дыма и пыли, вследствие чего цвет этих органов меняется (с розового на серый). Что происходит с частицами пыли и дыма при попадании в просвет альвеол и каким образом они оказываются в регионарных лимфатических узлах?

Тема: Органы мочевыделительной системы.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика незатектированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Общая морфо-функциональная характеристика органов мочевыделительной системы. Источники развития.

Общий план строения почки. Гистофизиология нефрона. Корковые и юкстамедуллярные нефроны. Возрастные изменения почки.

Васкуляризация почек. Морфо-функциональные основы регуляции процесса мочеобразования. Юкстагломерулярный комплекс.

Простагландин-кининовая система.

Мочеотводящие пути. Мочеточники, мочевой пузырь, мочеиспускательный канал. Строение и функции.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для проверки знаний.

1. ПОЧЕЧНОЕ ТЕЛЬЦЕ (ГЛОМЕРУЛА) ИМЕЕТ В СВОЕМ СОСТАВЕ:

- а- ГМК (леймиоциты),
- б- подоциты,
- в- эндотелиоциты,
- г- мезангиоциты,
- д- лаброциты,
- е- перициты,
- ж- адипоциты.

2. В СОСТАВ ЮКСТАГЛОМЕРУЛЯРНОГО (ОКОЛОКЛУБОЧКОВОГО) КОМПЛЕКСА ВХОДЯТ:

- а-подоциты,
- б-эндотелиоциты фильтрационного барьера,
- в-эндотелиоциты vas afferens et vas deferens,
- г-клетки плотного пятна (macula dense),
- д-леймиоциты приносящей и выносящей артериол,
- е-клетки Гурмагига (юкставааскулярные).

3. ЧЕРЕЗ ФИЛЬТРАЦИОННЫЙ БАРЬЕР В НОРМЕ НЕ ПРОХОДЯТ:

- а-альбумины,
- б-глобулины,
- в-фибриноген,
- г-глюкоза,
- д-форменные элементы крови

Ответы:

1. б, в, г
2. г, д, е
3. б, в, д

1. Анализ мочи у больного, показал наличие в моче большого количества глюкозы. Какие процессы в организме в целом и в почках в частности могут быть нарушены у данного больного?

2. Врачи установили, что у больного в результате заболевания почек поднялось общее кровяное давление – «почечная гипертония». С нарушением, каких структур почек можно связать это осложнение – гипертонию?

3. Установление протеинов в моче не всегда является патологическим признаком. Небольшая протеинурия может быть у новорождённых впервые дни жизни. В более старшем возрасте она может отмечаться после напряжённых физических усилий, при дегидратации организма. При этом в моче ранее всего появляется определённая фракция плазменных белков. Вам необходимо её назвать и объяснить механизм этой временной протеинурии?

Тема: Мужская половая система. Женская половая система.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика незатектированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Общая морфофункциональная характеристика органов мужской половой системы.

Источники и ход эмбрионального развития гонад и органов генитального тракта. Первичные гонады: начальная локализация, пути миграции в зачаток гонад. Гистогенетические процессы на гистологически индифферентной и последующих стадиях развития гонад.

Факторы, определяющие нормальную сексуализацию индивида.

Семенник. Строение, функция. Эндокринная функция.

Сперматогенез и его регуляция. Роль гематотестикулярного барьера в поддержании интратубулярного гомеостаза.

Строение семяотводящих путей.

Вспомогательные железы мужской половой системы: семенные пузырьки, предстательная и бульбоуретральные железы. Строение, функции.

Строение полового члена.

Общая морфофункциональная характеристика органов женской половой системы.

Яичники. Строение. Функции.

Овогенез. Циклические изменения в яичнике и их гормональная регуляция.

Матка, маточные трубы, влагалище: строение, функции, циклические изменения органов и их гормональная регуляция. Молочные железы.

Развитие, особенности структуры лактирующей и нелактирующей железы. Регуляция лактации.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для проверки знаний.

1. УКАЖИТЕ ТИП КЛЕТОК, СИНТЕЗИРУЮЩИХ МЮЛЛЕРОВ ИНГИБИРУЮЩИЙ ФАКТОР

- а-нейропептиды гипоталамуса,
- б-гонадотропоциты аденогипофиза,
- в-фетальные клетки Лейдига,
- г-фетальные клетки Сертоли,
- д-гонобласты.

2. КЛЕТКИ ЛЕЙДИГА:

- а-входят в состав сперматогенного эпителия яичника,
- б-имеют рецепторы лютропина (ГСИК-гормона стимулирующего интерстициальные клетки семенника),
- в-располагаются среди клеток Сертоли,
- г-продуцируют тестостерон.

3. КАКИЕ КЛЕТКИ ВХОДЯТ В СОСТАВ ЭПИТЕЛИЯ Фолликулярных (Маточных) Труб?

- а-секреторные,
- б-каемчатые,
- в-мерцательные,
- г-фолликулярные.

Ответы:

- 1. г
- 2. б, г
- 3. а, в

В процессе эксперимента разрушены интерстициальные эндокриноциты (клетки Лейдига) в семенниках.

- а) Какие изменения можно обнаружить в крови, оттекающей от семенника?
 - б) Будут ли выявляться нарушения в извитых семенных канальцах семенников?
 - в) Вызовет ли это иные изменения в организме, например со стороны гипофиза?
- В эксперименте у эмбриона крысы разрушили гоноциты в стенке желточного мешка. Как это отразится на развитии половой системы?
При анализе гистологического препарата яичника в нём обнаружено жёлтое тело в стадии расцвета. В каких случаях это может наблюдаться?

Тема: Органы чувств – органы зрения и обоняния. Органы чувств – органы слуха, равновесия и вкуса.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, диагностика неэтикетированных препаратов.

Контрольные вопросы для самоконтроля:

Органы чувств. Общая морфо-функциональная характеристика. Понятие об анализаторах. Классификация органов чувств.

Орган зрения. Источники развития. Гистофизиология аккомодационно-диоптрического аппарата глаза. Возрастные изменения.

Строение светочувствительной части глаза - сетчатки глаза. Цитофизиология фоторецепторных клеток. Возрастные изменения.

Кровоснабжение и иннервация глаза.

Орган обоняния. Развитие, строение, гистофизиология.

Гистофизиологическая характеристика вторично-чувствующих сенсорных рецепторных клеток. Исследования Я.А.Винникова в этой области.

Орган вкуса. Развитие, строение, функции.

Орган слуха. Морфо-функциональная характеристика наружного, среднего и внутреннего уха.

Строение улитки внутреннего уха. Цитофизиология восприятия звука.

Орган равновесия. Развитие, строение, функции. Морфо-функциональная характеристика сенсорных рецепторных волосковых клеток.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для проверки знаний.

1. БЕКИ В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ:

- а-эктодермы,
- б-мезенхимы,
- в-нервного глазного бокала.

2. БЕЛОЧНАЯ ОБОЛОЧКА (СКЛЕРА) СОСТОИТ ИЗ:

- а-рыхлой волокнистой неоформленной соединительной ткани,
- б-плотной волокнистой оформленной соединительной ткани,
- в-плотной волокнистой неоформленной соединительной ткани.

3. КОРТИЕВ ОРГАН. КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ:

- а-эндотелиоциты,
- б-клетки-столбы,
- в-фаланговые клетки Дейтерса,
- г-волосковые клетки,
- д-клетки Гензена,
- е-клетки Клаудиуса,
- ж-фибробласты,
- з-нейроциты.

Ответы:

- 1. а
- 2. в
- 3. б, в, д, е

У человека нарушено сумеречное зрение («куриная слепота»). Функция каких клеток нарушена и с чем это связано?

Какой анализатор повреждается у человека при травме затылочной области коры больших полушарий?

В эксперименте животному нанесена травма эпителия роговицы. Возможен ли процесс регенерации? Если возможен, то за счёт каких клеток?

Критерии оценивания для текущего контроля.

Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется студенту при следующих условиях:

студент демонстрирует знания по гистологическим препаратам и электронограммам на «отлично» или «хорошо»;

программный материал лекционного и практического курса усвоен глубоко и прочно; студент излагает его исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно;

студент правильно иллюстрирует свой ответ рисунками, детально их поясняет, демонстрирует полное овладение гистофизиологическим принципом;

студент не затрудняется с ответом на видоизменение вопроса; правильно обосновывает ответы на вопросы проблемного характера;

при раскрытии вопроса студент ясно представляет источники и ход эмбрионального развития органов, строение и гистофизиологические особенности органных, тканевых, клеточных и субклеточных структур, вопросы внутриорганный кровоснабжения, иннервации, регенерации. тестовый контроль сдан на 4 или 5.

Оценка «ХОРОШО» выставляется студенту при следующих условиях:

студент демонстрирует знания по гистологическим препаратам и электронограммам на «отлично» и «хорошо»;

лекционный и программный материал практического курса студентом усвоен твердо; при ответе студент излагает его грамотно, не допускает существенных неточностей;

студент твердо усвоил источники эмбрионального развития структур, хорошо владеет гистофизиологическим принципом; правильно представляет становление основных гистоструктур, строение и функции органов, тканей, клеток; знает основы внутриорганный кровоснабжения, иннервации и регенерации гистологических структур;

при видоизменении вопроса студент находит правильное решение, правильно при этом применяет теоретические положения.

тестовый контроль сдан не ниже, чем на «удовлетворительно».

Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при следующих условиях:

- студент показал знания гистологических препаратов и электронограмм не ниже, чем на «удовлетворительно»;

- студент демонстрирует знание только основного материала (лекционного и практических занятий) не усвоил его деталей, допускает неточности, неправильные формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала;

- при изображении тех или иных гистологических структур на рисунке студент лишь в общих чертах (без деталей) показывает их тканевой и клеточный состав;

- допускаются неточности в представлении источников эмбрионального развития органов и тканей, строения органов, слабо представляются вопросы гистофизиологии органов, тканей, клеток;

- студент не владеет детальными сведениями по кровоснабжению, иннервации и регенерации органов и тканей, представляет их лишь в общем плане;

- тестовый контроль сдан на положительную оценку.

Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется студенту при следующих условиях:

- студент не показал удовлетворительных знаний по препаратам и электронограммам (после предоставления ему 2-х наборов экзаменационных препаратов);

- студент не знает значительной части лекционного материала и материала практических занятий. В той части, которую он усвоил, допускаются существенные ошибки;

- допускаются существенные ошибки при иллюстрировании ответа рисунками;

- студент не владеет гистофизиологическим принципом, не знает источников развития органов и тканей, допускает грубые ошибки в представлении строения и функции гистологических структур;

- у студента нет сведений по кровоснабжению, иннервации и регенерации органов и тканей;

- по тестовому контролю получена оценка «неудовлетворительно».

Критерии оценки тестирования:

91 и более процентов правильных ответов - "отлично";

81 и более процентов правильных ответов — "хорошо";

71 и более процентов правильных ответов - "удовлетворительно"

менее 71 процента правильных ответов - "неудовлетворительно".

Промежуточная аттестация проходит в форме экзамена.

Форма промежуточной аттестации: экзамен.

Форма проведения: устная.

К экзамену допускаются студенты, выполнившие весь объём аудиторной работы.

Экзамен включает этапы:

1). устный ответ по билету;

2). диагностика неэтикетированных препаратов по всем модулям дисциплины;

3). решение ситуационных задач.

Вопросы к экзамену по дисциплине «Гистология, эмбриология, цитология» специальность 31.02.01 Лечебное дело

Перечень вопросов для сдачи экзамена по дисциплине.

1 Цитология, эмбриология, общая гистология.

1. Возникновение и развитие гистологии и цитологии как самостоятельных наук. Вклад отечественных и зарубежных учёных в развитие гистологии.

2. Основные положения клеточной теории. Роль клеточной теории в развитие гистологии и медицины. Вклад отечественных и зарубежных ученых в учение о клетке.

3. Понятие о клетке как наименьшей единице живого, являющейся основой строения эукариотических организмов. Общий план строения клеток эукариот. Взаимосвязь строения клеток с их функциональной специализацией.

4. Ядро клетки. Характеристика ядра как генетического центра клетки. Роль ядра в хранении и передаче генетической информации и в синтезе белка.

5. Митоз, как основной способ репродукции клеток.
6. Мейоз. Его особенности и биологическое значение.
7. Понятие о жизненном цикле клеток. Особенности жизненного цикла у различных видов клеток.
8. Апоптоз и его биологическое значение.
9. Понятие прогенеза и эмбриогенеза. Особенности строения половых клеток человека.
10. Сперматогенез.
11. Овогенез.
12. Оплодотворение у человека. Биологическое значение оплодотворения, особенности и хронология процесса. Зигота, её геном, активация внутриклеточных процессов.
13. Первая неделя развития зародыша человека. Определение и специфика периода дробления у человека и хронология процесса. Строение зародыша перед имплантацией.
14. Имплантация. Хронология процесса имплантации. Дифференцировка трофобласта на цитотрофобласт и синцитиотрофобласт, особенности их строения и функции.
15. Гастрюляция у человека. Характеристика периодов гастрюляции.
16. Вторая неделя развития человека. Строение двухнедельного зародыша.
17. Представление о критических периодах развития. (Н. Грэгг, П. Г. Светлов).
18. Плацентация у человека. Строение сформированной плаценты.
19. Ткани, как один из уровней организации живого. Определение. Принципы классификации тканей. Вклад отечественных и зарубежных ученых в учение о тканях.
20. Общая морфофункциональная характеристика, классификация многослойных эпителиев.
21. Общая морфофункциональная характеристика, классификация однослойных эпителиев.
22. Понятие о системе крови. Кровь, как разновидность тканей внутренней среды. Функции крови, возрастные и половые особенности крови. Форменные элементы крови. Формула крови.
23. Эритроциты: количество, размеры, форма, строение, функции, классификация по форме, размерам и степени зрелости. Особенности строения плазмолеммы эритроцита и его цитоскелета. Виды гемоглобина и связь с формой эритроцита. Ретикулоциты.
24. Кровяные пластинки (тромбоциты). Классификация по степени зрелости. Размеры, строение, функции.
25. Зернистые лейкоциты (гранулоциты). Классификация, их содержание, размеры, форма, строение, основные функции.
26. Незернистые лейкоциты (агранулоциты). Классификация, их содержание, размеры, форма, строение, основные функции.
27. Морфофункциональная характеристика и классификация соединительных тканей.
28. Морфофункциональная характеристика и классификация клеток рыхлой волокнистой соединительной ткани.
29. Межклеточное вещество соединительной ткани. Общая характеристика и строение. Фибробласты и их роль в образовании аморфного матрикса и волокон межклеточного вещества.
30. Плотные волокнистые соединительные ткани, разновидности, строение и функции. Строение сухожилий и связок.
31. Хрящевые ткани. Общая характеристика. Виды хрящевых тканей. Строение клеток и межклеточного вещества. Возрастные изменения.
32. Морфофункциональная характеристика и классификация костных тканей. Клетки и межклеточное вещество. Возрастные изменения.
33. Характеристика основных этапов прямого остеогенеза.
34. Характеристика основных этапов непрямого остеогенеза.
35. Морфофункциональная характеристика и гистогенетическая классификация мышечных тканей.
36. Морфофункциональная характеристика гладкой мышечной ткани.
37. Морфофункциональная характеристика скелетной мышечной ткани.
38. Морфофункциональная характеристика нервной ткани.
39. Нейроны. Классификация. Особенности ультраструктурной организации. Свойства, проведение нервного импульса.
40. Нейроглия. Источники происхождения, классификация, функции.
41. Нервные волокна миелиновые и безмиелиновые. Нерв как орган. Особенности регенерации нервных волокон.
42. Чувствительные нервные узлы (спинномозговые и черепные). Строение, тканевой состав. Цитофункциональная характеристика нейронов и нейроглии.
43. Спинной мозг. Общая характеристика строения. Строение серого вещества: виды нейронов и их участие в образовании рефлекторных дуг, типы глиоцитов. Ядра серого вещества. Строение белого вещества.
44. Головной мозг (большие полушария). Цитоархитектоника слоев коры больших полушарий, нейронный состав.
45. Мозжечок. Строение и нейронный состав коры мозжечка. Межнейрональные связи.
46. Кровеносные сосуды. Общий принцип строения, тканевой состав, классификация.
47. Артерии. Классификация. Особенности строения и функции артерий различного типа: мышечного, мышечно-эластического и эластического.
48. Вены. Классификация. Особенности строения вен различного типа (мышечного и безмышечного). Строение венозных клапанов. Органные особенности вен.

49. Сосуды микроциркуляторного русла. Артериолы, вены, гемокапилляры, их классификация, строение, функции.
50. Сердце. Строение стенки сердца, его оболочек, их тканевой состав. Особенности кровоснабжения и регенерации сердца. Сердечные клапаны.
51. Проводящая система сердца, морфофункциональная характеристика.
52. Органы чувств. Понятие об анализаторах.
53. Морфофункциональная характеристика центральных и периферических органов иммуногенеза.
54. Строение костного мозга, функции.
55. Тимус. Строение и тканевой состав коркового и мозгового вещества долек.
56. Лимфатические узлы. Морфофункциональная характеристика. Корковое и мозговое вещество. Т- и В-зависимые зоны. Система синусов.
57. Селезенка. Строение и тканевой состав (белая и красная пульпа. Т- и В-зависимые зоны). Кровоснабжение селезенки.
58. Морфофункциональная характеристика эндокринной системы. Классификация эндокринных желез.
59. Нейросекреторные отделы гипоталамуса.
60. Гипофиз. Строение, функции аденогипофиза, нейрогипофиза, средней доли гипофиза. Связь гипофиза с гипоталамусом.
61. Щитовидная железа. Строение, функции.
62. Околощитовидные железы. Участие околощитовидной железы в регуляции кальциевого гомеостаза.
63. Надпочечники. Морфофункциональная характеристика коркового и мозгового вещества надпочечников.
64. Общий план строения стенки пищеварительного тракта.
65. Строение и тканевой состав стенки пищевода в различных его отделах. Железы пищевода, их гистофизиология.
66. Желудок. Строение стенки желудка.
67. Тонкая кишка. Строение стенки, её тканевой состав.
68. Толстая кишка. Строение стенки, её тканевой состав.
69. Поджелудочная железа. Строение экзо- и эндокринного отделов.
70. Печень. Особенности строения, кровоснабжения, функции.
71. Легкие. Внутрилегочные воздухоносные пути: бронхи и бронхиолы, строение их стенок в зависимости от их калибра.
72. Ацинус как морфофункциональная единица лёгкого, структурные компоненты ацинуса.
73. Кожа. Эпидермис. Слои эпидермиса.
74. Производные кожи. Сальные и потовые железы (меро- и апокриновые), их развитие, строение, гистофизиология.
75. Кожа. Дерма. Сосочковый и сетчатый слои, их тканевый состав. Гиподерма.
76. Производные кожи. Волосы. Развитие, строение, рост и смена волос, иннервация. Ногти. Развитие, строение и рост ногтей.
77. Почки. Корковое и мозговое вещество почки. Нефрон – как морфофункциональная единица почки, его строение. Корковые и юкстамедуллярные нефроны.
78. Мочевыводящие пути. Строение мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного и мочеполового каналов.
79. Семенник (яичко). Строение, функции.
80. Яичник. Общая характеристика строения. Особенности строения коркового и мозгового вещества. Овариальный цикл и его гормональная регуляция.

Алгоритм описания гистологического препарата.

При ответе по препарату необходимо указать:

1. Название препарата.
2. Окраску препарата.
3. Детальное описание гистологических структур, их функции и происхождение.

Список гистологических препаратов для диагностики.

1. Препарат №15. Многослойный плоский ороговевающий эпителий кожи пальца человека.
2. Препарат №18. Переходный эпителий.
3. Препарат №19. Однослойный плоский эпителий – мезотелий.
4. Препарат №16. Однослойный призматический эпителий тонкой кишки.
5. Препарат №17. Однослойный многоярусный призматический мерцательный эпителий трахеи.
6. Препарат 21. Мезенхима.
7. Препарат 20. Кровь человека. Мазок.
8. Препарат 23. Рыхлая волокнистая неоформленная соединительная ткань.
9. Препарат 15. Плотная неоформленная соединительная ткань. Кожа пальца.
10. Препарат 24. Плотная оформленная соединительная ткань. Сухожилие в продольном разрезе.
11. Препарат 25. Эластическая ткань. Связка в продольном разрезе.
12. Препарат 22. Ретикулярная ткань лимфатического узла.
13. Препарат 26. Гиалиновый хрящ. Ребро кролика.
14. Препарат 27. Эластический хрящ. Ушная раковина.
15. Препарат 28. Пластинчатая костная ткань. Диафиз трубчатой кости (поперечный срез).
16. Препарат 21. Развитие кости из мезенхимы (фронтальный разрез челюсти зародыша).

17. Препарат 29. Развитие кости на месте гиалинового хряща.
18. Препарат 18. Гладкая мышечная ткань. Мочевой пузырь.
19. Препарат 30. Поперечно-полосатая мышечная ткань языка.
20. Препарат 31. Мультиполярные нервные клетки спинного мозга.
21. Препарат 32. Мякотные нервные волокна.
22. Препарат 33. Безмякотные нервные волокна.
23. Препарат 34. Поперечный срез периферического нерва.
24. Препарат № 101. Спинальный ганглий.
25. Препарат № 102. Спинной мозг.
26. Препарат 103. Мозжечок.
27. Препарат № 104. Кора больших полушарий.
28. Препарат № 110. Артерия мышечного типа.
29. Препарат № 111. Вена мышечного типа.
30. Препарат № 112. Артериолы, вены, капилляры мягкой мозговой оболочки (тотальный препарат).
31. Препарат № 113. Артерия эластического типа. Аорта.
32. Препарат № 114. Аорта (эластический каркас).
33. Препарат № 115. Сердце (Эндокард, миокард).
34. Препарат № 116. Сердце (миокард и эпикард).
35. Препарат № 117. Красный костный мозг.
36. Препарат № 118. Лимфатический узел.
37. Препарат № 119. Селезёнка.
38. Препарат № 197. Тимус.
39. Препарат № 128. Нёбная миндалина.
40. Препарат № 195. Щитовидная железа.
41. Препарат № 196. Околощитовидная железа.
42. Препарат № 198. Гипофиз.
43. Препарат № 199. Надпочечник.
44. Препарат. Гипоталамус кролика (супраоптические ядра).
45. Препарат № 105. Кожа пальца человека.
46. Препарат № 106. Кожа головы человека с корнями волос (продольный разрез).
47. Препарат № 107. Кожа головы человека с корнями волос (поперечный разрез).
48. Препарат № 108. Ноготь в продольном разрезе.
49. Препарат № 109. Ноготь в поперечном разрезе.
50. Препарат № 193. Нелактирующая молочная железа женщины.
51. Препарат № 194. Лактирующая молочная железа женщины.
52. Препарат № 120. Губа (сагиттальный разрез)
53. Препарат № 121. Нитевидные и грибовидные сосочки языка.
54. Препарат № 122. Листовидные сосочки языка. Вкусовые почки.
55. Препарат № 122-а. Желобоватые сосочки языка (сосочки окружённые валом).
56. Препарат № 123. Поперечный разрез корня декальцинированного зуба.
57. Препарат № 124. Ранняя стадия развития зуба (эмалевый орган).
58. Препарат № 125. Поздняя стадия развития зуба (образование дентина и эмали).
59. Препарат № 126. Околоушная слюнная железа.
60. Препарат № 127. Подчелюстная слюнная железа.
61. Препарат № 130. Пищевод.
62. Препарат № 131. Переход пищевода в желудок.
63. Препарат № 132. Дно желудка.
64. Препарат № 133. Пилорическая часть желудка.
65. Препарат № 134. Тощая кишка.
66. Препарат № 135. Двенадцатиперстная кишка.
67. Препарат № 136. Толстая кишка.
68. Препарат № 137. Червеобразный отросток–аппендикс.
69. Препарат № 138. Печень свиньи.
70. Препарат № 139. Печень человека.
71. Препарат № 139-а. Желчный пузырь.
72. Препарат № 140. Поджелудочная железа.
73. Препарат № 171. Слизистая оболочка носа.
74. Препарат № 172. Надгортанник.
75. Препарат № 173. Трахея (поперечный разрез).
76. Препарат № 174. Лёгкие (bronхи).
77. Препарат № 175. Лёгкие (альвеолы).
78. Препарат № 176. Почка.
79. Препарат № 177. Мочеточник.
80. Препарат № 178. Мочевой пузырь.
81. Препарат № 179. Семенник крысы.
82. Препарат № 180. Придаток семенника крысы.
83. Препарат № 181. Семенник человека с придатком.
84. Препарат № 182. Предстательная железа до наступления половой зрелости.
85. Препарат № 183. Предстательная железа пожилого человека.
86. Препарат № 184. Поперечный разрез кавернозных тел полового члена.
87. Препарат № 185. Яичник девочки.
88. Препарат № 186. Яичник кошки.
89. Препарат № 187. Жёлтое тело.
90. Препарат № 118. Поперечный срез яйцевода.
91. Препарат № 189. Матка кошки.
92. Препарат № 190. Матка девочки.
93. Препарат № 191. Матка женщины.
94. Препарат № 192. Влагалище.
95. Препарат № 200. Роговица глаза.

96. Препарат № 201. Задняя стенка глаза.
 97. Препарат № 202. Аксиальный разрез улитки внутреннего уха.
 98. Препарат № 122. Вкусовые почки (луковицы) (листовидные сосочки языка).

Примеры ситуационных задач.

На микрофотографии крупный, грушевидной формы нейронит, на теле которого синапс в виде корзинки. Какая клетка образует такого вида синапс с грушевидной клеткой? Где эта клетка располагается?

На препарате кровеносный сосуд, внутренняя оболочка которого образует клапаны. Какие сосуды имеют клапаны, и какими гистологическими структурами они образованы?

Животное после рождения сразу поместили в стерильные условия. Могут ли в этой ситуации формироваться вторичные фолликулы в периферических лимфоидных органах, если нет, то почему?

В эксперименте в одной группе животных проведена кастрация, в другой – тиреоидэктомия. Какие аденоциты в гипофизе будут преимущественно реагировать на операцию в каждой группе? Объясните причину.

Представлена электроннограмма железистой клетки поджелудочной железы. Хорошо видна полярность клетки. В базальной части гранулярная эндоплазматическая сеть представлена большим количеством узких взаимопараллельных канальцев и цистерн. В апикальной части клетки видно большое количество крупных электронноплотных гранул. Какая железистая клетка представлена на электроннограмме? Ответ обоснуйте.

В результате болезни нарушена деятельность сальных желёз. Как изменится при этом кожа и её функции?

При длительном курении резко изменяется структура альвеолярного эпителия вплоть до его гибели, повреждается резко нарушается дыхание. С чем это связано?

Врачи установили, что у больного в результате заболевания почек поднялось общее кровяное давление – «почечная гипертония». С нарушением, каких структур почек можно связать это осложнение – гипертонию?

В эксперименте у эмбриона крысы разрушили гонциты в стенке желточного мешка. Как это отразится на развитии половой системы?

При анализе гистологического препарата яичника в нём обнаружено жёлтое тело в стадии расцвета. В каких случаях это может наблюдаться?

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ (ЭКЗАМЕН).

Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется студенту при следующих условиях:

- студент демонстрирует знания по гистологическим препаратам и электроннограммам на «отлично» или «хорошо»;
- программный материал лекционного и практического курса усвоен глубоко и прочно; студент излагает его исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно;
- студент правильно иллюстрирует свой ответ рисунками, детально их поясняет, демонстрирует полное овладение гистофизиологическим принципом;
- студент не затрудняется с ответом на видоизменение вопроса; правильно обосновывает ответы на вопросы проблемного характера;
- при раскрытии вопроса студент ясно представляет источники и ход эмбрионального развития органов, строение и гистофизиологические особенности органных, тканевых, клеточных и субклеточных структур, вопросы внутриорганный кровоснабжения, иннервации, регенерации.

Оценка «ХОРОШО» выставляется студенту при следующих условиях:

- студент демонстрирует знания по гистологическим препаратам и электроннограммам на «отлично» и «хорошо»;
- лекционный и программный материал практического курса студентом усвоен твердо; при ответе студент излагает его грамотно, не допускает существенных неточностей;
- студент твердо усвоил источники эмбрионального развития структур, хорошо владеет гистофизиологическим принципом; правильно представляет становление основных гистоструктур, строение и функции органов, тканей, клеток; знает основы внутриорганный кровоснабжения, иннервации и регенерации гистологических структур;
- при видоизменении вопроса студент находит правильное решение, правильно при этом применяет теоретические положения.

Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при следующих условиях:

- студент показал знания гистологических препаратов и электроннограмм не ниже, чем на «удовлетворительно»;
- студент демонстрирует знание только основного материала (лекционного и практических занятий) не усвоил его деталей, допускает неточности, неправильные формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала;
- при изображении тех или иных гистологических структур на рисунке студент лишь в общих чертах (без деталей) показывает их тканевой и клеточный состав;
- допускаются неточности в представлении источников эмбрионального развития органов и тканей, строения органов, слабо представляются вопросы гистофизиологии органов, тканей, клеток;
- студент не владеет детальными сведениями по кровоснабжению, иннервации и регенерации органов и тканей, представляет их лишь в общем плане.

Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется студенту при следующих условиях:

- студент не показал удовлетворительных знаний по препаратам и электроннограммам (после предоставления ему 2-х наборов экзаменационных препаратов);
- студент не знает значительной части лекционного материала и материала практических занятий. В той части, которую он усвоил, допускаются существенные ошибки;
- допускаются существенные ошибки при иллюстрировании ответа рисунками;
- студент не владеет гистофизиологическим принципом, не знает источников развития органов и тканей, допускает грубые ошибки в представлении строения и функции гистологических структур;
- у студента нет сведений по кровоснабжению, иннервации и регенерации органов и тканей.

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знать: источники эмбрионального развития, микроскопическое строение и функции органов и систем организма человека.	с 1 по 18 вопросы
Уметь: объяснять причины развития патологических состояний в организме человека на основе законов генетики, закономерностей индивидуального развития как основы понимания патогенеза и этиологии наследственных и мультифакториальных заболеваний человека.	осуществлять диагностику гистологических препаратов с 1 по 98.
Знать: микроскопическое строение и функции органов и систем организма человека.	с 1 по 80 вопросы

Уметь: пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности.	осуществлять диагностику гистологических препаратов с 1 по 98.
Знать: физико-химическую сущность процессов, происходящих в живом организме на молекулярном, клеточном, тканевом и органном уровнях.	с 1 по 80 вопросы
Уметь: объяснять характер отклонений в ходе развития, которые могут привести к формированию вариантов аномалий и пороков.	осуществлять диагностику гистологических препаратов с 1 по 98.

25. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

Паспорт фонда оценочных средств

№	Контролируемые разделы(темы) дисциплины*	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
1	МОДУЛЬ 1. ОСНОВЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ	ОК 8: Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.	Собеседование. Доклад. Компьютерная презентация. Составление таблиц (практическое задание). Составление кластера (творческое задание). Реферат.
2	МОДУЛЬ 2. ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ТЕОРИЯ ВОСПИТАНИЯ	ПК 4.10: Готовность к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний	Собеседование. Доклад. Компьютерная презентация. Эссе (творческое задание). Составление таблиц (практическое задание). Составление кластера (творческое задание). Тестирование. Реферат. Терминологический диктант.

Наименование темы (раздела) или тем (разделов) берется из рабочей программы дисциплины.

ОПИСАНИЕ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЕ

Вопросы для собеседования по модулю 1:

Основные исторические этапы развития педагогики как науки.

Педагогика как наука – ее объект, предмет, задачи.

Структура педагогической науки (система педагогических наук).

Связь педагогики с другими науками.

Медицинская педагогика как составную часть современной системы педагогических наук.

Методы педагогического исследования.

Характеристика основных категорий педагогики: воспитание, обучение, образование.

Педагогические составляющие деятельности врача.

Понятие индивид, личность, индивидуальность в педагогике – их особенности и взаимосвязь.

Понятие о процессе развития и формирования личности.

Роль наследственности в развитии человека.
Влияние среды на развитие личности.
Влияние воспитания на развитие личности.
Самовоспитание и самообразование в становлении личности врача.
Значение непрерывного образования в развитии врача-профессионала.
Движущие силы индивидуального развития человека.
Развитие системы непрерывного медицинского образования в России.
Значение самовоспитания в процессе формирования личности.
Самообразование личности.
Коллектив как фактор развития личности.
Педагогическое исследование в работе преподавателя высшей школы.
Медицинская педагогика как наука.
Тенденции развития образования в России.

Вопросы для собеседования по модулю 2:

Понятие о дидактике как теории обучения – ее предмет, функции.
Сущность обучения как педагогического процесса его задачи и функции.
Преподавание и учение как составляющие процесса обучения.
Характеристика компонентов процесса обучения (целевой, содержательный, деятельностный, результативный) и их значение для педагога и обучаемого.
Понятие о принципах обучения. Соотношение дидактических правил и принципов обучения. Система дидактических принципов.
Понятие цели обучения и образования. Виды целей и их взаимосвязь в процессе обучения.
Содержание обучения и образования. Понятие знания, умения, навык.
Понятие о Государственном образовательном стандарте. Федеральный и региональный компоненты образовательных стандартов.
Понятие о методах обучения в педагогике.
Лекция – определение, виды, структура, требования к чтению лекции.
Беседа, как метод изложения и как метод закрепления учебного материала.
Работа с учебником – характеристика метода и возможности использования данного метода в работе врача.
Понятие о формах обучения, характеристика индивидуальной, парной, групповой и коллективной формы обучения.
Исторический обзор организационных форм обучения.
Современные формы обучения.
Средства обучения в профессиональной деятельности педагога.
Педагогические условия использования новых информационных технологий в образовании.
Дистанционное обучение в образовании.
Контроль – понятие, функции, принципы.
Виды контроля: предварительный, текущий – их характеристика, преимущества и недостатки.
Рубежный и итоговый контроль – их характеристика, преимущества и недостатки.
Методы оценки знаний обучающихся на занятии: повседневное наблюдение за работой, устный опрос – индивидуальный, фронтальный, уплотненный – их характеристика и особенности.
Критерии оценки успеваемости обучающихся. Отличие учебной оценки и отметки.
Педагогическое тестирование – понятие, преимущества и недостатки, требования к составлению тестов.
Различные подходы к определению понятия воспитания в педагогике.
Структура воспитания как педагогического процесса.
Характеристика основных видов воспитания: нравственного, физического, трудового, гражданского.
Характеристика общих закономерностей процесса воспитания.
Принципы воспитания.
Понятие о методах воспитания. Классификация методов воспитания
Убеждение как основной метод воспитания.
Метод примера.
Приучение и упражнение – характеристика данных методов.
Поощрение и наказание
Методы формирования сознания – объяснение, дискуссия, внушение
Методы организации деятельности – педагогическое требование, поручение, общественное мнение, воспитывающие ситуации.

Критерии оценивания:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;
«хорошо» студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;
«удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;
«неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

Основные исторические этапы развития педагогики как науки.
Структура педагогической науки.
Связь педагогики с другими науками.
Педагогический процесс как целостная система.
Структурные компоненты педагогической системы.
Способы отражения содержания образования в федеральном государственном образовательном стандарте, учебных планах, образовательных программах.
Понятие индивид, личность, индивидуальность в педагогике – их особенности и взаимосвязь.
Факторы, влияющие на развитие и формирование личности человека.
Понятие целей образования и обучения. Содержание обучения и образования.
Значение непрерывного образования в развитии врача-профессионала.
Ситуации педагогического общения в работе фельдшера.

Педагогические аспекты профессиональной деятельности фельдшера.
 Совершенствования самосохранительной деятельности в работе фельдшера.
 Методика воспитания пациентов.
 Педагогические функции фельдшера.
 Профилактика заболеваний, сохранение и укрепление здоровья населения в работе фельдшера.
 Санитарное просвещение население в работе фельдшера.
 Образовательная система России.

Критерии оценивания:

«отлично» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования;
 «хорошо» студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;
 «удовлетворительно» - студент ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования;
 «неудовлетворительно» - студент плохо понимает суть обсуждаемой темы, не смог логично и аргументировано участвовать в обсуждении;

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ ДИКТАНТ

Написание терминологического диктанта осуществляется на последнем семинарском занятии.

Вариант 1: педагогика, образование, индивид, индивидуальность, формирование, содержание образования, форма обучения, контроль, воспитание в широком социальном смысле, цели воспитания, поощрение, приучение, возрастная педагогика.

Вариант 2: дидактика, воспитание, медицинская педагогика, личность, развитие, федеральный государственный образовательный стандарт, средства обучения, виды контроля, воспитание в узком социальном смысле, движущие силы процесса воспитания, наказание, средство воспитания, педагогическое общение.

Критерии оценки терминологического диктанта:

<i>Процент корректно раскрытых терминов</i>	<i>Баллы</i>
90-100%	5
80-90%	4
60-80%	3
40-60%	2
20-40%	1
0-20%	0

РЕФЕРИРОВАНИЕ

Рефераты:

Древние мыслители о воспитании (Платон, Аристотель, Сократ и др.).
 Вклад Я.А. Коменского в развитие педагогики.
 Педагогическое наследие врача-педагога Н.И. Пирогова.
 Педагогическое исследование в работе преподавателя высшей школы.
 Медицинская педагогика как наука.
 Тенденции развития образования в России.
 Движущие силы индивидуального развития человека.
 Развитие системы непрерывного медицинского образования в России.
 Значение самовоспитания в процессе формирования личности.
 Самообразование личности.
 Коллектив как фактор развития личности.
 Система дидактических принципов используемых в работе преподавателя высшей школы.
 Особенности организации учебного процесса в высшем учебном заведении.
 Психологические основы обучения Исторический характер проблемы определения содержания образования.
 Современные концепции содержания высшего профессионального образования.
 Основные подходы к отбору содержания образования.
 Современное представление об учебных планах и программах.
 Исторический обзор организационных форм обучения.
 Современные формы обучения.
 Средства обучения в профессиональной деятельности педагога.
 Педагогические условия использования новых информационных технологий в образовании.
 Дистанционное обучение в образовании.
 Современные виды и формы контроля и их значение для системы образования (педагогическое тестирование, рейтинговая система).
 Методы письменного контроля знаний студентов в вузе.
 Методы устного контроля знаний студентов в вузе.
 Психологические и педагогические требования к оценке знаний.
 Воспитание медицинского работника на основе принципов биомедицинской этики.
 Гигиеническое воспитание населения.
 Особенности воспитательного процесса в современных условиях.
 Воспитанность как результат воспитания.
 Современные проблемы семейного воспитания.
 Особенности воспитания детей в других странах (Япония, Китае, Англии, Германии)
 Самовоспитание как необходимое условие успешности воспитательного процесса.
 Средства и формы воспитания.
 Традиционные и нетрадиционные формы воспитания детей.

Идеи гуманистической педагогики в методике воспитания.
 Коллектив как объект и субъект воспитания.
 Стили педагогического общения.
 Коммуникативная компетентность личности.
 Особенности взаимодействия и воспитания в подростковом периоде.
 Игровая деятельность как фактор обучения и развития ребенка.
 Взаимосвязь воспитания и развития личности в различные возрастные периоды.
 Развитие и обучение младших школьников в опыте Ш.А. Амонашвили.

Критерии оценки:

Оценка «отлично» ставится, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ДОКЛАД

В докладе может быть освещен любой вопрос, проблема в рамках темы семинара.

Критерии оценки доклада:

логика изложения доклада,
 убедительность рассуждений,
 оригинальность мышления,
 терминологическая корректность,
 использование современной научной литературы при подготовке.

СОЗДАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРЕЗЕНТАЦИИ К ДОКЛАДУ

Компьютерная презентация сопровождает доклад

Критерии оценки презентации

	<i>Плохо (2)</i>	Удовлетворительно (3)	<i>Хорошо (4)</i>	<i>Отлично (5)</i>
I. Дизайн и мультимедиа-эффекты	Цвет фона не соответствует цвету текста Использовано более 5 цветов шрифта Каждая страница имеет свой стиль оформления Гиперссылки выделены Анимация отсутствует (или же презентация перегружена анимацией) Звуковой фонне соответствует единой концепции, носит отвлекающий характер	Цвет фона плохо соответствует цвету текста Использовано более 4 цветов шрифта Некоторые страницы имеют свой стиль оформления Гиперссылки выделены Анимация дозирована Звуковой фонне соответствует единой концепции, не носит отвлекающий характер	Цвет фона хорошо соответствует цвету текста, возможно прочесть Использовано 3 цвета шрифта 1-2 страницы имеют свой стиль оформления, отличный от общего Гиперссылки выделены имеют разное оформление до и после посещения кадра Анимация присутствует только в тех местах, где она усиливает	Цвет фона гармонирует с цветом текста, всё отличается Использовано 3 цвета шрифта Все страницы выдержаны в едином стиле Гиперссылки выделены имеют разное оформление до и после посещения кадра Анимация присутствует только в тех местах, где она усиливает

	отвлекающий характер 7. Слишком мелкий шрифт (соответственно, объём информации слишком велик — кадр перегружен) 8. Не работают отдельные ссылки	Размер шрифта средний (соответственно, объём информации слишком большой — кадр несколько перегружен) информацией Ссылки работают	уместна Звуковой фон соответствует единой концепции и привлекает внимание зрителей в нужных местах к информации Размер шрифта оптимальный Все ссылки работают	эффект восприятия текстовой части информации Звуковой фон соответствует единой концепции и усиливает эффект восприятия текстовой части информации Размер шрифта оптимальный Все ссылки работают
II. Содержание	Содержание не является научным Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами Информация не представляется актуальной и современной Ключевые слова в тексте не выделены	Содержание включает в себя элементы научности Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами Информация является актуальной и современной Ключевые слова в тексте чаще всего выделены	Содержание в целом является научным Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами Информация является актуальной и современной Ключевые слова в тексте выделены	Содержание является строго научным Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме Информация является актуальной и современной Ключевые слова в тексте

ТВОРЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ (ЭССЕ, КЛАСТЕР)

(частично регламентированное задание, имеющее нестандартное решение и позволяющее диагностировать умения, интегрировать полученные знания, аргументировать собственную точку зрения)

ЭССЕ (творческое задание)

Тема эссе: «Современные формы обучения».

Схема оценивания эссе

Оценка	Описание
5	во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме эссе, выполнена задача заинтересовать читателя; деление текста на введение, основную часть и заключение; в основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис; заключение содержит выводы, логично вытекающие из содержания основной части; правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи; для выражения своих мыслей не пользуется упрощённо-примитивным языком; демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
4	1) во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме эссе, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя; 2) в основной части логично, связно, но недостаточно полно доказывается выдвинутый тезис; заключение содержит выводы, логично вытекающие из содержания основной части; уместно используются разнообразные средства связи; для выражения своих мыслей студент не пользуется упрощённо-примитивным языком.

3	во введении тезис сформулирован нечетко или не вполне соответствует теме эссе; в основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично(убедительно) и последовательно; заключение выводы не полностью соответствуют содержанию основной части; недостаточно или, наоборот, избыточно используются средства связи; язык работы в целом не соответствует уровню студента.
2	во введении тезис отсутствует или не соответствует теме эссе; в основной части нет логичного последовательного раскрытия темы; выводы не вытекают из основной части; средства связи не обеспечивают связность изложения; отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение; язык работы можно оценить как «примитивный».
0	работа написана не по теме; в работе один абзац и больше позаимствован из какого-либо источника.

СОСТАВЛЕНИЕ КЛАСТЕРА (творческое задание)

Задание: Представьте в виде кластера методы, формы, средства организации и осуществления педагогического процесса.

Критерии оценки выполнения кластера:

полнота и правильность составленного кластера;

корректность понятийно-категориального словаря (слова-ассоциации, термины, факты по исследуемой проблеме, устанавливает логические связи между понятиями или фактами);

оформление, оригинальность.

ЗАПОЛНЕНИЕ ТАБЛИЦ

Таблицы:

«Процесс воспитания».

«Педагогические категории: образование, воспитание, обучение».

«Педагоги-медики / их вклад»

«Виды педагогической деятельности фельдшера и их содержание».

«Структурные компоненты процесса обучения».

«Структурные компоненты процесса обучения»

«Классификации методов обучения».

Критерии оценки выполнения задания:

логичность и наглядность предложенной таблицы;

правильность и аргументированность определения типов связи;

ТЕСТИРОВАНИЕ (РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ)

ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

ДИДАКТИКА КАК НАУКА ИЗУЧАЕТ

закономерности обучения

закономерности воспитания

процесс социализации

процесс управления

КАКОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ РАЗДЕЛОВ ПЕДАГОГИКИ РАЗРАБАТЫВАЕТ ТЕОРИЮ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ

«Дидактика»

«Введение в педагогическую деятельность»

«Общие основы педагогики»

«Основы управления педагогическими системами»

ОБЛАСТЬ ПЕДАГОГИКИ, РАЗРАБАТЫВАЮЩАЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОБУЧЕНИЯ, - ЭТО

дидактика

история педагогики

теория воспитания

методика преподавания

ИЗУЧЕНИЕ РЕАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ОБУЧЕНИЯ, УСТАНОВЛЕНИЕ ФАКТОВ И ЗАКОНОМЕРНЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ

СТОРОНАМИ ОБУЧЕНИЯ, РАСКРЫТИЕ ИХ СУЩНОСТИ СОСТАВЛЯЮТ СУТЬ СЛЕДУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ДИДАКТИКИ

научно-теоретической

нормативно-прикладной

конструктивно-технической

прогностической

ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ, КОТОРЫЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ ПОСРЕДСТВОМ «ДЕЛАНИЯ», - СУЩНОСТЬ ПЕДАГОГИКИ

прагматизма

неотомизма
экзистенциализма
неопозитивизма

ОСНОВЫ КЛАССНО-УРОЧНОЙ СИСТЕМЫ ЗАЛОЖИЛ

Я.А. Коменский
А. Дистервег
Ж.-Ж. Руссо
И.Г. Песталоцци

ЧТО НАЗЫВАЕТСЯ ДИДАКТИКОЙ

Дидактика – это отрасль педагогики, разрабатывающая теорию обучения и образования
Дидактика – это отдельная наука о закономерностях развития личности
Дидактика – это наука о закономерностях формирования личности ребенка
Дидактикой называется раздел педагогики об образовании и воспитании подрастающего поколения

«ШКОЛА ПАМЯТИ» ЧАСТО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК ОБУЧЕНИЕ

традиционное
проблемное
программированное
инновационное

МОДЕЛИ ОБУЧЕНИЯ КАК УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ НАКОПЛЕНИЯ И ПЕРЕРАБОТКИ ЧУВСТВЕННОГО ОПЫТА ОСНОВЫВАЮТСЯ НА ТЕОРИЯХ НАУЧЕНИЯ

ассоциативных
условно-рефлекторных
знаковых
операциональных

ДЛЯ ПРОБЛЕМНОГО ОБУЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ТО, ЧТО

обучение направлено на самостоятельный поиск обучаемым новых понятий и способов действий
учащиеся усваивают знания в готовом виде, без раскрытия путей доказательства их истинности
учебный материал изучается поэлементно в логической последовательности
оно позволяет в сжатые сроки в концентрированном виде вооружить учащихся знаниями основ наук
В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ УЧИТЫВАЮТСЯ ДАННЫЕ ПСИХОЛОГИИ ОТЕСНОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОЦЕССОВ ОБУЧЕНИЯ (УЧЕНИЯ) И ПОЗНАНИЯ, ИССЛЕДОВАНИЯ, МЫШЛЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ

ЗАКОН АССОЦИАЦИЙ, СОГЛАСНО КОТОРОМУ ПОВТОРЕНИЕ И ЗАПОМИНАНИЕ МАТЕРИАЛА СЧИТАЮТСЯ ВАЖНЕЙШИМИ УСЛОВИЯМИ УСВОЕНИЯ, СОСТАВЛЯЕТ СУТЬ ОБУЧЕНИЯ

традиционного
проблемного
программированного
развивающего

НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНОЕ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИМ ЦЕЛЯМ, СОДЕРЖАНИЮ СОВРЕМЕННОГО НАУЧНОГО ЗНАНИЯ, И ЗАКОНОМЕРНОСТЯМ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

проблемное обучение
традиционное обучение
программированное обучение
объяснительно-иллюстративное обучение

ТАКИЕ ЦЕЛЕВЫЕ УСТАНОВКИ, КАК ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ НАУЧНОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ, СОСТАВЛЯЮТ СУЩНОСТЬ

проблемного обучения
традиционного обучения
программированного обучения
как проблемного, так и программированного обучения

ПРОХОЖДЕНИЕ МАТЕРИАЛА БОЛЕЕ БЫСТРЫМ ТЕМПОМ, КАК ПРИНЦИП ДИДАКТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ Л.В. ЗАНКОВА, СООТВЕТСТВУЕТ ПРИНЦИПУ

целенаправленности
научности
сознательности в обучении
доступности обучения

ПРОЦЕСС УЧЕНИЯ НАИЛУЧШИМ ОБРАЗОМ МОДЕЛИРУЕТ ПРОЦЕСС ПРОДУКТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ, ЦЕНТРАЛЬНЫМ ЗВЕНОМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ОТКРЫТИЯ И ТВОРЧЕСТВА ПРИ

проблемном обучении
традиционном обучении
программированном обучении
объяснительно-иллюстративном обучении

БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТРУДНОСТИ В ДИДАКТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЕ РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ Л.В. ЗАНКОВА ОТРАЖАЕТ ПРИНЦИП

доступности обучения
научности

индивидуализации
активности и сознательности

В НАИМЕНЬШЕЙ МЕРЕ ПРИМЕНИМО ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ

проблемное обучение
традиционное обучение
программированное обучение
объяснительно-иллюстративное обучение

В ОСНОВЕ ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ ЛЕЖИТ ПОДХОД

кибернетический
деятельностный
личностный
Системный

ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПОЛУЧЕНИЕ ЗНАНИЙ, ЗАЛОЖЕННЫХ В АЛГОРИТМЕ, НО НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛУЧИТЬ НОВЫХ ЗНАНИЙ ОБУЧЕНИЕ

программированное
традиционное;
проблемное
Инновационное

ДЛЯ ТРАДИЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ТО, ЧТО

учащиеся усваивают знания в готовом виде, без раскрытия путей доказательства истинности
учебный материал изучается поэлементно, в логической последовательности;
обучение направлено на самостоятельный поиск обучаемым новых понятий и способов действий;
оно вырабатывает основу рациональных умственных действий.

ОПЕРАТИВНАЯ ПЕРЕРАБОТКА ИНФОРМАЦИИ, ПОЛУЧЕННОЙ ПО КАНАЛАМ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

программированного обучения;
традиционного обучения;
проблемного обучения;
объяснительно-иллюстративного обучения.

ЦЕЛЕВЫЕ ОРИЕНТАЦИИ: ПРИОБРЕТЕНИЕ ЗУН, УСВОЕНИЕ СПОСОБОВ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ И ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

проблемного обучения;
программированного обучения
традиционного обучения
объяснительно-иллюстративного обучения

Разноуровневые задания

К каждому заданию части А даны несколько ответов, из которых только один верный. Выполнив задание, выберите верный ответ и укажите в бланке ответов.

А 1. В чем сущность воспитания. Выберите правильный ответ.

А. В специально организованной и сознательно осуществляемой педагогической деятельности.

Б. В специально организованном педагогическом воздействии на развивающуюся личность с целью формирования у нее определяемых обществом социальных свойств и качеств.

В. В воспитательных разговорах, беседах, нотациях.

Г. Во включении в разнообразные виды деятельности по овладению различными сторонами общественного опыта.

А 2. Какое утверждение не относится к признакам, характеризующим гуманное воспитание:

А. Уважение прав и свобод личности. Б. Поощрение добрых дел.

В. Предъявление разумных и посильных требований. Г. Вседозволенность.

Д. Уважение права человека быть самим собой.

Е. Ненасильственное формирование требуемых качеств. Ж. Воспитание милосердия.

А 3. Что является показателями эстетической воспитанности школьников?

А. Крепкое здоровье, развитые мускулы.

Б. Воспитание устойчивого интереса к природе.

В. Наличие эстетических потребностей, знаний, чувств, эстетических умений, способностей, занятия искусством.

А 4. Какой ответ наиболее точно определяет суть эстетического воспитания?

А. Это наука, воспитывающая эстетического чувства и эстетических потребностей.

Б. Это процесс формирования творчески активной личности, способной воспринимать, чувствовать, оценивать прекрасное, трагическое, комическое в жизни и искусстве, жить и творить по законам красоты.

В. Наука, пробуждающая у детей чувство прекрасного и безобразного, умение их различать.

А 5. В программе воспитания и развития личности какого педагога главным считается научить детей слышать и слушать музыку, эмоционально ее воспринимать, уметь на слух определять характер музыки и ее автора?

А. Мудрик А.

Б. Кобалевский Д.

В. Колесников И.

Г. Таланчук И.

А 6. Определите требования принципа опоры на положительное в воспитании.

А. Принцип указывает на необходимость воспитания положительных качеств в человеке.

Б. Принцип требует выявлять в каждом воспитаннике положительные качества, опираясь на которые искореняем плохие и развиваем недостаточно сформированные качества.

В. Принцип требует от воспитателя вести постоянную борьбу с вредными привычками.

Г. Принцип рекомендует воспитателю уделять больше внимания развитию личности ребенка, не ущемляя при этом его индивидуальности.

А 7. Какое определение соответствует понятию «личностный подход в воспитании».

- А. Личностный подход требует учета индивидуальных особенностей воспитанников. Б. Личностный подход указывает на необходимость учета возрастных особенностей в воспитании.
- В. Личностный подход предполагает участие воспитанников в совместном обсуждении программы воспитания.
- Г. Личностный подход обязывает воспитателя строить воспитательный процесс на основе учета главных личностных качеств – направленности личности, ее жизненных планов и ценностной ориентации, опираясь на возрастные и индивидуальные особенности воспитанников

А 8. Выберите правильный ответ.

Национальная культура – это__

- А. Органический сплав объективно существующих связей личности с данной общностью и субъективного, личностного отношения к ней, проявляющихся во внутриличностных национальных связях.
- Б. Направленность деятельности личности, группы на национальные ценности той или иной социальной общности.
- В. Совокупность материальных и духовных ценностей нации, а также практикуемых данной нацией основных способов взаимодействия с природой и социальным окружением.

Критерии оценки тестирования по предмету «ПЕДАГОГИКА»

Оценка «5» баллов (100-90%)

Оценка «4» балла (89-80%)

Оценка «3» балла (79-70%)

Оценка «2» балла (69-60%)

ОПИСАНИЕ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ЗАЧЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ

К зачету допускаются только студенты, не имеющие текущих задолженностей.

Зачет состоит из двух вопросов и одного задания (решение задачи) по дисциплине

«Педагогика». Вопросы охватывают материал обязательных списков литературы, лекции учебника. В ходе ответа студент должен продемонстрировать общее представление;

владение материалом учебника, лекций, а также дополнительной литературой (если она есть в основном списке или планах практических занятий); умение проанализировать вышеуказанный материал, выдвинуть на его основе собственную точку зрения и аргументировать её.

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ ПО «ПЕДАГОГИКЕ»

Педагогика как наука – ее объект, предмет, задачи.

Основные исторические этапы развития педагогики как науки.

Структура педагогической науки.

Связь педагогики с другими науками.

Понятие индивид, личность, индивидуальность в педагогике – их особенности и взаимосвязь.

Факторы, влияющие на развитие и формирование личности человека.

Значение непрерывного образования в развитии врача-профессионала.

Ситуации педагогического общения в работе фельдшера.

Педагогические аспекты профессиональной деятельности фельдшера.

Совершенствования самосохранительной деятельности в работе фельдшера.

Педагогические основы просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни.

Методы, формы и средства обучения пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам

самоконтроля основных физиологических показателей, способствующих сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний.

Развитие системы непрерывного медицинского образования в России.

Балльно-рейтинговая система оценки качества учебной деятельности: плюсы и минусы.

Становление и развитие медицинской педагогики.

Педагогический процесс как целостная система.

Структурные компоненты педагогической системы.

Способы отражения содержания образования в федеральном государственном образовательном стандарте, учебных планах, образовательных программах.

Понятие целей образования и обучения. Содержание обучения и образования.

Методика воспитания пациентов.

Лекция как метод устного изложения знаний. Беседа как диалогический метод обучения.

Санитарное просвещение населения в работе фельдшера.

Профилактика заболеваний, сохранение и укрепление здоровья населения в работе фельдшера.

Направления воспитательной работы

Педагогический контроль. Виды контроля

Современные формы и средства обучения

Классификация методов обучения.

Активные и интерактивные методы обучения

Дистанционная форма обучения

Принципы обучения

ЗАДАЧИ К ЗАЧЕТУ

Сравните содержание и организацию педагогического процесса в условиях разных типов и видов образовательных организаций. Приведите примеры.

Схематично представьте и опишите субъект-объектный и субъект-субъектный типы отношений участников

педагогического процесса. Приведите примеры.

Изобразите в виде наглядной схемы связи педагогики с другими областями научного знания. Обозначьте тип связи педагогики. Аргументируйте выбор типа.

В чем Вы обнаруживаете сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?

Что для вас означают понятия «воспитание», «обучение», «развитие»? Как ваше собственное понимание этих понятий соотносится с их научной трактовкой?

Продолжите фразу: Я как индивид _____, Я как личность _____, я как индивидуальность _____.

Что повлияло на становление педагогики как науки? Обоснуйте ответ.

Чем обусловлен двухсторонний характер обучения (преподавание и учение)?

В чем заключается педагогический аспект деятельности врача? Докажите на примере.

Мотивация на здоровый образ жизни – личное дело каждого или профессиональная задача врача? Обоснуйте свою точку

зрения.

Изобразите в виде наглядной схемы связи педагогики с другими областями научного знания. Аргументируйте выбор типа.

Разработайте «Нравственный кодекс фельдшера».

Разработайте нравственные ориентиры профессиональной деятельности фельдшера.

Как соотносятся медицинская и педагогическая деятельность врача? Стоит ли врачам уделять внимание педагогической подготовке?

В Японии сравнивают образование со столетним деревом. О какой важнейшей социокультурной функции образования идет речь?

Составьте кластер по классификации методов обучения.

Охарактеризуйте методы воспитания (классификация и содержание каждого метода). Приведите примеры.

Как взаимосвязаны методы обучения и контроля. Докажите на примере.

Раскройте один из методов целостного педагогического процесса.

Какой смысл вы видите в изучении курса «Педагогика» для собственного творческого, профессионального развития?

Обоснуйте отличие диагностического материала по оценке качества воспитания от оценки качества обучения.

Вам необходимо дать рекомендации по ведению здорового образа жизни пациенту при выписке (мужчина, 35 лет, курит с 14 лет, ведет малоподвижный образ жизни, гипертоническая болезнь). Какие методы стимулирования пациента на ЗОЖ Вы используете?

Перечислите и обоснуйте важные профессиональные качества фельдшера.

Схематично представьте и опишите субъект-объектный и субъект- субъектный типы отношений участников педагогического процесса. Приведите примеры.

На ваш взгляд, какими личностными качествами должен обладать воспитанный медицинский персонал. Перечислите 10 наиболее важных и обоснуйте.

Должен ли современный врач обладать педагогической компетентностью для обучения и воспитания пациента?

В чем отличие программы воспитания пациента от программы обучения?

В чем состоит механизм воспитательного воздействия на личность пациента?

Как цели воспитания современной молодежи в России отражены в ФГОС? Докажите их актуальность.

Согласны ли Вы с высказыванием: «Воспитывая других, мы воспитываем прежде всего и самих себя, ибо присутствие детей часто служит уздой против распушенности, несдержанности, требует обдуманности и труда, чтобы придать жизни больше порядка, удовлетворить разнообразным запросам и потребностям, материальным и духовным» (А.Н.Острогорский). Обоснуйте ответ.

Уровень качества ответа студента на экзамене определяется с использованием следующей системы оценок:

Оценки "*отлично*" заслуживает студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение устанавливать взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала. Студент обнаруживает понимание специфики задания: аргументировано отвечает на вопрос, выдвигая необходимые тезисы, приводя развивающие их доводы, оригинальным способом решает возникшую проблему.

Оценки "*хорошо*" заслуживает студент, обнаруживший полное знание учебно- программногo материала, показавший систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности. Студент обнаруживает понимание специфики задания, но при ответе не демонстрирует достаточную обоснованность суждений, предлагает стандартный, типовой способ решения проблемы.

Оценки "*удовлетворительно*" заслуживает студент, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей

учебы и предстоящей работы по специальности, допустивший погрешности в ответе на вопросы и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка "*неудовлетворительно*" выставляется студенту, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка "*неудовлетворительно*" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

СООТВЕТСТВИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
ОК 8 Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.	
Знание 1 предмет, задачи, методы педагогики, основные этапы развития современной педагогической мысли	Вопросы: 1,2,3,4,5,14,16,17,18,19,21,27,28
Знание 2 способы профессионального и личностного саморазвития с целью повышения качества педагогической деятельности фельдшера	Вопросы: 6,7,13,15,24,25,26,29,30
Умение 1 реализовывать личностные способности, творческий потенциал в различных видах деятельности и социальных общностях	Задания: 2,3,6,7,8,11,17,18,19

Умение 2 заниматься самообразованием, реализовывать приемы саморазвития и самореализации в профессиональной и других сферах деятельности	Задания: 1,14,15,16,20,21,25,26,30
ПК 4.10 Готовность к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний	
Знание 1 методику обучения и воспитания пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний	Вопросы: 8,9,10,11,12,20,22,23
Умение 1	Задания: 4,5,9,12,13,21,23,24
осуществлять практическую деятельность по воспитанию и обучению пациентов с определенными диагнозами поведению, предотвращающему рецидивы заболевания; основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера	
Умение 2 реализовывать систему мер медицинского и немедицинского характера, направленной на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий	Задания: 10,22,27,28,29

26. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПМ.01 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

26.1. МДК 01.01 ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО МОДУЛЮ 1 «ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ» (ОК 1-13, ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.6, ПК 1.7.)

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ проводится по итогам освоения каждой темы из раздела учебно-тематического плана.

Тема: «Введение в пропедевтику. Субъективные и объективные методы исследования. Методы исследования органов дыхания»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. Основная причина развития острого бронхита

- а) алкоголизм
- б) курение
- в) ОРВИ
- г) переохлаждение

2. При хроническом бронхите отмечается кашель с мокротой

- а) 2 мес. не менее 2-х лет

- б) 3 мес. не менее 2-х лет
- в) 3 мес. не менее 3-х лет
- г) 4 мес. не менее 3-х лет

3. Основная причина развития хронического бронхита

- а) курение
- б) ОРВИ
- в) переохлаждение
- г) гиповитаминоз

4. Основная жалоба пациента при обструктивном бронхите

- а) повышение температуры
- б) головная боль
- в) одышка
- г) слабость

5. Данные аускультации при бронхите

- а) бронхиальное дыхание
- б) крепитация
- в) сухие и влажные хрипы
- г) шум трения плевры

6. При остром бронхите отмечается кашель с мокротой

- а) розовой пенистой
- б) "ржавой"
- в) слизистой
- г) стекловидной

7. Осложнение хронического бронхита

- а) абсцесс легкого
- б) плеврит
- в) туберкулез
- г) эмфизема легких

8. При лечении гнойного бронхита применяют

- а) ампициллин, бромгексин
- б) преднизолон, эуфиллин
- в) теофедрин, фуросемид
- г) пентамин, дигоксин

9. При кашле с гнойной мокротой противопоказан

- а) бромгексин
- б) кодеин
- в) мукалтин
- г) отхаркивающая микстура

10. При густой вязкой мокроте рекомендуют

- а) йодид калия
- б) кодеин
- в) либексин
- г) морфин

11. Основная жалоба пациента при бронхиальной астме

- а) боль в грудной клетке
- б) кашель с гнойной мокротой
- в) приступ удушья
- г) кровохарканье

12. Экспираторный характер одышки отмечается при

- а) абсцессе легкого
- б) бронхиальной астме
- в) крупозной пневмонии
- г) отеке легких

13. При экспираторной одышке затруднен

- а) вдох
- б) выдох
- в) вдох и выдох

14. Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы

- а) горизонтальное
- б) горизонтальное с приподнятыми ногами
- в) лежа на боку
- г) сидя, опираясь о колени

15. Аускультативные данные при приступе бронхиальной астмы

- а) крепитация
- б) сухие свистящие хрипы
- в) влажные хрипы

г) шум трения плевры

16. Спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена в мокроте определяются при

- а) абсцессе легкого
- б) бронхиальной астме
- в) раке легкого
- г) туберкулезе

17. Пикфлоуметрия - это определение

- а) остаточного объема
- б) дыхательного объема
- в) жизненной емкости легких
- г) пиковой скорости выдоха

18. Основной возбудитель крупозной пневмонии

- а) гонококк
- б) пневмококк
- в) стрептококк
- г) стафилококк

19. Крепитация выслушивается при

- а) бронхите
- б) бронхиальной астме
- в) крупозной пневмонии
- г) сухом плеврите

20. Притупление перкуторного звука и усиление голосового дрожания наблюдается при

- а) остром бронхите
- б) бронхиальной астме
- в) крупозной пневмонии
- г) экссудативном плеврите

21. "Ржавый" характер мокроты наблюдается при

- а) остром бронхите
- б) крупозной пневмонии
- в) бронхиальной астме
- г) экссудативном плеврите

22. Наиболее информативный метод диагностики пневмонии

- а) анализ мокроты
- б) анализ крови
- в) рентгенография грудной клетки
- г) плевральная пункция

23. Осложнение очаговой пневмонии

- а) абсцесс легкого
- б) бронхит
- в) туберкулез
- г) рак легкого

24. Мокроту для бактериологического исследования собирают в

- а) сухую пробирку
- б) сухую банку
- в) стерильную пробирку
- г) стерильную банку

25. Осложнение крупозной пневмонии

- а) бронхиальная астма
- б) бронхит
- в) плеврит
- г) рак легкого

26. При лечении пневмонии применяют

- а) антибиотики, отхаркивающие
- б) антибиотики, диуретики
- в) бронхолитики, глюкокортикостероиды
- г) бронхолитики, диуретики

27. Основная причина приобретенных бронхоэктазов

- а) бронхиальная астма
- б) хронический бронхит
- в) крупозная пневмония
- г) экссудативный плеврит

28. Для бронхоэктатической болезни характерно наличие

- а) каверны
- б) опухоли
- в) гноя в расширенных бронхах

г) жидкости в плевральной полости

29. Заболевание, характеризующееся развитием воспаления

в расширенных бронхах

- а) абсцесс легкого
- б) бронхоэктатическая болезнь
- в) туберкулез
- г) рак легкого

30. Больной выделяет мокроту по утрам полным ртом при

- а) бронхиальной астме
- б) бронхоэктатической болезни
- в) крупозной пневмонии
- г) экссудативном плеврите

31. При бронхоэктатической болезни мокрота

- а) "ржавая"
- б) стекловидная
- в) гнойная
- г) розовая

32. Наиболее информативный метод диагностики бронхоэктатической болезни

- а) бронхография
- б) рентгеноскопия грудной клетки
- в) спирография
- г) флюорография

33. Пальцы в виде "барабанных палочек" и ногти в виде "часовых стекол" встречаются при

- а) остром бронхите
- б) очаговой пневмонии
- в) крупозной пневмонии
- г) бронхоэктатической болезни

34. Кровохарканье наблюдается при

- а) остром бронхите
- б) бронхоэктатической болезни
- в) бронхиальной астме
- г) экссудативном плеврите

35. Абсцессом легкого может осложниться

- а) острый бронхит
- б) бронхиальная астма
- в) очаговая пневмония
- г) сухой плеврит

36. Появление обильной гнойной мокроты на фоне гектической лихорадки наблюдается при

- а) абсцессе легкого
- б) крупозной пневмонии
- в) бронхиальной астме
- г) раке легкого

37. Над крупной свободной полостью абсцесса легкого определяется дыхание

- а) амфорическое
- б) бронхиальное
- в) везикулярное
- г) жесткое

38. Для абсцесса легкого характерна лихорадка

- а) волнообразная
- б) гектическая
- в) извращенная
- г) постоянная

39. Кровохарканье и легочное кровотечение может возникнуть при

- а) абсцессе легкого
- б) бронхиальной астме
- в) остром бронхите
- г) экссудативном плеврите

40. Гнойная мокрота наблюдается при

- а) абсцессе легкого
- б) бронхиальной астме
- в) крупозной пневмонии
- г) экссудативном плеврите

41. Наиболее информативный метод диагностики абсцесса легкого

- а) анализ крови
- б) анализ мокроты
- в) рентгенография

г) спирометрия

42. Рентгенологический признак абсцесса легкого после прорыва в бронх

- а) округлая тень
- б) полость с горизонтальным уровнем жидкости
- в) повышенная прозрачность легочных полей
- г) тень поджатого легкого

43. Эластические волокна в мокроте определяются при

- а) бронхиальной астме
- б) бронхите
- в) абсцессе легкого
- г) очаговой пневмонии

44. В анализе крови при абсцессе легкого определяется лейкоцитоз

- а) базофильный
- б) нейтрофильный
- в) эозинофильный

45. Наиболее частый путь передачи туберкулеза

- а) алиментарный
- б) аэрогенный
- в) воздушно-капельный
- г) контактно-бытовой

46. Возбудителем туберкулеза является

- а) кокк
- б) микобактерия
- в) микопlasма
- г) спирохета

47. Источник туберкулеза

- а) больной человек
- б) овощи
- в) фрукты
- г) крупы

48. Ранние симптомы туберкулеза

- а) высокая температура, кровохарканье
- б) высокая температура, кашель с гнойной мокротой
- в) длительный субфебрилитет, покашливание
- г) одышка, "ржавая мокрота"

49. Каверна образуется в легком при

- а) бронхите
- б) бронхиальной астме
- в) пневмонии
- г) туберкулезе

50. При туберкулезе в мокроте обнаруживают

- а) атипичные клетки
- б) микобактерии
- в) эозинофилы
- г) спирали Куршмана

51. Метод ранней диагностики туберкулеза легких

- а) спирография
- б) бронхография
- в) бронхоскопия
- г) флюорография

52. Для профилактики туберкулеза применяют

- а) вакцину
- б) плазму
- в) сыворотку
- г) туберкулин

53. Специфическая профилактика туберкулеза

- а) АКДС
- б) БЦЖ
- в) реакция Манту
- г) реакция Пирке

54. Вакцина БЦЖ используется для

- а) диагностики туберкулеза
- б) диагностики рака легкого
- в) профилактики туберкулеза
- г) профилактики рака легкого

55. Вакцина БЦЖ используется для профилактики
а) абсцесса легкого
б) пневмонии
в) рака легкого
г) туберкулеза
56. Вакцинация БЦЖ проводится
а) на 4-7 день жизни
б) в 1 месяц
в) в 1 год
г) в 2 года
57. Место введения вакцины БЦЖ
а) верхняя треть плеча
б) верхняя треть предплечья
в) средняя треть плеча
г) средняя треть предплечья
58. Вакцина БЦЖ вводится
а) в/в
б) в/к
в) в/м
г) п/к
59. Реакция Манту используется для
а) диагностики рака легкого
б) диагностики туберкулеза
в) лечения рака легкого
г) лечения туберкулеза
60. Реакция Манту используется для диагностики
а) бронхиальной астмы
б) пневмонии
в) рака легкого
г) туберкулеза
61. При проведении реакции Манту туберкулин вводят
а) в/в
б) в/к
в) в/м
г) п/к
62. Реакция Манту оценивается через (час.)
а) 12
б) 24
в) 36
г) 72
63. Реакция Манту считается положительной при
а) инфильтрате размером 1-2 мм
б) инфильтрате размером 2-4 мм
в) инфильтрате размером 5 мм и более
г) отсутствии инфильтрата
64. Место введения туберкулина при постановке реакции Манту
а) верхняя треть плеча
б) верхняя треть предплечья
в) средняя треть плеча
г) средняя треть предплечья
65. Рак легких - это опухоль
а) доброкачественная из соединительной ткани
б) доброкачественная из эпителиальной ткани
в) злокачественная из соединительной ткани
г) злокачественная из эпителиальной ткани
66. Лица, получающие длительную терапию глюкокортикостероидами, входят в группу риска по развитию
а) хронического бронхита
б) бронхиальной астмы
в) туберкулеза легких
г) эмфиземы легких
67. Похудание, кровохарканье, боль в грудной клетке наблюдаются при
а) остром бронхите
б) бронхиальной астме
в) очаговой пневмонии
г) раке легкого
68. Осложнение рака легкого

- а) легочное кровоотечение
- б) эмфизема легких
- в) хронический бронхит
- г) бронхиальная астма

69. Метод ранней диагностики рака легкого

- а) бронхография
- б) спирометрия
- в) бронхоскопия
- г) флюорография

70. Атипичные клетки в мокроте определяются при

- а) бронхите
- б) пневмонии
- в) раке легкого
- г) туберкулезе

71. Легочное кровоотечение может возникнуть при

- а) остром бронхите
- б) бронхиальной астме
- в) крупозной пневмонии
- г) раке легкого

72. При раке легкого в мокроте определяют

- а) атипичные клетки
- б) спирали Куршмана
- в) микобактерии
- г) кристаллы Шарко-Лейдена

73. Плевритом может осложниться

- а) бронхит
- б) бронхиальная астма
- в) туберкулез
- г) эмфизема легких

74. Пациент занимает вынужденное положение лежа на больной стороне при

- а) бронхите
- б) бронхиальной астме
- в) бронхоэктатической болезни
- г) сухом плеврите

75. Боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, шум трения плевры характерны для

- а) бронхита
- б) бронхиальной астмы
- в) сухого плеврита
- г) экссудативного плеврита

76. Экссудативным плевритом может осложниться

- а) бронхиальная астма
- б) бронхит
- в) туберкулез
- г) эмфизема

77. Притупление перкуторного звука и ослабление голосового дрожания происходит при

- а) бронхите
- б) пневмонии
- в) сухом плеврите
- г) экссудативном плеврите

78. Плевральную пункцию с диагностической целью назначают при

- а) бронхиальной астме
- б) крупозной пневмонии
- в) хроническом бронхите
- г) экссудативном плеврите

79. Место прокола при плевральной пункции

- а) по верхнему краю ребра
- б) по нижнему краю ребра
- в) не имеет значения

80. При экссудативном плеврите аускультативно определяется

- а) амфорическое дыхание
- б) отсутствие дыхания на стороне поражения
- в) крепитация
- г) шум трения плевры

81. Рентгенологическая картина при экссудативном плеврите

- а) полость с горизонтальным уровнем жидкости
- б) повышенная прозрачность легких
- в) гомогенное затемнение части легкого со смещением органов средостения в здоровую сторону
- г) гомогенное затемнение части легкого со смещением органов средостения в большую сторону

82. При легочном кровотечении кровь бывает

- а) алая, пенистая
- б) темная, со сгустками
- в) цвета "кофейной гущи"

83. Основная жалоба пациента при эмфиземе

- а) боль в грудной клетке
- б) кашель с выделением мокроты
- в) кровохарканье
- г) одышка

84. Форма грудной клетки при эмфиземе

- а) астеническая
- б) гиперстеническая
- в) нормостеническая
- г) бочкообразная

85. Перкуторный звук при эмфиземе легких

- а) коробочный
- б) тимпанический
- в) тупой
- г) ясный

86. Нижняя граница легких при эмфиземе

- а) смещена вверх
- б) смещена вниз
- в) не изменена

87. Рентгенологический признак эмфиземы

- а) полость с горизонтальным уровнем жидкости
- б) гомогенное затемнение с косой верхней границей
- в) очаговое затемнение
- г) повышенная прозрачность легочных полей

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза.

Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием дыхательной системы.

Основные методы исследования больного с заболеванием бронхов, необходимые для постановки диагноза.

Разбор АФО системы дыхания.

Особенности сбора анамнеза жизни и заболевания больного с бронхо-легочной патологией.

Характерные жалобы больных – одышка, кашель, выделение мокроты, кровохарканье, боли в грудной клетке.

Объективное обследование органов дыхания. Осмотр грудной клетки в норме и патологии.

Оценка типа дыхания, подсчет частоты дыхания, причины и изменения частоты и глубины дыхания. Глубокое и поверхностное дыхание. Ритм дыхания.

Патологические виды дыхания, их характеристика. Диагностическое значение симптомов.

Пальпация грудной клетки. Правила пальпации, определение эластичности, ригидности, болезненности. Определение голосового дрожания.

Перкуссия, виды перкуссии. Сравнительная перкуссия легких. Правила, порядок, методика проведения.

Топографическая перкуссия легких, цели, задачи. Диагностическое значение изменения положения верхушек легких, нижних границ, определение подвижности легочного края.

Аускультация легких. Методика и последовательность проведения..

Основные дыхательные шумы. Везикулярное дыхание, его изменение при патологических процессах.

Бронхиальное дыхание (физиологическое и патологическое).

Побочные дыхательные шумы. Хрипы: сухие и влажные. Крепитация. Механизмы возникновения Диагностическое значение.

Шум трения плевры. Понятие бронхофонии.

Лабораторные исследования при заболеваниях бронхо-легочной системы, их диагностическое значение (анализы крови, мокроты, промывных вод бронхов, плевральной жидкости).

Инструментальные исследования при заболеваниях системы дыхания, их диагностическое значение. Рентгенологические исследования:

рентгеноскопия, рентгенография, бронхография, томография, флюорография.

Эндоскопические методы исследования. Бронхоскопия, цели, возможности метода.

Функциональные методы исследования, их диагностическое значение. Спирометрия, пикфлоуметрия. Определение ЖЕЛ. Диагностическое значение.

Типовые практические задания для проверки умений:

Осмотр и пальпация грудной клетки

Сравнительная перкуссия легких спереди

Сравнительная перкуссия легких сзади

Определение нижней границы легких по средне-ключичной линии

Определение нижней границы легких по средне-подмышечной линии

Определение нижней границы легких по лопаточной линии

Определение экскурсии легочного края по лопаточной линии

Реферат «Инструментальные методы исследования системы дыхания»

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).

Перечислите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).

Назовите возможные осложнения данного заболевания (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Острый бронхит.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

синдром интоксикации (общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела), бронхитический (сухой кашель); острое начало заболевания;

связь заболевания с переохлаждением

2) объективные данные: субфебрильная температура.

при аускультации - дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы с обеих сторон.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

3. Очаговая пневмония, переход в хроническую форму.

ЗАДАЧА 2

Больная В., 43 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание.

После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека.

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

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

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Задание

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).

Перечислите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).

Назовите возможные осложнения данного заболевания (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Бронхиальная астма atopическая, средней степени тяжести, ст. обострения. Эмфизема легких. ДН.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты;

связь возникновения приступов с периодом цветения;

связь начала заболевания с психоэмоциональным потрясением;

наследственная предрасположенность (приступы удушья у ближайших родственников);

наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты;

2) объективные данные:

при осмотре: вынужденное положение, занимаемое для облегчения дыхания, цианотичный оттенок кожи, бочкообразная форма грудной клетки, сглаженность над- и подключичных ямок, расширение межреберных промежутков, втяжение межреберий, набухание шейных вен, ЧДД - 26 в мин.;

при перкуссии легких - коробочный звук, опущение нижней границы легких, снижение экскурсии легких;

при аускультации - сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, удлинение выдоха.

2. Общий анализ крови: на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов. Биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов. Микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана). Исследование функции внешнего дыхания - спирография (снижение показателя Тиффно), пневмотахометрия (низкая мощность выдоха), пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов).

Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы.

3. Астматический статус. Дыхательная недостаточность. Хроническое легочное сердце.

ЗАДАЧА 3

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,40С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин.

При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).

Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).

Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Пневмония правосторонняя нижнедолевая, средней степени тяжести.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, кашель со "ржавой мокротой";

острое начало заболевания;

- 2) объективные данные: лихорадка,
при осмотре: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании;
при перкуссии: притупление звука над нижней долей правого легкого;
при пальпации - усиление голосового дрожания;
при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитация.
2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: затемнение соответствующей доли легкого.
3. Плеврит, острая дыхательная недостаточность, коллапс при критическом снижении температуры, миокардит, очаговый нефрит, менингит, сердечная недостаточность, абсцесс легкого.

ЗАДАЧА 4

Больной И., 26 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. Больному легче сидеть, чем лежать. Болен 2-ю неделю.
Объективно: температура 37,80С. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по среднеподмышечной линии от 7-го ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).

Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).

Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Экссудативный плеврит справа.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

синдром интоксикации, сухой кашель, нарастающая одышка, чувство тяжести в одной половине грудной клетки;

постепенное начало заболевания;

вынужденное положение сидя;

2) объективные данные:

при осмотре: отставание при дыхании и выбухание пораженной половины грудной клетки; вынужденное положение пациента сидя

при перкуссии: тупой звук над областью поражения, смещение левой границы сердца;

при пальпации: ослабление голосового дрожания;

при аускультации: дыхание над пораженной областью резко ослаблено.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Рентгенография органов грудной клетки: затемнение в нижних отделах грудной клетки с косой верхней границей, смещение органов средостения в здоровую сторону, плевральная пункция.

3. Дыхательная и сердечная недостаточность, развитие плевральных спаек.

Тема: «Методы исследования системы кровообращения»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. Этиология ревматизма

а) бета-гемолитический стрептококк группы А

б) золотистый стафилококк

в) кишечная палочка

г) пневмококк

2. Ревматизм развивается после ангины через

а) 1-2 дня

б) 3-4 дня

в) 1-3 недели

г) 1-3 месяца

3. Ревматизмом чаще заболевают лица в возрасте

а) 1-2 года

б) 5-7 лет

в) 7-15 лет

г) 18-25 лет

4. Повышение температуры, эндомиокардит, полиартрит наблюдаются при

а) атеросклерозе

б) гипертонической болезни

в) ишемической болезни сердца

г) ревматизме

5. При ревматизме чаще поражается клапан

а) аортальный

б) митральный

в) пульмональный

г) трехстворчатый

6. Воспаление крупных суставов, летучесть болей наблюдаются при

а) деформирующем остеоартрозе

б) ревматоидном артрите

в) ревматическом полиартрите

г) подагре

7. При малой хорея поражается система

- а) нервная
- б) сердечно-сосудистая
- в) пищеварительная
- г) дыхательная

8. Исход ревматического полиартрита

- а) анкилоз
- б) стойкая деформация кисти
- в) кровоизлияние в полость сустава
- г) все явления проходят бесследно

9. Поражение кожи при ревматизме

- а) диффузный цианоз
- б) "сосудистые звездочки"
- в) кольцевидная эритема
- г) эритема по типу "бабочки"

10. Наиболее частый исход ревмокардита

- а) атеросклероз
- б) гипертоническая болезнь
- в) порок сердца
- г) выздоровление

11. При ревматизме в анализе крови наблюдается

- а) уменьшение лейкоцитов
- б) уменьшение СОЭ
- в) снижение сиаловых кислот
- г) появление антистрептолизина О

12. Патогенетическая терапия при активной фазе ревматизма проводится препаратами

- а) антибиотиками
- б) гипотензивными
- в) диуретиками
- г) нестероидными противовоспалительными

13. Основная причина приобретенных пороков сердца

- а) гипертоническая болезнь
- б) инфаркт миокарда
- в) стенокардия
- г) ревматизм

14. Жалобы больного при компенсированной недостаточности митрального клапана

- а) головная боль
- б) одышка
- в) отеки
- г) жалоб нет

15. Цвет кожных покровов при митральном стенозе

- а) бледные
- б) желтушные
- в) нормальной окраски
- г) цианотичные

16. Симптом "кошачье мурлыканье" определяется при

- а) инфаркте миокарда
- б) стенокардии
- в) митральной недостаточности
- г) митральном стенозе

17. Появление шума на верхушке сердца свидетельствует о поражении клапана

- а) аортального
- б) митрального
- в) пульмонального
- г) трехстворчатого

18. Данные аускультации при митральной недостаточности

- а) диастолический шум на верхушке
- б) систолический шум на верхушке
- в) диастолический шум во 2-м межреберье справа у грудины
- г) систолический шум во 2-м межреберье справа у грудины

19. Пульсация сонных артерий ("пляска каротид") наблюдается при

- а) аортальной недостаточности
- б) аортальном стенозе
- в) митральной недостаточности
- г) митральном стенозе

20. Высокое пульсовое АД наблюдается при
а) аортальной недостаточности
б) аортальном стенозе
в) митральной недостаточности
г) митральном стенозе
21. Появление шума во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина свидетельствует о поражении клапана
а) аортального
б) митрального
в) пульмонального
г) трехстворчатого
22. Кровохарканье является частым признаком
а) аортальной недостаточности
б) инфаркта миокарда
в) стенокардии
г) митрального стеноза
23. При бактериальном эндокардите чаще поражается клапан
а) аортальный
б) митральный
в) пульмональный
г) трехстворчатый
24. Клинические симптомы инфекционного миокардита
а) лихорадка, боли в области сердца, одышка
б) лихорадка, кашель со "ржавой" мокротой
в) тошнота, рвота, понос
г) отеки, гематурия, гипертензия
25. Миокардиодистрофия возникает при
а) гипертонической болезни
б) стенокардии
в) курении
г) злоупотреблении алкоголем
26. Заболевание миокарда неизвестной этиологии - это
а) инфекционный миокардит
б) ревматический миокардит
в) кардиомиопатия
г) алкогольная миокардиодистрофия
27. Гипертрофия межжелудочковой перегородки и левого желудочка с уменьшением его полости наблюдается при кардиомиопатии
а) гипертрофической
б) дилатационной
в) рестриктивной
28. При сухом перикардите аускультативно определяется
а) крепитация
б) сухие хрипы
в) усиление тонов
г) шум трения перикарда
29. При экссудативном перикардите больной занимает вынужденное положение
а) горизонтальное
б) горизонтальное с приподнятыми ногами
в) лежа на боку
г) сидя с наклоном туловища вперед
30. Аускультативный признак экссудативного перикардита
а) акцент второго тона на аорте
б) акцент второго тона на легочной артерии
в) усиление первого тона на верхушке сердца
г) ослабление тонов сердца
31. При экссудативном перикардите границы сердца увеличиваются
а) влево
б) вниз
в) вправо
г) во все стороны
32. Главный этиологический фактор развития гипертонической болезни
а) нервно-психическое перенапряжение
б) гломерулонефрит
в) ожирение
г) болезнь Иценко-Кушинга
33. Сильная головная боль, тошнота, рвота, "мушки" перед глазами, напряженный пульс наблюдаются при

- а) обмороке
- б) коллапсе
- в) гипертоническом кризе
- г) стенокардии

34. При гипертоническом кризе аускультативно отмечается

- а) ослабление первого тона на верхушке
- б) ослабление второго тона на верхушке
- в) акцент второго тона на аорте
- г) акцент второго тона на легочной артерии

35. Осложнение гипертонической болезни

- а) инсульт, инфаркт миокарда
- б) обморок, коллапс
- в) ревматизм, порок сердца
- г) пневмония, плеврит

36. У больного на фоне гипертонического криза появились удушье и обильная пенная розовая мокрота - это

- а) крупозная пневмония
- б) легочное кровотечение
- в) отек легких
- г) тромбоэмболия легочной артерии

37. Твердый, напряженный пульс наблюдается при

- а) гипертоническом кризе
- б) обмороке
- в) коллапсе
- г) кардиогенном шоке

38. Фактор риска развития атеросклероза

- а) высокий уровень холестерина
- б) занятия физической культурой
- в) неотягощенная наследственность
- г) рациональное питание

39. При атеросклерозе поражаются

- а) артерии
- б) вены
- в) капилляры
- г) мышцы

40. Осложнение атеросклероза

- а) асцит
- б) инфаркт миокарда
- в) пиелонефрит
- г) пневмония

41. Антиатерогенными являются липопротеиды

- а) высокой плотности
- б) низкой плотности
- в) очень низкой плотности

42. Основная причина смерти среди сердечно-сосудистых заболеваний

- а) гипертоническая болезнь
- б) ишемическая болезнь сердца
- в) пороки сердца
- г) ревматизм

43. Риск развития ИБС у женщин по сравнению с мужчинами

- а) выше
- б) ниже
- в) такой же

44. Сжимающие боли за грудиной, иррадирующие под левую лопатку, продолжительностью 5-10 минут, характерны для

- а) бактериального эндокардита
- б) инфаркта миокарда
- в) ревматического эндокардита
- г) стенокардии

45. Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при ходьбе менее чем на 100 м или в покое

- а) первый
- б) второй
- в) третий
- г) четвертый

46. Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при нагрузке высокой интенсивности

- а) первый
- б) второй

- в) третий
г) четвертый
47. Местное артериальное малокровие - это
а) анемия
б) ишемия
в) гипоксия
г) гипоксемия
48. Типичная форма инфаркта миокарда
а) абдоминальная
б) ангинозная
в) астматическая
г) безболевая
49. Осложнение инфаркта миокарда, требующее реанимационных мероприятий
а) кардиогенный шок
б) коллапс
в) синусовая тахикардия
г) фибрилляция желудочков
50. Клинические симптомы кардиогенного шока
а) лихорадка, лимфаденопатия
б) лихорадка, кашель со "ржавой" мокротой
в) резкое снижение АД, частый нитевидный пульс
г) резкое повышение АД, напряженный пульс
51. Изменения в биохимическом анализе крови при инфаркте миокарда
а) гиперпротеинемия
б) гипохолестеринемия
в) гиперферментемия
г) гипоферментемия
52. Зону некроза на ЭКГ при инфаркте миокарда отражает зубец
а) P
б) Q
в) R
г) S
53. Повышение температуры, лейкоцитоз, увеличение СОЭ наблюдаются при
а) гипертонической болезни
б) инфаркте миокарда
в) кардиосклерозе
г) стенокардии
54. В первые дни больному инфарктом миокарда назначают режим
а) строгий постельный
б) постельный
в) полупостельный
г) амбулаторный
55. Транспортировка больного с инфарктом миокарда
а) в кресле-каталке
б) на носилках
в) самостоятельное передвижение
56. Больному инфарктом миокарда необходима госпитализация
а) в первые часы заболевания
б) на 2-е сутки заболевания
в) на 3-и сутки заболевания
г) на 4-е сутки заболевания
57. Коллапс - это проявление острой недостаточности
а) коронарной
б) левожелудочковой
в) правожелудочковой
г) сосудистой
58. Клокочущее дыхание и розовая пенная мокрота наблюдаются при
а) бронхоспазме
б) коллапсе
в) обмороке
г) отеке легких
59. Основной симптом сердечной астмы
а) боль в животе
б) головокружение
в) тошнота
г) удушье

60. Показание для наложения венозных жгутов на конечности
а) бронхиальная астма
б) обморок
в) стенокардия
г) сердечная астма
61. Только при острой правожелудочковой недостаточности наблюдается
а) тахикардия
б) одышка
в) цианоз
г) асцит
62. Отеки нижних конечностей, асцит, увеличение печени наблюдаются при
а) инфаркте миокарда
б) недостаточности кровообращения
в) стенокардии
г) гипертонической болезни
63. Скопление отечной жидкости в полости перикарда - это
а) анасарка
б) асцит
в) гидроперикард
г) гидроторакс
64. Скопление отечной жидкости в полости плевры - это
а) анасарка
б) асцит
в) гидроперикард
г) гидроторакс
65. Массивные, распространенные по всему телу отеки - это
а) анасарка
б) асцит
в) гидроперикард
г) гидроторакс
66. Отеки сердечного происхождения появляются
а) утром на лице
б) утром на ногах
в) вечером на ногах
г) вечером на лице
67. Тахикардия и одышка в покое, отеки, увеличение печени у больного с пороком сердца характерны для недостаточности
а) надпочечниковой
б) печеночной
в) почечной
г) сердечной
68. Экстрасистолия - это
а) уменьшение ЧСС
б) увеличение ЧСС
в) нарушение проводимости
г) преждевременное сокращение сердца
69. Сердечная астма - это проявление острой недостаточности
а) коронарной
б) левожелудочковой
в) правожелудочковой
г) сосудистой
70. ЧСС 52 уд/мин. - это
а) брадикардия
б) тахикардия
в) экстрасистолия
г) норма
71. ЧСС 100 уд/мин. - это
а) брадикардия
б) тахикардия
в) экстрасистолия
г) норма
72. АД 170/100 мм рт. ст. - это
а) гипертония
б) гипотония
в) коллапс
г) норма
73. Псевдосиндром "острого живота" наблюдается при форме инфаркта миокарда

- а) ангинозной
- б) астматической
- в) аритмической
- г) гастралгической

74. Приступ удушья наблюдается при форме инфаркта миокарда

- а) ангинозной
- б) астматической
- в) аритмической
- г) гастралгической

75. Аневризма сердца - это

- а) гипертрофия левого желудочка
- б) гипертрофия правого желудочка
- в) уменьшение левого желудочка
- г) взбухание участка сердца

76. Отек легких - это форма острой недостаточности

- а) коронарной
- б) левожелудочковой
- в) правожелудочковой
- г) сосудистой

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1 а 2 в 3 в 4 г 5 б 6 в 7 а 8 г 9 в 10 в 11 г 12 г 13 г 14 г 15 г 16 г 17 б 18 б 19 б 20 б 21 а 22 г 23 б 24 а 25 г 26 а 27 а 28 г 29 г 30 в 31 б 32 а 33 в 34 в 35 а 36 в 37 а 38 а 39 а 40 б 41 а 42 б 43 в 44 г 45 г 46 г 47 б 48 б 49 а 50 в 51 в 52 б 53 б 54 а 55 б 56 а 57 г 58 г 59 г 60 г 61 г 62 б 63 в 64 г 65 а 66 в 67 г 68 г 69 б 70 а 71 б 72 а 73 г 74 б 75 г 76 б

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Разбор АФО системы кровообращения.
2. Особенности сбора анамнеза жизни и заболевания больного с патологией сердца и сосудов. Характерные жалобы больных с заболеванием сердечно-сосудистой системы.
3. Объективное обследование органов кровообращения. Осмотр больного. Положение больного в постели, цвет кожных покровов, форма ногтей и пальцев рук, наличие отеков.
4. Осмотр области сердца и периферических сосудов, деформации грудной клетки.
5. Верхушечный толчок, пульсация сосудов шеи и др. симптомы.
6. Перкуссия сердца. Правила, методика, диагностическое значение. Определение границ сердца.
7. Аускультация сердца. Характеристика сердечных тонов. Патологические ритмы. Шумы сердца.
8. Лабораторные исследования при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, их диагностическое значение (общий анализ крови, биохимические анализы крови).
9. Инструментальные исследования при заболеваниях системы кровообращения, их диагностическое значение. Электрокардиография. Проводящая система сердца. ЭКГ отведения. Техника записи ЭКГ (зубцы и интервалы).
10. Холтеровское мониторирование, диагностическое значение метода.
11. Рентгенологическое исследования: рентгенография, КТ.
12. Ультразвуковое исследование сердца (УЗИ, доплер).
13. Функциональные методы исследования: ВЭМ, тредмил, их диагностическое значение.

Типовые практические задания для проверки умений:

- Пальпация грудной клетки, ее задачи.
- Пальпация верхушечного толчка
- Пальпация сердечного толчка
- Перкуссия правой границы относительной сердечной тупости
- Перкуссия левой границы относительной сердечной тупости
- Аускультация сердца
- Измерение артериального давления
- Пальпация пульса.

Реферат «Инструментальные методы исследования системы кровообращения»

Решение ситуационных задач

Задача 1

Больной К., 40 лет жалуется на одышку при физической нагрузке, периодические загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, кашель в ночное время, отеки на ногах к вечеру, слабость. Много лет, с детства, страдает ревматизмом, имеет порок сердца. При осмотре – астеник, на лице «митральная бабочка», голени пастозные, отеки стоп. Верхушечный толчок не виден, эпигастральная пульсация. Границы относительной сердечной тупости расширены: справа в IV межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, слева в II-III межреберьях по средне-ключичной линии. I тон на верхушке хлопающий, диастолический шум с пресистолическим усилением. В точке Боткина – «ритм перепела» (трехчленный ритм). На основании сердца акцент II тона над легочной артерией, в точке выслушивания трехстворчатого клапана – тоны приглушены, короткий систолический шум. В легких ослабленное везикулярное дыхание, крепитация в нижних отделах сзади. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край мягкий, болезненный при пальпации.

Трикуспидальная регургитация (++, +++). Давление в легочной артерии 25 мм (N –23 мм).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

Стеноз митрального отверстия в стадию декомпенсации

ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 64 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Признаки гипертрофии правого и левого предсердий. Блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки нагрузки на правый желудочек.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 25 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 19 мм. Поток в

аорту не ускорен, регургитации нет. Левое предсердие 45 мм (N - 40мм), правое предсердие 42 мм (N - 38мм), правый желудочек 34-36 мм (N - 30мм), стенки правого желудочка утолщены. Левый желудочек - 50 мм (N - 56 мм). Митральный клапан «П»-образный, спаян по комиссурам, снижено расхождение в диастолу до 11 мм (N - 19-32 мм), ускорен трансмитральный поток до 2,65 м/с (N - 1,0 м/с). Передняя стенка митрального клапана «парусит» в сторону межжелудочковой перегородки. Площадь митрального отверстия 2,1 см².
Гипертензия малого круга кровообращения с отеком легких, мерцательная аритмия, тромбоз, сердечная недостаточность.

Задача 2

Больной М., 47 лет при поступлении в стационар предъявляет жалобы на периодические головные боли, головокружение, сжимающие боли за грудиной. Подобные явления стали возникать последние несколько лет, чаще связаны с нагрузкой. Два дня назад во время работы на даче потерял сознание. Из анамнеза известно, что в детстве часто болел ангинами. На учете не состоит, не обследовался. При осмотре правильного телосложения, хорошо развиты мышцы плечевого пояса, активен. Кожные покровы немного бледные, на шеи - «пляска каротид», симптом Квинке и Мюссе. При осмотре грудной клетки виден разлитой, приподнимающий фонендоскоп верхушечный толчок в VI межреберье по передне-подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости смещены влево в IV межреберье до срединно-ключичной линии, в V - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, в VI - по передне-подмышечной линии. При аускультации на верхушке тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум, нежный, никуда не проводится. На основании сердца II тон на аорте ослаблен, диастолический шум. АД 160/50 мм рт. ст. на обеих руках.

ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 84 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка с признаками его перегрузки.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, D ± 22 мм (N - 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 17 мм.

Регургитация над створками аорты (++, +++). Левый желудочек 63 мм (N - 56 мм). Левое предсердие 23 мм (N). Правые отделы не изменены.

Митральный клапан «М»-образный, регургитация над створками митрального клапана (++)

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

Недостаточность аортального клапана.

ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 84 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка с признаками его перегрузки.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, D ± 22 мм (N - 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 17 мм.

Регургитация над створками аорты (++, +++). Левый желудочек 63 мм (N - 56 мм). Левое предсердие 23 мм (N). Правые отделы не изменены.

Митральный клапан «М»-образный, регургитация над створками митрального клапана (++)

Сердечная астма, инфаркт миокарда, тромбозмембранные осложнения.

Задача 3

Больной Б., 19 лет страдает ревматизмом с 12 лет. Находится на учете у ревматолога. При диспансеризации жалуется на одышку при нагрузке, сжимающие боли за грудиной, слабость, утомляемость.

При осмотре - выглядит моложе своего возраста, астеник. Верхушечный толчок - в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, ощущается «диастолическое кошащее мурлыканье». При перкуссии границы относительной сердечной тупости смещены влево во II и III межреберья на 2 см кнаружи. При аускультации I тон на верхушке хлопающий, диастолический шум с пресистолическим усилением. В точке Боткина - «ритм перепела» (трехчленный ритм).

ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 64 в минуту. Увеличена нагрузка на левое предсердие. Единичные суправентрикулярные экстрасистолы.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, D ± 25 мм (N - 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 19 мм. Поток в аорту не ускорен, регургитации нет. Левое предсердие 50 мм (N - 40мм). Левый желудочек - 50 мм (N - 56 мм). Митральный клапан «П»-образный, спаян по комиссурам, снижено расхождение в диастолу до 17 мм (N - 19 мм), ускорен трансмитральный поток до 2,65 м/с (N - 1,0 м/с). Передняя стенка митрального клапана «парусит» в сторону межжелудочковой перегородки. Площадь митрального отверстия 2,1 см². Давление в легочной артерии 20 мм (N).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

Стеноз митрального отверстия в стадию компенсации.

ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 64 в минуту. Увеличена нагрузка на левое предсердие. Единичные суправентрикулярные экстрасистолы.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, D ± 25 мм (N - 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 19 мм. Поток в аорту не ускорен, регургитации нет. Левое предсердие 50 мм (N - 40мм). Левый желудочек - 50 мм (N - 56 мм). Митральный клапан «П»-образный, спаян по комиссурам, снижено расхождение в диастолу до 17 мм (N - 19 мм), ускорен трансмитральный поток до 2,65 м/с (N - 1,0 м/с). Передняя стенка митрального клапана «парусит» в сторону межжелудочковой перегородки. Площадь митрального отверстия 2,1 см². Давление в легочной артерии 20 мм (N).

3. Гипертензия малого круга кровообращения с отеком легких, мерцательная аритмия, тромбоз, сердечная недостаточность.

Тема: «Методы исследования системы пищеварения»

Форма текущего контроля:

Письменная (тесты входного контроля)

Устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. Основная причина хронического гастрита типа Б
 - а) отравление
 - б) аутоиммунные нарушения
 - в) нерациональное питание
 - г) хеликобактер пилори
2. Выработка антител к обкладочным клеткам слизистой оболочки желудка происходит при
 - а) хроническом гастрите типа А
 - б) хроническом гастрите типа В
 - в) остром гастрите
 - г) хроническом панкреатите

3. Наиболее информативный метод диагностики гастродуоденита
- желудочное зондирование
 - рентгенологическое исследование
 - ультразвуковое исследование
 - эндоскопическое исследование
4. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью наблюдается
- изжога
 - отрыжка кислым
 - отрыжка тухлым
 - запоры
5. Сезонность обострения характерна для
- хронического колита
 - хронического холецистита
 - цирроза печени
 - язвенной болезни
6. Ранние боли в эпигастральной области возникают после еды в течение
- 30 минут
 - 2 часов
 - 3 часов
 - 4 часов
7. Поздние, "голодные", ночные боли характерны для
- хронического гастрита
 - язвенной болезни желудка
 - язвенной болезни 12-перстной кишки
 - цирроза печени
8. Рентгенологический симптом "ниши" наблюдается при
- гастрите
 - язвенной болезни
 - раке желудка
 - холецистите
9. Признаки, характерные только для желудочного кровотечения
- бледность, слабость
 - головная боль, головокружение
 - рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул
 - тахикардия, гипотензия
10. Для стимуляции желудочной секреции применяют
- пентагастрин
 - растительное масло
 - сульфат бария
 - сульфат магния
11. Последний прием пищи перед желудочным зондированием должен быть
- вечером, накануне исследования
 - утром, накануне исследования
 - днем, накануне исследования
 - утром в день исследования
12. Дегтеобразный стул бывает при кровотечении из кишки
- 12-перстной
 - ободочной
 - сигмовидной
 - прямой
13. К раку желудка может привести хронический гастрит
- анацидный
 - гиперацидный
 - нормацидный
14. Перерождение язвы в рак называется
- малигнизация
 - пенетрация
 - перфорация
 - пилоростеноз
15. Прогрессирующее похудание наблюдается при
- раке желудка
 - хроническом гастрите
 - хроническом холецистите
 - язвенной болезни
16. Наиболее информативный метод диагностики рака желудка

- а) желудочное зондирование
- б) дуоденальное зондирование
- в) ультразвуковое исследование
- г) эндоскопическое исследование

17. Дефект наполнения при рентгенографии характерен для

- а) гастрита
- б) рака желудка
- в) язвы желудка
- г) язвы 12-перстной кишки

18. За 3 дня следует исключить из питания железосодержащие продукты при подготовке к

- а) анализу кала на скрытую кровь
- б) дуоденальному зондированию
- в) желудочному зондированию
- г) рентгенографии желудка

19. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь из питания исключают

- а) манную кашу
- б) молоко
- в) мясо
- г) хлеб

20. К облигатному предраку относится

- а) гиперацидный гастрит
- б) нормацидный гастрит
- в) полипоз желудка
- г) язва 12-перстной кишки

21. Подготовка больного к рентгенографии желудка

- а) утром натощак
- б) утром - сифонная клизма
- в) вечером - сифонная клизма
- г) утром — промывание желудка

22. При диспансеризации больных с язвенной болезнью желудка проводится

- а) ирригоскопия
- б) колоноскопия
- в) ректороманоскопия
- г) фиброгастроскопия

23. Боль в околопупочной области наблюдается при хроническом

- а) колите
- б) панкреатите
- в) холецистите
- г) энтерите

24. При хроническом энтерите отмечается кал

- а) дегтеобразный
- б) с примесью чистой крови
- в) обильный, жидкий
- г) обесцвеченный

25. При воспалении сигмовидной кишки боль локализуется в области

- а) правой подреберной
- б) околопупочной
- в) правой подвздошной
- г) левой подвздошной

26. При хроническом колите отмечается кал

- а) дегтеобразный
- б) с примесью чистой крови
- в) обесцвеченный
- г) скудный, жидкий

27. Ирригоскопия - это исследование

- а) рентгенологическое
- б) рентгенологическое контрастное
- в) ультразвуковое
- г) эндоскопическое

28. Ирригоскопия - это исследование

- а) 12-перстной кишки
- б) желудка
- в) пищевода
- г) толстого кишечника

29. Обострение хронического панкреатита провоцирует

- а) ОРВИ, переохлаждение

- б) прием жирной пищи, алкоголя
- в) прием белковой пищи, курение
- г) переутомление, стрессы

30. Опоясывающий характер боли в животе наблюдается при

- а) гастрите
- б) гепатите
- в) панкреатите
- г) холецистите

31. При хроническом панкреатите наблюдаются синдромы

- а) анемический, гиперпластический
- б) болевой, диспептический
- в) гипертонический, отечный
- г) гипертонический, нефротический

32. Осложнение язвенной болезни, вызывающее панкреатит

- а) кровотечение
- б) пенетрация
- в) перфорация
- г) пилоростеноз

33. Осложнение хронического панкреатита

- а) желчно-каменная болезнь
- б) сахарный диабет
- в) цирроз печени
- г) язвенная болезнь

34. При панкреатите в анализе крови отмечается

- а) увеличение амилазы
- б) увеличение белка
- в) уменьшение амилазы
- г) уменьшение холестерина

35. При панкреатите в анализе мочи наблюдается увеличение

- а) белка
- б) билирубина
- в) диастазы
- г) уробилина

36. При хроническом панкреатите кал

- а) дегтеобразный
- б) жирный
- в) кровавистый
- г) обесцвеченный

37. Наличие в кале непереваренных мышечных волокон - это

- а) амилорея
- б) креаторея
- в) мелена
- г) стеаторея

38. Наличие в кале капель нейтрального жира - это

- а) амилорея
- б) креаторея
- в) мелена
- г) стеаторея

39. Наличие в кале нерасщепленного крахмала - это

- а) амилорея
- б) диарея
- в) креаторея
- г) стеаторея

40. Жидкий, дегтеобразный стул - это

- а) амилорея
- б) диарея
- в) мелена
- г) креаторея

41. Амилорея, креаторея, стеаторея наблюдаются при хроническом

- а) гастрите
- б) гепатите
- в) холецистите
- г) панкреатите

42. Основная причина хронического гепатита

- а) вирус гепатита А
- б) вирус гепатита В

- в) кишечная палочка
- г) энтерококк

43. Основные симптомы хронического гепатита

- а) желтуха, гепатомегалия
- б) слабость, недомогание
- в) головная боль, тошнота
- г) метеоризм, поносы

44. Желтуха развивается при

- а) вирусном гепатите
- б) хроническом колите
- в) хроническом энтерите
- г) язвенной болезни

45. При гепатите развивается желтуха

- а) гемолитическая
- б) механическая
- в) паренхиматозная

46. Подготовка больного к УЗИ органов брюшной полости

- а) поставить масляную клизму
- б) поставить сифонную клизму
- в) промыть желудок
- г) проводить натошак

47. Для диагностики хронического гепатита проводят

- а) желудочное зондирование
- б) ирригоскопию
- в) колоноскопию
- г) радиоизотопное исследование

48. К возникновению цирроза печени может привести

- а) хронический гастрит
- б) хронический колит
- в) хронический гепатит
- г) язвенная болезнь

49. Основная причина постнекротического цирроза печени

- а) алкоголизм
- б) хронический вирусный гепатит
- в) хронический холецистит
- г) хронический панкреатит

50. Алкоголизм ведет к развитию цирроза печени

- а) билиарного
- б) портального
- в) постнекротического

51. Расширение вен пищевода развивается при

- а) гастрите
- б) колите
- в) холецистите
- г) циррозе печени

52. Симптом "головы Медузы" характерен для

- а) гастрита
- б) панкреатита
- в) цирроза печени
- г) язвенной болезни

53. "Сосудистые звездочки" на верхней части туловища характерны для

- а) панкреатита
- б) холецистита
- в) цирроза печени
- г) язвенной болезни

54. Признак портальной гипертензии

- а) асцит
- б) атрофия сосочков языка
- в) желтуха
- г) эритема ладоней

55. Асцит характерен для

- а) колита
- б) панкреатита
- в) цирроза печени
- г) энтерита

56. Осложнение цирроза печени

- а) пищеводное кровотечение
- б) перфорация желудка
- в) пенетрация
- г) пилоростеноз

57. Подготовка больного к абдоминальной пункции

- а) опорожнить мочевой пузырь
- б) промыть желудок
- в) поставить очистительную клизму
- г) поставить сифонную клизму

58. После абдоминальной пункции живот больного оставляют стянутым полотенцем для профилактики

- а) гипертонического криза
- б) кровоизлияния в мозг
- в) обморока
- г) отека легких

59. При гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии желчевыводящих путей наблюдается

- а) резкая боль в правом подреберье
- б) резкая боль в левом подреберье
- в) ноющая боль в правом подреберье
- г) ноющая боль в левом подреберье

60. При гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии желчевыводящих путей отмечается

- а) резкая боль в правом подреберье
- б) резкая боль в правой подвздошной области
- в) ноющая боль в правом подреберье
- г) ноющая боль в правой подвздошной области

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1 г 2 а 3 г 4 в 5 г 6 а 7 в 8 б 9 в 10 а 11 а 12 а 13 а 14 а 15 а 16 г 17 б 18 а 19 в 20 в 21 а 22 г 23 а 24 в 25 г 26 г 27 б 28 г 29 б 30 в 31 б 32 б 33 б 34 а 35 в 36 б 37 б 38 г 39 а 40 в 41 г 42 б 43 а 44 а 45 в 46 г 47 г 48 в 49 а 50 в 51 г 52 в 53 в 54 а 55 в 56 а 57 а 58 б 59 а 60 в

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и заболевания гастроэнтерологического пациента.
2. Субъективный метод исследования - сбор анамнеза, значение метода в диагностике заболеваний системы пищеварения.
3. Особенности проведения и алгоритм опроса гастроэнтерологического пациента.
4. Проведение осмотра пациента, план осмотра. Оценка состояния, внешнего вида больного.
5. Определение телосложения, конституции больного, характера питания.
6. Осмотр кожи, видимых слизистых. Изменение придатков кожи (ногти, волосы).
7. Осмотр живота. Определение развития подкожно-жирового слоя.
8. Пальпация живота. Порядок проведения пальпации.
9. Пальпация желудка, тонкого и толстого отделов кишечника.
10. Особенности пальпации печени. Перкуторное определение границ печени, диагностическое значение метода.
11. Пальпация желчного пузыря.
12. Перкуссия живота. Значение метода.
13. Исследование стула, диагностическое значение метода.
14. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, диагностическое значение.
15. Эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта. Диагностическое значение.

Типовые практические задания для проверки умений:

Поверхностная пальпация живота

Пальпация слепой кишки

Пальпация сигмовидной кишки

Пальпация поперечно-ободочной кишки

Пальпация нисходящей кишки

Пальпация восходящей кишки

Пальпация печени

Пальпация желудка

Перкуторное определение жидкости в брюшной полости

Перкуссия печени по Курлову

Реферат «Объем лабораторно - инструментального обследования больных с острыми и хроническими заболеваниями системы пищеварения»

Реферат «Современные методы исследования заболеваний системы пищеварения – ФЭГДС, колоноскопия, рентгенологические методы исследования ж-к-т. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины».

Решение ситуационных задач

Задача 1

К фельдшеру обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,60С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задание

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).

Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).

Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Хронический гастрит с сохраненной секрецией в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

боль в эпигастриальной области;

связь с приемом пищи;

отрыжка кислым, изжога;

нарушение режима питания;

2) объективные данные:

при осмотре языка - обложенность;

при пальпации живота - болезненность в эпигастриальной области;

2.РН - метрия: повышенная кислотность. Эндоскопическое исследование: гиперемия слизистой оболочки, набухание складок, могут быть эрозии.

Рентгенологическое исследование: повышение тонуса желудка, усиленная перистальтика, набухание складок слизистой оболочки.

3. Язвенная болезнь желудка.

Задача 2

Больной А., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастриальной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).

2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).

3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

интенсивные "ранные" боли в животе, связь с приемом пищи, изжога, отрыжка кислым, иногда тошнота и рвота, приносящие облегчение;

самостоятельное вызывание рвоты на высоте боли;

аппетит сохранен;

сезонность обострений;

связь обострений с психоэмоциональными перегрузками;

вредные привычки - курение;

2) объективные данные :

при осмотре: бледность кожи и слизистых, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки;

при пальпации: болезненность в эпигастриальной области;

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: кислотность нормальная или пониженная, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка с применением контрастного вещества: симптом «ниши», эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоростеноз, малигнизация.

Задача 3

Больной Б., 58 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

Объективно: температура 36,9°C. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены.

Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно.

Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабоболезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).

2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).

3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Цирроз печени алкогольной этиологии. Синдром желтухи. Синдром портальной гипертензии. Синдром печеночно-клеточной недостаточности.

Синдром холестаза.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

слабость, недомогание, тошнота, чувство тяжести и ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, метеоризм, кожный зуд, носовые кровотечения ;

вредные привычки - злоупотребление алкоголем;

2) объективные данные:

при осмотре: желтуха, следы расчесов на коже, признаки бывшего носового кровотечения, красные губы, "печеночные" ладони и язык, сосудистые "звездочки";

признаки портальной гипертензии - симптом "головы Медузы";

отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, гинекомастия;

увеличение живота;

при пальпации: увеличение печени и селезенки;

2. Общий анализ крови: возможна анемия, биохимический анализ крови: изменение содержания билирубина, белковых фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, пункционная биопсия печени, ультразвуковое исследование печени, лапароскопия.
3. Кровотечения (пищеводные, желудочно-кишечные), печеночная недостаточность.

Тема: «Методы исследования системы мочевого выделения»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. Основная причина острого гломерулонефрита
 - а) бета-гемолитический стрептококк
 - б) грибы
 - в) микобактерии
 - г) простейшие

2. При гломерулонефрите преимущественно поражаются почечные
 - а) канальцы
 - б) клубочки
 - в) лоханки
 - г) чашечки

3. Острый гломерулонефрит чаще возникает в возрасте
 - а) 1-2 лет
 - б) 3-4 лет
 - в) 5-15 лет
 - г) 17-25 лет

4. Триада симптомов при остром гломерулонефрите
 - а) гематурия, отеки, гипертония
 - б) пиурия, бактериурия, гипертония
 - в) гематурия, бактериурия, отеки
 - г) лейкоцитурия, цилиндрурия, отеки

5. Анализ мочи при остром гломерулонефрите
 - а) гематурия, протеинурия, цилиндрурия
 - б) гематурия, глюкозурия, пиурия
 - в) лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия
 - г) лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия

6. Отеки на лице, гипертония, моча цвета "мясных помоев" наблюдаются при
 - а) мочекаменной болезни
 - б) остром гломерулонефрите
 - в) остром цистите
 - г) хроническом пиелонефрите

7. Моча цвета "мясных помоев" обусловлена содержанием большого количества
 - а) белка
 - б) бактерий
 - в) лейкоцитов
 - г) эритроцитов

8. Наиболее часто встречается форма хронического гломерулонефрита
 - а) гипертоническая
 - б) латентная
 - в) нефротическая
 - г) смешанная

9. Массивный отек, распространенный на все тело - это
 - а) анасарка
 - б) асцит
 - в) гидроторакс
 - г) гидроторакс

10. Оцените пробу Зимницкого:
 - дневной диурез - 900 мл, ночной диурез - 300 мл,
 - колебания относительной плотности мочи 1010-1026
 - жидкая часть водно-пищевого рациона составляет 1500 мл
 - а) нарушение водовыделительной функции
 - б) нарушение концентрационной функции
 - в) нарушение водовыделительной и концентрационной функций
 - г) норма

11. При остром гломерулонефрите развивается
 - а) глюкозурия
 - б) дизурия

- в) олигурия
- г) полиурия

12. Основная причина острого пиелонефрита

- а) инфекция
- б) нерациональное питание
- в) переохлаждение
- г) стрессы

13. При пиелонефрите преимущественно поражаются почечные

- а) чашечки
- б) канальцы
- в) клубочки
- г) клубочки и канальцы

14. Лихорадка, боль в поясничной области, лейкоцитурия наблюдаются при

- а) мочекаменной болезни
- б) остром гломерулонефрите
- в) остром пиелонефрите
- г) хроническом гломерулонефрите

15. Анализ мочи при остром пиелонефрите

- а) гематурия, протеинурия
- б) цилиндрурия, глюкозурия
- в) лейкоцитурия, бактериурия
- г) протеинурия, глюкозурия

16. Бактериурия наблюдается при

- а) мочекаменной болезни
- б) остром гломерулонефрите
- в) остром пиелонефрите
- г) хроническом гломерулонефрите

17. При остром пиелонефрите рекомендуется суточное употребление жидкости (в мл)

- а) 500
- б) 1000
- в) 1500
- г) 2500

18. Исход хронического пиелонефрита

- а) выздоровление
- б) хронический гломерулонефрит
- в) хронический цистит
- г) хроническая почечная недостаточность

19. Основная причина острого цистита

- а) гиповитаминоз
- б) инфекция
- в) переохлаждение
- г) стрессы

20. Клинические симптомы острого цистита

- а) отеки, гипертония,
- б) боль в поясничной области, лихорадка
- в) боль в поясничной области, макрогематурия
- г) лихорадка, рези при мочеиспускании

21. Приступ сильной боли в пояснице с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область наблюдается при

- а) гломерулонефрите
- б) пиелонефрите
- в) цистите
- г) мочекаменной болезни

22. При почечной колике в моче наблюдается

- а) макрогематурия
- б) лейкоцитурия
- в) глюкозурия
- г) бактериурия

23. При почечной колике боль иррадирует

- а) под правую лопатку
- б) под левую лопатку
- в) в правое плечо
- г) в паховую область

24. Хроническая почечная недостаточность развивается при хроническом

- а) гломерулонефрите
- б) гепатите

- в) панкреатите
- г) цистите

25. Колебание относительной плотности мочи 1010-1012 в пробе Зимницкого - это

- а) гипоизостенурия
- б) никтурия
- в) полиурия
- г) протейнурия

26. При ХПН в анализе крови отмечается

- а) увеличение белка
- б) увеличение креатинина
- в) уменьшение креатинина
- г) уменьшение холестерина

27. Повышение уровня азотистых шлаков в крови - это

- а) гиперпротеинемия
- б) гиперхолестеринемия
- в) гипербилирубинемия
- г) уремия

28. При уремической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах

- а) аммиака
- б) алкоголя
- в) ацетона
- г) тухлых яиц

29. Азотистые шлаки в организме образуются при распаде

- а) белков
- б) витаминов
- в) жиров
- г) углеводов

30. Азотистые шлаки - это

- а) альбумины, глобулины
- б) билирубин, холестерин
- в) креатинин, мочевины
- г) глюкоза, липопротеиды

31. Оцените пробу Зимницкого:

- дневной диурез - 300 мл, ночной диурез - 300 мл,
- колебания относительной плотности мочи 1009-1012,
- жидкая часть водно-пищевого рациона 1200 мл

- а) норма
- б) нарушение водовыделительной функции
- в) нарушение концентрационной функции
- г) нарушение водовыделительной и концентрационной функции

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1 а 2 б 3 в 4 а 5 а 6 б 7 г 8 в 9 а 10 г 11 б 12 а 13 а 14 в 15 в 16 в 17 в 18 г 19 в 20 г 21 г 22 а 23 г 24 а 25 а 26 б 27 г 28 а 29 а 30 а

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Клиническое значение сбора анамнеза жизни и заболевания пациента с заболеванием мочевыводящей системы.
2. Субъективный метод исследования - сбор анамнеза, значение метода в диагностике заболевания.
3. Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента. Значимые факторы риска почечных заболеваний.
4. Проведение осмотра пациента, план осмотра.
5. Осмотр кожи, видимых слизистых.
6. Наличие отеков, характеристика отеков. Выявление отеков.
7. Показатели измерения артериального давления. Оценка результатов при заболеваниях почек.
8. Пальпация почек. Определение симптома Пастернацкого, значение метода при диагностике заболеваний почек.
9. Перкуссия почек и мочевого пузыря. Методика, правила, порядок проведения.
10. Анализы крови при заболеваниях почек. Виды анализов, их значение в диагностике почечных заболеваний.
11. «Мочевой синдром», диагностическое значение.
12. Проведение проб по Зимницкому, Нечипоренко, Аддис-Каковскому, диагностическое значение.
13. Рентгенологическое исследование почек, методы исследования, оценка результатов.
14. Ультразвуковое исследование мочевыводящей системы. Принципы, диагностическое значение.

Типовые практические задания для проверки умений:

Пальпация почек

Симптом Пастернацкого

Реферат «Объем лабораторно - инструментального обследования больных с острыми и хроническими заболеваниями почек».

Реферат «Современные методы исследования заболеваний почек. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины».

Решение ситуационных задач

Задача 1

Больной Н., 18 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина. Объективно: температура 37,70С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голених. Кожа бледная. Дыхание везикулярное.

Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/120 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Острый гломерулонефрит.

Обоснование:

- 1) данные субъективного исследования:
общая слабость, головная боль, отеки, макрогематурия, ноющие боли в пояснице;
связь с предыдущей инфекцией (ангина 2 недели назад);
- 2) объективные данные :
субфебрильная температура;
при осмотре: бледность кожи, отеки на лице и нижних конечностях;
при пальпации: напряженный пульс, положительный симптом поколачивания с обеих сторон;
при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.
2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия.
3. Острая сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность, энцефалопатия (эклампсия), переход в хроническую форму.

Задача 2

Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы.

Объективно: температура 38,0С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом поколачивания положительный справа.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (1.3).

Эталон ответа

1. Острый пиелонефрит.

Обоснование:

- 1) данные субъективного исследования:
синдром интоксикации, ноющая боль в пояснице справа, дизурические явления;
связь заболевания с переохлаждением;
частые циститы как предрасполагающий фактор заболевания;
- 2) объективные данные :
при осмотре: гипертермия;
при пальпации: болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки, положительный симптом поколачивания справа.
2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: лейкоцитурия, бактериурия, анализ мочи по Нечипоренко: увеличение количества лейкоцитов, бактериологическое исследование мочи: выявление возбудителя и определение чувствительности его к антибиотикам, ультразвуковое исследование почек.
3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.

Задача 3

Фельдшер срочно вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали "скорую помощь", после инъекции боли прошли, но после этого приступа была красная моча.

Объективно: температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Большой беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом поколачивания резко положительный справа.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Мочекаменная болезнь, приступ почечной колики.

Обоснование:

- 1) данные субъективного исследования:
приступ резкой боли в пояснице справа и в правой половине живота, иррадирующей в паховую область и правое бедро, частое мочеиспускание;
наличие подобного приступа в анамнезе, макрогематурия после купирования приступа;
- 2) объективные данные :
при осмотре: беспокойство больного, поиск удобного положения для уменьшения боли;
при пальпации: болезненность живота в правой половине, резко положительный симптом Пастернацкого справа.
2. Общий анализ крови: при присоединении воспаления отмечается лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: кристаллы солей, ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.
3. Гидронефроз, пиелонефрит, почечная недостаточность

Тема: «Методы исследования системы крови»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. При массивном легочном кровотечении развивается анемия
 - а) апластическая
 - б) В12-дефицитная
 - в) гемолитическая
 - г) постгеморрагическая (острая)

2. При длительном кровохарканье развивается анемия
 - а) В12-дефицитная
 - б) гемолитическая
 - в) гипопластическая
 - г) постгеморрагическая (хроническая)

3. Симптомы острой постгеморрагической анемии
 - а) жажда, снижение АД
 - б) возбуждение, повышение АД
 - в) судороги, повышение АД
 - г) рвота, брадикардия

4. Острая постгеморрагическая анемия по цветовому показателю
 - а) гиперхромная
 - б) гипохромная
 - в) нормохромная

5. Продолжительные обильные менструации ведут к развитию анемии
 - а) апластической
 - б) В12-дефицитной
 - в) гемолитической
 - г) железodefицитной

6. Слабость, обмороки, извращение вкуса и обоняния наблюдаются при анемии
 - а) В12-дефицитной
 - б) гипопластической
 - в) гемолитической
 - г) железodefицитной

7. Железodefицитная анемия по цветовому показателю
 - а) гиперхромная
 - б) гипохромная
 - в) нормохромная

8. Анемия Аддисона-Бирмера развивается при дефиците витамина
 - а) В1
 - б) В2
 - в) В6
 - г) В12

9. В12-дефицитная анемия развивается при
 - а) атрофическом гастрите
 - б) желудочном кровотечении
 - в) легочном кровотечении
 - г) дефиците факторов свертывания

10. Клиника В12-дефицитной анемии
 - а) извращение вкуса и обоняния
 - б) рвота "кофейной гущей" и дегтеобразный стул
 - в) отрыжка горьким, боль в правом подреберье
 - г) жжение в языке, парестезии

11. В12-дефицитная анемия по цветовому показателю
 - а) гиперхромная
 - б) гипохромная
 - в) нормохромная

12. Красный "лакированный" язык наблюдается при анемии
 - а) В12-дефицитной
 - б) железodefицитной
 - в) гемолитической
 - г) гипопластической

13. Снижение гемоглобина и цветового показателя, анизоцитоз, пойкилоцитоз наблюдаются при анемии
 - а) В12-дефицитной
 - б) железodefицитной
 - в) гемолитической
 - г) острой постгеморрагической

14. Повышение цветового показателя, макроцитоз, тельца Жолли, кольца Кебота наблюдаются при анемии
 - а) В12-дефицитной
 - б) гемолитической
 - в) гипопластической

- г) железодефицитной
15. Желтуха, гепатоспленомегалия, темный цвет мочи наблюдаются при анемии
- апластической
 - гемолитической
 - железодефицитной
 - острой постгеморрагической
16. Спленэктомия проводится при анемии
- B12-дефицитной
 - гемолитической
 - железодефицитной
 - острой постгеморрагической
17. Причина апластической анемии
- гемолиз эритроцитов
 - дефицит железа в питании
 - дефицит витамина B12
 - действие ионизирующей радиации
18. Панцитопения, увеличение СОЭ наблюдаются при анемии
- апластической
 - B12-дефицитной
 - железодефицитной
 - гемолитической
19. Основная причина острого лейкоза
- бактериальная инфекция
 - гиподинамия
 - стрессы
 - хромосомные нарушения
20. Стерильная пункция проводится при диагностике
- инфаркта миокарда
 - лейкоза
 - пневмонии
 - цирроза печени
21. При лейкозе наблюдаются синдромы
- болевого, дизурического
 - гипертонического, нефротического
 - гиперпластического, геморрагического
 - болевого, диспептического
22. Гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$ наблюдается при
- лейкозе
 - пиелонефрите
 - пневмонии
 - ревматизме
23. Лейкемический "провал" в анализе крови наблюдается при
- гемофилии
 - остром лейкозе
 - хроническом лимфолейкозе
 - хроническом миелолейкозе
24. При хроническом лимфолейкозе происходит увеличение
- печени, селезенки, сердца
 - печени, селезенки, лимфатических узлов
 - селезенки, сердца, почек
 - селезенки, сердца, щитовидной железы
25. Филадельфийская хромосома в клетках костного мозга определяется при
- гемофилии
 - остром лейкозе
 - хроническом лимфолейкозе
 - хроническом миелолейкозе
26. Причина гемофилии
- бактериальная инфекция
 - действие ионизирующей радиации
 - переохлаждение
 - хромосомное нарушение
27. Дефицит VIII фактора свертывания крови наблюдается при
- болезни Верльгофа
 - болезни Шенлейна-Геноха
 - гемофилии А
 - гиповитаминозе С

28. При гемофилии А отмечается дефицит фактора свертывания крови
а) VIII
б) IX
в) X
г) XI

29. Клинические симптомы, характерные для гемофилии
а) слабость, недомогание
б) одышка, тахикардия
в) кровоточивость, гемартрозы
г) тошнота, рвота

30. При диагностике геморрагических диатезов важное значение имеет изучение
а) лейкограммы
б) протеинограммы
в) коагулограммы

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1 г 2 г 3 а 4 в 5 г 6 г 7 б 8 г 9 а 10 г 11 а 12 а 13 б 14 а 15 б 16 б 17 г 18 а 19 г 20 б 21 в 22 а 23 б 24 б 25 б 26 г 27 в 28 а 29 в 30 в

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Субъективный метод исследования - сбор анамнеза, Клиническое значение сбора анамнеза жизни и заболевания пациента при диагностике болезней кроветворной системы.

Особенности проведения и алгоритм осмотра пациента с заболеванием крови и кроветворных органов.

Оценка состояния больного, осмотр, телосложение, видимые деформации скелета. Оценка симптомов.

Осмотр кожи, видимых слизистых, ногтей, волос, зубов.

Пальпация лимфатических узлов. Методика, правила, порядок проведения данного метода, диагностическое значение.

Оценка результатов пальпации лимфоузлов – плотность, консистенция, подвижность, спаянность с окружающими тканями.

Перкуссия селезенки, Размеры селезенки. Диагностическое значение.

Пальпация плоских костей, эпифизов трубчатых костей, определение болезненности, деформаций.

Лабораторные методы исследования больного при заболеваниях крови. Значение в диагностике заболеваний крови.

Современные лабораторные методы исследования крови.

Общий клинический анализ крови. Основные показатели нормы.

Понятие о коагулограмме, ее показатели.

Биохимические анализ крови, диагностическое значение метода.

Стернальная пункция, цели проведения, диагностическое значение. Понятие о миелограмме.

Инструментальные методы исследования больного при заболеваниях кроветворной системы.

Типовые практические задания для проверки умений

Пальпация селезенки

Пальпация лимфатических узлов

Перкуссия селезенки

Реферат «Объем лабораторно - инструментального обследования больных с острыми и хроническими анемиями».

Реферат «Современные методы исследования заболеваний крови. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины».

Решение ситуационных задач

Задача 1

Больная обратилась в поликлинику в связи с тем, что стала отмечать появление на коже кровоподтеков, появляющихся спонтанно или от легкого ушиба, иногда носовых кровотечений. При исследовании крови выявлено:

Эритроциты	3,8 млн. – 3,8 . 10 ¹² /л
Гемоглобин	120 г/л
Цветовой показатель	0,95
Лейкоциты	6000 – 6 . 10 ⁹ /л
Палочкоядерные	4
Сегментоядерные	70
Лимфоциты	20
Моноциты	6
СОЭ	12 мм/час
Тромбоциты	50000 – 50 . 10 ⁹ /л
Гематокрит	38 %

Время свертывания крови не изменено. Время кровотечения 15 минут. При тромбоэластографии определяется резкое замедление времени реакции и образования кровяного сгустка.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

В данном случае имеется небольшое снижение числа эритроцитов при нормальной лейкоцитарной формуле крови. Число тромбоцитов снижено значительно (норма 250 – 300 тысяч), что и обусловило наличие у больной геморрагического синдрома. В сочетании с клинической картиной в данном случае можно думать о болезни Верльгофа.

УЗИ внутренних органов, печени, селезенки.

Снижение содержания тромбоцитов является одной из причин геморрагического синдрома. Другими причинами могут быть нарушения свертывающей системы и проницаемости сосудистой стенки.

Задача 2.

Больная обратилась к врачу в связи с тем, что стала отмечать общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, потливость, повышение температуры до субфебрильных цифр. В проведенном анализе крови выявлены следующие изменения:

Эритроциты	2,8 млн – $2,8 \cdot 10^{12}/л$
Гемоглобин	77 г/л
Цветовой показатель	0,5
СОЭ	26 мм/час
Лейкоциты	150000 – $150 \cdot 10^9/л$
Эозинофилы	2
Сегментоядерные	5
Лимфоциты	2
Лимфоциты	88
Моноциты	3
Гематокрит	31 %

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).

2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).

3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

Получив такой анализ крови, врач должен обратить внимание на состояние красной и белой крови. Обнаружено увеличение количества лейкоцитов до 150000, причем основная масса их представлена лимфоцитами. Имеется небольшое количество молодых клеток – лимфобластов. Такие изменения характерны для хронического лимфолейкоза. Со стороны красной крови имеется гипохромная анемия (снижено количество эритроцитов, гемоглобина, цветовой показатель меньше 1,0). Явление анемии присоединяется обычно в терминальном периоде.

УЗИ внутренних органов, печени, селезенки, стерильная пункция.

Полиорганная недостаточность.

Тема «Методы исследования эндокринной, костно-мышечной системы и соединительной ткани»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. При повышенной продукции соматотропного гормона гипофиза до закрытия зон роста скелета развивается

- а) акромегалия
- б) гигантизм
- в) сахарный диабет
- г) феохромоцитома

2. При повышенной продукции соматотропного гормона гипофиза после закрытия зон роста скелета развивается

- а) акромегалия
- б) гигантизм
- в) гипотиреоз
- г) феохромоцитома

3. При гигантизме рост мужчин превышает (см)

- а) 180
- б) 190
- в) 200
- г) 210

4. При гигантизме рост женщин превышает (см)

- а) 180
- б) 190
- в) 200
- г) 210

5. Увеличение надбровных дуг, ушных раковин, носа, губ, языка наблюдается при

- а) акромегалии
- б) диффузном токсическом зобе
- в) сахарном диабете

г) феохромоцитоме

6. Рентгенограмма костей черепа и области турецкого седла проводится для диагностики

- а) акромегалии
- б) гипотиреоза
- в) сахарного диабета
- г) эндемического зоба

7. При дефиците соматотропного гормона и гонадотропинов развивается

- а) акромегалия
- б) гигантизм
- в) гипофизарный нанизм
- г) феохромоцитоме

8. При гипофизарном нанизме рост мужчин менее (см)

- а) 170
- б) 150
- в) 130
- г) 110

9. При гипофизарном нанизме рост женщин менее (см)

- а) 160
- б) 140
- в) 120
- г) 100

10. Жажда, полиурия, низкая относительная плотность мочи (1001-1005) наблюдаются при

- а) акромегалии
- б) гигантизме
- в) несахарном диабете
- г) сахарном диабете

11. Клинические симптомы ожирения

- а) избыточная масса тела, одышка
- б) зябкость, запоры
- в) жажда, полиурия
- г) экзофтальм, тахикардия

12. Превышение массы тела на 25 % от должной наблюдается при степени ожирения

- а) 1
- б) 2
- в) 3
- г) 4

13. При ожирении назначается диета №

- а) 7
- б) 8
- в) 9
- г) 10

14. Отечественный ученый, описавший триаду симптомов при заболевании щитовидной железы

- а) Базедов
- б) Бехтерев
- в) Боткин
- г) Мясников

15. Причины развития диффузного токсического зоба

- а) психическая травма, инфекция
- б) голодание, гиповитаминозы
- в) переедание, злоупотребление алкоголем
- г) курение, переохлаждение

16. Тахикардия, экзофтальм, тремор наблюдаются при

- а) гипотиреозе
- б) диффузном токсическом зобе
- в) сахарном диабете
- г) эндемическом зобе

17. При диффузном токсическом зобе наблюдается

- а) вялость
- б) заторможенность
- в) раздражительность
- г) сонливость

18. Отставание верхнего века при движении глазного яблока вниз (симптом Грефе) наблюдается при

- а) гигантизме
- б) гипотиреозе
- в) диффузном токсическом зобе
- г) сахарном диабете

19. При диагностике заболеваний щитовидной железы важное значение имеет
- общий анализ крови
 - общий анализ мочи
 - ультразвуковое исследование
 - рентгенологическое исследование
20. Содержание в крови гормонов Т3, Т4, ТТГ определяют при диагностике
- акромегалии
 - гипотиреоза
 - гигантизма
 - сахарного диабета
21. При врожденном гипотиреозе развивается
- акромегалия
 - гигантизм
 - кретинизм
 - сахарный диабет
22. Снижение памяти, запоры, брадикардия наблюдаются при
- гипотиреозе
 - диффузном токсическом зобе
 - сахарном диабете
 - феохромоцитоме
23. При гипотиреозе наблюдается
- раздражительность
 - чувство жара
 - бессонница
 - сонливость
24. При недостаточном содержании йода в питании развивается
- акромегалия
 - диффузный токсический зоб
 - сахарный диабет
 - эндемический зоб
25. Сухость кожи, кожный зуд, жажда и полиурия наблюдаются при
- гипотиреозе
 - диффузном токсическом зобе
 - сахарном диабете
 - эндемическом зобе
26. Суточный диурез может составить 4 л при
- остром гломерулонефрите
 - остром пиелонефрите
 - остром цистите
 - сахарном диабете
27. При сахарном диабете в анализе крови отмечается
- гиперпротеинемия
 - гипопротеинемия
 - гипергликемия
 - гипербилирубинемия
28. При сахарном диабете в анализе мочи отмечается
- бактериурия
 - глюкозурия
 - оксалатурия
 - пиурия
29. Болезнь Иценко-Кушинга развивается при патологии
- гипофиза
 - щитовидной железы
 - поджелудочной железы
 - половых желез
30. Сахарный диабет 2 типа чаще встречается у:
- детей
 - взрослых
 - в любом возрасте
- Воспаление крупных суставов и летучесть боли наблюдаются при
- деформирующем остеоартрозе
 - ревматическом полиартрите
 - ревматоидном артрите
 - подагре
31. Поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов наблюдается при
- деформирующем остеоартрозе

- б) ревматическом полиартрите
- в) ревматоидном артрите
- г) подагре

32. Утренняя скованность суставов отмечается при

- а) деформирующем остеоартрозе
- б) ревматическом полиартрите
- в) ревматоидном артрите
- г) подагре

33. Деформация кисти по типу "плавника моржа" наблюдается при

- а) деформирующем остеоартрозе
- б) ревматическом полиартрите
- в) ревматоидном артрите
- г) подагре

34. При ревматоидном артрите в анализе крови наиболее характерно

- а) увеличение СОЭ
- б) лейкоцитоз
- в) повышение сиаловых кислот
- г) появление ревматоидного фактора

35. Важное значение в диагностике ревматоидного артрита имеет

- а) общий анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) рентгенография грудной клетки
- г) рентгенография суставов

36. Поражение первого плюснефалангового сустава и образование тофусов наблюдается при

- а) деформирующем остеоартрозе
- б) ревматическом полиартрите
- в) ревматоидном артрите
- г) подагре

37. При подагре в анализе крови наблюдается

- а) повышение билирубина
- б) повышение мочевой кислоты
- в) уменьшение билирубина
- г) уменьшение мочевой кислоты

38. При деформирующем остеоартрозе болевой синдром связан с

- а) инсоляцией
- б) инфекцией
- в) переохлаждением
- г) физической нагрузкой

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1 б 2 а 3 в 4 б 5 а 6 а 7 в 8 в 9 в 10 в 11 а 12 а 13 а 14 а 15 а 16 б 17 в 18 в 19 в 20 б 21 в 22 а 23 г 24 г 25 в 26 г 27 в 28 б 29 а 30 б 31 б 32 в 33 в 34 в 35 г 36 г 37 г 38 б

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Субъективный метод исследования - сбор анамнеза, значение метода в диагностике заболеваний эндокринной системы.
2. АФО желез внутренней секреции. Гормоны, вырабатываемые эндокринными железами, их роль.
3. Осмотр пациента с заболевание эндокринной системы: общий осмотр, телосложение, рост, внешние признаки заболеваний.
4. Клинические проявления заболеваний щитовидной железы.
5. Клинические проявления заболеваний гипофиза.
6. Изменения в организме при заболеваниях надпочечников.
7. Основные признаки сахарного диабета. Типы сахарного диабета.
8. Объективные методы исследования при сахарном диабете.
9. Пальпация, перкуссия, аускультация. Методика, правила, порядок проведения данных методов и их диагностическое значение при заболеваниях эндокринной системы.
10. Лабораторные методы исследования при эндокринных заболеваниях.
11. АФО костно-мышечной системы.
12. Понятие о клинических проявлениях заболеваний костей и суставов.
13. Факторы риска заболеваний костно-мышечной системы.
14. Заболевания соединительной ткани, АФО заболеваний костно-мышечной системы.

Типовые практические задания для проверки умений:

- Пальпация щитовидной железы
- Осмотр и пальпация суставов

Реферат «Лабораторно-инструментальная диагностика сахарного диабета».

Реферат «Диагностика заболеваний щитовидной железы».

Решение ситуационных задач

Задача 1

Больная З., 44 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц.

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, экзофтальм, редкое

мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Диффузный токсический зоб.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

жалобы на повышенную нервную возбудимость, потливость, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание; связь заболевания со стрессовой ситуацией;

2) объективные данные :

субфебрильная температура;

при осмотре: кожа влажная, тремор, экзофтальм, положительные глазные симптомы, симптом “толстой шеи”;

при пальпации: диффузное увеличение щитовидной железы;

при аускультации: тахикардия.

2. Общий анализ крови: возможна анемия, лейкопения, биохимический анализ крови: снижение холестерина и альбуминов, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы.

3. Тиреотоксический криз, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность, сдавление трахеи

Задача 2

Женщина 48 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Больна в течение 2-х лет.

Объективно: температура 35,40С. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 100/60мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Гипотиреоз.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

ухудшение памяти, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, сонливость, зябкость, упорные запоры;

объективные данные :

пониженная температура тела;

при осмотре: сухость и шелушение кожи, отсутствие мимики, отечность век, языка, стоп, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки;

при аускультации: приглушение сердечных тонов, брадикардия.

2. Общий анализ крови: анемия, биохимический анализ крови: увеличение холестерина, снижение уровня белка, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы, электрокардиография.

3. Снижение интеллекта, депрессия, поражение сердца.

Задача 3

Больная К., 18 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около 2-х мес.

Объективно: температура 36,60С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Сахарный диабет, инсулинозависимый тип

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

полифагия, полидипсия, полиурия, похудание;

молодой возраст;

2) объективные данные:

сухость и шелушение кожи;

недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки

2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность мочи, биохимическое исследование крови: гипергликемия, исследование гликемического и глюкозурического профиля. Осмотр глазного дна.

3. Ухудшение зрения, нарушение функции почек, поражение нервной системы, развитие гипергликемической комы

Тема: «Острые и хронический бронхит. ХОБЛ. Бронхиальная астма»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний

см. ранее

Вопросы для самоконтроля обучающихся

- 1.Разбор этиологических факторов острых и хронических бронхитов, патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний. Классификация.
- 2.Разбор клинических проявлений острых бронхитов и хронических бронхитов.

3. Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз острых и хронических бронхитов.
4. Осложнения острых и хронических бронхитов.
5. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Этиология, патогенез. Основные симптомы и синдромы при ХОБЛ. Разбор клинических проявлений ХОБЛ.
6. Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз ХОБЛ.
7. Разбор этиологических факторов бронхиальной астмы, патогенеза основных симптомов и заболевания в зависимости от тяжести течения заболевания (степени).
8. Периоды приступа бронхиальной астмы. Определение степени тяжести заболевания по характерным проявлениям приступа.
9. Отработка навыков пользования пикфлоуметром, оценкой результатов пикфлоуметрии.
10. Осложнение течения бронхиальной астмы – астматический статус. Отличие от приступа астмы. Основные клинические проявления (синдромы) астматического статуса.
11. Ведение Дневника наблюдения за больным бронхиальной астмой, его диагностическое значение.
12. Лабораторные исследования при острых и хронических бронхитах, ХОБЛ, бронхиальной астме, их диагностическое значение (анализы крови, мокроты).
13. Инструментальные исследования при данных заболеваниях, их диагностическое значение. Рентгенологические исследования, функциональные и эндоскопические методы исследования.
14. Дифференциальная диагностика заболеваний бронхов.

Типовые практические задания для проверки умений: см. ранее

Реферат «Объем лабораторно - инструментального обследования больных с острыми и хроническими заболеваниями системы дыхания».
 Реферат «Функция внешнего дыхания. Проведение исследования (методика проведения), оценка результатов. Диагностическое значение метода».
 Реферат «Современные методы исследования заболеваний системы дыхания – МРТ, ядерно-магнитно-резонансная (ЯМР) томография. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины».

Решение ситуационных задач см. ранее.

Тема «Пневмонии, плевриты, нагноительные заболевания легких. Дыхательная недостаточность».

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний

см. ранее

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Разбор этиологических и патогенетических факторов пневмоний, плевритов.

Разбор этиологических и патогенетических факторов нагноительных заболеваний легких – абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни. Разбор основных симптомов и синдромов заболеваний.

Разбор клинических проявлений очаговых и крупозной пневмоний, плевритов, абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни, эмфиземы легких.

Разбор основных синдромов заболеваний легких.

Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз очаговых и крупозных пневмоний, плевритов, их диагностическое значение;

Основные методы диагностики нагноительных заболеваний легких - абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни, их диагностическое значение.

Причины возникновения и клинические проявления эмфиземы легких, дыхательной недостаточности.

Лабораторные исследования при пневмониях, плевритах, нагноительных заболеваниях легких, их диагностическое значение.

Инструментальные исследования при данных заболеваниях, Рентгенологические исследования.

Функциональные методы исследования (ФВД), спирография, спирометрия.

Эндоскопические методы исследования: бронхоскопия, бронхография.

ЭКГ при заболеваниях бронхо-легочной системы. Значение метода.

Лабораторная диагностика бронхо-легочных заболеваний. Диагностическое значение методов.

Дифференциальная диагностика нагноительных заболеваний легких.

Типовые практические задания для проверки умений: см. ранее.

Реферат «Методы диагностики заболеваний легких: бакпосев, определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Диагностическое значение».

Реферат «Объем лабораторно - инструментального обследования больных с острыми и хроническими заболеваниями системы дыхания».

Реферат «Современные методы исследования заболеваний системы дыхания – МРТ, ядерно-магнитно-резонансная (ЯМР) томография. Принцип исследования, диагностическое значение для современной медицины».

Решение ситуационных задач: см. ранее.

Тема «Острая ревматическая лихорадка. Эндо-, мио-, перикардиты. Приобретенные пороки сердца».

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний

см. ранее

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Разбор этиологических факторов ревматизма, эндокардитов, миокардитов, перикардитов. Разбор патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

Разбор клинических проявлений ревматизма, эндокардитов, миокардитов, перикардитов.

Основные клинические проявления и методы диагностики, подтверждающие диагноз ревматизма, эндокардитов, миокардитов, перикардитов, их диагностическое значение;

Осложнения ревматизма. Особенности возникновения и течения пороков сердца. Клинические проявления пороков сердца.

Лабораторные исследования при ревматизме, пороках сердца, их диагностическое значение.

Инструментальные исследования при данных заболеваниях, Рентгенологические исследования, функциональные методы исследования (ЭКГ, ФКГ,

УЗИ), Диагностическое значение методов.

Основные клинические проявления и методы диагностики, подтверждающие диагноз острой сосудистой и хронической сердечной недостаточности, их диагностическое значение;

Дифференциальная диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Типовые практические задания для проверки умений: см. ранее

Реферат «Значение инструментальных методов исследования больного в диагностике приобретенных пороков сердца».

Реферат «Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы».

Решение ситуационных задач: см. ранее.

Тема «Симптоматология наиболее распространенных заболеваний сердца. ИБС, инфаркт миокарда».

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний

см. ранее

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Разбор факторов риска и этиологических факторов атеросклероза, ИБС.

Этиология и патогенез ИБС.

Функциональные классы стенокардии, диагностическое значение.

Разбор клинических проявлений атеросклероза, ИБС.

Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз атеросклероза, ИБС, их диагностическое значение.

Лабораторные и инструментальные исследования при атеросклерозе, ИБС,

Осложнения ИБС.

Инфаркт миокарда. Этиология, патогенез.

Клиническая картина инфаркта миокарда. Типичный и атипичный варианты инфаркта миокарда.

Диагностика инфаркта миокарда. Лабораторные исследования при инфаркте миокарда, их диагностическое значение.

Диагностика ферментативной активности при инфаркте миокарда – определение миоглобина, КФК, АсАТ, ЛДГ. Диагностическое значение методов.

Применение Тропонинового теста в диагностике инфаркта миокарда.

ЭКГ диагностика острого периода инфаркта миокарда.

Типовые практические задания для проверки умений: см. ранее

Реферат «Современные инструментальные методы исследования ИБС».

Реферат «Диагностика атеросклероза».

Решение ситуационных задач: см. ранее.

Тема «Артериальная гипертония. Острая и хроническая сердечная недостаточность»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний

см. ранее

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Клиническое значение сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента в постановке диагноза гипертонической болезни, атеросклероза, ИБС.

Особенности проведения и алгоритм опроса и осмотра пациента с заболеванием системы кровообращения.

Основные методы исследования больного с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, необходимые для постановки диагноза.

Разбор факторов риска и этиологических факторов гипертонической болезни. Классификация гипертонической болезни.

Клинические проявления гипертонической болезни. Гипертонические кризы.

Дифференциальная диагностика гипертонической болезни. Симптоматические артериальные гипертонии.

Лабораторные и инструментальные исследования при гипертонической болезни.

Типовые практические задания для проверки умений: см. ранее

Реферат «Диагностика артериальной гипертонии».

Реферат «Современные инструментальные методы исследования при гипертонической болезни».

Решение ситуационных задач: см. ранее.

Тема «Гастриты острые и хронические. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки».

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний

см. ранее

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Разбор факторов риска и этиологических факторов острых и хронических гастритов, язвенной болезни.

Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

Разбор клинических проявлений острых и хронических гастритов, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз заболеваний желудка, их диагностическое значение;
Осложнения заболеваний желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления.
Лабораторные исследования при заболеваниях желудка, их диагностическое значение.
Инструментальные исследования при данных заболеваниях. Рентгенологические методы исследования, функциональные методы исследования (зондовые, эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.
Дифференциальная диагностика заболеваний гастроэнтерологической системы.

Типовые практические задания для проверки умений: см. ранее

Реферат «Метод исследования при заболеваниях желудочно-кишечного тракта».

Реферат «Эндоскопические методы исследования желудочно-кишечного тракта (обзор). Информативность, методика проведения».

Решение ситуационных задач: см. ранее

Тема «Дискинезия желчевыводящих путей. Хронический холецистит. Желчнокаменная болезнь. Хронический гепатит. Цирроз печени. Хронический панкреатит».

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний

см. ранее

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Разбор факторов риска и этиологических факторов дискинезией желчевыводящих путей, желчного пузыря и печени. Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

Разбор клинических проявлений дискинезий желчевыводящих путей, хронических холециститов, гепатитов и циррозов печени.

Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз заболеваний желчевыводящих путей и печени, их диагностическое значение;

Осложнения заболеваний желчевыводящих путей и печени. Клинические проявления.

Лабораторные исследования при заболеваниях желчевыводящих путей и печени, их диагностическое значение.

Инструментальные исследования при данных заболеваниях. Рентгенологические методы исследования, функциональные методы исследования (зондовые, эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.

Дифференциальная диагностика заболеваний гастроэнтерологической системы.

Разбор факторов риска и этиологических факторов панкреатитов.

Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

Разбор клинических проявлений панкреатитов.

Основные методы лабораторной и инструментальной диагностики, подтверждающие диагноз панкреатитов, их диагностическое значение;

Осложнения хронических панкреатитов.

Лабораторные исследования при панкреатитах, их диагностическое значение.

Инструментальные исследования при панкреатитах. Функциональные методы исследования, инструментальные методы (эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.

Разбор факторов риска и этиологических факторов энтероколитов. Способствующие факторы развития заболеваний

Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

Клинические проявления энтероколитов.

Лабораторная и инструментальная диагностика энтероколитов.

Дифференциальная диагностика заболеваний кишечника.

Типовые практические задания для проверки умений: см. ранее.

Реферат «Строение и функции поджелудочной железы»;

Реферат «Инструментальная диагностика заболеваний ЖВП»

Решение ситуационных задач: см. ранее.

Тема «Заболевания мочевыделительной системы»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний

см. ранее

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Разбор факторов риска и этиологических факторов заболеваний мочевыделительной системы. Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

2. Разбор клинических проявлений острых и хронических гломерулонефритов, острых и хронических пиелонефритов, мочекаменной болезни, хронической почечной недостаточности.

3. Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз заболеваний мочевыводящей системы, их диагностическое значение;

4. Осложнения заболеваний мочевыводящей системы.

5. Лабораторные исследования при заболеваниях мочевыводящей системы, их диагностическое значение.

6. Инструментальные исследования при данных заболеваниях. Рентгенологические методы исследования, функциональные методы исследования (эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.

7. Дифференциальная диагностика заболеваний мочевыводящей системы.

Типовые практические задания для проверки умений: см. ранее

Реферат «Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря. Диагностическое значение».

Реферат «Камни почек. Причины образования. Симптомы и диагностика».

Решение ситуационных задач: см. ранее

Тема «Сахарный диабет, заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний

см. ранее

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Разбор факторов риска и этиологических факторов заболеваний эндокринной системы. Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

Болезни гипофиза и надпочечников. Понятие о гигантизме, акромегалии, гипофизарном нанизме.

Клинические проявления несахарного диабета, болезни Иценко-Кушинга. Диагностика заболеваний.

Заболевания надпочечников – феохромоцитомы, хроническая надпочечниковая недостаточность (болезнь Аддисона). Методы диагностики.

Диффузный токсический зоб. Клинические проявления, методы лабораторного и инструментального исследования.

Эндемический зоб. Клинические проявления. Диагностика.

Гипотиреоз, клинические проявления, диагностика.

Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз заболеваний эндокринной системы, их диагностическое значение;

Осложнения заболеваний эндокринной системы. Клинические проявления. Лабораторные исследования при заболеваниях эндокринной системы, их диагностическое значение. Исследования при данных заболеваниях. Рентгенологические методы исследования, функциональные методы исследования (эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.

Дифференциальная диагностика заболеваний эндокринной системы.

Типовые практические задания для проверки умений: см. ранее

Реферат «Современные методы диагностики сахарного диабета».

Реферат «КТ и МРТ – современные методы диагностики заболеваний эндокринной системы».

Решение ситуационных задач: см. ранее

Тема «Заболевания крови, костно-мышечной системы и соединительной ткани. Аллергозы»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний

см. ранее

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1.Разбор факторов риска и этиологических факторов заболеваний крови. Закрепление патогенеза основных симптомов и синдромов заболеваний.

2.Разбор клинических проявлений анемий, острых и хронических лейкозов, геморрагических диатезов.

3.Основные методы диагностики, подтверждающие диагноз заболеваний кровяной системы, их диагностическое значение.

4.Осложнения заболеваний кровяной системы. Клинические проявления.

5.Лабораторные исследования при заболеваниях кровяной системы, их диагностическое значение.

6.Инструментальные исследования при данных заболеваниях. Лабораторные, рентгенологические методы исследования, функциональные методы исследования (эндоскопические, УЗИ, КТ), диагностическое значение методов.

7.Дифференциальная диагностика заболеваний кровяной системы.

8.Разбор этиологических факторов и клинических проявлений при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани: артриты, артрозы, остеоартрозы, системной красной волчанке, склеродермии, узелковом периартериите, дерматомиозит.

9.Современные методы диагностики заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Типовые практические задания для проверки умений: см. ранее

Реферат «Белки крови и их диагностическое значение в диагностике различных заболеваний»

Реферат «Стернальная пункция, трепанобиопсия. Показания. Клиническое значение. Биопсия лимфатических узлов».

Реферат «Тепловидение (термография) – новая методика диагностики различных заболеваний».

Решение ситуационных задач: см. ранее.

Тема «Итоговое занятие»

Форма текущего контроля: устная (сдача практических навыков).

Перечень практических навыков:

Поверхностная пальпация живота

Пальпация слепой кишки

Пальпация сигмовидной кишки

Пальпация поперечно-ободочной кишки

Пальпация нисходящей кишки

Пальпация восходящей кишки

Пальпация печени

Пальпация селезенки

Пальпация почек

Пальпация грудной клетки, ее задачи.

Пальпация верхушечного толчка

Пальпация сердечного толчка

Пальпация щитовидной железы

Пальпация лимфатических узлов

Пальпация желудка

Осмотр и пальпация суставов

Симптом Пастернацкого

Общий осмотр
Осмотр и пальпация грудной клетки
Сравнительная перкуссия легких спереди
Сравнительная перкуссия легких сзади
Определение нижней границы легких по средне-ключичной линии
Определение нижней границы легких по средне-подмышечной линии
Определение нижней границы легких по лопаточной линии
Определение экскурсии легочного края по лопаточной линии
Перкуссия правой границы относительной сердечной тупости
Перкуссия левой границы относительной сердечной тупости
Перкуторное определение жидкости в брюшной полости
Перкуссия печени по Курлову
Аускультация сердца
Аускультация легких
Измерение артериального давления
Пальпация пульса.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО МОДУЛЮ 2 «ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ» (ОК 1-13, ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ПК 1.7.)

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО РАЗДЕЛАМ

«Физиологическое акушерство»

« Патологическое акушерство

« Патология родов и послеродового периода»

« Оказание гинекологической помощи»

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ проводится по итогам освоения каждой темы из раздела учебно-тематического плана.

Раздел 1 «Физиологическое акушерство»

- 1.Основные методы обследования беременных и диагностика поздних сроков беременности.
- 2.Основная акушерская терминология: положение плода, членорасположение плода, позиция, вид позиции, предлежание, предлежащая часть.
- 3.Определение понятий биомеханизма родов, родового канала, проводной оси таза. Варианты предлежания и вставления головки. Проводная точка головки.
- 4.Клиническая оценка течения родов
- 5.Клиническая оценка течения первого периода родов методом партографии.
- 6.Перечислить основные этапы сбора анамнеза и общего осмотра при взятии беременной на учет.
- 7 Организация системы родовспоможения, структура современного акушерского стационара, профилактика внутрибольничной инфекции.
- 8 Диспансеризация беременной , подготовка к родам. Задачи женской консультации по охране здоровья матери и плода, роль акушерки в обслуживании беременной.
- 9 Критические периоды эмбриогенеза. влияние вредных факторов на плод.Пренатальная диагностика состояний плода. меры профилактики развития перинатальной патологии

Раздел 2 « Патологическое акушерство»

- 1.Методы обследования с целью диагностики гестоза и оценки тяжести его (лабораторные исследования крови, мочи, исследование функции почек, печени, головного мозга, маточно-плацентарного кровообращения .
- 2.Особенности клинической картины предлежания плаценты. Возможные осложнения течения беременности и родов. Диагностика предлежания плаценты во время беременности и в родах. Дифференциальная диагностика предлежания плаценты.
3. клиническая картина разрыва матки: угрожающий, начавшийся, свершившийся механический разрыв матки;угрожающий, начавшийся, свершившийся гистопатический разрыв матки; неполный разрыв матки.
4. Особенности диспансеризации беременных с экстрагенитальной патологией
5. Особенности диагностики неправильного положения и предлежания плода, причинах формирования и методах профилактики. Рассказать об особенностях течения беременности
6. Основные задачи и методы исследования беременной с сердечно-сосудистой патологией.
- 7 современные аспекты проблемы невынашивания и недонашивания беременности . группы риска по развитию этой патологии. особенности диагностики, методы обследования пациентов.
- 8 Особенности диагностики аномалий развития и заболеваний элементов плодного яйца.

Раздел 3 « Патология родов и послеродового периода»

- 1.Причины кровотечения в послеродовом периоде. Группы риска по кровотечению в послеродовом и раннем послеродовом периоде. Клиника, диагностика кровотечения в послеродовом периоде.
2. Факторы , способствующие развитию ГСЗ , диагностика воспалительных заболеваний в послеродовом периоде, общие клинические признаки ГС послеродовых заболеваний.
- 3 клиническая оценка характера родовой деятельности; оценки состояния плода при данной патологии; перинатальные аспекты аномалий родовой деятельности, группы риска по развитию аномалий родовой деятельности
- 4 Оценка объёма кровопотери в родах. Понятие физиологической, предельно допустимой , патологической и массивной кровопотери . Клинико-лабораторная оценка состояния роженицы и родильницы с кровопотерей.

Раздел 4 « Диагностика в гинекологии»

- 1.Общие клинические проявления гинекологической патологии. Методы обследования . Диспансеризация гинекологических пациентов. становление репродуктивной системы женского организма в различные возрастные периоды
- 2 Основные функции женского организма. Факторы способствующие физиологическому становлению основных функций женского организма.

1.Вопросы для собеседования по изучаемым темам (см. паспорт ФОС).

2.Темы рефератов по разделу «Физиологическое акушерство»:

Строение и функции плаценты, плодных оболочек, пуповины.

Методы изучения функции плаценты (гормональные, ультразвуковое сканирование, изучение плацентарного кровотока, функциональные пробы).

Многплодная беременность.

Темы рефератов по разделу «Патологическое акушерство

1. Врожденные пороки развития плода с современной терминологией.
2. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного.
3. Ведение беременности и родов после ЭКО (экстрокорпоральное оплодотворение).
4. Внутриутробное инфицирование плода (причины, патогенез, осложнения со стороны плода, лечение, профилактика).

Темы рефератов по разделу «Патология родов и послеродового периода»

- 1 Проблема СПИДа в акушерстве.
- 2 Миома матки и беременность.
- 3 Кровотечения в акушерстве – кровосберегающие технологии
4. Сепсис - современные методы диагностики

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО МОДУЛЮ 3 «ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА В ПЕДИАТРИИ» (ОК 1-13, ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.5, ПК 1.7.)

ТЕМА: «МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО, НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Ребенку на момент антропометрии 1 год 1 месяц 10 дней. Его следует отнести к возрастной группе оценки:

12 месяцев;

1 год 1 месяц;

1 год 2 месяца;

1 год 3 месяца;

1 год 4 месяца.

Возрастной интервал при оценке роста и развития ребенка до года составляет:

1 месяц;

2 месяца;

3 месяца;

6 месяцев;

1 год.

Возрастной интервал при оценке роста и развития ребенка 2 года составляет:

1 месяц;

2 месяца;

3 месяца;

6 месяцев;

1 год.

Критерием оценки физического состояния ребенка является:

оценка биологической зрелости;

оценка полового развития;

оценка уровня антропометрических показателей;

оценка темповых прибавок антропометрических показателей;

оценка психомоторного развития.

К методам оценки физического развития ребенка можно отнести все нижеперечисленное, кроме:

эмпирического;

сигмального;

центильного;

метода индексов;

метода центильных графиков;

Оценка степени упитанности ребенка предусматривает определение соответствия массы тела:

паспортному возрасту;

биологическому возрасту;

фактической длине тела;

долженствующей длине тела для паспортного возраста;

фактической окружности грудной клетки.

Оценка психомоторного развития включает в себя:

оценку только безусловной рефлекторной деятельности;

оценку только речевого и моторного развития;

только оценку развития психики и двигательной активности;

только оценку интеллектуального и моторного развития;

оценку только показателей сенсорного развития.

Оценка психомоторного развития проводят по:

учитывается только количество показателей, отстающих от нормы

учитывается только степень отставания одного показателя от нормы

учитывается количество показателей, отстающих от нормы и степень отставания

учитывается количество показателей, отстающих от нормы или степень опережения

Первым регулирующим звеном моторной деятельности является:

таламус;

мозжечок;

стриарное тело;

ретикулярная формация;

красное ядро.

Потребность ребенка в получении новой информации имеет одну из перечисленных закономерностей:

усвоение новой информации возможно, как на фоне отрицательных, так и на фоне положительных эмоций;

получаемая информация требует продолжительного времени для ее усвоения;

потребность в получении новой информации ограничена и требует детального усвоения предыдущей;

важную роль играет импринтинг;

перспективный характер получения новой информации не имеет существенного значения.

Ребенок должен хорошо держать голову к возрасту:

2-3 недели жизни;

3-4 недели жизни;

1-2 месяца;

2-3 месяца;

3-4 месяца.

Укажите правильную последовательность развития речевой функции:

смех, вокализация, гуление, лепет;

вокализация, смех, гуление, лепет;

смех, вокализация, гуление, лепет;

гуление, вокализация, смех, лепет;

вокализация, гуление, лепет, смех.

Необходимым условием для формирования плода женского пола является:

наличие функционально активных яичников;

наличие мюллеровых протоков;

наличие двух X хромосом;

отсутствии HУ-антигена;

высокий уровень эстрогенов.

Половое созревание у мальчиков дебютирует с:

лобкового оволосения;

оволосения лица;

увеличения размеров яичек;

мутации голоса;

увеличения размеров полового члена.

О преждевременном половом развитии у девочек свидетельствует:

появление признаков полового созревания после 8 лет;

менархе до 12 лет;

появление признаков полового созревания до 8 лет;

ускорение роста;

отсутствие менархе до 10 лет.

Значение $Ax4$ в половой формуле мальчиков означает:

густые вьющиеся волосы по всей подмышечной впадине;

единичные волосы в подмышечной впадине;

отсутствие волос в подмышечной впадине;

редкие волосы на центральном участке впадины;

густые прямые волосы по всей подмышечной впадине.

С 10-й по 12-ю неделю внутриутробного развития формируется:

психосоциальный пол;

гонадный пол;

наружный генитальный пол;

внутренний генитальный пол;

генетический пол.

Термин «физическое развитие» в педиатрии понимают, как динамический процесс:

роста ребенка в том или ином периоде детства.

роста и биологического созревания отдельных систем.

роста и биологического созревания ребенка в том или ином периоде детства.

биологического созревания отдельных органов и систем ребенка.

К паратрофии относятся состояния:

дефицитом массы более 10%.

избытком массы от 5 до 10%.

избытком массы более 10%.

избытком массы и роста более 10%.

К гипотрофии относятся состояния с:

дефицитом массы более 10%.

избытком массы от 5 до 10%.

избытком массы более 10%.

избытком массы и роста более 10%.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	a	c	c	c	d	c	c	e	d
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
c	b	d	c	c	e	d	a	c	a

Типовые практические задания для проверки умений:

измерение массы тела детей различного возраста с помощью электронных весов

измерение роста ребенка до года с помощью горизонтального ростомера

измерение роста ребенка после года с помощью вертикального ростомера

измерение окружности головы

измерение окружности груди

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Дайте определение понятия «физическое развитие».

Назовите основные законы роста,

Назовите факторы, определяющие рост ребенка, основные гормоны роста;

Расскажите методику измерения длины и массы тела плода на этапе внутриутробного развития, основные формулы определения длины и массы плода;

Расскажите динамику массы тела ребенка на первом году жизни, понятие о физиологической потере массы и ее причины;

Перечислите основные формулы для расчета приблизительно должной массы тела в различные возрастные периоды; периоды округления;

Расскажите динамику прироста длины тела ребенка на первом году жизни, периоды вытягивания;
Назовите основные формулы для расчета приблизительно должествующей длины тела в различные возрастные периоды;
Расскажите динамику окружности груди и головы ребенка на первом году жизни, основные формулы для расчета окружности груди и головы в различные возрастные периоды;
Назовите формулы прогнозирования окончательного роста, возрастные изменения телосложения;
Дайте определение понятия «гармоничность», «пропорциональность» и «индекс» физического развития;
Назовите основные типы физического развития ребенка (нанизм, субнанизм, субгигантизм, ожирение);
Расскажите методику антропометрии, оценку основных антропометрических данных по таблицам центильного типа.
Дайте понятие «акселерация»;
Расскажите методику оценки нервно-психического развития детей;
Назовите основные параметры для оценки нервно-психического развития детей первых 3 лет жизни;
Назовите гормоны регулирующие половую функцию
Расскажите методику определения полового развития мальчиков
Расскажите методику определения полового развития девочек
Назовите симптомы нарушений полового развития

ТЕМА: «КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОНТОГЕНЕЗА»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Законный представитель больного ребенка:

бабушка и дедушка

опекун

тети и дяди

совершеннолетние братья и сестры

Законный представитель больного ребенка:

родители

бабушка и дедушка

тети и дяди

совершеннолетние братья и сестры

При сборе анамнеза должны воспользоваться информацией, полученной от:

только от ребенка

только от родителей

от ребенка и родителей (опекунов)

от лица, сопровождающего ребенка в стационар

При сборе анамнеза должны воспользоваться информацией, полученной от:

ребенка

участкового врача

лица, сопровождающего ребенка в стационар

родителей, ребенка и из истории развития ребенка (ф. 112/у)

История настоящего заболевания (anamnesis morbi) включает:

сведения о проведенном лечении всех предшествующих заболеваний

жалобы на день поступления в стационар

сведения об аллергических реакциях

сведения о проведенном до госпитализации лечении

История настоящего заболевания (anamnesis morbi) включает:

сведения об аллергических реакциях

сведения о проведенном до госпитализации лечении данного заболевания

сведения об эффективности лечение предшествующих заболеваний

сведения о заболеваниях родителей и родственников

История настоящего заболевания (anamnesis morbi) включает:

жалобы в дебюте заболевания

сведения об аллергических реакциях

сведения об эффективности лечение предшествующих заболеваний

сведения о родителях и родственниках

История настоящего заболевания (anamnesis morbi) включает:

сведения о проведенном лечении всех предшествующих заболеваний;

сведения об аллергических реакциях;

сведения о проведенном до госпитализации лечении;

сведения о контакте с инфекционными больными.

История жизни ребенка не включает сведения о:

течении беременности и родов у матери;

проведенных профилактических прививках;

профессиональных вредностях родителей;

динамике роста и развития ребенка.

Подробные сведения о перинатальном анамнезе необходим для диагностики патологии

врожденной

приобретенной

генетической

аллергической

Подробные сбор генеалогического анамнеза необходим для диагностики патологии

острой патологии

генетической патологии

хронической патологии

инфекционной патологии

Подробные сведения о реакциях на прививки необходим для диагностики патологии

врожденной

хронической
генетической
аллергической
 Подробные сведения о проведенных прививках необходим для диагностики патологии
 врожденной
инфекционной
генетической
хронической
 Подробные сведения о перинатальном анамнезе необходим для диагностики патологии
 врожденной
приобретенной
генетической
аллергической
 Подробные сведения о наличии аллергических реакций в анамнезе необходим для диагностики патологии
 врожденной
приобретенной
генетической
аллергической
 Подробные сведения о наличии пищевой аллергии необходим для диагностики патологии
 врожденной
аллергической
приобретенной
генетической
 Подробные сбор эпидемиологического анамнеза необходим для диагностики патологии
 острой патологии
генетической патологии
хронической патологии
инфекционной патологии
 Генеалогический анамнез включает сведения о
 прививках
 предшествующих заболеваниях ребенка
 болезнях родителей и родственников
 наличии аллергии у ребенка
 Эпидемиологический анамнез включает сведения о
 прививках
 предшествующих заболеваниях ребенка
 болезнях родителей и родственников
 наличие контакта с инфекционными больными
 Опрос ребенка начинают с
 анамнеза жизни
 жалоб
 анамнеза заболевания
 эпидемиологического анамнеза

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	a	c	d	b	b	a	d	d	a
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
b	d	b	a	d	b	d	c	d	b

Типовые практические задания для проверки умений:

опрос пациента
сбор анамнеза жизни
сбор анамнеза заболевания
сбор аллергологического анамнеза
сбор социального анамнеза
сбор акушерского анамнеза
сбор эпидемиологического анамнеза

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Основные жалобы при патологии органов и систем
История развития настоящего заболевания
Акушерско-биологический анамнез
Оценка онтогенеза с выделением групп риска
Оценка развитие ребенка
Анамнез жизни (перенесенные острые и хронические заболевания)
Аллергологический анамнез
Сведения о профилактических прививках
Наследственность, генеалогический анамнез
Социальный анамнез
Эпидемиологический анамнез

ТЕМА: «ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ, ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)
устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Сколько групп здоровья используют для оценки состояния детей?

- три
- четыре
- пять
- шесть

Сколько групп здоровья используют для оценки состояния новорожденных?

- три
- четыре
- пять
- шесть

Критерии здоровья дошкольников включают:

- резистентность организма
- биологический возраст
- поведенческие реакции
- компенсаторные возможности

У новорожденных по сравнению со взрослыми относительная теплоотдача:

- выше
- ниже
- такая же
- резко снижена

К критериям оценки биологического возраста подростков относят:

- пропорции тела
- психомоторное развитие
- умения в навыках
- вторичные половые признаки

Каковы причины физиологической желтухи?

- гемолиз фетального гемоглобина
- врожденный гепатит
- приобретенный гепатит
- цирроз

При комплексной оценке состояния здоровья ребенка не учитывают:

- наличие хронической патологии
- уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития
- резистентность и реактивность организма
- семейный анамнез ребенка

Новорожденный с риском развития анемии относится к группе здоровья

- I
- II
- III
- IV
- V

Новорожденный от мамы с анемией относится к группе здоровья

- I
- II
- III
- IV
- V

Новорожденный от мамы с тяжелым гестозом относится к группе здоровья

- I
- II
- III
- IV
- V

Новорожденный с анемией относится к группе здоровья

- I
- II
- III
- IV
- V

Здоровый новорожденный от здоровых родителей относится к группе здоровья

- I
- II
- III
- IV
- V

Ребенок с бронхиальной астмой вне обострения относится к группе здоровья

- I
- II
- III
- IV
- V

Ребенок с тяжелой бронхиальной астмой относится к группе здоровья

- I
- II
- III
- IV
- V

Ребенок с врожденным пороком сердца в стадии декомпенсации относится к группе здоровья

I
II
III
IV
V

Физиологическая потеря первоначальной массы тела

10-15% от первоначальной массы тела

5-8% от первоначальной массы тела

15-20% от первоначальной массы тела

20-30% от первоначальной массы тела

Физиологическая потеря первоначальной массы тела продолжается

до 3 суток после рождения

до 7 суток после рождения

до 10 суток после рождения

до 20 суток после рождения

Восстановление первоначальной массы тела после физиологической потери заканчивается

до 3 суток после рождения

до 10 суток после рождения

до 20 суток после рождения

до 30 суток после рождения

Физиологическая желтуха новорожденных появляется

в первые сутки после рождения

в первые часы после рождения

на 2-3 сутки после рождения

после 10 дня после рождения

Условно патологическое состояние, обусловленное специфическими дисфункциями созревания в той или иной функциональной системе организма:

пограничное состояние

острое состояние

хроническое состояние

диспластическое состояние

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	c	a	a	d	a	d	b	b	b
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
c	a	c	d	c	b	a	b	c	a

Типовые практические задания для проверки умений:

Определение группы здоровья ребенка

Осмотр новорожденного

Осмотр грудного ребенка

Определение факторов риска заболевания

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Понятие «Здоровья»

Факторы риска развития заболевания

Пограничные состояния новорожденных

Микроальтерация развития

Состояние функциональной нормы

Донозологические состояния

Преморбидные состояния

Срыв (полом) механизмов адаптации

Группы здоровья

Профилактика заболеваний

ТЕМА: «ФИЗИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПЕДИАТРИИ»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Проекция верхушечного толчка в 2 года:

в пятом межреберье;

в четвертом межреберье;

в третьем межреберье;

во втором межреберье.

У детей по сравнению с взрослыми особенностями аускультативной картины сердца служат:

приглушение тонов

акцент I тона на верхушке

акцент II тона на легочной артерии

брадикардия

У детей по сравнению с взрослыми особенностями аускультативной картины сердца служат:

приглушение тонов

акцент I тона на верхушке

физиологическая тахикардия

брадикардия

У детей по сравнению с взрослыми особенностями аускультативной картины сердца служат:

приглушение тонов

акцент I тона на верхушке

брадикардия

дыхательная аритмия

У детей по сравнению с взрослыми особенностями аускультативной картины сердца служат:

приглушение тонов

акцент I тона на верхушке

брадикардия

лабильность ритма

Длина тонкой кишки относительно массы тела у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми:

меньше

больше

такая же

в два раза меньше

Какие симптомы относят к пузырьным:

Кера

Мейо-Робсона

Кача

Пастернацкого

Какие симптомы относят к пузырьным:

Пастернацкого

Мейо-Робсона

Кача

Курвуазье-Террье

Какие симптомы относят к пузырьным:

Мейо-Робсона

Кача

Пастернацкого

Боаса.

Симптома Пастернацкого это

перкуссия поясничной области

перкуссия мочевого пузыря

перкуторные признаки асцита

перкуссия печени

Перкуссия сердца позволяет определить:

границы относительной сердечной тупости

объем сердца

толщину миокарда

массу сердца

Перкуссия сердца позволяет определить:

объем сердца

границы абсолютной сердечной тупости

толщину миокарда

массу сердца

Перкуссия сердца позволяет определить:

объем сердца

толщину миокарда

массу сердца

поперечник сердца

Перкуссия сердца позволяет определить:

объем сердца

толщину миокарда

массу сердца

ширину сосудистого пучка

С какого возраста оценивают размеры печени по Курлову:

с рождения;

с года;

с 5 лет;

с 10 лет.

Какое понятие характеризует степень тяжести состояния:

крайне тяжелое

совсем тяжелое

очень тяжелое

хорошее

Какое понятие характеризует степень тяжести состояния:

хорошее

удовлетворительное

совсем тяжелое

очень тяжелое

Какое понятие характеризует степень тяжести состояния:

хорошее

совсем тяжелое

очень тяжелое

средней степени тяжести

Пальпацией конечностей определяют следующие отклонения:

толщина костей конечностей

целосность костей

развитие мягких тканей

мягкость костей

Какое понятие не характеризует степень тяжести состояния:

- хорошее
- тяжелое
- совсем тяжелое
- очень тяжелое

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	c	c	d	d	b	a	d	d	a
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
a	b	d	d	c	a	b	d	b	b

Типовые практические задания для проверки умений:

- Перкуссия легких
- Перкуссия печени
- Пальпация почек
- Пальпация лимфоузлов
- Пальпация печени
- Пальпация живота
- Осмотр видимых слизистых
- Осмотр кожи
- Осмотр зубов
- Осмотр глаз

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

- Общий осмотр ребенка
- Настроение ребенка
- Тип телосложения ребенка
- Шкала Апгар
- Осмотр кожи
- Осмотр видимых слизистых оболочек
- Осмотр полости рта ребенка
- Осмотр головы ребенка
- Осмотр грудной клетки ребенка
- Осмотр позвоночника ребенка
- Определения нарушения осанки у детей
- Осмотр конечностей ребенка
- Пальпация в диагностике патологии у детей
- Перкуссия в диагностике патологии у детей
- Аускультация в диагностике патологии у детей

ТЕМА: «ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПЕДИАТРИИ»

Форма текущего контроля успеваемости:

- письменная (тесты входного контроля)
- устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

- Какое из нижеперечисленных утверждений об анемии справедливо?
повышена СОЭ
повышен уровень сывороточного железа
повышена железосвязывающая способность крови
увеличены запасы железа в костном мозге
- Какое из нижеперечисленных утверждений об анемии справедливо?
повышена СОЭ
повышено количество эритроцитов
снижена концентрация гемоглобина
повышен гематокрит
- Какое из нижеперечисленных утверждений об анемии справедливо?
повышена СОЭ
сниженное количество эритроцитов
повышенная концентрация гемоглобина
повышен гематокрит
- Синдром анемии характерен для всех заболеваний, сопровождающихся
повышена СОЭ
повышен уровень сывороточного железа
снижением гемоглобина в единице объема крови
увеличены запасы железа в костном мозге
- Частота мочеиспусканий в сутки ребенка 3 лет:
2-3 раза
4-5 раз
7-10 раз
12-15 раз
- Проба по Зимницкому позволяет выявить:
никтурию
лейкоцитурию
кальцийурию
оксалурию

Проба по Зимницкому позволяет оценить:

концентрационную
фильтрационную
секреторную
регуляторную

У детей одного месяца процент лимфоцитов в клиническом анализе крови:

больше чем нейтрофилов
меньше чем нейтрофилов
равно проценту нейтрофилов

У детей трех суток процент лимфоцитов в клиническом анализе крови:

больше чем нейтрофилов
меньше чем нейтрофилов
равно проценту нейтрофилов

У детей восьми лет процент лимфоцитов в клиническом анализе крови:

больше чем нейтрофилов
меньше чем нейтрофилов
равно проценту нейтрофилов

Для лейкоза характерно в клиническом анализе крови:

повышена СОЭ
тромбоцитоз
эозинофилия
бластоз

Для аллергии характерно в клиническом анализе крови:

повышена СОЭ
тромбоцитоз
эозинофилия
бластоз

Для воспаления характерно в клиническом анализе крови:

повышена СОЭ
тромбоцитоз
эозинофилия
бластоз

Относительная плотность мочи выше 1030 называется:

Гиперстеноурия
Изостеноурия
Гипостеноурия

Относительная плотность мочи ниже 1008 называется:

Гиперстеноурия
Изостеноурия
Гипостеноурия

Относительная плотность мочи 1008-1010 называется:

Гиперстеноурия
Изостеноурия
Гипостеноурия

Какова концентрация гемоглобина сразу после рождения?

90-100 г/л
100-120 г/л
120-140 г/л
160-180 г/л

Какова концентрация гемоглобина у ребенка 3 месяцев?

90-110 г/л
110-130 г/л
130-160 г/л
160-180 г/л

Артериальное давление на нижних конечностях по сравнению с верхними:

такое же
выше
ниже

Артериальное давление на верхних конечностях по сравнению с нижними:

такое же
выше
ниже

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
с	с	б	с	с	а	а	а	б	В
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
д	с	а	а	с	б	д	б	б	с

Типовые практические задания для проверки умений:

Оценка клинического анализа крови
Оценка биохимического анализа крови
оценка иммунологических показателей

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Общеклинические исследования в педиатрии
Иммунологические исследования крови в педиатрии
Биохимические исследования в педиатрии
Функциональные методы в педиатрии

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №6

Тема: «Организация медицинской помощи детям, наблюдение за организованными детьми»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

В каком возрасте здоровому ребенку проводят первый клинический анализ крови в условиях поликлиники?

три дня жизни

семь дней жизни

один месяц

три месяца

один год

Как часто педиатр осматривает доношенного ребенка первого года жизни?

два раза в месяц

ежемесячно

один раз в 3 месяца

один раз в 6 месяцев

Как часто педиатр осматривает ребенка второго года жизни?

два раза в месяц

ежемесячно

один раз в 3 месяца

один раз в 6 месяцев

Как часто педиатр осматривает ребенка третьего года жизни?

два раза в месяц

ежемесячно

один раз в 3 месяца

один раз в 6 месяцев

К учетной документации медицинского пункта школы относят:

форма № 26 - индивидуальная карта ребенка

форма № 113/у - обменная карта

форма № 112 - история развития ребенка

Здоровые дети находятся на диспансерном наблюдении включительно:

до 3 лет

до 7 лет

до 14 лет

до 18 лет

Что служит эпикризным сроком для детей первого года жизни?

интервал времени, который находится в пределах ± 15 дней от возраста, принятого за норму

интервал времени, который находится в пределах ± 3 мес от возраста, принятого за норму

интервал времени, который находится в пределах ± 6 мес от возраста, принятого за норму

Первым мероприятием при пищевом отравлении в детском саду является:

экстренное извещение в СЭС

изоляция больных детей

сообщение родителям

забор образцов пищи, рвотных масс и фекалий

Какая учетная форма ведется в детской поликлинике?

обменная карта (форма № 113/у)

история развития ребенка (форма № 112/у)

сводная ведомость учета заболеваний (форма 071/у)

индивидуальная карта ребенка (форма 026/у-2000)

При первом визите новорожденного в поликлинику:

оценивают факторы риска

проводят консультацию стоматолога

дают рекомендации по первому прикладыванию к груди

ребенка консультируют окулист, невролог, хирург-ортопед

Готовность ребенка к ДДУ необходимо определять:

для предотвращения распространения острых заболеваний.

для прогноза адаптации.

для профилактических и реабилитационных мероприятий.

Перепись детского населения в поликлинике проводят:

два раза в год

один раз в год

один раз в три года

один раз в пять лет

Перепись детей в детских дошкольных учреждениях и школах проводят:

ежемесячно

один раз в квартал

два раза в год

один раз в год

Бракеражный журнал в ДШО ведется:

с целью составления меню

с целью оценки качества приготовленной пищи

для получения продуктов со склада

для отчета перед учителями

При оформлении ребенка в ДДУ в профилактический осмотр не входит:

участковый педиатр

невролог
эндокринолог
окулист
хирург

Для оформления ребенка в детские ДОО необходимы все перечисленные обследования, кроме:

анализа кала на дисбактериоз
клинического анализа крови
соскоба на энтеробиоз
клинический анализ мочи

Какие исследования необходимы для оформления ребенка в ясли и детский сад?

мазок из зева на бактерии Леффлера
анализ кала на дисбактериоз
клинический анализ крови
биохимический анализ крови
титр противокоревых антител

Как часто в течение года оториноларинголог и стоматолог осматривают в поликлинике больных хроническим гастритом?

ежемесячно
ежеквартально
один раз в год
два раза в год

Кто осуществляет проведение фильтра в детском саду?

врач
медсестра
заведующий детским садом
воспитатель группы

Критериями школьной зрелости, учитываемой при подготовке детей к поступлению в школу, служат:

умение читать
умение писать
биологический возраст
паспортный возраст

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	b	c	d	a	d	a	b	b	d
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
b	b	a	b	c	a	c	d	d	c

Типовые практические задания для проверки умений:

составление плана диспансерного наблюдения
составление плана профилактических прививок
заполнение формы № 026/у-2000
заполнение формы № 063/у
заполнение формы № 060/у
заполнение формы № 058/у

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи детям;
основная документация участкового врача;
основные нормативно-правовые документы в работе амбулаторно-поликлинической помощи;
медицинская помощь в образовательных учреждениях.

ТЕМА: «ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО РЕБЕНКА»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)
устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Основное значение в развитии молочных желез в период беременности имеют:

плацентарный соматомаммотропин
эстрогены и [прогестерон](#)

инсулин
пролактин
тиреоидные гормоны

Индуктирование лактогенеза происходит за счет снижения уровня:

прогестерона
пролактина
плацентарного соматомаммотропина
эстрогенов
хориального гонадотропина

Выход секрета через отверстия неповрежденной клетки характерен для следующего механизма выведения секрета молочной железы:

мерокринового
леммокринового
апокринового
голокринового
аутокринового

Преимуществом грудного вскармливания для здоровья детей является все нижеперечисленное, кроме:

снижение частоты и продолжительности желудочно-кишечных заболеваний на 1-м году жизни
снижение риска развития аллергии к коровьему молоку

повышение показателей умственного развития в дошкольном возрасте

улучшение показателей моторного развития в первое полугодие жизни

уменьшение частоты развития неврозов в дошкольном возрасте

К преимуществам грудного вскармливания для здоровья матери относится все нижеперечисленное, кроме:

ускоряется инволюция матки в послеродовом периоде

увеличивается период «послеродового бесплодия»

увеличивается сексуальная потенция женщины

уменьшается риск развития рака яичников

нормализуется функция щитовидной железы

Энергетическая ценность молозива составляет: 1) 500 ккал/л;

1000 ккал/л

1500 ккал/л

2000 ккал/л

2500 ккал/л

Сывороточно-казеиновый коэффициент белка грудного молока составляет:

1 : 1

2 : 1

3 : 1

3 : 2

4 : 1

Характеристикой жирового состава грудного молока является:

самый стабильный компонент из всех составляющих молока

суточные колебания практически отсутствуют

имеет существенные различия по количественному составу с жирами других видов животных

содержится в заднем молоке в большем количестве, чем в переднем

все вышеперечисленное верно

Функцией лизоцима является:

защита эпителия кишечника от антигенов в полости кишечника

поглощение бактерий

антибактериальный эффект

противовирусный эффект

антилямблиозный эффект

Среднее количество белка зрелого женского молока в расчете на 1 литр составляет:

8 г

10 г

12 г

14 г

16 г

Недостаток фолиевой кислоты в питании беременной женщины приводит:

к нарушению развития нервной трубки плода

к порокам развития сердца плода

к нарушению развития желудочно-кишечного тракта плода

к ухудшению прогноза формирования молочных и постоянных зубов будущего ребенка

к развитию гипотиреоза

Энергетическая потребность беременной женщины составляет:

2150 ккал/24

2350 ккал/24

2550 ккал/24

2750 ккал/24

2950 ккал/24

Энергетическая потребность кормящей женщины составляет:

2500 ккал/24

2700 ккал/24

2900 ккал/24

3100 ккал/24

3300 ккал/24

Физиологическая потребность в кальции кормящей женщины составляет:

800 мг/24

1000 мг/24

1200 мг/24

1400 мг/24

1600 мг/24

Обязательными моментами гигиены послеродового периода женщины является все нижеперечисленное, кроме:

ежедневный душ или водные процедуры, включающие мытье по пояс

обработка сосков молочной железы перед каждым кормлением

обработка сосков молочной железы после каждого кормления

использование формирователей сосков молочной железы

дополнительная обработка соска молочной железы при минимальных повреждениях

Основным методом оценки достаточности питания ребенка грудного возраста является:

клинический

антропометрический

лабораторный

количественный

качественный

Наиболее чувствительным антропометрическим показателем оценки достаточности питания является:

оценка длины тела

оценка массы тела по возрасту

оценка массы тела по длине тела

оценка окружности грудной клетки

оценка окружности головы

К лабораторному способу оценки достаточности питания относится:

определение уровня мочевины

определение уровня щелочной фосфатазы

определение уровня общего белка

определение уровня γ -глобулина

определение уровня лейкоцитов

К какому методу оценки достаточности питания относится составление корреляционной сетки:

клиническому

антропометрическому

лабораторному

количественному

качественному

Энергетическое обеспечение ребенка второго полугодия жизни в сутки составляет:

100 ккал/кг

105 ккал/кг

110 ккал/кг

115 ккал/кг

120 ккал/кг

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	a	a	d	e	c	d	d	c	c
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
a	c	b	c	d	a	c	c	e	c

Типовые практические задания для проверки умений:

Составление схемы кормления ребенку до 1 года находящимся на естественном вскармливании

Составление схемы кормления ребенку до 1 года находящимся на искусственном вскармливании

Составление схемы кормления ребенку до 1 года находящимся на смешанном вскармливании

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Физиология лактации.

Организация кормления детей в родильном доме. Первое прикладывание к груди.

Режим и питание кормящей матери.

Основные принципы естественного вскармливания,

Введение прикормов и коррекция питания.

Преимущества естественного вскармливания.

Основные принципы смешанного вскармливания.

Технику введения докорма при смешанном вскармливании.

Показания к переводу на смешанное и искусственное вскармливания.

Характеристика смесей для вскармливания.

Критерии эффективности искусственного и смешанного вскармливания.

ТЕМА: «СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА УПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Туберкулинодиагностику после инфекционного заболевания можно проводить через:

4 недели.

2 недели.

6 недель.

2 месяца.

После закапывания в рот полиомиелитной вакцины ребенок срыгнул или его вырвало. Каковы ваши дальнейшие действия?

дать вторую дозу.

сделать медицинский отвод от прививки на 2 нед, а затем повторить вакцинацию.

повторить прививку через месяц.

Сильная реакция на прививку - это:

температура тела 38,5 °с более 2 дней.

температура тела 38,5 °с, гиперемия в месте инъекции 2-5 см.

температура тела 40 °с и выше, гиперемия в месте инъекции 8 см и более.

С чем связана необходимость 30-минутного наблюдения за привитыми в кабинете иммунопрофилактики?

с развитием немедленных реакций.

развитием местных реакций.

развитием общих реакций.

Как поступить, если ребенок прибыл без сведений о прививках против дифтерии?

сделать запрос, выполнить рпга.

начать прививать.

оформить медотвод.

не прививать вообще.

После проведения различных профилактических прививок проводить туберкулинодиагностику разрешено:

не ранее чем через 4 нед.

не ранее чем через 2 нед.

через 72 ч.

не ранее чем через 6 мес.

Какие признаки при реакции Манту указывают на инфицированность?

нарастание сомнительной или положительной реакции на 6 мм и более.

усиление положительной реакции менее чем на 6 мм.

размер папулы 11-13 мм без инфильтрата.

Показанием к ревакцинации БЦЖ в декретированный срок служит:

отрицательная реакция Манту

сомнительная реакция Манту

папула 3-4 мм

папула 5-7 мм

положительная проба Манту

Назовите учетные формы для планирования профилактических прививок в детской поликлинике.

формы № 63 и № 112.

формы № 26 и № 112.

формы № 63 и № 58.

формы № 26 и № 63

Каков минимальный допустимый интервал между различными прививками?

один месяц.

два месяца.

полтора месяца.

шесть месяцев.

Сколько человек необходимо, чтобы засвидетельствовать отказ пациента от профилактической прививки?

не менее 2 медицинских работников.

достаточно главного врача учреждения.

должны присутствовать не менее 2 медицинских работников лпу и представитель органов санитарно-эпидемиологического надзора.

Сколько дней патронажная медицинская сестра наблюдает ребенка, привитого инактивированной вакциной?

в первые 3 дня.

на 5-6-й или 10-11-й день.

на 28-й день.

как проводят профилактическую вакцинацию, если у ребенка обострилось течение хронического заболевания?

Что служит противопоказанием к иммунизации у ребенка?

сильная реакция или осложнения на введение предыдущей дозы вакцины.

увеличение тени тимуса.

перинатальная энцефалопатия.

Профилактические прививки детям из групп риска по развитию патологии со стороны ЦНС:

противопоказаны.

проводятся по индивидуальному календарю.

проводятся по традиционному календарю проф. прививок.

Реакцию Манту можно проводить:

в один день с прививками кори, паротита, краснухи.

через 2 недели после проведения прививок против кори, паротита, краснухи.

в строго выделенный день недели, в отдельном кабинете.

Укажите противопоказания к иммунизации против краснухи:

беременность, иммунодефицитные состояния, злокачественные заболевания крови и новообразования.

кормление грудью.

инфицированность ВИЧ.

нет противопоказаний.

К характерным осложнениям после введения АКДС относятся:

пронзительный крик, судороги.

некроз мягких тканей.

повышение температуры до 38 градусов.

осложнений на введение АКДС нет.

Каковы особенности вакцинации детей с заболеваниями почек?

Проводятся по традиционному календарю проф. прививок.

Иммунизация по индивидуальному плану.

После прививки используют антигистаминные препараты в течение 5 дней.

Показана допрививочная иммунизация (нуклеинат натрия).

Здоровому ребенку в возрасте 12 мес проводят следующие профилактические прививки:

вакцинацию против туберкулеза.

четвертую вакцинацию против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита.

вакцинацию против кори, краснухи.

вакцинацию против гепатита С.

Назовите сроки профилактических прививок после туберкулинодиагностики (постановки реакции Манту).

через 24 часа

через 48 часа

через 72 часа

через месяц

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	a	c	a	a	a	a	a	a	a
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
a	a	a	b	c	a	a	b	c	c

Типовые практические задания для проверки умений:

Составление плана вакцинации

Определение противопоказаний к вакцинации

Заполнение формы № 058/у

Заполнение формы № 063/у

Оценка поствакцинальной реакции

Вопросы для самоконтроля обучающихся:
Национальный календарь прививок
Показания и противопоказания к проведению прививок
Виды вакцин
Организация работы прививочного кабинета
Основная документация прививочного кабинета
Противопоказания к прививкам
Осложнения после вакцинации
Вакцинация детей групп риска

ТЕМА: «ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:
письменная (тесты входного контроля)
устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Закладка нервной системы развивается из:

эктодермы
мезодермы
энтодермы
нерводермы

Первичная закладка нервной системы формируется в виде:

медуллярной трубки
медуллярной колбы
медуллярной палочки
медуллярной пробирки

Первичная закладка нервной системы формируется в виде:

мозговых колб
мозговых палочек
мозговых пробирок
мозговых пузырей

Ребенок фиксирует взгляд:

в 3 недели
в 6 недель
в 3 месяца
в 6 месяцев

К моменту рождения центральной нервной системы достигает
полного развития как морфологически, так и функционально
почти полного развития как морфологически, так и функционально
почти полного развития, но наименее созревшей как морфологически, так и функционально
полного морфологического развития, но не функционального развития

Мозжечок достигает зрелости:

к рождению
к 1 году
к 2 годам
к 3 годам

Клетками, имеющими мезодермальное происхождение, являются:

нейроны
клетки микроглии
астроциты
олигодендроциты

К группе миелэнцефальных автоматизмов относятся:

рефлекс Бауэра
рефлекс Куссмауля
рефлекс Магнуса-Клейма
рефлекс Бабкина
рефлекс Ландау

Состояние двигательной сферы включает в себя оценку:

мышечного тонуса
поверхностной чувствительности
мышечно-суставное чувство
рефлексов

К поверхностным видам чувствительности относятся:

мышечно-суставное чувство
чувство давления и массы
чувство локализации
тактильная чувствительность

К глубоким видам чувствительности относятся:

мышечно-суставное чувство
чувство давления и массы
чувство локализации
тактильная чувствительность

Состояние двигательной сферы включает в себя оценку:

поверхностной чувствительности
координации действий
мышечно-суставное чувство
рефлексов

Наиболее безопасным методом исследования головного и спинного мозга у новорожденных является:

позитронно-эмиссионная томография
 нейросонография
 компьютерная (рентгеновская) томография
 церебральная ангиография
 Состояние двигательной сферы включает в себя оценку:
 поверхностной чувствительности
 мышечно-суставное чувства
 общей двигательной активности
 рефлексов
 Послойное изображение структур головного и спинного мозга можно получить методом
 церебральная ангиографии
 пневмоэнцефалографии
 миелографии
 компьютерная томографии
 Исследование сосудов головного мозга можно провести следующим методом:
 церебральная ангиографии
 пневмоэнцефалографии
 миелографии
 компьютерная томографии
 Оценить кровоток и состояние сосудов головы и шеи возможно метом:
 церебральной ангиографии
 ультразвуковой доплерографии
 миелографии
 компьютерной томографии
 Биоэлектрическую активность головного мозга можно оценить методом:
 церебральная ангиографии
 пневмоэнцефалографии
 электроэнцефалографии
 компьютерная томографии
 Периферическая нервная система новорожденного
 не миелинизирована
 недостаточно миелинизирована
 миелинизирована полностью
 Головной мозг у новорожденного примерно весит
 200 грамм
 300 грамм
 400 грамм
 500 грамм

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	a	d	a	c	c	b	c	d	d
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
d	b	b	c	d	a	b	c	b	c

Типовые практические задания для проверки умений:
 Оценка состояния нервной системы ребенка
 Составление плана обследования при патологии нервной системы ребенка
 Вопросы для самоконтроля обучающихся:
 эмбриональное развитие головного и спинного мозга
 анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей
 непосредственные методы исследования в диагностике заболеваний нервной системы
 дополнительные методы исследования в диагностике заболеваний нервной системы

ТЕМА: «ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ КОЖИ, ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ, КОСТНОЙ И МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМ У ДЕТЕЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:
 письменная (тесты входного контроля)
 устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Эпидермис плода становится многослойным к концу:

1-го месяца внутриутробного развития;

2-го месяца внутриутробного развития;

3-го месяца внутриутробного развития;

4-го месяца внутриутробного развития;

5-го месяца внутриутробного развития.

Анатомическая особенность подкожно жирового слоя новорожденного:

преимущественное расположение на лице, наличие бурого жира, относительно большее содержание твердых жирных кислот;

преимущественное расположение на лице, наличие бурого жира, относительно большее содержание жидких жирных кислот;

преимущественное расположение на животе, наличие бурого жира, относительно большее содержание твердых жирных кислот;

преимущественное расположение на лице, минимальное количество бурого жира, относительно большее содержание твердых жирных кислот;

преимущественное расположение на лице, наличие бурого жира, относительно небольшое содержание твердых жирных кислот.

Особенность развития волосного покрова заключается в следующем:

к 10-й неделе покрывают все тело плода; к рождению количество значительно уменьшается; быстрый рост в первые годы жизни;

к 20-й неделе покрывают все тело плода; к рождению количество значительно уменьшается; быстрый рост в первые годы жизни;

к 20-й неделе покрывают все тело плода; к рождению количество не меняется; медленный рост в первые годы жизни;

к 20-й неделе покрывают все тело плода; к рождению количество значительно уменьшается; медленный рост в первые годы жизни;

к 10-й неделе покрывают все тело плода; к рождению количество значительно уменьшается; медленный рост в первые годы жизни.

Особенность потовых желез новорожденного заключается в следующем:

потовые железы имеют просвет, их секреторные трубки короткие; апокриновые железы начинают функционировать в пубертатный период;

потовые железы не имеют просвета, их секреторные трубки длинные; апокриновые железы начинают функционировать в пубертатный период;

потовые железы не имеют просвета, их секреторные трубки короткие; апокриновые железы начинают функционировать в пубертатный период;

потовые железы не имеют просвета, их секреторные трубки короткие; апокриновые железы начинают функционировать в дошкольный период;

потовые железы имеют просвет, их секреторные трубки короткие; апокриновые железы начинают функционировать в дошкольный период.

Дермографизм оценивается с целью:

определить особенности вегетативной регуляции тонуса периферических сосудов; включает в себя три характеристики;

определить особенности состояния подкожно-жирового слоя; включает в себя четыре характеристики;

определить особенности вегетативной регуляции тонуса периферических сосудов; включает в себя четыре характеристики;

определить особенности состояния подкожно-жирового слоя; включает в себя три характеристики;

определить особенности состояния кожи; включает в себя четыре характеристики.

Цвет кожи определяется нижеперечисленным, за исключением:

содержания меланина;

содержания оксигемоглобина;

содержания каротина;

степени кровоснабжения;

толщины подкожно-жировой клетчатки.

Элемент сыпи, возвышающийся над уровнем кожи, имеющий плоскую или куполообразную поверхность, размером от 1 до 20 мм, называют:

волдырь;

папула;

узел;

экхимоз;

гематома.

Чрезмерное оволосение туловища и конечностей называется:

алопеция;

гирсутизм;

гипертрихоз;

педикулез;

микроспория.

Ожирение констатируется при избытке массы тела по отношению к средней массе тела при данной длине тела свыше:

10 %;

15 %;

20 %;

25 %;

30 %;

У недоношенного ребенка на 3-и сутки жизни на ограниченных участках бедер и голеней появилась припухлость, кожа стала бледной, затем плотной и холодной на ощупь, при надавливании на нее остается углубление. Наиболее вероятно следующее состояние:

гипотрофия;

липоматоз;

отек;

липоатрофия;

склеродерма.

Сколиоз - это:

стойкое искривление позвоночника во фронтальной плоскости, сопровождающееся нарушением соотношения позвонков относительно друг друга;

нарушение позвоночника, связанное со значительным увеличением грудного кифоза и отсутствием поясничного лордоза;

нарушение позвоночника, в основе которого лежит увеличение грудного кифоза с одновременным уменьшением поясничного лордоза;

нарушение позвоночника, характеризующееся уменьшением всех физиологических изгибов позвоночника, в первую очередь - поясничного лордоза и уменьшением угла наклона таза;

нарушение позвоночника, состоящее в уменьшении грудного кифоза при нормальном или увеличенном поясничном лордозе. Шейный лордоз часто тоже уплощен.

К синдрому остеоидной гиперплазии относят следующие симптомы за исключением:

симптом «четок»;

симптом «браслетов»;

симптом «нитей жемчуга»;

гаррисонова борозда;

олимпийский лоб.

К патологическим формам черепа относят следующие виды за исключением:

скафоцефалия;

мезокrania;

тригоноцефалия;

плагियोцефалия;

акроцефалия.

Нарушение мышечного тонуса, часто приводящее к нарушениям костной системы в виде нарушений осанки, крыловидным лопаткам, чрезмерному поясничному лордозу, переразгибанию в суставах, увеличению живота, называется:

мышечная ригидность;

мышечная спастичность;

мышечная гипотония;

пластический тонус;

мышечная дистония.

Преждевременным прорезыванием зубов считают прорезывание ранее физиологического срока на:

1-2 месяца;

2-3 месяца;

3-4 месяца;

4-5 месяца;

более 5 месяцев.

Формирование костного скелета начинается:

на 2-3-й неделе гестации;
 на 3-5-й неделе гестации;
 на 5-8-й неделе гестации;
 на 8-11-й неделе гестации;
 на 11-14-й неделе гестации.

Костная ткань ребенка:

содержит больше воды, больше органических веществ, меньше минеральных веществ;
 содержит меньше воды, больше органических веществ, меньше минеральных веществ;
 содержит больше воды, меньше органических веществ, меньше минеральных веществ;
 содержит больше воды, больше органических веществ, больше минеральных веществ;
 содержит больше воды, меньше органических веществ, меньше минеральных веществ.

Особенностями развития суставов является:

развитие начинается на 2-4-й неделе гестации; большинство связок к рождению не сформировано; окончательное формирование к 13-16 годам;
 развитие начинается на 4-6-й неделе гестации; большинство связок к рождению сформировано; окончательное формирование к 13-16 годам;
 развитие начинается на 4-6-й неделе гестации; большинство связок к рождению не сформировано; окончательное формирование к 10-13 годам;
 развитие начинается на 2-4-й неделе гестации; большинство связок к рождению не сформировано; окончательное формирование к 13-16 годам.

Молочный прикус формируется:

к 1,5 годам;
 к 2 годам;
 к 2,5 годам;
 к 3 годам;
 к 3,5 годам.

Дермографизм оценивается с целью:

определить особенности вегетативной регуляции тонуса периферических сосудов; включает в себя три характеристики;
 определить особенности состояния подкожно-жирового слоя; включает в себя четыре характеристики;
 определить особенности вегетативной регуляции тонуса периферических сосудов; включает в себя четыре характеристики;
 определить особенности состояния подкожно-жирового слоя; включает в себя три характеристики;
 определить особенности состояния кожи; включает в себя четыре характеристики.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d	a	d	c	c	e	b	c	e	e
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
a	d	b	c	b	c	a	c	c	c

Типовые практические задания для проверки умений:

Оценка состояния кожи и подкожной клетчатки

Оценка состояния ротовой полости

Оценка состояния костной и мышечной системы

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Строение и функции кожи и подкожной клетчатки у детей

Эмбриогенез кожи и ее образований

анатомо-физиологические особенности кожи и подкожной клетчатки у детей

непосредственные методы исследования в диагностике заболеваний кожи и подкожной клетчатки у детей

дополнительные методы исследования в диагностике заболеваний кожи и подкожной клетчатки у детей

Семиотика изменений кожи

Семиотика сыпей

Эмбриогенез и анатомо-физиологические особенности скелета

Анатомо-физиологические особенности развития зубов

Анатомо-физиологические особенности строения и функции мышц у детей

Возраст начала занятий видами спорта

Методы обследования костной и мышечной систем

Семиотика поражения костной ткани

Синдромы поражения костной ткани

ТЕМА: «ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

В третью стадию эмбриогенеза дыхательной системы начинается:

формирование сегментарных бронхов;

формирование субсегментарных бронхов;

развитие хрящей гортани;

формирование респираторных бронхиол;

формирование терминальных мешочков.

Анатомическими особенностями глотки новорожденного является:

относительно узкая и короткая; достаточное развитие лимфатического кольца Вальдеера-Пирогова;

относительно широкая и короткая; достаточное развитие лимфатического кольца Вальдеера-Пирогова;

относительно узкая и длинная; недостаточное развитие лимфатического кольца Вальдеера-Пирогова;

относительно узкая и короткая; недостаточное развитие лимфатического кольца Вальдеера-Пирогова;

относительно узкая и длинная; недостаточное развитие лимфатического кольца Вальдеера-Пирогова.

Морфологические особенности легочной ткани новорожденного:

большое количество рыхлой соединительной ткани, коллагеновых волокон; повышенная диффузионная способность;

большое количество рыхлой соединительной ткани, коллагеновых волокон; сниженная диффузионная способность

малое количество рыхлой соединительной ткани, коллагеновых волокон; повышенная диффузионная способность;

малое количество рыхлой соединительной ткани, коллагеновых волокон; сниженная диффузионная способность; большое количество рыхлой соединительной ткани, малое количество коллагеновых волокон; повышенная диффузионная способность. Функциональными особенностями дыхательной системы является: высокая величина дыхательных объемов, относительно высокая потребность в кислороде, диафрагмальный тип дыхания; малая величина дыхательных объемов, относительно высокая потребность в кислороде, диафрагмальный тип дыхания; малая величина дыхательных объемов, относительно низкая потребность в кислороде, диафрагмальный тип дыхания; малая величина дыхательных объемов, относительно низкая потребность в кислороде, диафрагмальный тип дыхания; малая величина дыхательных объемов, относительно высокая потребность в кислороде, грудной тип дыхания.

Пальпаторное обследование дыхательной системы включает в себя: оценку типа дыхания, эластичности грудной клетки, характера дыхания; оценку голосового дрожания, эластичности грудной клетки, характера дыхания; оценку типа дыхания, эластичности грудной клетки, болезненности при пальпации; оценку типа дыхания, голосового дрожания, характера дыхания; оценку голосового дрожания, эластичности грудной клетки, болезненности при пальпации.

Жалобы на лающий кашель с осиплостью голоса свидетельствует о поражении: трахеи; носоглотки; гортани; мелких бронхов и бронхиол; крупных бронхов.

Локальное усиление голосового дрожания может быть обусловлено следующей причиной: уплотнение легочной ткани; наличие жидкости в плевральной полости; наличие воздуха в плевральной полости; уплотнение стенки бронхов; стеноз гортани.

Укажите синдром, для которого является патогномичным одышка экспираторного характера: синдром поражения верхних дыхательных путей; синдром поражения нижних дыхательных путей с бронхообструкцией; синдром уплотнения легочной ткани; синдром скопления жидкости в плевральной полости; синдром скопления воздуха в плевральной полости.

Назовите один признак, наиболее характерный для синдрома поражения плевры: сухие, свистящие хрипы над всей поверхностью легких; кашель «лающего» характера; грубый шум, напоминающий хруст снега; одышка с затрудненным выдохом; положительный синдром Домбровской.

Для I стадии дыхательной недостаточности характерен следующий признак: одышка при физической нагрузке; одышка в покое; соотношение частоты сердечных сокращений к частоте дыхания как 2 : 1; периоральный цианоз в покое; парциальное давление кислорода 70 мм. рт. ст.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d	d	b	b	e	c	a	b	c	d

Типовые практические задания для проверки умений:

Оценка состояния дыхательной системы
Составление плана обследования детей с патологией верхних дыхательных путей
Составление плана обследования детей с патологией нижних дыхательных путей
Составление плана обследования детей с патологией плевры
Измерение частоты дыхания

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Регуляция дыхания
Эмбриогенез органов дыхания
Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы у детей
Непосредственные методы исследования в диагностике заболеваний органов дыхания
Дополнительные методы исследования в диагностике заболеваний органов дыхания

ТЕМА: «ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:
письменная (тесты входного контроля)
устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Первый этап эмбриогенеза сердечно-сосудистой системы характеризуется:
на 1-й неделе гестации образуется сердечная трубка, на 3-й неделе - первые сокращения желудочка, на 6-й - разделение предсердий;
на 2-й неделе гестации образуется сердечная трубка, на 3-й неделе - первые сокращения желудочка, на 6-й - разделение предсердий;
на 1-й неделе гестации образуется сердечная трубка, на 2-й неделе - первые сокращения желудочка, на 4-й - разделение предсердий;
на 2-й неделе гестации образуется сердечная трубка, на 3-й неделе - первые сокращения желудочка, на 4-й - разделение предсердий;
на 3-й неделе гестации образуется сердечная трубка, на 4-й неделе - первые сокращения желудочка, на 5-й - разделение предсердий.
Внутриутробно имеет наилучшее кровоснабжение: 1) головной мозг;
легкие;
сердце;
печень;

почки.

Анатомическими особенностями сердца детей раннего возраста являются:

- относительно большая масса, рассыпной тип кровообращения, равномерное развитие мышц правых и левых отделов;
- относительно меньшая масса, рассыпной тип кровообращения, равномерное развитие мышц правых и левых отделов;
- относительно большая масса, магистральный тип кровообращения, равномерное развитие мышц правых и левых отделов;
- относительно большая масса, магистральный тип кровообращения, равномерное развитие мышц правых и левых отделов;
- относительно большая масса, рассыпной тип кровообращения, преобладание мышц левых отделов.

Средняя частота пульса у ребенка 5 лет:

- 50-60 уд./мин;
- 70-80 уд./мин;
- 90-100 уд./мин;
- 110-120 уд./мин;
- 130-140 уд./мин.

Средняя величина систолического артериального давления у ребенка 1 года составляет:

- 70 мм рт. ст.;
- 80 мм рт. ст.;
- 90 мм рт. ст.;
- 100 мм рт. ст.;
- 110 мм рт. ст.

Назовите жалобу, не характерную для поражения сердечно-сосудистой системы:

- боли в грудной клетке;
- обмороки;
- одышка инспираторного характера;
- перебои в сердце;
- задержка физического развития.

При осмотре следующий признак всегда указывает на патологию сердечно-сосудистой системы:

- периоральный цианоз;
- участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания;
- асимметричное выпячивание левых отделов грудной клетки;
- выбухание межреберных промежутков;
- брюшной тип дыхания.

Укажите один симптом, наиболее характерный для синдрома нарушения сердечного ритма:

- непереносимость физической нагрузки, адекватной для данного возраста;
- набухание вен шеи, кистей рук, кубитальных вен;
- эпигастральная пульсация сверху вниз;
- дефицит пульса;
- систолический шум, выслушиваемый на верхушке, не проводящийся за пределы сердца, изменяющийся после физической нагрузки.

Несоответствие перкуторно определяемой левой границы сердца и пальпаторно определяемого верхушечного толчка наиболее характерно для:

- синдрома нарушения сердечного ритма;
- синдрома поражения эндокарда;
- синдрома поражения перикарда;
- синдрома поражения перикарда;
- синдрома нарушения внутрисердечной гемодинамики.

Для ПБ стадии сердечной недостаточности характерен следующий признак:

- увеличение ЧСС на 15-30 % от возрастной нормы;
- увеличение печени более 3-5 см ниже края реберной дуги;
- одышка при физической нагрузке;
- дистрофические изменения внутренних органов;
- периоральный цианоз.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	b	a	c	c	c	c	d	c	d

Типовые практические задания для проверки умений:

- Оценка состояния сердечно-сосудистой системы
- Составление плана обследования детей с патологией сердечно-сосудистой системы
- Измерения частоты сердечных сокращений
- Измерения пульса
- Измерения артериального давления
- Аускультация сердца

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

- эмбриональное развитие сердца и сосудов
- анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей
- непосредственные методы исследования в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы
- дополнительные методы исследования в диагностике заболеваний сердца и сосудов у детей
- Семиотика поражения сердечно-сосудистой системы у детей

ТЕМА: «ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:

- письменная (тесты входного контроля)
- устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

- Регулярное прохождение амниотической жидкости через желудочно-кишечный тракт плода начинается: в 1-й месяц внутриутробного развития;
- во 2-й месяц внутриутробного развития;

в 3-й месяц внутриутробного развития;
в 4-й месяц внутриутробного развития;
в 5-й месяц внутриутробного развития.

Оптимальный период исключительного лактотрофного питания охватывает:

первый месяц жизни ребенка;
первые 3 месяца жизни ребенка;
первые 6 месяцев жизни ребенка;
первые 9 месяцев жизни ребенка;
первый год жизни ребенка.

Особенностями желудка новорожденного является:

низкий тонус кардиальной части, низкий тонус пилорической части, косое расположение во фронтальной плоскости;
низкий тонус кардиальной части, высокий тонус пилорической части, косое расположение во фронтальной плоскости;
высокий тонус кардиальной части, низкий тонус пилорической части, косое расположение во фронтальной плоскости;
низкий тонус кардиальной части, высокий тонус пилорической части, косое расположение в сагитальной плоскости;
высокий тонус кардиальной части, высокий тонус пилорической части, косое расположение во фронтальной плоскости.

Преобладающей флорой ребенка на естественном вскармливании является:

кишечная палочка;
энтерококки;
стафилококки;
бифидус-бактерии;
ацидофильная палочка.

Объем каловых масс составляет от объема съеденной пищи:

меньше 1 %;
до 1 %;
до 2 %;
до 3 %;
до 4 %.

Жалоба, не характерная для поражения желудочно-кишечного тракта:

боли в эпигастральной области после еды;
изжога;
непереносимость коровьего молока;
тошнота при поездке в транспорте;
рвота после приема пищи.

Термин флатуленция означает:

повышенное выделение газов через прямую кишку;
ложные позывы на дефекацию;
повышенное скопление газов в кишечнике;
ощущение жжения за грудиной;
непроизвольное выделение газов из желудка.

К эквивалентам болевого синдрома при поражении желудка относится:

дисфагия;
чувство быстрого насыщения;
гастро-колональный рефлекс;
чувство тугого пояса;
кожная гиперестезия в зоне Шоффара.

Укажите синдром, для которого характерным является пестрая окраска стула:

синдром поражения пищевода;
синдром поражения тонкой кишки;
синдром поражения желчевыводящих путей;
синдром поражения толстой кишки;
синдром мальабсорбции.

Назовите симптом, наиболее характерный для синдрома поражения желудка:

запор;
диарея;
дисфагия;
метеоризм
мойнингамовский ритм болей

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	c	b	d	c	d	a	b	c	e

Типовые практические задания для проверки умений:

эмбриональное развитие органов пищеварения
анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей
непосредственные методы исследования в диагностике органов пищеварения системы
дополнительные методы исследования в диагностике заболеваний органов пищеварения у детей
семиотика поражения органов пищеварительной системы у детей

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Оценка состояния пищеварительной системы
Составление плана обследования детей с пищеварительной системы

ТЕМА: «ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ КРОВЕТВОРНОЙ, ЛИМФАТИЧЕСКОЙ И ИММУННОЙ СИСТЕМ У ДЕТЕЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)
устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Внутриутробно первыми форменными элементами являются:

эритроциты;
нейтрофилы;
моноциты;
лимфоциты;
базофилы.

Особенностью свертывающей системы новорожденного является:

содержание протромбина, как у взрослого, содержание фибриногена снижено, содержание гепарина повышено
содержание протромбина снижено, содержание фибриногена, как у взрослого, содержание гепарина повышено;
содержание протромбина снижено, содержание фибриногена снижено, содержание гепарина повышено;
содержание протромбина снижено, содержание фибриногена снижено, содержание гепарина, как у взрослого;
содержание протромбина повышено, содержание фибриногена, как у взрослого, содержание гепарина повышено.

Первый перекрест количества лимфоцитов и нейтрофилов происходит:

на 3-4-й день после рождения;
на 5-6-й день после рождения;
на 7-8-й день после рождения;
на 9-10-й день после рождения;
на 11-12-й день после рождения.

Система гемостаза ребенка достигает уровня взрослого:

внутриутробно;
к 2-3-й неделе после рождения;
к 1-2-му месяцу после рождения;
к 3-4-му месяцу после рождения;
к 5-6-му месяцу после рождения.

Положительная проба жгута диагностируется при появлении более:

1-3 петехий;
3-5 петехий;
5-7 петехий;
7-9 петехий;

ни один ответ не является правильным.

Через плаценту проникает:

IgA;
IgM;
IgG;
IgE;
IgD.

К факторам специфической сопротивляемости относятся:

лизоцим;
пропердин;
фагоцитоз;
хемотаксис;
В-лимфоциты.

Лимфатическая ткань начинает активно увеличиваться со следующего периода внутриутробного развития:

с 3-6-й недели;
с 7-10-й недели;
с 11-13-й недели;
с 14-17-й недели;
с 18-20-й недели.

Уровень иммуноглобулинов достигает уровня взрослого человека:

к 1 году;
к 3 годам;
к 6 годам;
к 9 годам;
к 12 годам.

К тестам первого уровня при иммунологическом обследовании относят:

подсчет и оценка морфологии моноцитов;
определение уровня иммуноглобулинов;
кожные тесты на гиперчувствительность замедленного типа;
подсчет субпопуляций CD3, CD4, CD8, CD45;
оценка хемокинеза и хемотаксиса.

Нормохромная анемия может быть установлена при значении цветового показателя:

0,70;
0,75;
0,85;
1,05;
1,10.

Гиперхромная анемия развивается при недостатке:

фолиевой кислоты;
железа;
меди;
кальция;
витамина B6.

К увеличению числа нейтрофилов чаще приводят: 1) глистные инвазии;

вирусные инфекции;
малярия;
аллергические заболевания;
бактериальные инфекции.

При вирусных инфекциях в крови чаще всего отмечается:

нейтрофилез;
лимфоцитоз;
эозинофилия;
базофилия;
моноцитоз.

Из перечисленных симптомов о диффузном внутрисосудистом свертывании II стадии не свидетельствует:

снижение числа лейкоцитов;
снижение числа тромбоцитов;
снижение фибриногена;
снижение факторов свертывания;
повышенная кровоточивость.

При внутриутробном инфицировании в крови плода может повышаться уровень:

IgA;
IgM;
IgG;
IgE;
IgD.

Первичное иммунодефицитное состояние как физиологическое явление наблюдается:

у новорожденного;
у ребенка 2 недель жизни;
у ребенка 1 месяца;
у ребенка 2 месяцев;
у ребенка 3 месяцев.

Лимфопролиферативный синдром характеризуется следующими признаками, кроме:

очаговое увеличение лимфатических желез;
генерализованное увеличение лимфатических желез;
гепатомегалия;
спленомегалия;
гепатомегалия с преимущественным увеличением селезенки.

Нехарактерным является развитие вторичного иммунодефицита после:

роговиральной инфекции;
герпетической инфекции;
кори;
цитомегаловирусной инфекции;
стрептококковой инфекции.

Для аллергических заболеваний характерно повышение:

IgA;
IgM;
IgG;
IgD;
IgE.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	c	b	b	b	c	e	d	e	D
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
c	a	d	b	a	b	a	a	e	e

Типовые практические задания для проверки умений:

Оценка состояния системы кроветворения

Составление плана обследования детей с заболеваниями крови и кроветворных органов

Оценка состояния лимфатической системы

Составление плана обследования детей с заболеваниями органов лимфатической системы

Оценка состояния иммунной системы

Составление плана обследования детей с заболеваниями иммунной системы

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Эмбриональное развитие органов кроветворной, лимфатической и иммунной систем

Анатомо-физиологические особенности кроветворной, лимфатической и иммунной систем у детей

Непосредственные методы исследования в диагностике заболеваний органов кроветворной, лимфатической и иммунной систем

Дополнительные методы исследования в диагностике заболеваний органов кроветворной, лимфатической и иммунной систем у детей

Семиотика поражения кроветворной, лимфатической и иммунной систем у детей

ТЕМА: «ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМ У ДЕТЕЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

В эмбриогенезе почек следует выделить:

предпочка образуется на 1-й неделе внутриутробного развития, первичная почка со 2-й недели, все отделы нефрона окончательной почки сформированы к 14-й неделе;

предпочка образуется на 3-й неделе внутриутробного развития, первичная почка с 4-й недели, все отделы нефрона окончательной почки сформированы к 16-й неделе;

предпочка образуется на 3-й неделе внутриутробного развития, первичная почка с 4-й недели, все отделы нефрона окончательной почки сформированы к 10-й неделе;

предпочка образуется на 2-й неделе внутриутробного развития, первичная почка с 5-й недели, все отделы нефрона окончательной почки сформированы к

20-й неделе;

предпочка образуется на 3-й неделе внутриутробного развития, первичная почка с 4-й недели, все отделы нефрона окончательной почки сформированы к 20-й неделе.

Анатомические особенности почек:

относительная масса меньше, расположены ниже, чем у взрослых, рост заканчивается к 20 годам;

относительная масса больше, расположены ниже, чем у взрослых, рост заканчивается к 12 годам;

относительная масса меньше, расположены выше, чем у взрослых, рост заканчивается к 20 годам;

относительная масса больше, расположены ниже, чем у взрослых, рост заканчивается к 20 годам;

относительная масса меньше, расположены ниже, чем у взрослых, рост заканчивается к 12 годам.

Мочеточники в детском возрасте по сравнению со взрослыми:

диаметр мочеточников относительно больше, они относительно короче, без изгибов;

диаметр мочеточников относительно меньше, они относительно короче, с многочисленными изгибами;

диаметр мочеточников относительно больше, они относительно длинее, с многочисленными изгибами;

диаметр мочеточников относительно больше, они относительно короче, с многочисленными изгибами;

диаметр мочеточников относительно меньше, они относительно длинее, с многочисленными изгибами.

Регуляция мочеобразования на уровне проксимального канальца осуществляется благодаря:

канальцево-клубочковой обратной связи;

паратгормону;

клубочко-канальцевому равновесию;

противоточно-поворотной множительной системе;

антидиуретическому гормону.

Смещаемость почки на фазе вдоха у детей определяется:

на высоту тела 1 поясничного позвонка;

на высоту тела 1,5 поясничных позвонков;

на высоту тела 2 поясничных позвонков;

на высоту тела 2,5 поясничных позвонков;

не меняется.

На 1-м году жизни подвергается наибольшей анатомической и функциональной перестройке:

щитовидная железа;

кора надпочечников;

поджелудочная железа;

тестикулы;

паращитовидная железа.

В клубочковой зоне коры надпочечников синтезируются:

минералокортикоиды;

глюкокортикоиды;

паратгормон;

андрогены;

соматотропный гормон

Для роста ребенка первых 3 лет жизни максимально важен:

инсулин;

глюкокортикоиды;

паратгормон;

тиреоидные гормоны;

соматотропный гормон.

Физиологическая гипостенурия детей 1-го года жизни связана:

со сниженным синтезом антидиуретического гормона;

с избытком антидиуретического гормона;

со сниженной рецепторной чувствительностью к антидиуретическому гормону;

с относительным увеличением количества рецепторов к антидиуретическому гормону;

с большой водной нагрузкой в этом возрасте.

Тонкоигольная аспирационная биопсия применяется для выявления патологии:

гипофиза;

коры надпочечников;

поджелудочной железы;

щитовидной железы;

паращитовидной железы.

Назовите жалобу, не характерную для поражения мочевого выделительной системы:

боль в пояснице;

не удержание мочи;

повышение артериального давления;

отечность голеней, более выраженная к вечеру;

повышение диуреза.

Слабо выраженная протеинурия - это:

60 мг белка в суточном анализе мочи;

более 0,33 г/л белка в общем анализе мочи;

30 мг белка в суточном анализе мочи;

1000 мг белка в суточном анализе мочи;

10 мг белка в суточном анализе мочи.

Изостенурия - это:

плотность мочи выше 1004-1006;

плотность мочи выше 1006-1008;

плотность мочи выше 1008-1010;

плотность мочи выше 1010-1012;

плотность мочи выше 1012-1014.

Укажите синдром, для которого характерно повышение артериального давления:

синдром поражения клубочков;

синдром поражения дистальных канальцев;

синдром поражения проксимальных канальцев;

синдром поражения верхних мочевыводящих путей;
синдром поражения нижних мочевыводящих путей.

Назовите симптом, наиболее характерный для синдрома поражения проксимальных канальцев:

олигурия;
боль в пояснице;
поллакиурия;
искривление конечностей;
повышение артериального давления.

Задержка роста и психомоторного развития с первого года жизни возникает при:

гиперфункции щитовидной железы;
гиперфункции паращитовидных желез;
гипофункции паращитовидных желез
гипофункции щитовидной железы;
дефиците гормона роста.

Признаком врожденного снижения функции щитовидной железы является:

отставание темпов роста после 3-4 лет;
гиперпигментация кожи;
задержка физического и психомоторного развития с рождения;
внутриутробная задержка физического развития;
судорожный синдром.

Назовите симптом, не характерный для гипoinsулинемии:

похудание;
ожирение;
полидипсия;
полиурия;
запах ацетона изо рта.

Дефицит минералокортикоидов проявляется:

гипокалиемией;
гипонатриемией;
гиперкалиемией;
гипернатриемией;
гипергликемией.

К скрытой спазмофилии могут приводить:

синдром гиперфункции надпочечников;
синдром гипофункции щитовидной железы;
синдром гиперфункции паращитовидных желез;
синдром гипофункции паращитовидных желез;
синдром гипофункции поджелудочной железы.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	d	d	c	a	c	a	d	c	d
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
d	a	c	a	d	d	d	b	c	d

Типовые практические задания для проверки умений:

Оценка состояния мочевыделительной системы
Составление плана обследования детей с патологией почек, мочевого пузыря
Оценка состояния органов эндокринной системы
Составление плана обследования детей с патологией щитовидной железы
Составление плана обследования детей с патологией эндокринных органов

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Эмбриональное развитие органов мочевыделительной и эндокринной систем
Анатомо-физиологические особенности органов мочевыделительной и эндокринной систем
Непосредственные методы исследования в диагностике заболеваний мочевыделительных и эндокринных органов
Дополнительные методы исследования в диагностике заболеваний органов мочевыделительной и эндокринной систем у детей
Семиотика поражения органов мочевыделительной и эндокринной системы у детей

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО МОДУЛЮ 2 «ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА В ХИРУРГИИ» (ОК 1-13, ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.6, ПК 1.7.)

Форма текущего контроля успеваемости: письменная (тесты входного контроля)

Тема «Проведение субъективного и объективного обследования хирургического больного»

Вариант №1

1. Диагностическое значение имеет:

- положение пациента;
- черты характера;
- общительность.

2. В анамнезе жизни устанавливают:

- условия труда и вредные привычки;
- течение заболевания;
- время начала заболевания;
- локальный статус.

3. Наиболее часто встречающийся синдром в хирургии:

- а) диспепсический;
 - б) болевой;
 - в) сердечнососудистой недостаточности;
 - г) дыхательной недостаточности.
4. В анамнезе заболевания отражают:
- а) семейное положение;
 - б) время начала заболевания;
 - в) профессию;
 - г) возраст.
5. Выяснение жалоб – это процесс:
- а) активный;
 - б) пассивный.
6. ФГС – это исследование:
- а) желудка;
 - б) мочевого пузыря;
 - в) толстого кишечника;
 - г) тонкого кишечника.
7. Жалобы, характерные для синдрома кровотечения:
- а) частое мочеиспускание;
 - б) схваткообразные боли;
 - в) общая слабость, тахикардия, бледность;
 - г) общая слабость, брадикардия.
8. Первая встреча с пациентом начинается:
- а) с выяснения жалоб;
 - б) с выяснения общих сведений (паспортные данные);
 - в) с осмотра;
 - г) с представления пациенту.
9. У хирургического пациента необходимо уточнить:
- а) национальность;
 - б) семейное положение;
 - в) профессию.
10. Пальпация – это:
- а) ощупывание;
 - б) зыбления;
 - в) костный хруст;
 - г) выстукивание.
11. В норме лимфоузлы:
- а) пальпируются;
 - б) не пальпируются.
12. Крепитация и патологическая подвижность – абсолютные признаки:
- а) грыжи;
 - б) перелома;
 - в) вывиха;
 - г) ушиба.
13. Основная особенность объективного обследования хирургического пациента:
- а) данные осмотра;
 - б) данные пальпации;
 - в) локальный статус.
 - г) анамнез заболевания.
14. Цвет кожных покровов при синдроме кровотечения:
- а) землистый;
 - б) бледный;
 - в) желтушный;
 - г) цианотичный.
15. Колоноскопия – это исследование:
- а) желудка;
 - б) поджелудочной железы;
 - в) мочевого пузыря;
 - г) толстого кишечника.
16. Кифоз - это:
- а) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью назад;
 - б) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью кпереди;
 - в) стойкое боковое искривление и поворот позвоночного столба;
 - г) анатомо-физиологическое состояние позвоночника.
17. Дисфагия - это:

- а) нарушение акта глотания;
 - б) затрудненное прохождение пищи по пищеводу;
 - в) отрыжка;
 - г) слюнотечение.
18. Флюктуация - это:
- а) судорожное сокращение мышц;
 - б) размягчение в центре воспалительного инфильтрата;
 - в) появление пузырей на гиперемизированной коже;
 - г) «хруст» при пальпации.
19. Мидриаз - это:
- а) сужение зрачков;
 - б) расширение зрачков;
 - в) косоглазие;
 - г) разная ширина зрачков.
20. Перкуссия – это:
- а) выстукивание;
 - б) костный хруст;
 - в) зыбление;
 - г) ощупывание.
21. Достоверный признак биологической смерти
- а) прекращение дыхания
 - б) прекращение сердечной деятельности
 - в) расширение зрачка
 - г) симптом «кошачьего глаза»
22. Для клинической смерти не характерно
- а) отсутствие самостоятельного дыхания
 - б) отсутствие пульса на сонной артерии
 - в) отсутствие сознания
 - г) патологическое дыхание
- Вариант №2
1. В анамнезе заболевания отражают:
- а) семейное положение;
 - б) время начала заболевания;
 - в) профессию;
 - г) возраст.
2. Ректороманоскопия – это исследование:
- а) желудка;
 - б) прямой кишки;
 - в) поджелудочной железы;
 - г) мочевого пузыря.
3. Первая встреча с пациентом начинается:
- а) с выяснения жалоб;
 - б) с выяснения общих сведений (паспортные данные);
 - в) с осмотра;
 - г) с представления пациенту.
4. Цистоскопия – это исследование:
- а) кишечника;
 - б) желудка;
 - в) мочевого пузыря;
 - г) матки.
5. Основная особенность объективного обследования хирургического пациента:
- а) данные осмотра;
 - б) данные пальпации;
 - в) локальный статус.
 - г) анамнез заболевания.
6. Для диагностики переломов используется:
- а) УЗИ;
 - б) рентген;
 - в) цитология;
 - г) биопсия.
7. Метод диагностики, не имеющий противопоказаний:
- а) УЗИ;
 - б) рентген;
 - в) эндоскопия;
 - г) цитология.
8. Ирригоскопия – это рентгенологическое исследование:

- а) желудка;
- б) тонкого кишечника;
- в) мочевого пузыря;
- г) толстого кишечника.

9. Выяснение жалоб – это процесс:

- а) активный;
- б) пассивный.

10. Цель биопсии:

- а) установление причины заболевания;
- б) установление возбудителя заболевания;
- в) верификация опухоли;
- г) определение химиотерапии.

11. Анизокория - это:

- а) сужение зрачков;
- б) расширение зрачков;
- в) косоглазие;
- г) зрачки разной величины.

12. На течение хирургического заболевания оказывает влияние:

- а) образование;
- б) пол;
- в) возраст;
- г) место жительства.

13. Перкуссия – это:

- а) выстукивание;
- б) костный хруст;
- в) зыбления;
- г) ощупывание.

14. Локальный статус – это:

- а) описание в истории болезни результатов обследования места болезни;
- б) усиление боли при резком отнятии руки при пальпации живота;
- в) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря;
- г) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла.

15. Ограниченное скопление крови в тканях - это:

- а) гемартроз;
- б) гематома;
- в) гемоторакс;
- г) гемоперикардиум.

16. Пальпация – это:

- а) ощупывание;
- б) зыбления;
- в) костный хруст;
- г) выстукивание.

17. Крепитация - это:

- а) размягчение в центре воспалительного инфильтрата;
- б) «хруст» при пальпации;
- в) судорожное сокращение мышц;
- г) покраснение кожи.

18. Лордоз - это:

- а) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью назад;
- б) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью кпереди;
- в) стойкое боковое искривление и поворот позвоночного столба;
- г) анатомо-физиологическое состояние позвоночника.

19. Скопление крови в полости сустава называется:

- а) гемоторакс;
- б) гемоперикардиум;
- в) гемартроз;
- г) гемоперитонеум.

20. Аускультация – это:

- а) зыбления;
- б) костный хруст;
- в) выстукивание;
- г) выслушивание.

21. Для клинической смерти не характерно

- а) отсутствие самостоятельного дыхания
- б) отсутствие пульса на сонной артерии
- в) отсутствие сознания

г) патологическое дыхание

22. Достоверный признак биологической смерти

- а) прекращение дыхания
- б) прекращение сердечной деятельности
- в) расширение зрачка
- г) симптом «кошачьего глаза»

Эталон ответа

1в	1-а	2-а	3-б	4-б	5-а	6-а	7-в	8-г	9-в	10-а
	11-б	12-б	13-в	14-б	15-г	16-а	17-а	18-б	19-б	20-а
	21-г	22-г								
2в	1-б	2-б	3-г	4-в	5-в	6-б	7-а	8-г	9-а	10-в
	11-г	12-в	13-а	14-а	15-б	16-а	17-б	18-а	19-в	20-г
	21-г	22-г								

Решение ситуационных задач

Задача № 1

Больной жалуется на раздражительность, чувство жара, потливость, сердцебиение, исхудание, слабость.

Осмотр: кожные покровы влажные, тургор кожи нормальный. Наблюдается пучеглазие, глазная щель широко раскрыта, замечен легкий тремор рук.

Вопрос:

Для какого заболевания характерен такой симптомокомплекс?

- 1) Микседемы.
- 2) Сахарного диабета.
- 3) Тиреотоксикоза.
- 4) Аддисоновой болезни.

Эталон ответа

Для тиреотоксикоза

Задача № 2

В стационар доставлен больной без сознания. При осмотре повреждения костей не обнаружено. А/Д 120/80 мм.рт.ст. Пульс 56 ударов в минуту.

Сухожильные рефлексы на правой верхней и нижней конечности не определяются. Сопровождающий больного сотрудник сообщил, что пострадавший упал с высоты 1,5 м и ударился головой.

Вопрос:

- 1. Чем обусловлено состояние больного?
- 2. Какие дополнительные методы исследования вы назначите для подтверждения диагноза?

Эталон ответа

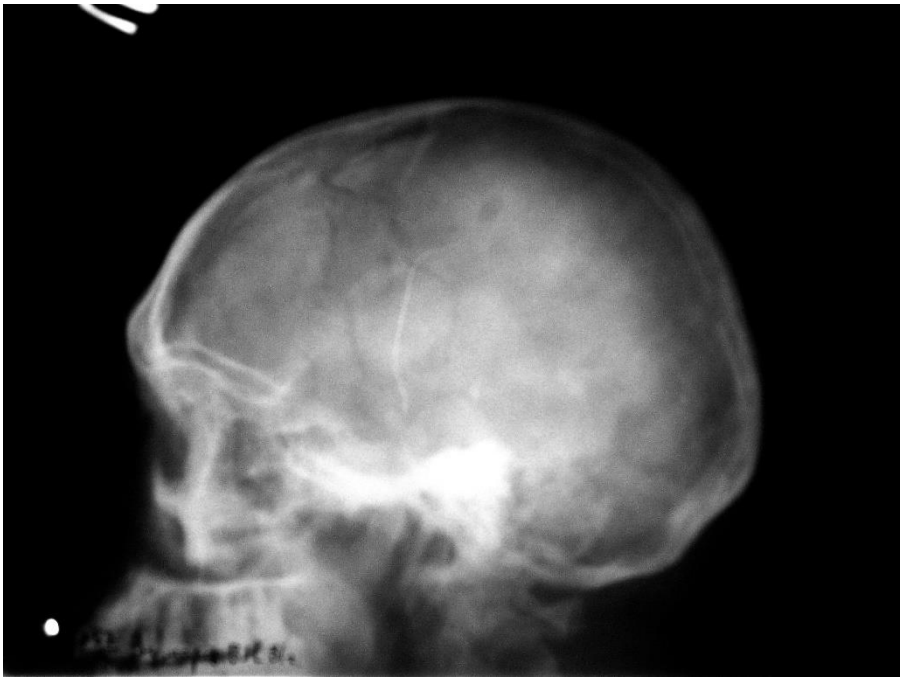
Тяжесть состояния больного обусловлена черепно-мозговой травмой, ушибом головного мозга. Для подтверждения диагноза необходимо выполнить ЭХО-энцефалографию, компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию головного мозга.

иллюстративные ЗАДАЧИ

Задача №2

Как называется рентгенологическое исследование черепа?

Назовите признак перелома кости свода черепа и покажите его на рентгенограмме.



Эталон ответа к задаче

Краниография.

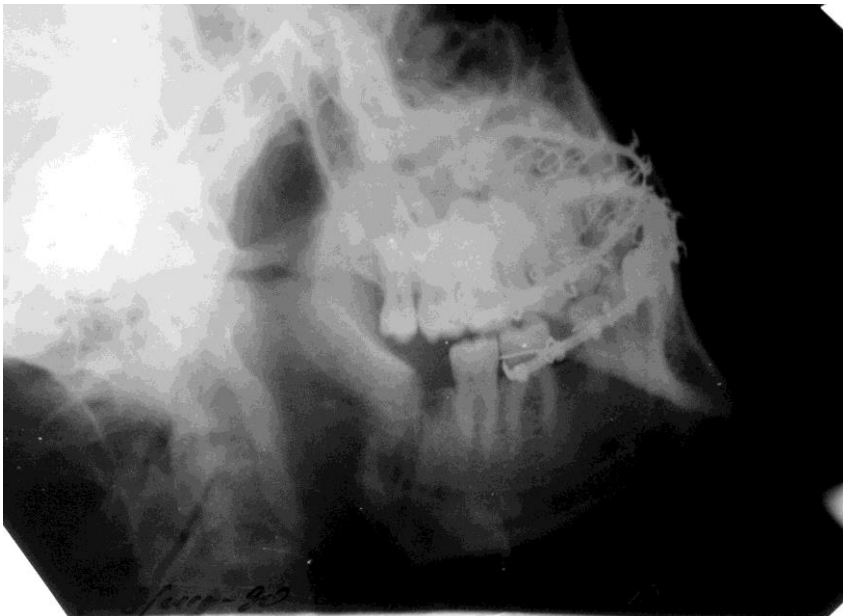
На рентгенограмме – линейный перелом теменной кости. Признак: линия просветления, указывающая зону перелома.

Задача №3

Перелом, какой кости изображен на рентгенограмме?

Определите локализацию и признаки перелома, укажите их.

Какова диагностическая ценность рентгенологического метода исследования при переломах?



Эталон ответа к задаче

На рентгенограмме определяется перелом нижней челюсти. Отмечается деформация контура угла нижней челюсти с линией просветления (зона перелома), наложена иммобилизирующая шина.

При рентгенологическом исследовании пациентов с переломами можно определить локализацию перелома, наличие линий перелома (полный или неполный перелом), смещение отломков (вид смещения), деформацию оси конечности, наличие костных осколков, контуры кортикального слоя кости (поднадкостничные переломы), состояние структуры кости.

Занятие №3 «Проведение обследования больного с заболеваниями органов грудной клетки»

Ситуационные задачи

Задача № 1

У больного жидкость в правой плевральной полости.

1. Назовите патологию.
2. Назовите основную жалобу при этом.
3. Опишите данные, полученные при осмотре и пальпации грудной клетки.
4. Дайте оценку перкуторного звука справа.
5. Оцените данные аускультации справа.

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Гидроторакс, пиоторакс, гемоторакс.
2. Одышка, боль в грудной клетке.
3. Справа грудная клетка отстает при дыхании, увеличена в объеме, межреберные промежутки сглажены. При пальпации ригидность грудной клетки и ослаблено голосовое дрожание справа.
4. Тупой звук справа в нижних отделах.
5. Отсутствие или ослабление дыхательных шумов в нижних отделах справа.

Задача № 2.

У больного легочное кровотечение.

1. Назовите характерные признаки, отличающие его от желудочного кровотечения.
2. Чем отличается понятие кровохарканье от легочного кровотечения?
3. При каком заболевании встречается мокрота в виде «малинового желе»?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Кровь появляется с кашлевым толчком, пенная, алого цвета, реакция щелочная.
2. Количеством крови. Может быть примесь мокроты. В анамнезе нередко заболевания легких.
3. Рак легкого.

Задача № 3.

У больного воздух в плевральной полости.

1. Назовите патологию.
3. Дайте оценку перкуторного звука.
4. Оцените данные аускультации.

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Пневмоторакс.
2. Тимпанический.
3. Дыхание, ослабленное везикулярное или отсутствует вообще.

Задача № 4.

У пациента боль в груди, одышка, отставание правой половины грудной клетки при дыхании, сглаженность межреберных промежутков, при аускультации – ослабленное дыхание в нижних отделах справа, при перкуссии – тупой звук.

1. О какой патологии идет речь?
2. Назовите специальные методы обследования.

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Гемоторакс.
2. Рентгенография грудной клетки, плевральная пункция.

Задача № 5.

У пациентки рак молочной железы.

1. Назовите специальные методы обследования.

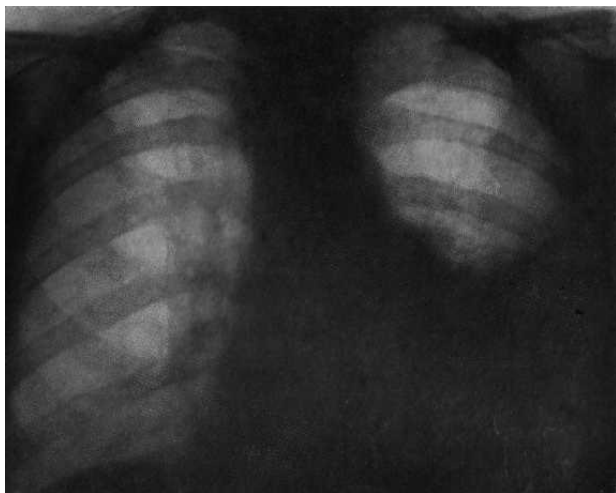
Эталон ответа к задаче № 5

Маммография, пункционная биопсия, цитология.

иллюстративные ЗАДАЧИ

Задача № 1

Назовите метод исследования пациента, представленный на иллюстрации.
 Назовите и покажите типичные рентгенологические признаки экссудативного плеврита.
 Какой метод дополнительного исследования пациента позволяет уточнить характер плеврального выпота?



Эталон ответа к задаче

1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции.
2. Типичные рентгенологические признаки экссудативного плеврита: затемнение легочного поля с косой границей, смещаемость тени при вдохе и выдохе,

смещение органов средостения в здоровую сторону при большом количестве экссудата.
3. Плевральная пункция с последующим лабораторным исследованием плеврального выпота.

ЗАДАЧА №2.

Как называется скопление крови в плевральной полости? Назовите его признак и покажите на рентгенограмме пациента с травмой грудной клетки.



Эталон ответа к задаче

1. Гемоторакс.
2. На рентгенограмме правой половины грудной клетки - наличие жидкости с косым уровнем в плевральной полости.

ЗАНЯТИЕ № 4 «Проведение обследования больных с хирургическими заболеваниями брюшной стенки и органов брюшной полости»

Ситуационные задачи

Задача № 1.

У пациента жалобы на слабость, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, рвоту «кофейной гущей».

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?
2. Какими будут показатели гемодинамики?
3. Что необходимо уточнить в анамнезе жизни?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Синдром кровотечения.
2. В анамнезе жизни: наличие ЯБЖ.

Задача № 2.

У пациента жалобы на сильную боль в правом подреберье, иррадиирующую в правое плечо, тошноту, рвоту желчью.

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?
2. Что необходимо уточнить в анамнезе заболевания?
3. Для какого заболевания характерны данные жалобы?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Синдром «острого живота».
2. В анамнезе заболевания – погрешности в диете.
3. Острый холецистит.

Задача № 3.

У пациента жалобы на схваткообразную боль в животе, тошноту, неукротимую рвоту с каловым запахом, задержку стула и газов.

1. О каком синдроме идет речь?
2. Что необходимо уточнить в жалобах пациента?

Эталон ответа к задаче №3.

1. Синдром «острого живота».
2. Локализация, интенсивность, распространенность, иррадиация, периодичность, длительность, связь с положением тела, характер, связь с приемом пищи, с физической нагрузкой.

Задача № 4.

У пациента имеет место «кинжальная боль» в животе, «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и Воскресенского.

1. Назовите патологию.
2. Дайте оценку перкуторного звука.
3. Оцените данные аускультации.

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Перфоративная язва желудка. Перитонит.
2. Исчезновение печеночной тупости.
3. Урежение перистальтики.

Задача №5.

У пациента жалобы на схваткообразную боль в животе, неукротимую «каловую» рвоту, задержку стула и газов.

1. Назовите патологию.
2. Оцените данные аускультации.

Эталон ответа к задаче №5.

1. Острая кишечная непроходимость.

2. Сначала усиление перистальтики кишечника, затем её ослабление и исчезновение (симптом «гробовой тишины») на фоне которого слышен «шум падающей капли»), положительный симптом «шума плеска».

Задача № 6.

У пациента жалобы на боль в эпигастрии, оказанную с приемом пищи.

1. Какие методы инструментального обследования показаны данному пациенту?
2. Какие лабораторные методы диагностики показаны данному пациенту?

Эталон ответа к задаче № 6.

1. ФГС, рентгенография желудка.
2. Желудочное зондирование.

Задача №7.

Пациенту назначено ФГС желудка.

Схема подготовка к данному обследованию.

Эталон ответа к задаче №7.

1. Исследование проводится натощак. В день исследования нельзя пить, курить. Накануне – ранний легкий ужин. Приготовить полотенце.

Задача № 8.

Пациенту назначено УЗИ органов брюшной полости.

Схема подготовки пациента к данному обследованию.

Эталон ответа к задаче №8.

Исследование проводится натощак. Накануне – ранний легкий ужин. Приготовить полотенце.

иллюстративные ЗАДАЧИ

Задача № 1.

Оцените результаты общего анализа крови пациентки с осложненным аппендицитом, выявите патологические изменения и назовите их, используя медицинские термины.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ								
Ф.И.О. Лаврова И.Я., 31 год								
Диагноз острый аппендицит, перитонит								
Гемоглобин		122 г/л						
Эритроциты		$3,9 \times 10^{12}/л$						
Цветовой показатель		0,94						
СОЭ		36 мм/ч						
Лейкоциты		$21 \times 10^9/л$						
Лейкоцитарная формула								
Б	Э	М	Мт	П/я	С/я	Лф	Мон	Прим.
–	–	1	2	12	72	11	2	токсигенная зернистость нейтрофилов
Подпись _____								

Эталон ответа к задаче: лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ.

Задача № 2.

1. Назовите рентгенологический метод исследования пациента, представленный на иллюстрации.
2. Назовите ведущий рентгенологический признак острой кишечной непроходимости и покажите его на рентгенограмме.



Эталон ответа к задаче

1. Обзорная рентгенография брюшной полости.
2. На рентгенограмме определяются «чашки Клойбера» – вздутие петель кишечника с наличием скопления жидкости, образующей горизонтальные уровни.

Задача № 3.

1. Назовите метод исследования пациента, представленный на иллюстрации.
2. Назовите патологию, при которой наблюдается такая клиническая картина.
3. Какой метод лечения показан данному пациенту?



Эталон ответа к задаче

1. На иллюстрации показано определение свободной жидкости в брюшной полости при асците.
2. Асцит наблюдается при циррозах печени, раке печени и других заболеваниях.
3. Данному пациенту показана пункция брюшной полости для удаления асцитической жидкости

ЗАНЯТИЕ №5 «Проведение обследования больных с урологической патологией и заболеваниями прямой кишки»

Ситуационные задачи

Задача № 1.

У пациента жалобы на частое болезненное мочеиспускание, боль в поясничной области.

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?
2. Что необходимо уточнить в анамнезе заболевания?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Дизурический синдром.
2. В анамнезе заболевания – переохлаждение.

Задача № 2.

У пациента жалобы на невозможность мочеиспускания. Из анамнеза: на протяжении трёх лет отмечает учащение мочеиспускания, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?
2. Какое заболевание приводит к развитию данного синдрома?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Синдром «острой задержки мочеиспускания».
2. Аденома предстательной железы.

Задача № 3.

У пациента синдром «острой задержки мочеиспускания».

Оцените данные пальпации.

Оцените данные перкуссии.

Эталон ответа к задаче № 3.

Мочевой пузырь увеличен в размерах, пальпируется над лонем.

Перкуторно: тупой звук в проекции мочевого пузыря.

Задача № 4.

У пациента хронический парапроктит, наружный свищ. Какой метод обследования показан при данном заболевании?

Эталон ответа к задаче № 4.

Фистулография с йодлиполом.

Задача № 5.

Пациенту назначено УЗИ мочевого пузыря.

Схема подготовки пациента к данному обследованию.

Эталон ответа к задаче № 5.

За 3 часа до исследования опорожнить мочевой пузырь, выпить 2 стакана воды. Не мочиться. Приготовить полотенце.

иллюстративные ЗАДАЧИ

Задача № 1.

Оцените результаты общего анализа крови пациента, выявите патологические изменения и назовите их, используя медицинские термины.

Клинико-диагностическая лаборатория городской больницы № 1								
12 ноября 2004 г. № 8								
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ								
Ф.И.О. Малахова Е.Н., 52 года								
Диагноз трещина анального отверстия								
Гемоглобин	72 г/л							
Эритроциты	$3,3 \times 10^{12}/л$							
Цветовой показатель	0,65							
СОЭ	22 мм/ч							
Лейкоциты	$6,7 \times 10^9/л$							
Лейкоцитарная формула								
Э	Б	М	Мт	П/я	С/я	Лф	Мон	Прим.
1	—	—	—	4	59	31	5	
Морфологические особенности эритроцитов: Анизоцитоз (микроциты), пойкилоцитоз (платоциты, анулоциты), анизохромия (гипохромия) эритроцитов								
Подпись _____								

Эталон ответа к задаче

В ОАК признаки хронической железодефицитной анемии: снижение гемоглобина, уменьшение содержания эритроцитов, изменение эритроцитов – анизоцитоз (микроциты), пойкилоцитоз (платоциты, анулоциты), анизохромия (гипохромия).

Задача № 2.

Оцените результат анализа мочи по Нечипоренко:

Пациент Семенов А.И., 30 лет

Первое терапевтическое отделение ОКБ

Проба Нечипоренко

Лейкоциты - 8 000

Эритроциты - 800

Эталон ответа к задаче: преобладание лейкоцитов (норма до 4000) свидетельствует о пиелонефрите. Эритроциты в норме (до 1000).

Задача № 3.

1. Назовите основной метод рентгенологического исследования мочевой системы в хирургической практике.

2. Какие органы мочевой системы визуализируются на рентгенограмме здорового человека, выполненной по данному методу? Покажите их.



Эталон ответа к задаче

1. Основным методом рентгенологического исследования мочевыделительной системы в хирургической практике – экскреторная (внутривенная, выделительная) урография.
2. На экскреторной урограмме здорового человека изображены почки, чашечки, лоханки, мочеточники и мочевого пузырь.

Задача № 4.

1. Что такое ирригоскопия?
2. Назовите основной рентгенологический признак рака сигмовидной кишки на прицельной рентгенограмме при ирригоскопии. Покажите его.



Эталон ответа к задаче:

1. Ирригоскопия – метод рентгенологического исследования толстой кишки путем ретроградного (с помощью клизмы) заполнения ее рентгенконтрастным веществом (взвесью сульфата бария).
2. На прицельной рентгенограмме сигмовидной кишки определяется циркулярное сужение ее, контуры суженного участка неровные, определяется «дефект наполнения».

ЗАНЯТИЕ №6 «Проведение обследования больных с заболеваниями мягких тканей, костно-суставной системы, сосудов конечностей»

Ситуационные задачи

Задача № 1.

У пациента жалобы на зябкость ног, парестезии. При осмотре нижние конечности бледные, холодные, пульсация кровеносных сосудов на нижних конечностях снижена.

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?
2. Что нужно уточнить в анамнезе жизни?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Синдром нарушения периферического кровообращения.
2. В анамнезе жизни – курение, отморожение нижних конечностей, атеросклероз.

Задача № 2.

У пациента жалобы на боль в левой руке, невозможность движений конечностью. При осмотре – выраженная деформация, в глубине раны видны костные отломки.

1. Для какого синдрома характерны эти данные?
2. Что нужно уточнить в анамнезе заболевания?
3. О какой патологии идет речь?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Синдром повреждения.
2. Механизм травмы, обстоятельства травмы.
3. Открытый перелом.

Задача № 3.

У пациента боль, деформация, нарушение функции конечности, крепитация.

1. О какой патологии идет речь?
2. Что необходимо для уточнения диагноза?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Перелом.
2. Рентгенография.

иллюстративные ЗАДАЧИ

Задача № 1.

Оцените результаты общего анализа крови пациента с абсцедирующей флегмоной кисти, выявите патологические изменения и назовите их, используя медицинские термины.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Ф.И.О. Ковров И.Я., 21 год

Диагноз: абсцедирующая флегмоной правой кисти, стволовой лимфангит.

Гемоглобин	122 г/л
Эритроциты	3,9 x 10 ¹² /л
Цветовой показатель	0,94
СОЭ	36 мм/ч
Лейкоциты	21 x 10 ⁹ /л

Лейкоцитарная формула

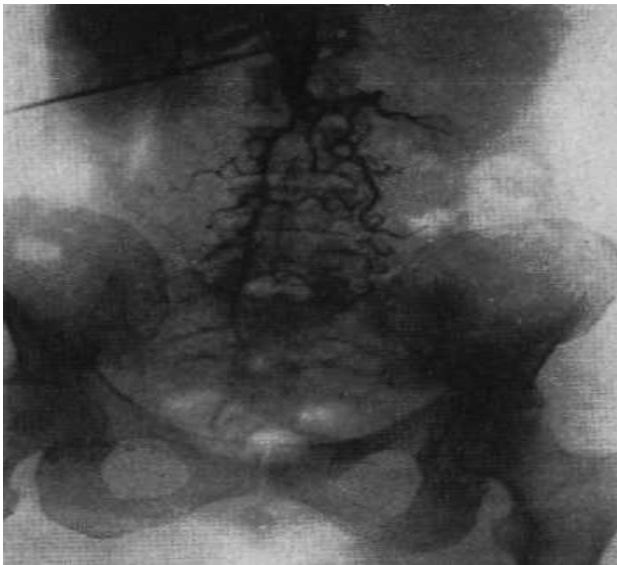
Б	Э	М	Мт	П/я	С/я	Лф	Мон	Прим.
-	-	1	2	12	72	11	2	токсигенная зернистость нейтрофилов

Подпись:

Эталон ответа к задаче: лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ

Задача №2.

1. Назовите рентгеноконтрастный метод исследования сосудов.
2. Какова его диагностическая ценность при облитерирующих заболеваниях сосудов?
3. Укажите на аортограмме признаки окклюзии аорты.



Эталон ответа к задаче:

1. Ангиография – рентгенологическое исследование артерий и вен после введения в них контрастного вещества. Ангиография при облитерирующих заболеваниях сосудов позволяет определить сужение сосуда вплоть до его непроходимости.
2. На аортограмме видно, что контрастное вещество заполнило лишь проксимальную часть брюшной аорты, эта часть деформирована и сужена. Дальнейшее продвижение контрастного вещества по брюшной аорте оказалось невозможным из-за ее полной окклюзии, вследствие поражения атеросклерозом.

Задача № 3.

Определите характер повреждения у пациента с травмой предплечья, назовите признаки травмы и покажите их на рентгенограмме предплечья в боковой проекции.



Эталон ответа к задаче

У пациента перелом локтевой кости.

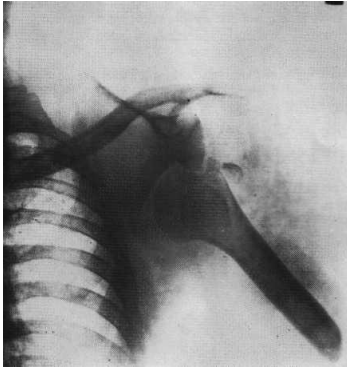
Признаки перелома: наличие линии перелома, смещение отломков, наличие костных осколков.

На рентгенограмме – диафизарный оскольчатый перелом локтевой кости со смещением отломков.

Задача № 4.

1. Какой сустав изображен на рентгенограмме?

2. Назовите основной признак вывиха и покажите его на рентгенограмме.



Эталон ответа к задаче

1. Плечевой сустав.
2. На рентгенограмме вывих левого плечевого сустава: полное нарушение соответствия (смещение) суставных концов.

Задача № 5.

Определите характер повреждения у пациента с травмой голени, назовите признаки травмы и покажите их на рентгенограмме голени в боковой проекции. Контуры, какой шины видны на рентгенограмме?



Эталон ответа к задаче

1. У пациента перелом костей голени. Признаки: наличие линий перелома, смещение отломков. На рентгенограмме – диафизарные переломы большеберцовой и малоберцовой костей.
2. Шина Крамера.

I вариант

1. Диагностическое значение имеет:
 - а) положение пациента;
 - б) черты характера;
 - в) общительность.
2. В анамнезе жизни устанавливают:
 - а) условия труда и вредные привычки;
 - б) течение заболевания;
 - в) время начала заболевания;
 - г) локальный статус.
3. Наиболее часто встречающийся синдром в хирургии:
 - а) диспепсический;

- б) болевой;
 - в) сердечнососудистой недостаточности;
 - г) дыхательной недостаточности.
4. Противопоказания к проведению лапароцентеза все, кроме:
- а) перитонит;
 - б) спаечная болезнь;
 - в) цирроз печени;
 - г) беременность.
5. Выяснение жалоб – это процесс:
- а) активный;
 - б) пассивный.
6. Для дизурического синдрома характерно:
- а) частое болезненное мочеиспускание;
 - б) схваткообразные боли;
 - в) общая слабость, тахикардия, бледность;
 - г) общая слабость, брадикардия.
7. Количество жидкости, которое можно вывести за одну пункцию брюшной полости:
- а) от 7 до 12 литров;
 - б) от 3 до 5 литров;
 - в) от 2 до 3 литров;
 - г) от 12 до 15 литров.
8. Первая встреча с пациентом начинается:
- а) с выяснения жалоб;
 - б) с выяснения общих сведений (паспортные данные);
 - в) с осмотра;
 - г) с представления пациенту.
9. У хирургического пациента необходимо уточнить:
- а) национальность;
 - б) семейное положение;
 - в) профессию.
10. Аускультация – это:
- а) зыбление;
 - б) костный хруст;
 - в) выстукивание;
 - г) выслушивание.
11. Положение больного при проведении люмбальной пункции любое, кроме:
- а) лёжа на спине;
 - б) лёжа на левом боку, колени приведены к подбородку;
 - в) сидя.
12. В норме лимфоузлы:
- а) пальпируются;
 - б) не пальпируются.
13. Крепитация и патологическая подвижность – абсолютные признаки:
- а) грыжи;
 - б) перелома;
 - в) вывиха;
 - г) ушиба.
14. «Кинжальная боль», «доскообразный живот» - это признаки:
- а) перфорации язвы;
 - б) ГДЖ;
 - в) острого холецистита;
 - г) кишечной непроходимости.
16. К симптомам раздражения брюшины относится:
- а) симптом Щёткина-Блюмберга;
 - б) симптом Ситковского;
 - в) симптом Ортнера;
 - г) симптом Ровзинга.
17. При наличии воздуха в брюшной полости перкуссия дает:
- а) тупой звук;
 - б) тимпанит;
 - в) исчезновение печеночной тупости;
 - г) легочный звук.
18. Основная особенность объективного обследования хирургического пациента:
- а) данные осмотра;
 - б) данные пальпации;
 - в) локальный статус.
 - г) анамнез заболевания.
19. Для определения изменения перистальтики кишечника применяют:
- а) перкуссию;
 - б) осмотр;
 - в) аускультацию;
 - г) пальпацию.
20. Для пневмоторакса характерен:
- а) тупой звук;
 - б) тимпанит;
 - в) коробочный;
 - г) легочный.
21. Симптом Ортнера - это:

- а) болезненность при поколачивании ребром ладони по краю правой реберной дуги;
 - б) болезненность при пальпации пупочного кольца;
 - в) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
 - г) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку.
22. Для гемоторакса характерен:
- а) тупой звук;
 - б) тимпанит;
 - в) коробочный;
 - г) легочный.
23. Цвет кожных покровов при синдроме кровотечения:
- а) землистый;
 - б) бледный;
 - в) желтушный;
 - г) цианотичный.
24. Колоноскопия – это исследование:
- а) желудка;
 - б) поджелудочной железы;
 - в) мочевого пузыря;
 - г) толстого кишечника.
25. Ректороманоскопия – это исследование:
- а) желудка;
 - б) прямой кишки;
 - в) поджелудочной железы;
 - г) мочевого пузыря.
26. ФГС – это исследование:
- а) желудка;
 - б) мочевого пузыря;
 - в) толстого кишечника;
 - г) тонкого кишечника.
27. Цистоскопия – это исследование:
- а) кишечника;
 - б) желудка;
 - в) мочевого пузыря;
 - г) матки.
28. Специальной подготовки кишечника требует:
- а) морфологический метод;
 - б) эндоскопический метод;
 - в) радиоизотопный метод.
29. Метод, изучающий клеточный состав:
- а) радиоизотопный;
 - б) эндоскопический;
 - в) цитологический;
 - г) рентгенологический.
30. Метод диагностики, не имеющий противопоказаний:
- а) УЗИ;
 - б) рентген;
 - в) эндоскопия;
 - г) цитология.

2 вариант

1. В анамнезе заболевания отражают:
- а) семейное положение;
 - б) время начала заболевания;
 - в) профессию;
 - г) возраст.
2. Способ дренирования, при котором жидкость по дренажу оттекает постоянно:
- а) открытый;
 - б) смешанный;
 - в) закрытый.
3. Срок удаления резиновых дренажных трубок:
- а) 2 суток;
 - б) 1 сутки;
 - в) 3-4 суток;
 - г) 5-6 суток.
4. Жалобы, характерные для синдрома кровотечения:
- а) частое мочеиспускание;
 - б) схваткообразные боли;
 - в) общая слабость, тахикардия, бледность;
 - г) общая слабость, брадикардия.
5. В норме лимфоузлы:
- а) пальпируются;
 - б) не пальпируются.
6. Положение больного при проведении пункции мочевого пузыря:
- а) лёжа на спине;
 - б) лёжа на левом боку, колени приведены к подбородку;
 - г) сидя;
 - д) лёжа на правом боку, колени приведены к подбородку.
7. Положение больного при проведении лапароцентеза:

- а) лёжа на левом боку, колени приведены к подбородку;
 - б) сидя;
 - в) лёжа на правом боку, колени приведены к подбородку.
8. Скопление крови в околосердечной сумке называется:
- а) гемоторакс;
 - б) гемоперикардиум;
 - в) гемартроз;
 - г) гемоперитонеум.
9. Анизокория - это:
- а) сужение зрачков;
 - б) расширение зрачков;
 - в) косоглазие;
 - г) зрачки разной величины.
10. При гидротораксе перкуторный звук на стороне поражения:
- а) легочный;
 - б) коробочный;
 - в) тупой;
 - г) укороченный.
11. При гемоперитонеуме перкуторный звук в отлогих местах:
- а) легочный;
 - б) коробочный;
 - в) тупой;
 - г) тимпанический.
12. При открытом пневмотораксе средостение:
- а) смещено в здоровую сторону;
 - б) смещено в сторону поражения;
 - в) баллотирует;
 - г) не смещается.
13. Ограниченное скопление крови в тканях - это:
- а) гемартроз;
 - б) гематома;
 - в) гемоторакс;
 - г) гемоперикардиум.
14. Перитонит - это воспаление:
- а) брюшины;
 - б) плевры;
 - в) слизистой кишечника;
 - г) перикарда.
15. Флюктуация - это:
- а) судорожное сокращение мышц;
 - б) размягчение в центре воспалительного инфильтрата;
 - в) появление пузырей на гиперемированной коже;
 - г) «хруст» при пальпации.
16. Наличие крови в моче - это:
- а) фосфатурия;
 - б) гематурия;
 - в) уратурия;
 - г) бактериурия.
17. Крепитация - это:
- а) размягчение в центре воспалительного инфильтрата;
 - б) «хруст» при пальпации;
 - в) судорожное сокращение мышц;
 - г) покраснение кожи.
18. Симптом Мейо-Робсона - это:
- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
 - б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
 - в) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря;
 - г) в правом подреберье пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь.
19. Лордоз - это:
- а) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью назад;
 - б) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью кпереди;
 - в) стойкое боковое искривление и поворот позвоночного столба;
 - г) анатомо-физиологическое состояние позвоночника.
20. Скопление жидкости в плевральной полости называется:
- а) асцит;
 - б) гидроторакс;
 - в) гидроперикардиум;
 - г) анасарка.
21. Симптом Спигарского – это:
- а) высокий тимпанит в эпигастрии и притупление в боковых отделах живота;
 - б) высокий тимпанит с металлическим оттенком над раздутой петлей кишки;
 - в) болезненность при поколачивании в проекции почки;
 - г) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла.
22. Скопление крови в полости сустава называется:
- а) гемоторакс;
 - б) гемоперикардиум;
 - в) гемартроз;
 - г) гемоперитонеум.
23. Дисфагия - это:

- а) нарушение акта глотания;
 - б) затрудненное прохождение пищи по пищеводу;
 - в) отрыжка;
 - г) слюнотечение.
24. Чаши Клойбера на обзорной R-грамме брюшной полости - характерный рентгенологический признак:
- а) острой кишечной непроходимости;
 - б) перфоративной язвы желудка;
 - в) острого аппендицита;
 - г) неосложненной язвы желудка.
25. Скопление воздуха под диафрагмой в виде "серпа" на обзорной R-грамме брюшной полости - это характерный признак:
- а) острой кишечной непроходимости;
 - б) перфоративной язвы желудка;
 - в) острого аппендицита;
 - г) неосложненной язвы желудка.
26. Полиурия - это:
- а) увеличение количества выделяемой мочи за сутки;
 - б) уменьшение количества выделяемой мочи за сутки;
 - в) полное прекращение выделения мочи почками;
 - г) невозможность опорожнить мочевой пузырь.
27. Симптом Ровзинга – это:
- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
 - б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
 - в) усиление боли в правом подвздошье при толчкообразных движений рукой в левом подвздошье;
 - г) болезненность при пальпации пупочного кольца
28. Ишурия - это:
- а) увеличение количества выделяемой мочи за сутки;
 - б) уменьшение количества выделяемой мочи за сутки;
 - в) полное прекращение выделения мочи почками;
 - г) невозможность опорожнить мочевой пузырь.
29. Для пробы по Нечипоренко собирают:
- а) мочу в течение суток через каждые 3 часа;
 - б) среднюю порцию утренней мочи;
 - в) ночную мочу за 10 часов;
 - г) суточную мочу в одну ёмкость.
30. Подготовка к ректороманоскопии включает всё перечисленное, кроме:
- а) очистительных клизм накануне исследования и в день обследования;
 - б) обязательного пальцевого исследования прямой кишки;
 - в) пальпации органов брюшной полости;
 - г) рентгеноскопии легких.
- 3 вариант
1. В положении больного сидя с опущенной головой, когда исследователь находится сзади, пальпируют:
- а) шейные лимфатические узлы;
 - б) хрящи гортани;
 - в) околоушные слюнные железы;
 - г) затылочные лимфатические узлы.
2. Маммография - это исследование молочных желез:
- а) ультразвуковое;
 - б) рентгенологическое;
 - в) радиоизотопное;
 - г) термографическое.
3. Дуктография - это исследование молочных желез:
- а) бесконтрастное рентгенологическое;
 - б) контрастное рентгенологическое;
 - в) ультразвуковое;
 - г) радиоизотопное.
4. Методическую пальпацию органов брюшной полости разработал:
- а) Де Гаен;
 - б) Ауэнбруггер;
 - в) Лаэннек;
 - г) Образцов.
5. «Сардонический смех» - это:
- а) бугорчато-узловатое утолщение кожи под глазами и над бровями, расширение носа;
 - б) амимичное лицо;
 - в) стойкая гримаса, при которой рот расширяется, как при смехе, а лоб образует складки, как при печали;
 - г) запавшие глаза, заостренный нос, мертвенно-бледная с синюшным оттенком кожа лица.
6. Миоз - это:
- а) сужение зрачков;
 - б) расширение зрачков;
 - в) косоглазие;
 - г) разная ширина зрачков.
7. Мидриаз - это:
- а) сужение зрачков;
 - б) расширение зрачков;
 - в) косоглазие;
 - г) разная ширина зрачков.
8. Пальпация – это:
- а) ощупывание;
 - б) зыбление;

- в) костный хруст;
г) выстукивание.
9. Перкуссия – это:
а) выстукивание;
б) костный хруст;
в) зыбление;
г) ощупывание.
10. Аускультация – это:
а) зыбление;
б) костный хруст;
в) выстукивание;
г) выслушивание.
11. Локальный статус – это:
а) описание в истории болезни результатов обследования места болезни;
б) усиление боли при резком отнятии руки при пальпации живота;
в) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря;
г) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла.
12. Симптом Щеткина-Блюмберга – это:
а) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря;
б) усиление боли при резком отнятии руки при пальпации живота;
в) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
г) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку.
13. Симптом Курвуазье – это:
а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
в) в правом подреберье пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь;
г) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря.
14. Симптом Мерфи – это:
а) в правом подреберье пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь;
б) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
в) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
г) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря.
16. Симптом Бартомье – Михельсона – это:
а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
в) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря;
г) в правом подреберье пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь.
17. Симптом Ровзинга – это:
а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
в) усиление боли в правом подвздошье при толчкообразных движений рукой в левом подвздошье;
г) болезненность при пальпации пупочного кольца.
18. Симптом Думбадзе – это:
а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
в) болезненность при пальпации пупочного кольца;
г) болезненность при поколачивании ребром ладони по краю правой реберной дуги.
19. Для гемоторакса характерен:
а) тупой звук;
б) тимпанит;
в) коробочный;
г) легочный.
20. Симптом Спигарского – это:
а) высокий тимпанит в эпигастрии и притупление в боковых отделах живота;
б) высокий тимпанит с металлическим оттенком над раздутой петлей кишки;
в) болезненность при поколачивании в проекции почки;
г) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла.
21. Симптом Кивуля – это:
а) высокий тимпанит в эпигастрии и притупление в боковых отделах живота;
б) высокий тимпанит с металлическим оттенком над раздутой петлей кишки;
в) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
г) болезненность при пальпации пупочного кольца.
22. Симптом Пастернацкого – это:
а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
б) высокий тимпанит в эпигастрии и притупление в боковых отделах живота;
в) высокий тимпанит с металлическим оттенком над раздутой петлей кишки;
г) болезненность при поколачивании в проекции почки.
23. Скопление крови в плевральной полости называется
а) гемоторакс
б) гемоперикардиум;
в) гемартроз;
г) гемоперитонеум.
24. Кифоз - это:
а) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью назад;
б) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью кпереди;
в) стойкое боковое искривление и поворот позвоночного столба;
г) анатомо-физиологическое состояние позвоночника.
25. На течение хирургического заболевания оказывает влияние:
а) образование;

- б) пол;
 в) возраст;
 г) место жительства.
26. Анурия - это:
 а) увеличение количества выделяемой мочи за сутки;
 б) уменьшение количества выделяемой мочи за сутки;
 в) полное прекращение выделения мочи почками;
 г) невозможность опорожнить мочевого пузыря.
27. Наличие крови в моче - это:
 а) фосфатурия;
 б) гематурия;
 в) уратурия;
 г) бактериурия.
28. Колоноскопия – это исследование:
 а) желудка;
 б) поджелудочной железы;
 в) мочевого пузыря;
 г) толстого кишечника.
29. При наличии воздуха в брюшной полости перкуссия дает:
 а) тупой звук;
 б) тимпанит;
 в) исчезновение печеночной тупости;
 г) легочный звук.
30. Выяснение жалоб – это процесс:
 а) активный;
 б) пассивный.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН».

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ проводится по итогам освоения каждой темы из раздела учебно-тематического плана.

Критерии выставления текущих отметок успеваемости

1. Критерии оценки собеседования, решения ситуационных задач на уроке, практическом занятии: экспертная оценка

№ п/п	Оценка	Критерии оценки
1	«Отлично»	оценивается обучающийся, который свободно владеет материалом, демонстрирует глубокое и полное его понимание, правильно и полно выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы, освоил уровень знаний, умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) в полном объеме.
2	«Хорошо»	если обучающийся достаточно убедительно с незначительными ошибками в теоретической подготовке, в освоении уровня знаний, умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) правильно ответил на все вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе.
3	«Удовлетворительно»	если обучающийся недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке, в освоении уровня знаний, умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) ответил на вопросы; с затруднениями, но всё же сможет при необходимости решить задачу на практике.
4	«Неудовлетворительно»	если обучающийся имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов, не освоил необходимый уровень знаний, умений, практического опыта, требуемый для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.

2. Критерии и показатели, используемые при оценивании реферата

№ п/п	Критерии, баллы	Показатели
1	Новизна реферированного текста Макс. - 20 баллов	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - наличие авторской позиции, самостоятельность суждений.
2	Степень раскрытия сущности проблемы Макс. - 50 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы.
3	Обоснованность выбора источников Макс. - 20 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.).
4	Соблюдение требований к оформлению Макс. – 5 баллов	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев.
5	Грамотность Макс. - 5 баллов	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых;

Реферат оценивается по 100 балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

81 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 80 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет

Дифференцированный зачет по дисциплине «Пропедевтика и диагностика клинических дисциплин» проводится в конце 4 семестра.

Форма проведения:

устная (сдача практических навыков)

тестирование (компьютерное)

Дифференцированный зачет состоит из:

сдачи практических навыков в конце каждого модуля, согласно тематике модуля;

тестирования

Перечень практических навыков:

Поверхностная пальпация живота

Пальпация слепой кишки

Пальпация сигмовидной кишки

Пальпация поперечно-ободочной кишки

Пальпация нисходящей кишки

Пальпация восходящей кишки

Пальпация печени

Пальпация селезенки

Пальпация почек

Пальпация грудной клетки, ее задачи.

Пальпация верхушечного толчка

Пальпация сердечного толчка

Пальпация щитовидной железы

Пальпация лимфатических узлов

Пальпация желудка

Осмотр и пальпация суставов

Симптом Пастернацкого

Общий осмотр

Осмотр и пальпация грудной клетки

Сравнительная перкуссия легких спереди

Сравнительная перкуссия легких сзади

Определение нижней границы легких по средне-ключичной линии

Определение нижней границы легких по средне-подмышечной линии

Определение нижней границы легких по лопаточной линии

Определение экскурсии легочного края по лопаточной линии

Перкуссия правой границы относительной сердечной тупости

Перкуссия левой границы относительной сердечной тупости

Перкуторное определение жидкости в брюшной полости

Перкуссия печени по Курлову

Аускультация сердца

Аускультация легких

Измерение артериального давления

Пальпация пульса.

Типовые тестовые задания для проверки знаний

Выберите один правильный ответ

1. Аускультативные данные при приступе бронхиальной астмы

- а) крепитация
- б) сухие свистящие хрипы
- в) влажные хрипы
- г) шум трения плевры

2. Спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена в мокроте определяются при

- а) абсцессе легкого
- б) бронхиальной астме
- в) раке легкого
- г) туберкулезе

3. Пикфлоуметрия - это определение

- а) остаточного объема
- б) дыхательного объема
- в) жизненной емкости легких
- г) пиковой скорости выдоха

4. Основной возбудитель крупозной пневмонии

- а) гонококк
- б) пневмококк
- в) стрептококк
- г) стафилококк

5. Крепитация выслушивается при
- а) бронхите
 - б) бронхиальной астме
 - в) крупозной пневмонии
 - г) сухом плеврите
6. Притупление перкуторного звука и усиление голосового дрожания наблюдается при
- а) остром бронхите
 - б) бронхиальной астме
 - в) крупозной пневмонии
 - г) экссудативном плеврите
7. "Ржавый" характер мокроты наблюдается при
- а) остром бронхите
 - б) крупозной пневмонии
 - в) бронхиальной астме
 - г) экссудативном плеврите
8. Наиболее информативный метод диагностики пневмонии
- а) анализ мокроты
 - б) анализ крови
 - в) рентгенография грудной клетки
 - г) плевральная пункция
9. Осложнение очаговой пневмонии
- а) абсцесс легкого
 - б) бронхит
 - в) туберкулез
 - г) рак легкого
10. Мокроту для бактериологического исследования собирают в
- а) сухую пробирку
 - б) сухую банку
 - в) стерильную пробирку
 - г) стерильную банку
11. Симптом "кошачьего мурлыканья" определяется при
- а) инфаркте миокарда
 - б) стенокардии
 - в) митральной недостаточности
 - г) митральном стенозе
12. Появление шума на верхушке сердца свидетельствует о поражении клапана
- а) аортального
 - б) митрального
 - в) пульмонального
 - г) трехстворчатого
13. Данные аускультации при митральной недостаточности
- а) диастолический шум на верхушке
 - б) систолический шум на верхушке
 - в) диастолический шум во 2-м межреберье справа у грудины
 - г) систолический шум во 2-м межреберье справа у грудины
14. Пульсация сонных артерий ("пляска каротид") наблюдается при
- а) аортальной недостаточности
 - б) аортальном стенозе
 - в) митральной недостаточности
 - г) митральном стенозе
15. Осложнение гипертонической болезни
- а) инсульт, инфаркт миокарда
 - б) обморок, коллапс
 - в) ревматизм, порок сердца
 - г) пневмония, плеврит
16. У больного на фоне гипертонического криза появились удушье и обильная пенная розовая мокрота - это
- а) крупозная пневмония
 - б) легочное кровотечение
 - в) отек легких
 - г) тромбоэмболия легочной артерии
17. Твердый, напряженный пульс наблюдается при
- а) гипертоническом кризе
 - б) обмороке
 - в) коллапсе
 - г) кардиогенном шоке

18. Антиатерогенными являются липопротеиды
- высокой плотности
 - низкой плотности
 - очень низкой плотности
19. Основная причина смерти среди сердечно-сосудистых заболеваний
- гипертоническая болезнь
 - ишемическая болезнь сердца
 - пороки сердца
 - ревматизм
20. Риск развития ИБС у женщин по сравнению с мужчинами
- выше
 - ниже
 - такой же
21. Выработка антител к обкладочным клеткам слизистой оболочки желудка происходит при
- хроническом гастрите типа А
 - хроническом гастрите типа В
 - остром гастрите
 - хроническом панкреатите
22. Наиболее информативный метод диагностики гастродуоденита
- желудочное зондирование
 - рентгенологическое исследование
 - ультразвуковое исследование
 - эндоскопическое исследование
23. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью наблюдается
- изжога
 - отрыжка кислым
 - отрыжка тухлым
 - запоры
24. Сезонность обострения характерна для
- хронического колита
 - хронического холецистита
 - цирроза печени
 - язвенной болезни
25. Ранние боли в эпигастральной области возникают после еды в течение
- 30 минут
 - 2 часов
 - 3 часов
 - 4 часов
26. Перерождение язвы в рак называется
- малигнизация
 - пенетрация
 - перфорация
 - пилоростеноз
27. Прогрессирующее похудание наблюдается при
- раке желудка
 - хроническом гастрите
 - хроническом холецистите
 - язвенной болезни
28. Наиболее информативный метод диагностики рака желудка
- желудочное зондирование
 - дуоденальное зондирование
 - ультразвуковое исследование
 - эндоскопическое исследование
29. Дефект наполнения при рентгенографии характерен для
- гастрита
 - рака желудка
 - язвы желудка
 - язвы 12-перстной кишки
30. За 3 дня следует исключить из питания железосодержащие продукты при подготовке к
- анализу кала на скрытую кровь
 - дуоденальному зондированию
 - желудочному зондированию
 - рентгенографии желудка
31. Триада симптомов при остром гломерулонефрите
- гематурия, отеки, гипертония
 - пиурия, бактериурия, гипертония

- в) гематурия, бактериурия, отеки
г) лейкоцитурия, цилиндрурия, отеки
32. Анализ мочи при остром гломерулонефрите
а) гематурия, протеинурия, цилиндрурия
б) гематурия, глюкозурия, пиурия
в) лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия
г) лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия
33. Отеки на лице, гипертония, моча цвета "мясных помоев" наблюдаются при
а) мочекаменной болезни
б) остром гломерулонефрите
в) остром цистите
г) хроническом пиелонефрите
34. Моча цвета "мясных помоев" обусловлена содержанием большого количества
а) белка
б) бактерий
в) лейкоцитов
г) эритроцитов
35. Наиболее часто встречается форма хронического гломерулонефрита
а) гипертоническая
б) латентная
в) нефротическая
г) смешанная
36. Массивный отек, распространенный на все тело - это
а) анасарка
б) асцит
в) гидроторакс
г) гидроторакс
37. Лихорадка, боль в поясничной области, лейкоцитурия наблюдаются при
а) мочекаменной болезни
б) остром гломерулонефрите
в) остром пиелонефрите
г) хроническом гломерулонефрите
38. Анализ мочи при остром пиелонефрите
а) гематурия, протеинурия
б) цилиндрурия, глюкозурия
в) лейкоцитурия, бактериурия
г) протеинурия, глюкозурия
39. Бактериурия наблюдается при
а) мочекаменной болезни
б) остром гломерулонефрите
в) остром пиелонефрите
г) хроническом гломерулонефрите
40. При остром пиелонефрите рекомендуется суточное употребление жидкости (в мл)
а) 500
б) 1000
в) 1500
г) 2500
41. Филадельфийская хромосома в клетках костного мозга определяется при
а) гемофилии
б) остром лейкозе
в) хроническом лимфолейкозе
г) хроническом миелолейкозе
42. Причина гемофилии
а) бактериальная инфекция
б) действие ионизирующей радиации
в) переохлаждение
г) хромосомное нарушение
43. Дефицит VIII фактора свертывания крови наблюдается при
а) болезни Верльгофа
б) болезни Шенлейна-Геноха
в) гемофилии А
г) гиповитаминозе С
44. Жажда, полиурия, низкая относительная плотность мочи (1001-1005) наблюдаются при
а) акромегалии
б) гигантизме
в) несахарном диабете

г) сахарном диабете

45. При ожирении назначается диета №

- а) 7
- б) 8
- в) 9
- г) 10

46. Тахикардия, экзофтальм, тремор наблюдаются при

- а) гипотиреозе
- б) диффузном токсическом зобе
- в) сахарном диабете
- г) эндемическом зобе

47. Поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов наблюдается при

- а) деформирующем остеоартрозе
- б) ревматическом полиартрите
- в) ревматоидном артрите
- г) подагре

48. Утренняя скованность суставов отмечается при

- а) деформирующем остеоартрозе
- б) ревматическом полиартрите
- в) ревматоидном артрите
- г) подагре

49. Деформация кисти по типу "плавника моржа" наблюдается при

- а) деформирующем остеоартрозе
- б) ревматическом полиартрите
- в) ревматоидном артрите
- г) подагре

50. При ревматоидном артрите в анализе крови наиболее характерно

- а) увеличение СОЭ
- б) лейкоцитоз
- в) повышение сиаловых кислот
- г) появление ревматоидного фактора

51. Расстояние между гребнями подвздошных костей:

- а) 11 см
- б) 20-21 см
- в) 25-26 см
- г) 30-32 см
- д) 28-29см

52. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода и подзатылочной ямкой - это:

- а) малый косой размер
- б) средний косой размер
- в) большой косой размер
- г) прямой размер
- д) вертикальный размер

53. Укажите размеры нормального большого таза:

- а) 22-25-29-18 см
- б) 25-28-31-20 см
- в) 27-27-32-18 см
- г) 23-25-28-17 см
- д) 25-25-28-20 см

54. Малый поперечный размер головки плода:

- а) 9,5 см
- б) 11 см
- в) 12 см
- г) 13,5 см
- д) 8,0 см

55. Наименьшим размером плоскости входа в малый таз является:

- а) истинная акушерская конъюгата
- б) расстояние между буграми седалищных костей
- в) анатомическая конъюгата
- г) диагональная конъюгата
- д) расстояние между остями седалищных костей

56. Большой и малый таз разделены плоскостью, проходящей через:

- а) верхний край лона, пограничные линии, вершину мыса
- б) нижний край лона, верхушку копчика, седалищные бугры
- в) середину лона, сочленение II-III крестцовых впадин, середину вертлужных впадин
- г) середину лона, крестцово-копчиковое сочленение, седалищные ости
- д) верхний край лона, пограничные линии, середину крестца

57. Вертикальный размер головки плода:
- а) 10,5 см
 - б) 9,5 см
 - в) 11,5 см
 - г) 8,5 см
 - д) 12 см
58. Истинная конъюгата равна (см):
- а) 9,5
 - б) 11
 - в) 12
 - г) 13
 - д) 14
59. Укажите нормальные размеры узкой части полости таза:
- а) 11-10,5 см
 - б) 9-12 см
 - в) 12-11 см
 - г) 10,5-12,5 см
 - д) 12,5-11 см
60. Расстояние между передним углом большого родничка головки и подзатылочной ямкой - это:
- а) Прямой размер
 - б) Вертикальный размер
 - в) Малый косой размер
 - г) Средний косой размер
 - д) Большой поперечный размер
61. Достоверным признаком беременности является:
- а) увеличение матки
 - б) прекращение менструаций
 - в) увеличение живота у женщины репродуктивного возраста
 - г) пальпация плода в матке
 - д) цианоз влагалищной части шейки матки
62. Нормальная частота сердцебиения плода составляет:
- а) 120-160 уд/мин
 - б) 120-140 уд/мин
 - в) 140-160 уд/мин
 - г) 100-180 уд/мин
 - д) 90-100 уд/мин
63. К предположительным признакам беременности относится все, кроме:
- а) изменение вкусовых ощущений
 - б) изменение обонятельных ощущений
 - в) изменение функции нервной системы
 - г) изменения в молочных железах
 - д) изменения зрительных ощущений
64. Объективное исследование беременной или роженицы начинается с:
- а) пальпации живота
 - б) аускультации живота
 - в) измерения окружности живота и высоты стояния дна матки
 - г) объективного осмотра по системам
 - д) измерения таза
65. Предлежит головка плода, спинка обращена кзади - это:
- а) головное предлежание, передний вид
 - б) 1-ая позиция, задний вид
 - в) головное предлежание, задний вид
 - г) головное предлежание, 1-ая позиция, задний вид
 - д) головное предлежание, 2-я позиция
66. С какого срока беременности ощущается шевеление плода у повторнородящей:
- а) 16 недель
 - б) 18 недель
 - в) 20 недель
 - г) 22 недели
 - д) 30 недель
67. С помощью четвертого приема пальпации плода в матке определяют:
- а) предлежание плода
 - б) положение, позицию плода
 - в) отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз
 - г) уровень стояния дна матки
 - д) отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза
68. К сомнительным признакам беременности относятся все, кроме:
- а) Диспептические расстройства

- б) Эмоциональная лабильность
 - в) Изменение обонятельных ощущений
 - г) Пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков или околососковых линий
 - д) Появление молозива
69. Взаимоотношение отдельных частей плода - это:
- а) Положение
 - б) Позиция
 - в) Вид
 - г) Членорасположение
70. К характерным признакам для беременной матки на ранних сроках относятся все, кроме:
- а) Симптом Горвиц-Гегара
 - б) Признак Снегирева
 - в) Признак Пискачака
 - г) Признак Гентера
 - д) Реакция Ашгейма-Цондека
71. Продолжительность первого периода родов у перво- и повторнородящей соответственно:
- а) 4-6 часов, 2-4 часа
 - б) 7-8 часов, 6-8 часов
 - в) 10-11 часов, 7-9 часов
 - г) 22-24 часа, 16-18 часов
 - д) 10-12 часов, 5-6 часов
72. К признакам отделения последа не относится:
- а) признак Шредера
 - б) признак Горвица-Гегара
 - в) признак Альфельда
 - г) признак Клейна
 - д) все вышеперечисленное
73. Продолжительность второго периода родов у перво- и повторнородящих соответственно:
- а) 0,5 часа, 5 минут
 - б) 0,5-1, 5-30 минут
 - в) 1 час, 0,5 часа
 - г) 1 -2 часа, до 1 часа
 - д) 2-3 часа, 1-2 часа
74. Для повторнородящей характерна следующая последовательность в раскрытии шейки матки:
- а) раскрытие внутреннего зева, сглаживание шейки матки, раскрытие наружного зева
 - б) наружный зев раскрывается одновременно с внутренним, в это время происходит укорочение шейки матки
 - в) раскрытие наружного зева, сглаживание шейки матки, раскрытие наружного зева
 - г) раскрытие внутреннего зева, раскрытие наружного зева, сглаживание шейки матки
 - д) ничего из вышеперечисленного
75. Средняя продолжительность родов у повторнородящих:
- а) 6-7 часов
 - б) 7-8 часов
 - в) 12,-16 часов
 - г) 10-11 часов
 - д) 8-10 часов
76. Тактика ведения последового периода зависит от:
- а) длительности родов
 - б) наличия признаков отделения плаценты
 - в) количества родов в анамнезе
 - г) состояния роженицы
 - д) длительности безводного периода
77. Преждевременным излитием околоплодных вод называют:
- а) Излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности
 - б) На фоне регулярной родовой деятельности, но до полного раскрытия шейки матки
 - в) Излитие околоплодных вод при открытии шейки матки 2 см
 - г) Ничего из вышеперечисленного
78. Основными моментами механизма родов при переднем виде затылочного предлежания являются:
- а) Сгибание головки, внутренний поворот, разгибание головки, внутренний поворот плечиков
 - б) Сгибание головки, внутренний поворот, максимальное сгибание головки, разгибание головки, внутренний в поворот плечиков
 - в) Разгибание головки, внутренний поворот, сгибание головки, разгибание головки, внутренний поворот плечиков
 - г) Разгибание головки, внутренний поворот головки, сгибание головки, внутренний поворот плечиков
79. Причинами наступления родов являются:
- а) Повышение возбудимости подкорковых структур и спинного мозга
 - б) Изменения в нейрогуморальной системе
 - в) Изменения соотношения эстрогенов и прогестерона
 - г) Увеличение концентраций окситоцина в сыворотке крови беременных
 - д) Снижение концентраций простагландинов в сыворотке крови беременных

80. Потугами называют произвольные сокращения мускулатуры:
- а) Тазового дна
 - б) Диафрагмы
 - в) Прямых мышц живота
 - г) Пирамидальных мышц живота
 - д) Ничего из вышеперечисленного
81. Расстояние между гребнями подвздошных костей:
- а) 11 см
 - б) 20-21 см
 - в) 25-26 см
 - г) 30-32 см
 - д) 28-29см
82. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода и подзатылочной ямкой - это:
- а) малый косой размер
 - б) средний косой размер
 - в) большой косой размер
 - г) прямой размер
 - д) вертикальный размер
83. Укажите размеры нормального большого таза:
- а) 22-25-29-18 см
 - б) 25-28-31-20 см
 - в) 27-27-32-18 см
 - г) 23-25-28-17 см
 - д) 25-25-28-20 см
84. Малый поперечный размер головки плода:
- а) 9,5 см
 - б) 11 см
 - в) 12 см
 - г) 13,5 см
 - д) 8,0 см
85. Наименьшим размером плоскости входа в малый таз является:
- а) истинная акушерская конъюгата
 - б) расстояние между буграми седалищных костей
 - в) анатомическая конъюгата
 - г) диагональная конъюгата
 - д) расстояние между остями седалищных костей
86. Большой и малый таз разделены плоскостью, проходящей через:
- а) верхний край лона, пограничные линии, вершину мыса
 - б) нижний край лона, верхушку копчика, седалищные бугры
 - в) середину лона, сочленение II-III крестцовых впадин, середину вертлужных впадин
 - г) середину лона, крестцово-копчиковое сочленение, седалищные ости
 - д) верхний край лона, пограничные линии, середину крестца
87. Вертикальный размер головки плода:
- а) 10,5 см
 - б) 9,5 см
 - в) 11,5 см
 - г) 8,5 см
 - д) 12 см
88. Истинная конъюгата равна (см):
- а) 9.5
 - б) 11
 - в) 12
 - г) 13
 - д) 14
89. Укажите нормальные размеры узкой части полости таза:
- а) 11-10.5 см
 - б) 9-12 см
 - в) 12-11 см
 - г) 10.5-12.5 см
 - д) 12.5-11см
90. В послеродовом периоде лохии становятся серозно-сукровичные:
- а) на 1 день после родов
 - б) на 10-12 день после родов
 - в) на 4-5 день после родов
 - г) на 7-8 день после родов
91. Отделение молока начинается:
- а) на 8-9 день после родов
 - б) на 1-2 день после родов

- в) на 7-8 день после родов
- г) на 3 день после родов

92. Оценка по шкале Апгар при асфиксии легкой степени:

- а) 6-7 баллов
- б) 8-10 баллов
- в) 1-2 баллов
- г) 3-4 баллов

93. Клинические симптомы внутриутробной гипоксии плода:

- а) нарушение сердечной деятельности плода
- б) изменение двигательной активности плода
- в) мекониальные воды
- г) все вышеперечисленное

94. Объективными методами оценки сердечной деятельности плода являются:

- а) запись ЭКГ плода
- б) запись ФКГ плода
- в) запись кардиотоаграммы плода
- г) УЗИ матки с доплерометрией
- д) все выше перечисленное

95. К физиологическим состояниям в период новорожденности относят:

- а) физиологическое падение массы тела
- б) физиологическая желтуха
- в) родовая опухоль
- г) половые кризы новорожденных
- д) все выше перечисленное

96. Оценка новорожденного по шкале Апгар включает:

- а) сердцебиение, дыхание, рефлекторную возбудимость, тонус мышц, окраску кожи
- б) сердцебиение, дыхание, окраску кожи
- в) сердцебиение, дыхание, окраску кожи, пульсацию пуповины, тонус мышц
- г) сердцебиение, дыхание, крик, движения

97. Совместное содержание матери и ребенка в послеродовом отделении способствует:

- а) снижению частоты гнойно-септических заболеваний
- б) формированию психоэмоциональной связи матери и ребенка
- в) становлению лактации
- г) всему выше перечисленному

98. Причинами острой гипоксии плода во время беременности могут быть:

- а) разрыв матки
- б) отслойка нормально расположенной плаценты
- в) затягивание истинных узлов и патология пуповины
- г) анемия беременной

99. К физиологическим состояниям в период новорожденности относят:

- а) физиологическое падение массы тела
- б) физиологическая желтуха
- в) родовая опухоль
- г) половые кризы новорожденных
- д) все выше перечисленное

100. Оценка новорожденного по шкале Апгар включает:

- а) сердцебиение, дыхание, рефлекторную возбудимость, тонус мышц, окраску кожи
- б) сердцебиение, дыхание, окраску кожи
- в) сердцебиение, дыхание, окраску кожи, пульсацию пуповины, тонус мышц
- г) сердцебиение, дыхание, крик, движения

Оценка степени упитанности ребенка предусматривает определение соответствия массы тела:

- паспортному возрасту;
- биологическому возрасту;
- фактической длине тела;
- долженствующей длине тела для паспортного возраста;
- фактической окружности грудной клетки.

Половое созревание у мальчиков дебютирует с:

- лобкового оволосения;
- оволосения лица;
- увеличения размеров яичек;
- мутации голоса;
- увеличения размеров полового члена.

Ребенок должен хорошо держать голову к возрасту:

- 2-3 недели жизни;
- 3-4 недели жизни;
- 1-2 месяца;
- 2-3 месяца;

3-4 месяца.

Законный представитель больного ребенка:

родители
бабушка и дедушка
тети и дяди
совершеннолетние братья и сестры

История настоящего заболевания (anamnesis morbi) включает:

сведения о проведенном до госпитализации лечении
жалобы на день поступления в стационар
сведения об аллергических реакциях
сведения о проведенном до госпитализации лечении

Подробные сведения о перинатальном анамнезе необходим для диагностики патологии
врожденной
приобретенной
генетической
аллергологической

Ребенок с врожденным пороком сердца в стадии декомпенсации относится к группе здоровья

I
II
III
IV
V

Ребенок с тяжелой бронхиальной астмой относится к группе здоровья

I
II
III
IV
V

Новорожденный с риском развития анемии относится к группе здоровья

I
II
III
IV
V

У детей по сравнению с взрослыми особенностями аускультативной картины сердца служат:

приглушение тонов
акцент I тона на верхушке
физиологическая тахикардия
брадикардия

Симптома Пастернацкого это
перкуссия поясничной области
перкуссия мочевого пузыря
перкуторные признаки асцита
перкуссия печени

Перкуссия сердца позволяет определить:

объем сердца
границы абсолютной сердечной тупости
толщину миокарда
массу сердца

Какое из нижеперечисленных утверждений об анемии справедливо?

повышена СОЭ
повышено количество эритроцитов
снижена концентрация гемоглобина
повышен гематокрит

Проба по Зимницкому позволяет выявить:

никтурию
лейкоцитурию
кальцийурию
оксалурию

Для лейкоза характерно в клиническом анализе крови:

повышена СОЭ
тромбоцитоз
эозинофилия
бластоз

Для аллергии характерно в клиническом анализе крови:

повышена СОЭ
тромбоцитоз

эозинофилия
бластоз

В каком возрасте здоровому ребенку проводят первый клинический анализ крови в условиях поликлиники?

три дня жизни
семь дней жизни
один месяц
три месяца
один год

При первом визите новорожденного в поликлинику:

оценивают факторы риска
проводят консультацию стоматолога
дают рекомендации по первому прикладыванию к груди
ребенка консультируют окулист, невролог, хирург-ортопед

Первым мероприятием при пищевом отравлении в детском саду является:

экстренное извещение в СЭС
изоляция больных детей
сообщение родителям
забор образцов пищи, рвотных масс и фекалий

Что служит эпикризным сроком для детей первого года жизни?

интервал времени, который находится в пределах ± 15 дней от возраста, принятого за норму
интервал времени, который находится в пределах ± 3 мес от возраста, принятого за норму
интервал времени, который находится в пределах ± 6 мес от возраста, принятого за норму

Наиболее чувствительным антропометрическим показателем оценки достаточности питания является:

оценка длины тела
оценка массы тела по возрасту
оценка массы тела по длине тела
оценка окружности грудной клетки
оценка окружности головы

Преимуществом грудного вскармливания для здоровья детей является все нижеперечисленное, кроме:

снижение частоты и продолжительности желудочно-кишечных заболеваний на 1-м году жизни
снижение риска развития аллергии к коровьему молоку
повышение показателей умственного развития в дошкольном возрасте
улучшение показателей моторного развития в первое полугодие жизни
уменьшение частоты развития неврозов в дошкольном возрасте

К лабораторному способу оценки достаточности питания относится:

определение уровня мочевины
определение уровня щелочной фосфатазы
определение уровня общего белка
определение уровня γ -глобулина
определение уровня лейкоцитов

Сильная реакция на прививку - это:

температура тела $38,5$ °с более 2 дней.
температура тела $38,5$ °с, гиперемия в месте инъекции 2-5 см.
температура тела 40 °с и выше, гиперемия в месте инъекции 8 см и более.

После проведения различных профилактических прививок проводить туберкулинодиагностику разрешено:

не ранее чем через 4 нед.
не ранее чем через 2 нед.
через 72 ч.
не ранее чем через 6 мес.

Показанием к ревакцинации БЦЖ в декретированный срок служит:

отрицательная реакция Манту
сомнительная реакция Манту
папула 3-4 мм
папула 5-7 мм
положительная проба Манту

Ребенок фиксирует взгляд:

в 3 недели
в 6 недель
в 3 месяца
в 6 месяцев

Состояние двигательной сферы включает в себя оценку:

мышечного тонуса
поверхностной чувствительности
мышечно-суставное чувство
рефлексов

Наиболее безопасным методом исследования головного и спинного мозга у новорожденных является:

позитронно-эмиссионная томография
нейросонография
компьютерная томография
рентгенография

Жалобы на лающий кашель с осиплостью голоса свидетельствует о поражении:
трахеи;
носоглотки;
гортани;
мелких бронхов и бронхиол;
крупных бронхов

Локальное усиление голосового дрожания может быть обусловлено следующей причиной:
уплотнение легочной ткани;
наличие жидкости в плевральной полости;
наличие воздуха в плевральной полости;
уплотнение стенки бронхов;
стеноз гортани

Для I стадии дыхательной недостаточности характерен следующий признак:
одышка при физической нагрузке;
одышка в покое;
соотношение частоты сердечных сокращений к частоте дыхания как 2 : 1;
периоральный цианоз в покое;
компьютерная (рентгеновская) томография

Элемент сыпи, возвышающийся над уровнем кожи, имеющий плоскую или куполообразную поверхность, размером от 1 до 20 мм, называют:
волдырь;
папула;
узел;
экхимоз;
гематома

Чрезмерное оволосение туловища и конечностей называется:
алопеция;
гирсутизм;
гипертрихоз;
педикункулез;
микроспория

Костная ткань ребенка:
содержит больше воды, больше органических веществ, меньше минеральных веществ;
содержит меньше воды, больше органических веществ, меньше минеральных веществ;
содержит больше воды, меньше органических веществ, меньше минеральных веществ;
содержит больше воды, больше органических веществ, больше минеральных веществ

Жалоба, не характерная для поражения желудочно-кишечного тракта:
боли в эпигастральной области после еды;
изжога;
непереносимость коровьего молока;
тошнота при поездке в транспорте;
рвота после приема пищи

Преобладающей флорой ребенка на естественном вскармливании является:
кишечная палочка;
энтерококки;
стафилококки;
бифидус-бактерии;
ацидофильная палочка

Оптимальный период исключительного лактотрофного питания охватывает:
первый месяц жизни ребенка;
первые 3 месяца жизни ребенка;
первые 6 месяцев жизни ребенка;
первые 9 месяцев жизни ребенка;
первый год жизни ребенка

К факторам специфической сопротивляемости относятся:
лизоцим;
пропердин;
фагоцитоз;
хемотаксис;
В-лимфоциты

Гиперхромная анемия развивается при недостатке:
фолиевой кислоты;
железа;
меди;
кальция;
витамина В6

Для аллергических заболеваний характерно повышение:

IgA;
IgM;
IgG;
IgD;
IgE

Для роста ребенка первых 3 лет жизни максимально важен:
инсулин;
глюкокортикоиды;
паратгормон;
тиреоидные гормоны;
соматотропный гормон

Тонкоигольная аспирационная биопсия применяется для выявления патологии:
гипофиза;
коры надпочечников;
поджелудочной железы;
щитовидной железы;
паращитовидной железы

Изостенурия - это:
плотность мочи выше 1004-1006;
плотность мочи выше 1006-1008;
плотность мочи выше 1008-1010;
плотность мочи выше 1010-1012;
плотность мочи выше 1012-1014

К скрытой спазмофилии могут приводить:
синдром гиперфункции надпочечников;
синдром гипофункции щитовидной железы;
синдром гиперфункции паращитовидных желез;
синдром гипофункции паращитовидных желез;
синдром гипофункции поджелудочной железы

Как часто педиатр осматривает доношенного ребенка первого года жизни?
два раза в месяц
ежемесячно
один раз в 3 месяца
один раз в 6 месяцев

Здоровые дети находятся на диспансерном наблюдении включительно:
до 3 лет
до 7 лет
до 14 лет
до 18 лет

Что служит эпикризным сроком для детей первого года жизни?
интервал времени, который находится в пределах ± 15 дней от возраста, принятого за норму
интервал времени, который находится в пределах ± 3 мес от возраста, принятого за норму
интервал времени, который находится в пределах ± 6 мес от возраста, принятого за норму

Чрезмерное оволосение туловища и конечностей называется:
алопеция;
гирсутизм;
гипертрихоз;
педикунлез;
микроспория

Послойное изображение структур головного и спинного мозга можно получить методом
церебральная ангиографии
пневмоэнцефалографии
миелографии
компьютерная томографии

151. Диагностическое значение имеет:
а) положение пациента;
б) черты характера;
в) общительность;
г) уровень образования

152. В анамнезе жизни устанавливают:
а) условия труда и вредные привычки;
б) течение заболевания;
в) время начала заболевания;
г) локальный статус

153. Наиболее часто встречающийся синдром в хирургии:
а) диспепсический;
б) болевой;

- в) сердечно-сосудистой недостаточности;
 - г) дыхательной недостаточности
154. В анамнезе заболевания отражают:
- а) семейное положение;
 - б) время начала заболевания;
 - в) профессию;
 - г) возраст
155. Для дизурического синдрома характерно:
- а) частое болезненное мочеиспускание;
 - б) схваткообразные боли;
 - в) общая слабость, тахикардия, бледность;
 - г) общая слабость, брадикардия
156. Жалобы, характерные для синдрома кровотечения:
- а) частое мочеиспускание;
 - б) схваткообразные боли;
 - в) общая слабость, тахикардия, бледность;
 - г) общая слабость, брадикардия
157. Первая встреча с пациентом начинается:
- а) с выяснения жалоб;
 - б) с выяснения общих сведений (паспортные данные);
 - в) с осмотра;
 - г) с представления пациенту
158. Крепитация и патологическая подвижность – абсолютные признаки:
- а) грыжи;
 - б) перелома;
 - в) вывиха;
 - г) ушиба
159. «Кинжальная боль», «доскообразный живот» - это признаки:
- а) перфорации язвы;
 - б) гастродуоденального кровотечения;
 - в) острого холецистита;
 - г) кишечной непроходимости
160. При наличии воздуха в брюшной полости перкуссия дает:
- а) тупой звук;
 - б) тимпанит;
 - в) исчезновение печеночной тупости;
 - г) легочный звук
161. Для определения изменения перистальтики кишечника применяют:
- а) перкуссию;
 - б) осмотр;
 - в) аускультацию;
 - г) пальпацию
162. Для гемоторакса характерен:
- а) тупой звук;
 - б) тимпанит;
 - в) коробочный;
 - г) легочный
163. Колоноскопия – это исследование:
- а) желудка;
 - б) поджелудочной железы;
 - в) мочевого пузыря;
 - г) толстого кишечника
164. Цистоскопия – это исследование:
- а) кишечника;
 - б) желудка;
 - в) мочевого пузыря;
 - г) матки
165. Метод, изучающий клеточный состав:
- а) радиоизотопный;
 - б) эндоскопический;
 - в) цитологический;
 - г) рентгенологический
166. Ирригоскопия – это рентгенологическое исследование:
- а) желудка;
 - б) тонкого кишечника;
 - в) мочевого пузыря;

г) толстого кишечника

167. Цель биопсии:

- а) установление причины заболевания;
- б) установление возбудителя заболевания;
- в) верификация опухоли;
- г) определение химиотерапии

168. Количество жидкости, которое можно вывести за одну пункцию брюшной полости:

- а) от 7 до 12 литров;
- б) от 3 до 5 литров;
- в) от 2 до 3 литров;
- г) от 12 до 15 литров

169. Положение больного при проведении пункции мочевого пузыря:

- а) лёжа на спине;
- б) лёжа на левом боку, колени приведены к подбородку;
- в) сидя;
- г) лёжа на правом боку, колени приведены к подбородку

170. Положение больного при проведении лапароцентеза:

- а) лёжа на левом боку, колени приведены к подбородку;
- б) сидя;
- в) лёжа на спине;
- г) лёжа на правом боку, колени приведены к подбородку

171. Скопление крови в околосердечной сумке называется:

- а) гемоторакс;
- б) гемоперикардиум;
- в) гемартроз;
- г) гемоперитонеум

172. Анизокория - это:

- а) сужение зрачков;
- б) расширение зрачков;
- в) косоглазие;
- г) зрачки разной величины

173. При гидротораксе перкуторный звук на стороне поражения:

- а) легочный;
- б) коробочный;
- в) тупой;
- г) укороченный

174. При гемоперитонеуме перкуторный звук в отлогах местах:

- а) легочный;
- б) коробочный;
- в) тупой;
- г) тимпанический

175. При открытом пневмотораксе средостение:

- а) смещено в здоровую сторону;
- б) смещено в сторону поражения;
- в) баллотирует;
- г) не смещается

176. Ограниченное скопление крови в тканях - это:

- а) гемартроз;
- б) гематома;
- в) гемоторакс;
- г) гемоперикардиум

177. Перитонит - это воспаление:

- а) брюшины;
- б) плевры;
- в) слизистой кишечника;
- г) перикарда

178. Флюктуация - это:

- а) судорожное сокращение мышц;
- б) размягчение в центре воспалительного инфильтрата;
- в) появление пузырей на гиперемизированной коже;
- г) «хруст» при пальпации

179. Наличие крови в моче - это:

- а) фосфатурия;
- б) гематурия;
- в) уратурия;
- г) бактериурия

180. Крепитация - это:

- а) размягчение в центре воспалительного инфильтрата;
- б) «хруст» при пальпации;
- в) судорожное сокращение мышц;
- г) покраснение кожи

181. Кифоз - это:

- а) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью назад;
- б) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью кпереди;
- в) стойкое боковое искривление и поворот позвоночного столба;
- г) анатомо-физиологическое состояние позвоночника

182. Лордоз - это:

- а) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью назад;
- б) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью кпереди;
- в) стойкое боковое искривление и поворот позвоночного столба;
- г) анатомо-физиологическое состояние позвоночника

183. Скопление жидкости в плевральной полости называется:

- а) асцит;
- б) гидроторакс;
- в) гидроперикардиум;
- г) анасарка

184. Скопление крови в полости сустава называется:

- а) гемоторакс;
- б) гемоперикардиум;
- в) гемартроз;
- г) гемоперитонеум

185. Дисфагия - это:

- а) нарушение акта глотания;
- б) затрудненное прохождение пищи по пищеводу;
- в) отрыжка;
- г) слюнотечение

186. Чаша Клойбера на обзорной Rg-грамме брюшной полости - характерный рентгенологический признак:

- а) острой кишечной непроходимости;
- б) перфоративной язвы желудка;
- в) острого аппендицита;
- г) неосложненной язвы желудка

187. Скопление воздуха под диафрагмой в виде "серпа" на обзорной Rg-грамме брюшной полости - это характерный признак:

- а) острой кишечной непроходимости;
- б) перфоративной язвы желудка;
- в) острого аппендицита;
- г) неосложненной язвы желудка

188. Полиурия - это:

- а) увеличение количества выделяемой мочи за сутки;
- б) уменьшение количества выделяемой мочи за сутки;
- в) полное прекращение выделения мочи почками;
- г) невозможность опорожнить мочевой пузырь

189. Анурия - это:

- а) увеличение количества выделяемой мочи за сутки;
- б) уменьшение количества выделяемой мочи за сутки;
- в) полное прекращение выделения мочи почками;
- г) невозможность опорожнить мочевой пузырь

190. Ишурия - это:

- а) увеличение количества выделяемой мочи за сутки;
- б) уменьшение количества выделяемой мочи за сутки;
- в) полное прекращение выделения мочи почками;
- г) невозможность опорожнить мочевой пузырь

191. Для пробы по Нечипоренко собирают:

- а) мочу в течение суток через каждые 3 часа;
- б) среднюю порцию утренней мочи;
- в) ночную мочу за 10 часов;
- г) суточную мочу в одну ёмкость

192. В положении больного сидя с опущенной головой, когда исследователь находится сзади, пальпируют:

- а) шейные лимфатические узлы;
- б) хрящи гортани;
- в) околоушные слюнные железы;
- г) затылочные лимфатические узлы

193. Маммография - это исследование молочных желез:

- а) ультразвуковое;
- б) рентгенологическое;
- в) радиоизотопное;
- г) термографическое

194. Миоз - это:

- а) сужение зрачков;
- б) расширение зрачков;
- в) косоглазие;
- г) разная ширина зрачков

195. Мидриаз - это:

- а) сужение зрачков;
- б) расширение зрачков;
- в) косоглазие;
- г) разная ширина зрачков

196. Симптом Щеткина-Блюмберга – это:

- а) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря;
- б) усиление боли при резком отнятии руки при пальпации живота;
- в) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- г) болезненность при пальпации правого подвздошной области в положении больного лёжа на левом боку

197. Симптом Курвуазье – это:

- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
- в) в правом подреберье пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь;
- г) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря

198. Симптом Ровзинга – это:

- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
- в) усиление боли в правом подвздошье при толчкообразных движений рукой в левом подвздошье;
- г) болезненность при пальпации пупочного кольца

199. Симптом Ортнера- это:

- а) болезненность при поколачивании ребром ладони по краю правой реберной дуги;
- б) болезненность при пальпации пупочного кольца;
- в) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- г) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку

200. Симптом Пастернацкого – это:

- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- б) высокий тимпанит в эпигастрии и притупление в боковых отделах живота;
- в) высокий тимпанит с металлическим оттенком над раздутой петлей кишки;
- г) болезненность при поколачивании в проекции почки.

Для оценки результатов тестирования общепринятыми являются критерии:

- 91-100% правильных ответов — оценка “отлично”;
- 81-90% правильных ответов — оценка “хорошо”;
- 71-80% правильных ответов — оценка “удовлетворительно”;
- 70% и менее правильных ответов — оценка “неудовлетворительно”.

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1-б	26-а	51-д	76-б	101-в	126-а	151-а	176-б
2-б	27-а	52-б	77-а	102-в	127-а	152а	177-а
3-г	28-г	53-б	78-а	103-в	128-а	153-б	178-б
4-в	29б	54-д	79-д	104-а	129-б	154-б	179-б
5-в	30-а	55-а	80-б	105-б	130-в	155-а	180-б
6-в	31-а	56-а	81-д	106-а	131-а	156-в	181-а
7-б	32-а	57-б	82-б	107-д	132-а	157-г	182-б
8-в	33-б	58-б	83-б	108-г	133-б	158-б	183-б
9-в	34-г	59-а	84-д	109-б	134-в	159-а	184-в
10-б	35-в	60-в	85-а	110-в	135-а	160-в	185-б
11-г	36-а	61-г	86-а	111-а	136-г	161-в	186-а
12-б	37-в	62-а	87-б	112-б	137-г	162-а	187-б
13-б	38-в	63-д	88-б	113-в	138-в	163-г	188-а
14-б	39-в	64-г	89-а	114-а	139-в	164-в	189-в
15-а	40-в	65-в	90-в	115-г	140-а	165-в	190-г
16-в	41-б	66-б	91-а	116-в	141-д	166-г	191-б
17-а	42-г	67-д	92-г	117-в	142-г	167-в	192-а
18-а	43-в	68-д	93-б	118-г	143-г	168-а	193-б
19-б	44-в	69-г	94-б	119-б	144-в	169-а	194-а
20-в	45-а	70-д	95-д	120-а	145-г	170-б	195-б
21-а	46-б	71-в	96-г	121-в	146-б	171-б	196-б
22-г	47-в	72-б	97-в	122-г	147-г	172-г	197-в
23-в	48-в	73-г	98-а	123-в	148-а	173-в	198-в
24-г	49-в	74-б	99-д	124-в	149-в	174-в	199-а
25-а	50-г	75-д	100-г	125-а	150-г	175-в	200-г

Критерии оценки знаний обучающихся на дифференцированном зачете

При выставлении итоговой оценки по дифференцированному зачету учитываются результаты сдачи практических навыков по каждому модулю и результатам тестирования. При этом общая оценка вычисляется как средняя арифметическая, полученных промежуточных результатов с применением метода округления.

Таблица соответствия образовательных результатов оценочным средствам

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание 1 Топографии органов и систем организма в различные возрастные периоды.	Вопросы 3,4,5,6,7,70,117,119
Знание 2 Методов клинического, лабораторного, инструментального обследования	Вопросы 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,31,32,34,35,39,40,41,42,43,44,45,47,48,55,57,59,60,61,71,72,73,74,92,93,94,95,96,97,100,101,117,119,120,122
Знание 3 Клинической картины заболевания, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп, общие принципы классификации, этиологии, патогенеза и патологической анатомии заболеваний.	Вопросы 1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,16,17,18,19,20,21,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,34,52,60,64,65,121,131,150,152
Знание 4 Проводить диагностику комплексного состояния здоровья	Вопросы 3,10,11,12,69,70,84,85,86,87,88,89,90,123,124,125,126
Знание 5 Оформлять медицинскую документацию.	Вопросы 80,81,82,83,112,153
Умение 1 Планировать обследование пациентов	Задачи 1,6,11,16,21,26,35,36,37,45,46
Умение 2 Осуществлять сбор анамнеза, применять различные методы обследования пациента, формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями	Задачи 2,7,12,17,22,28,31,38
Умение 3 Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.	Задачи 3,8,13,18,23,27,32,42,47
Умение 4 Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики	Задачи 4,9,14,19,24,29,33,39,43
Умение 5 Оформлять медицинскую документацию.	Задачи 5,10,15,20,25,30,34,40,41,44

26.2. УП.01.01 УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

Модуль 1 «Пропедевтика клинических дисциплин. Пропедевтика в терапии»

ЗАНЯТИЕ № 1

Тема «Проведение обследования больного терапевтического профиля»

Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

- ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.
- ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.
- ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.
- ПК 1.6. Проводить диагностику смерти.
- ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

Организационный момент - 5 минут

Текущий тест контроль – 20 минут

Целевой инструктаж по технике безопасности – 5 минут

Работа в отделении: - 210 минут

Оформление дневников - 30 минут.

Манипуляция	Количество	ПК	Оценка
Планирование обследования пациента:	1	ПК 1.1.	
Осуществление сбора анамнеза:	3		
жалоб	1		
анамнеза заболевания	1		
анамнеза жизни	1		
Применение объективных методов обследования пациента:	6	ПК 1.2.	
общий и системный осмотр	1		
пальпация	1		
перкуссия	1		
аускультация	1		

Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями;	1	ПК 1.3.	
Дополнительные методы обследования:	5		
лабораторные	1		
инструментальные	1		
функциональные	1		
рентгенологические радионуклеидные	1		
Оформление медицинской документации (заполнение учебной истории болезни)	1	ПК 1.7.	

Контрольно-оценочные материалы

Вариант №1

1. Субъективный метод обследования пациента
 - а) аускультация
 - б) опрос
 - в) осмотр
 - г) пальпация
2. Прямой эпигастральный угол (90 град.) соответствует форме грудной клетки
 - а) астенической
 - б) гиперстенической
 - в) нормостенической
3. Определение голосового дрожания проводится методом
 - а) аускультации
 - б) осмотра
 - в) пальпации
 - г) перкуссии
4. Экскурсия легких в норме по средней подмышечной линии составляет (см)
 - а) 2-3
 - б) 4-6
 - в) 6-8
 - г) 8-10
5. Над легкими в норме выслушивается дыхание
 - а) амфорическое
 - б) бронхиальное
 - в) везикулярное
 - г) жесткое
6. Патологическая форма грудной клетки
 - а) астеническая
 - б) бочкообразная
 - в) гиперстеническая
 - г) нормостеническая
7. Сухие хрипы образуются при
 - а) расклеивании альвеол
 - б) склеивании альвеол
 - в) сужении бронхов
 - г) трении листков плевры
8. Шум трения плевры выслушивается
 - а) на вдохе и выдохе
 - б) только на вдохе
 - в) только на выдохе
9. При синдроме очагового уплотнения легочной ткани голосовое дрожание над этим участком
 - а) усилено
 - б) ослаблено
 - в) не изменено
10. При синдроме образования полости в легком перкуторный звук над ней
 - а) коробочный
 - б) тимпанический
 - в) тупой
 - г) ясный
11. Повышенная воздушность легких - это
 - а) ателектаз
 - б) пневмония
 - в) пневмосклероз
 - г) эмфизема
12. Скопление жидкости в плевральной полости - это
 - а) ателектаз
 - б) гидроторакс
 - в) пневмоторакс
 - г) эмфизема
13. У 30-летнего мужчины артериальное давление в норме составляет (в мм рт.ст.)
 - а) 90/60
 - б) 120/80
 - в) 140/100
 - г) 160/90
14. Границы относительной сердечной тупости определяются методом
 - а) аускультации

- б) осмотра
 - в) пальпации
 - г) перкуссии
15. Первый тон сердца образуется захлопыванием
- а) аортального клапана
 - б) пульмонального клапана
 - в) аортального и пульмонального клапанов
 - г) двухстворчатого и трехстворчатого клапанов
16. Качество пульса, характеризующее состояние сосудистой стенки
- а) наполнение
 - б) напряжение
 - в) ритм
 - г) частота
17. Состояние клапанного аппарата сердца лучше отражает
- а) лабораторная диагностика
 - б) рентгенологическое исследование
 - в) ультразвуковое исследование
 - г) электрокардиография
18. При синдроме артериальной гипертензии гипертрофируется
- а) правый желудочек
 - б) левый желудочек
 - в) левое и правое предсердие
 - г) межжелудочковая перегородка
19. Осмотр живота позволяет выявить
- а) размеры внутренних органов
 - б) положение внутренних органов
 - в) наличие асимметрии
 - г) наличие боли
20. Поверхностную пальпацию живота проводят с целью определения
- а) напряжения мышц передней брюшной стенки
 - б) положения внутренних органов
 - в) размеров внутренних органов
 - г) симптома "головы Медузы"
21. Над областью желудка в норме определяется перкуторный звук
- а) коробочный
 - б) тимпанический
 - в) тупой
 - г) ясный
22. Симптом Пастернацкого выявляется методом
- а) аускультации
 - б) осмотра
 - в) пальпации
 - г) поколачивания
23. Частые позывы на мочеиспускание с выделением небольшого количества мочи - это
- а) анурия
 - б) дизурия
 - в) олигурия
 - г) поллакиурия
24. Суточный диурез составляет 40 мл. Это -
- а) анурия
 - б) никтурия
 - в) олигурия
 - г) полиурия
25. Частое болезненное мочеиспускание - это
- а) анурия
 - б) дизурия
 - в) олигурия
 - г) полиурия
26. Симптомы апоплексии яичника
- а) острая боль в животе
 - б) нарушение зрения
 - в) резь при мочеиспускании
 - г) синюшность слизистой влагалища
27. Осмотр с помощью зеркал производят для выявления патологии
- а) яичников
 - б) влагалища, шейки матки
 - в) мочевого пузыря, прямой кишки
 - г) матки, маточных труб
28. Кольпоскопия позволяет уточнить диагноз
- а) эндометрита
 - б) метротромбофлебита
 - в) эрозии шейки матки
 - г) остроконечных кондилом
29. Зондирование матки служит для выявления
- а) патологии шейки матки
 - б) состояния придатков матки
 - в) измерения длины и определения конфигурации полости матки
 - г) состояния мочевого пузыря и прямой кишки

30. К общим методам гинекологического исследования относится

- а) ультразвуковое исследование
- б) кольпоскопия
- в) бимануальное исследование
- г) гистеросальпингография

Вариант №2

1. Основной объективный метод обследования пациента
 - а) аускультация
 - б) бронхография
 - в) спирометрия
 - г) томография
2. Число дыхательных движений у взрослого в норме составляет (в 1 мин.)
 - а) 4-6
 - б) 16-20
 - в) 20-25
 - г) 25-30
3. Определение голосового дрожания проводится методом
 - а) аускультации
 - б) осмотра
 - в) пальпации
 - г) перкуссии
4. При везикулярном дыхании определяется
 - а) вдох и короткий выдох
 - б) вдох равный выдоху
 - в) только вдох
 - г) только выдох
5. Крепитация свидетельствует о поражении
 - а) альвеол
 - б) бронхов
 - в) плевры
 - г) трахеи
6. При синдроме скопления жидкости в плевральной полости перкуторный звук
 - а) коробочный
 - б) тимпанический
 - в) тупой
 - г) ясный
4. При синдроме скопления воздуха в плевральной полости перкуторный звук
 - а) коробочный
 - б) тимпанический
 - в) тупой
 - г) ясный
8. Число сердечных сокращений у взрослого в норме составляет (в 1 мин.)
 - а) 40-50
 - б) 60-80
 - в) 90-100
 - г) 100-110
9. При осмотре сердечной области можно выявить
 - а) пульсацию верхушечного толчка
 - б) размеры сердца
 - в) размеры сосудистого пучка
 - г) симптом "кошачьего мурлыканья"
10. В области верхушечного толчка выслушиваются звуковые явления с клапана
 - а) аортального
 - б) митрального
 - в) легочного
 - г) трехстворчатого
11. Появление шума на верхушке сердца свидетельствует о поражении клапана
 - а) аортального
 - б) митрального
 - в) легочного
 - г) трехстворчатого
12. При повышении давления в малом круге кровообращения возникает
 - а) акцент второго тона на аорте
 - б) акцент второго тона на легочной артерии
 - в) ослабление второго тона на легочной артерии
 - г) ослабление первого тона на верхушке
13. Поверхностную пальпацию живота проводят с целью определения
 - а) напряжения мышц передней брюшной стенки
 - б) положения внутренних органов
 - в) размеров внутренних органов
 - г) симптома "головы Медузы"
14. Над областью желудка в норме определяется перкуторный звук
 - а) коробочный
 - б) тимпанический
 - в) тупой
 - г) ясный
15. Отеки почечного происхождения вначале появляются на

- а) ногах
 - б) пояснице
 - в) руках
 - г) лице
16. Относительная плотность мочи в общем анализе составляет
- а) 1018 - 1025
 - б) 1007 - 1010
 - в) 1012 - 1015
 - г) 1030 - 1040
17. Количество эритроцитов в анализе мочи по Нечипоренко (в 1 мл) до
- а) 1×10^3
 - б) 3×10^3
 - в) 5×10^3
 - г) 7×10^3
18. Функциональную способность почек отражает
- а) общий анализ мочи
 - б) проба Нечипоренко
 - в) проба Зимницкого
 - г) проба Аддиса-Каковского
19. Во 2-м межреберье у грудины справа выслушиваются звуковые явления с клапана
- а) аортального
 - б) митрального
 - в) пульмонального
 - г) трехстворчатого
20. Правая граница относительной сердечной тупости находится
- а) по правому краю грудины
 - б) на 1-1,5 см кнутри от правого края грудины
 - в) на 1-1,5 см кнаружи от правого края грудины
 - г) по левому краю грудины
21. Верхушечный толчок в норме расположен в 5-м межреберье
- а) по левой среднеключичной линии
 - б) на 1-1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии
 - в) на 1-1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии
 - г) на 2 - 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии
22. Перкуссии сердца проводят для определения
- а) верхушечного толчка
 - б) границ сердца
 - в) симптома Мюссе
 - г) тонов и шумов сердца
23. Глубокая пальпация живота проводится для определения
- а) наличия асимметрии живота
 - б) напряжения мышц передней брюшной стенки
 - в) положения внутренних органов
 - г) расхождения мышц передней брюшной стенки
24. Количество эритроцитов в общем анализе мочи (в поле зрения)
- а) 0
 - б) 3
 - в) 6
 - г) 9
25. Частые позывы на мочеиспускание с выделением небольшого количества мочи - это
- а) анурия
 - б) дизурия
 - в) олигурия
 - г) поллакиурия
26. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища производится при
- а) бартолините
 - б) внематочной беременности
 - в) кольпите
 - г) хроническом эндометрите
27. Измерение базальной температуры применяют для оценки
- а) гормональной функции яичников
 - б) состояния шейки матки
 - в) раннего выявления онкологических заболеваний
 - г) степени чистоты влагалища
28. Диагностическое выскабливание полости матки показано при
- а) метроррагии
 - б) альгоменорее
 - в) эндометриозе
 - г) эндометрите
29. Гематометра – это скопление крови в
- а) брюшной полости
 - б) трубе
 - в) влагалище
 - г) матке
30. Мастопатия-это
- а) операция удаления молочной железы
 - б) рак молочной железы
 - в) гормонозависимое распространенное заболевание молочных желез
 - г) послеродовой мастит

ЗАНЯТИЕ № 2

Тема «Проведение обследования больного с заболеваниями органов дыхания»

Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

Организационный момент - 5 минут

Проблемно-ситуационные задачи –20 минут

Целевой инструктаж по технике безопасности –5 минут

Работа в отделении: - 210 минут

Оформление дневников - 30 минут

Манипуляция	Количество	ПК	Оценка
1. Планирование обследования пульмонологического пациента. Осуществление сбора анамнеза: жалоб анамнеза заболевания анамнеза жизни	3 1 1 1	ПК 1.1.	
2. Применение объективных методов обследования пациента: осмотр пальпация перкуссия легких аускультация легких подсчет ЧДД	5 1 1 1 1 1	ПК 1.1.	
3. Участие в подготовке к различным методам обследования пациента: рентгенографии рентгеноскопии бронхоскопии плевральной пункции	4 1 1 1 1	ПК 1.2.	
4. Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями	1	ПК 1.3.	
5. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики: ОАК ОАМ анализов мокроты пикфлоуметрии пульсоксиметрии спирометрии	6 1 1 1 1 1 1	ПК 1.2. ПК 1.3.	
6. Оформление медицинской документации.	1	ПК 1.7.	

Решение ситуационных задач.

ЗАДАЧА 1

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Перечислите необходимые дополнительные исследования.

Назовите возможные осложнения данного заболевания.

ЗАДАЧА 2

Больная В., 43 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание.

После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека.

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

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

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Задание

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

ЗАДАЧА 3

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,40С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин.

При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования .

Перечислите возможные осложнения.

ЗАДАЧА 4

Больной И., 26 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. Больному легче сидеть, чем лежать. Болен 2-ю неделю.

Объективно: температура 37,80С. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по среднеподмышечной линии от 7-го ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднелючичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения.

ЗАНЯТИЕ № 3

Тема «Проведение обследования больного с заболеваниями органов кровообращения»

Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

Организационный момент - 5 минут

Текущий тест контроль –20 минут

Целевой инструктаж по технике безопасности –5 минут

Работа в отделении: - 210 минут

Оформление дневников - 30 минут

Манипуляция	Количество	ПК	оценка
1. Планирование обследования кардиологического пациента. Осуществление сбора анамнеза: жалоб анамнеза заболевания анамнеза жизни	3 1 1 1	ПК 1.1.	
2. Применение объективных методов обследования пациента: осмотр пальпация перкуссия сердца аускультация сердца измерение пульса измерение АД	6 1 1 1 1 1 1	ПК 1.1.	
3. Участие в подготовке к различным методам обследования пациента: ЭХОКГ ЭКГ Холтеровское мониторирование Функциональные пробы с нагрузкой	4 1 1 1 1	ПК 1.2.	
4. Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями;	1	ПК 1.3.	
5. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики: ОАК ОАМ Биохимическое исследование крови ЭКГ Эхо КГ	5 1 1 1 1 1	ПК 1.2. ПК 1.3.	
6. Оформление медицинской документации.	1	ПК 1.7.	

Контрольно-оценочные материалы

Вариант 1

1. Этиология острой ревматической лихорадки:

а) бета-гемолитический стрептококк группы А

б) золотистый стафилококк

в) кишечная палочка

г) пневмококк

2.Повышение температуры, эндомиокардит, полиартрит наблюдаются при:
атеросклерозе
гипертонической болезни
ишемической болезни сердца
ревматизме

3.При малой хорее поражается система:
нервная
сердечно-сосудистая
пищеварительная
дыхательная

4.Наиболее частый исход ревмокардита:
атеросклероз
гипертоническая болезнь
порок сердца
выздоровление

5.Данные auscultации при митральной недостаточности:
диастолический шум на верхушке
систолический шум на верхушке
диастолический шум во 2-м межреберье справа у грудины
систолический шум во 2-м межреберье справа у грудины

6.Появление шума во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина свидетельствует о поражении клапана:
аортального
митрального
пульмонального
трехстворчатого

7.Главный этиологический фактор развития гипертонической болезни:
нервно-психическое перенапряжение
гломерулонефрит
сахарный диабет

болезнь Иценко-Кушинга
8.Осложнением гипертонической болезни является:
инсульт, инфаркт миокарда
обморок, коллапс
ревматизм, порок сердца
пневмония, плеврит

9.При атеросклерозе поражаются:
артерии
вены
капилляры
мышцы

10.Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при нагрузке высокой интенсивности:
первый в)третий
второй г) четвертый

11.Осложнение инфаркта миокарда, требующее реанимационных мероприятий:
аневризма сердца
коллапс
синусовая тахикардия
фибрилляция желудочков

12.Зону некроза на ЭКГ при инфаркте миокарда отражает зубец:
P
Q
R
S

13.Основной симптом сердечной астмы:
боль в животе
головокружение
тошнота
удушье

14.Только при острой правожелудочковой недостаточности наблюдается:
тахикардия
одышка
цианоз
асцит

15.Скопление отечной жидкости в полости плевры – это:
анасарка
асцит
гидроперикард
гидроторакс

16. Тахикардия и одышка в покое, отеки, увеличение печени у больного с пороком сердца характерны для недостаточности:
надпочечниковой
печеночной
почечной
сердечной

17.ЧСС 52 уд/мин. – это:
брадикардия
тахикардия
экстрасистолия
норма

18. Псевдосиндром "острого живота" наблюдается при форме инфаркта миокарда:

ангинозной
астматической
аритмической
гастралгической

19. Отек легких - это форма острой недостаточности:

коронарной
левожелудочковой
правожелудочковой
сосудистой

20. Обязательное требование, предъявляемое к ЭКГ-кабинету:

тишина
достаточное освещение
наличие заземления
оптимальная температура воздуха

Вариант 2

1. Острая ревматическая лихорадка развивается после ангины через:

1-2 дня
3-4 дня
1-3 недели
1-3 месяца

2. При ревматизме чаще поражается клапан:

аортальный
митральный
пульмональный
трехстворчатый

3. Исход ревматического полиартрита:

1. анкилоз
2. стойкая деформация кисти
3. кровоизлияние в полость сустава
4. все явления проходят бесследно
4. Симптом "кошачьего мурлыканья" определяется при

инфаркте миокарда
стенокардии
митральной недостаточности
митральном стенозе

5. Аускультативный признак экссудативного перикардита:

акцент второго тона на аорте
акцент второго тона на легочной артерии
усиление первого тона на верхушке сердца
ослабление тонов сердца во всех точках

6. Сильная головная боль, тошнота, рвота, "мушки" перед глазами, напряженный пульс наблюдаются при:

обмороке
коллапсе
гипертоническом кризе
стенокардии

7. У больного на фоне гипертонического криза появились удушье, обильная пенистая розовая мокрота – это признаки:

крупозной пневмонии
легочного кровотечения
отека легких
тромбоэмболии легочной артерии

8. Сжимающие боли за грудиной, иррадирующие «а левую лопатку, продолжительностью 5-10 минут, характерны для:

бактериального эндокардита
инфаркта миокарда
ревматического эндокардита
стенокардии

9. Клинические симптомы кардиогенного шока:

лихорадка, лимфаденопатия
лихорадка, кашель со "ржавой" мокротой
резкое снижение АД, частый нитевидный пульс
резкое повышение АД, напряженный пульс

10. Повышение температуры, лейкоцитоз, увеличение СОЭ наблюдаются при:

гипертонической болезни
инфаркте миокарда
кардиосклерозе
стенокардии

11. Клокочущее дыхание и розовая пенистая мокрота наблюдаются при:

бронхоспазме
коллапсе
обмороке
отеке легких

12. Отеки нижних конечностей, асцит, увеличение печени наблюдаются при:

инфаркте миокарда
недостаточности кровообращения
стенокардии
гипертонической болезни

13. Массивные, распространенные по всему телу отеки – это:

анасарка

- асцит
 гидроперикард
 гидроторакс.
14. При застое крови в малом круге кровообращения больному следует придать положение:
 горизонтальное
 горизонтальное с приподнятыми ногами
 коленно-локтевое
 полусидячее
15. Экстрасистолия – это:
 уменьшение ЧСС
 увеличение ЧСС
 нарушение проводимости
 преждевременное сокращение сердца
16. ЧСС 100 уд/мин. – это:
 брадикардия
 тахикардия
 экстрасистолия
 норма
17. Приступ удушья наблюдается при форме инфаркта миокарда:
 ангинозной
 астматической
 аритмической
 гастралгической
18. Оптимальной нормой АД для взрослого является (мм рт. ст.):
 130-139 /85-90
 110-119 / 70-79
 120-129/80-84
 < 110/ < 70
19. Умеренная артериальная гипертензия (II степень) характеризуется цифрами АД(мм рт.ст):
 180 / 110
 160-179 / 100-109
 140-159 / 90-99
 140/ 90
20. Хронической формой ИБС является:
 инфаркт миокарда
 внезапная остановка сердца
 стенокардия
 кардиосклероз постинфарктный и атеросклеротический

ЗАНЯТИЕ №4

Тема: «Проведение обследования больного с заболеваниями желудочно-кишечного тракта»

Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

- ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.
 ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.
 ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

- Организационный момент - 5 минут
 Проблемно-ситуационные задачи –20 минут
 Целевой инструктаж по технике безопасности –5 минут
 Работа в отделении: - 210 минут
 Оформление дневников - 30 минут

Манипуляция	Количество	ПК	Оценка
1. Планирование обследования гастроэнтерологического пациента. Осуществление сбора анамнеза: жалоб анамнеза заболевания анамнеза жизни.	3 1 1 1	ПК 1.1.	
2. Планирование обследования пациента с заболеваниями органов пищеварения : осмотр ротовой полости, живота поверхностная и глубокая пальпация живота определение нижней границы печени	3 1 1 1	ПК 1.1.	
3. Участие в подготовке к различным методам обследования пациента: сбору кала на исследование УЗИ печени и поджелудочной железы ФГДС с РН метрией и биопсией контрастной рентгенографии желудка ректороманоскопии	5 1 1 1 1	ПК 1.2.	
4. Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями	1	ПК 1.3.	
5. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики: ОАК ОАМ	3 1 1	ПК 1.2. ПК 1.3.	

Инстр. методы исследования	1		
6.Оформление медицинской документации	1	ПК 1.7.	

ЗАДАЧА 1

К фельдшеру обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,60С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задание

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Перечислите возможные осложнения.

ЗАДАЧА 2

Больной А., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

ЗАДАЧА 3

Больной Б., 58 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

Объективно: температура 36,90С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены.

Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабоболлезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболлезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

Занятие №5

Тема «Проведение обследования больного с заболеваниями органов мочевого выделения и органов кровотока»

Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

Организационный момент - 5 минут

Проблемно-ситуационные задачи –20 минут

Целевой инструктаж по технике безопасности –5 минут

Работа в отделении: - 210 минут

Оформление дневников - 30 минут

Манипуляция	Количество	ПК	Оценка
1.Планирование обследования нефрологического пациента. Осуществление сбора анамнеза: жалоб анамнеза заболевания анамнеза жизни	3 1 1 1	ПК 1.1.	
2.Применение объективных методов обследования пациента: осмотр пальпация почек определение симптома Пастернацкого пальпация селезенки перкуссия селезенки	3 1 1 1 1 1	ПК 1.1.	
3. Участие в подготовке к различным методам обследования пациента: ОАК ОАМ анализу мочи по Нечипоренко анализу мочи по Зимницкому	6 1 1 1	ПК 1.2.	

контрастной урографии цистоскопии УЗИ почек стеральная пункция	1 1 1 1 1		
4.Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями	1	ПК 1.3.	
5.Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики: ОАК ОАМ Инстр. методы исследования	3 1 1 1	ПК 1.2. ПК 1.3.	
6.Оформление медицинской документации.	1	ПК 1.7	

ЗАДАЧА 1

Больной Н., 18 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина. Объективно: температура 37,70С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голени. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/120 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

ЗАДАЧА 2

Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы. Объективно: температура 380С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом поколачивания положительный справа.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

ЗАДАЧА 3

Фельдшер срочно вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали "скорую помощь", после инъекции боли прошли, но после этого приступа была красная моча. Объективно: температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом поколачивания резко положительный справа.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

ЗАНЯТИЕ № 6

Тема «Проведение обследования больных с заболеваниями эндокринной, костно-мышечной систем и аллергических заболеваний»
Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

- ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.
ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.
ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

- Организационный момент - 5 минут
Проблемно-ситуационные задачи –20 минут
Целевой инструктаж по технике безопасности –5 минут
Работа в отделении: - 210 минут
Оформление дневников - 30 минут

Манипуляция	Количество	ПК	Оценка
1.Планирование обследования эндокринологического пациента. Осуществление сбора анамнеза: жалоб анамнеза заболевания анамнеза жизни.	3 1 1 1	ПК 1.1.	
2.Применение объективных методов обследования пациента: осмотр пальпация щитовидной железы определение симптомов Грефе и Мебиуса осмотр суставов, узелки Бушара, Гебердена	3 1 1 1	ПК 1.1.	

пальпация суставов	1 1		
3.Участие в подготовке к различным методам обследования пациента: сбор мочи на сахар УЗИ щитовидной и поджелудочной желез	2 1 1	ПК 1.2.	
4.Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями	1	ПК 1.3.	
5.Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики: ОАК ОАМ анализы крови на Т3, Т4, ТТГ анализа крови на сахар анализа мочи на сахар глюкометрии	6 1 1 1 1 1 1	ПК 1.2. ПК 1.3.	
6.Оформление медицинской документации.	1	ПК 1.7.	

ЗАДАЧА 1

Больная З., 44 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц.

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, экзофтальм, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом "толстой шеи"). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

ЗАДАЧА 2

Женщина 48 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Больна в течение 2-х лет.

Объективно: температура 35,40С. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 100/60мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

ЗАДАЧА 3

Больная К., 18 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около 2-х мес.

Объективно: температура 36,60С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения

Модуль 2. «Пропедевтика клинических дисциплин. Пропедевтика в хирургии»

ЗАНЯТИЕ № 1

Тема: «Проведение субъективного и объективного обследования хирургического больного»

Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.4.Проводить диагностику беременности

ПК 1.6. Проводить диагностику смерти

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

Организационный момент - 5 минут

Текущий тест контроль– 20 минут

Целевой инструктаж по технике безопасности –5 минут

Работа в хирургическом отделении: - 120 минут

Работа в патологоанатомическом отделении -90 минут

Оформление дневников - 30 минут.

Манипуляция	Количество	ПК	Оценка
Планирование обследования пациента;	1	ПК 1.1.	
Осуществление сбора анамнеза:	3	1.6.	
анамнез жизни	1	1.4.	
анамнез заболевания	1		
выявление признаков клинической и биологической смерти	1		
Применение различных методов обследования пациента:	5	ПК 1.2.	
общий и системный осмотр		1.6.	
перкуссия	2	1.4.	
пальпация	1		
аускультация	1		
Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями:	3	ПК 1.3.	
(диагноз хирургического заболевания, клинической и биологической смерти)		1.6.	
Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики:	2		
ОАК	1		
ОАМ	1		
Оформление медицинской документации (заполнение учебной истории болезни, знакомство с протоколом патологоанатомического исследования трупа)	2	ПК 1.6.,1.7	

Контрольно-оценочные материалы

Вариант №1

1. Диагностическое значение имеет:
 - а) положение пациента;
 - б) черты характера;
 - в) общительность.
2. В анамнезе жизни устанавливают:
 - а) условия труда и вредные привычки;
 - б) течение заболевания;
 - в) время начала заболевания;
 - г) локальный статус.
3. Наиболее часто встречающийся синдром в хирургии:
 - а) диспепсический;
 - б) болевой;
 - в) сердечнососудистой недостаточности;
 - г) дыхательной недостаточности.
4. В анамнезе заболевания отражают:
 - а) семейное положение;
 - б) время начала заболевания;
 - в) профессию;
 - г) возраст.
5. Выяснение жалоб – это процесс:
 - а) активный;
 - б) пассивный.
6. ФГС – это исследование:
 - а) желудка;
 - б) мочевого пузыря;
 - в) толстого кишечника;
 - г) тонкого кишечника.
7. Жалобы, характерные для синдрома кровотечения:
 - а) частое мочеиспускание;
 - б) схваткообразные боли;
 - в) общая слабость, тахикардия, бледность;
 - г) общая слабость, брадикардия.
8. Первая встреча с пациентом начинается:
 - а) с выяснения жалоб;
 - б) с выяснения общих сведений (паспортные данные);
 - в) с осмотра;
 - г) с представления пациенту.
9. У хирургического пациента необходимо уточнить:
 - а) национальность;
 - б) семейное положение;
 - в) профессию.
10. Пальпация – это:
 - а) ощупывание;
 - б) зыбление;
 - в) костный хруст;
 - г) выстукивание.
11. В норме лимфоузлы:
 - а) пальпируются;
 - б) не пальпируются.
12. Крепитация и патологическая подвижность – абсолютные признаки:
 - а) грыжи;
 - б) перелома;
 - в) вывиха;

- г) ушиба.
13. Основная особенность объективного обследования хирургического пациента:
- а) данные осмотра;
 - б) данные пальпации;
 - в) локальный статус.
 - г) анамнез заболевания.
14. Цвет кожных покровов при синдроме кровотечения:
- а) землистый;
 - б) бледный;
 - в) желтушный;
 - г) цианотичный.
15. Колоноскопия – это исследование:
- а) желудка;
 - б) поджелудочной железы;
 - в) мочевого пузыря;
 - г) толстого кишечника.
16. Кифоз - это:
- а) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью назад;
 - б) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью кпереди;
 - в) стойкое боковое искривление и поворот позвоночного столба;
 - г) анатомо-физиологическое состояние позвоночника.
17. Дисфагия - это:
- а) нарушение акта глотания;
 - б) затрудненное прохождение пищи по пищеводу;
 - в) отрыжка;
 - г) слюнотечение.
18. Флюктуация - это:
- а) судорожное сокращение мышц;
 - б) размягчение в центре воспалительного инфильтрата;
 - в) появление пузырей на гиперемированной коже;
 - г) «хруст» при пальпации.
19. Мидриаз - это:
- а) сужение зрачков;
 - б) расширение зрачков;
 - в) косоглазие;
 - г) разная ширина зрачков.
20. Перкуссия – это:
- а) выстукивание;
 - б) костный хруст;
 - в) зыбления;
 - г) ощупывание.
21. Достоверный признак биологической смерти
- а) прекращение дыхания
 - б) прекращение сердечной деятельности
 - в) расширение зрачка
 - г) симптом «кошачьего глаза»
22. Для клинической смерти не характерно
- а) отсутствие самостоятельного дыхания
 - б) отсутствие пульса на сонной артерии
 - в) отсутствие сознания
 - г) патологическое дыхание
- Вариант №2
1. В анамнезе заболевания отражают:
- а) семейное положение;
 - б) время начала заболевания;
 - в) профессию;
 - г) возраст.
2. Ректороманоскопия – это исследование:
- а) желудка;
 - б) прямой кишки;
 - в) поджелудочной железы;
 - г) мочевого пузыря.
3. Первая встреча с пациентом начинается:
- а) с выяснения жалоб;
 - б) с выяснения общих сведений (паспортные данные);
 - в) с осмотра;
 - г) с представления пациенту.
4. Цистоскопия – это исследование:
- а) кишечника;
 - б) желудка;
 - в) мочевого пузыря;
 - г) матки.
5. Основная особенность объективного обследования хирургического пациента:
- а) данные осмотра;
 - б) данные пальпации;
 - в) локальный статус.
 - г) анамнез заболевания.
6. Для диагностики переломов используется:

- а) УЗИ;
 - б) рентген;
 - в) цитология;
 - г) биопсия.
7. Метод диагностики, не имеющий противопоказаний:
- а) УЗИ;
 - б) рентген;
 - в) эндоскопия;
 - г) цитология.
8. Ирригоскопия – это рентгенологическое исследование:
- а) желудка;
 - б) тонкого кишечника;
 - в) мочевого пузыря;
 - г) толстого кишечника.
9. Выяснение жалоб – это процесс:
- а) активный;
 - б) пассивный.
10. Цель биопсии:
- а) установление причины заболевания;
 - б) установление возбудителя заболевания;
 - в) верификация опухоли;
 - г) определение химиотерапии.
11. Анизокория - это:
- а) сужение зрачков;
 - б) расширение зрачков;
 - в) косоглазие;
 - г) зрачки разной величины.
12. На течение хирургического заболевания оказывает влияние:
- а) образование;
 - б) пол;
 - в) возраст;
 - г) место жительства.
13. Перкуссия – это:
- а) выстукивание;
 - б) костный хруст;
 - в) зыбления;
 - г) ощупывание.
14. Локальный статус – это:
- а) описание в истории болезни результатов обследования места болезни;
 - б) усиление боли при резком отнятии руки при пальпации живота;
 - в) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря;
 - г) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла.
15. Ограниченное скопление крови в тканях - это:
- а) гемартроз;
 - б) гематома;
 - в) гемоторакс;
 - г) гемоперикардиум.
16. Пальпация – это:
- а) ощупывание;
 - б) зыбления;
 - в) костный хруст;
 - г) выстукивание.
17. Крепитация - это:
- а) размягчение в центре воспалительного инфильтрата;
 - б) «хруст» при пальпации;
 - в) судорожное сокращение мышц;
 - г) покраснение кожи.
18. Лордоз - это:
- а) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью назад;
 - б) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью вперед;
 - в) стойкое боковое искривление и поворот позвоночного столба;
 - г) анатомо-физиологическое состояние позвоночника.
19. Скопление крови в полости сустава называется:
- а) гемоторакс;
 - б) гемоперикардиум;
 - в) гемартроз;
 - г) гемоперитонеум.
20. Аускультация – это:
- а) зыбления;
 - б) костный хруст;
 - в) выстукивание;
 - г) выслушивание.
21. Для клинической смерти не характерно
- а) отсутствие самостоятельного дыхания
 - б) отсутствие пульса на сонной артерии
 - в) отсутствие сознания
 - г) патологическое дыхание
22. Достоверный признак биологической смерти
- а) прекращение дыхания

- б) прекращение сердечной деятельности
- в) расширение зрачка
- г) симптом «кошачьего глаза»

Эталон ответа

1в	1-а	2-а	3-б	4-б	5-а	6-а	7-в	8-г	9-в	10-а
	11-б	12-б	13-в	14-б	15-г	16-а	17-а	18-б	19-б	20-а
	21-г	22-г								
2в	1-б	2-б	3-г	4-в	5-в	6-б	7-а	8-г	9-а	10-в
	11-г	12-в	13-а	14-а	15-б	16-а	17-б	18-а	19-в	20-г
	21-г	22-г								

ЗАНЯТИЕ № 2

Тема: «Проведение обследования больного с хирургической патологией головы, лица, полости рта, заболеваниями шеи, трахеи, пищевода»
 Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

- ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.
- ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.
- ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

- Организационный момент - 5 минут
- Проблемно-ситуационные задачи –20 минут
- Целевой инструктаж по технике безопасности –5 минут
- Работа в отделении: - 210 минут

Манипуляция	Количество	ПК	оценка
1. Планирование обследования пациента с хирургической патологией: голова лица полости рта заболеваниями шеи трахеи пищевода.	6 1 1 1 1 1 1	ПК 1.1.	
2. Осуществление сбора анамнеза: анамнеза жизни анамнеза заболевания	2 1 1	ПК 1.1.	
3. Участие в подготовке к различным методам обследования пациента: ЭХОЭГ ЭЭГ ФГДС КТ МРТ Бронхоскопии и бронхографии.	6 1 1 1 1 1 1	ПК 1.2.	
4. Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями;	6	ПК 1.3.	
5. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики; ОАК ОАМ Инстр. метод. исследования	3 1 1 1	ПК 1.2. ПК 1.3.	
6. Оформление медицинской документации.	1	ПК 1.7.	

Оформление дневников - 30 минут.

Контрольно-оценочные материалы
 Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной жалуется на раздражительность, чувство жара, потливость, сердцебиение, исхудание, слабость.

Осмотр: кожные покровы влажные, тургор кожи нормальный. Наблюдается пучеглазие, глазная щель широко раскрыта, заметен легкий тремор рук.

Вопрос:

Для какого заболевания характерен такой симптомокомплекс?

- 1) Микседемы.
- 2) Сахарного диабета.

- 3) Тиреотоксикоза.
- 4) Аддисоновой болезни.

Эталон ответа

Для тиреотоксикоза

Задача № 2

В стационар доставлен больной без сознания. При осмотре повреждения костей не обнаружено. А/Д 120/80 мм.рт.ст. Пульс 56 ударов в минуту. Сухожильные рефлексы на правой верхней и нижней конечности не определяются. Сопровождающий больного сотрудник сообщил, что пострадавший упал с высоты 1,5 м и ударился головой.

Вопрос:

1. Чем обусловлено состояние больного?
2. Какие дополнительные методы исследования вы назначите для подтверждения диагноза?

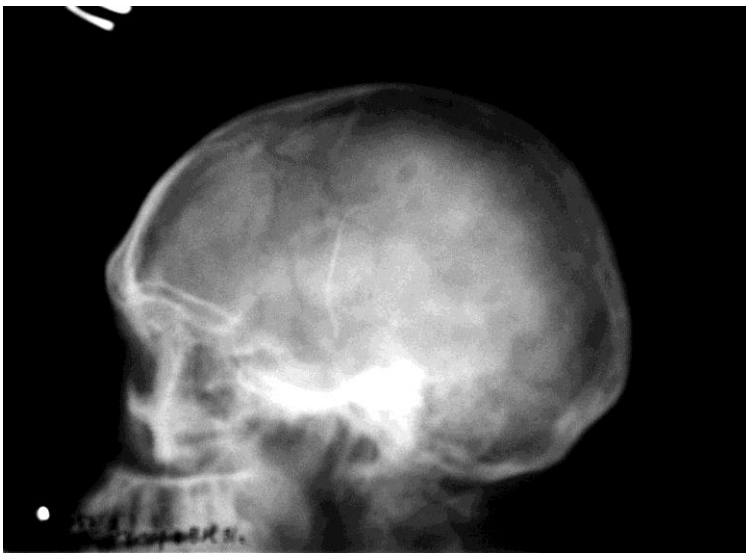
Эталон ответа

Тяжесть состояния больного обусловлена черепно-мозговой травмой, ушибом головного мозга. Для подтверждения диагноза необходимо выполнить ЭХО-энцефалографию, компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию головного мозга.

Задача №2

Как называется рентгенологическое исследование черепа?

Назовите признак перелома кости свода черепа и покажите его на рентгенограмме.



Эталон ответа к задаче

Краниография.

На рентгенограмме – линейный перелом теменной кости. Признак: линия просветления, указывающая зону перелома.

Задача №3

Перелом, какой кости изображен на рентгенограмме?

Определите локализацию и признаки перелома, укажите их.

Какова диагностическая ценность рентгенологического метода исследования при переломах?



Эталон ответа к задаче

На рентгенограмме определяется перелом нижней челюсти. Отмечается деформация контура угла нижней челюсти с линией просветления (зона перелома), наложена иммобилизирующая шина.

При рентгенологическом исследовании пациентов с переломами можно определить локализацию перелома, наличие линий перелома (полный или неполный перелом), смещение отломков (вид смещения), деформацию оси конечности, наличие костных осколков, контуры кортикального слоя кости (поднадкостничные переломы), состояние структуры кости.

ЗАНЯТИЕ № 3

Тема: «Проведение обследования больного с заболеваниями органов грудной клетки»

Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

Организационный момент - 5 минут

Проблемно-ситуационные задачи –20 минут

Целевой инструктаж по технике безопасности –5минут

Работа в отделении: - 210 минут

Манипуляция	Количество	ПК	Оценка
1.Планирование обследование пациента с повреждениями и заболеваниями органов грудной клетки: осмотр пальпация перкуссия аускультация	4 1 1 1 1	ПК 1.1.	
2.Осуществление сбора анамнеза: анамнеза жизни анамнеза заболевания	2 1 1	ПК 1.1.	
3. Участие в подготовке к различным методам обследования пациента: рентгенографии рентгеноскопии бронхоскопии маммографии КТ торакографии торакоцентезу	7 1 1 1 1 1 1 1	ПК 1.2.	
4.Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями	1	ПК 1.3.	
5.Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики: ОАК ОАМ Инстр. метод.исследования	3 1 1 1	ПК 1.2. ПК 1.3.	

6. Оформление медицинской документации.	1	ПК 1.7.	
-----------------------------------------	---	---------	--

Оформление дневников - 30 минут.

Контрольно-оценочные материалы
Ситуационные задачи

Задача № 1

У больного жидкость в правой плевральной полости.

1. Назовите патологию.
2. Назовите основную жалобу при этом.
3. Опишите данные, полученные при осмотре и пальпации грудной клетки.
4. Дайте оценку перкуторного звука справа.
5. Оцените данные аускультации справа.

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Гидроторакс, пиоторакс, гемоторакс.
2. Одышка, боль в грудной клетке.
3. Справа грудная клетка отстаёт при дыхании, увеличена в объеме, межреберные промежутки сглажены. При пальпации ригидность грудной клетки и ослаблено голосовое дрожание справа.
4. Тупой звук справа в нижних отделах.
5. Отсутствие или ослабление дыхательных шумов в в нижних отделах справа.

Задача № 2.

У больного легочное кровотечение.

1. Назовите характерные признаки, отличающие его от желудочного кровотечения.
2. Чем отличается понятие кровохарканье от легочного кровотечения?
3. При каком заболевании встречается мокрота в виде «малинового желе»?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Кровь появляется с кашлевым толчком, пенистая, алого цвета, реакция щелочная.
2. Количеством крови. Может быть примесь мокроты. В анамнезе нередко заболевания легких.
3. Рак легкого.

Задача № 3.

У больного воздух в плевральной полости.

1. Назовите патологию.
3. Дайте оценку перкуторного звука.
4. Оцените данные аускультации.

Эталон ответа к задаче №3.

1. Пневмоторакс.
2. Тимпанический.
3. Дыхание, ослабленное везикулярное или отсутствует вообще.

Задача №4.

У пациента боль в груди, одышка, отставание правой половины грудной клетки при дыхании, сглаженность межреберных промежутков, при аускультации – ослабленное дыхание в нижних отделах справа, при перкуссии – тупой звук.

1. О какой патологии идет речь?
2. Назовите специальные методы обследования.

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Гемоторакс.
2. Рентгенография грудной клетки, плевральная пункция.

Задача №5.

У пациентки рак молочной железы.

1. Назовите специальные методы обследования.

Эталон ответа к задаче № 5

Маммография, пункционная биопсия, цитология.

Задача №1

Назовите метод исследования пациента, представленный на иллюстрации.

Назовите и покажите типичные рентгенологические признаки экссудативного плеврита.

Какой метод дополнительного исследования пациента позволяет уточнить характер плеврального выпота?



Эталон ответа к задаче

1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции.
2. Типичные рентгенологические признаки экссудативного плеврита:
затемнение легочного поля с косой границей,
смещаемость тени при вдохе и выдохе,
смещение органов средостения в здоровую сторону при большом количестве экссудата.
3. Плевральная пункция с последующим лабораторным исследованием плеврального выпота.

ЗАДАЧА №2.

Как называется скопление крови в плевральной полости? Назовите его признак и покажите на рентгенограмме пациента с травмой грудной клетки.



Эталон ответа к задаче

1. Гемоторакс.
2. На рентгенограмме правой половины грудной клетки - наличие жидкости с косым уровнем в плевральной полости.

ЗАНЯТИЕ № 4

Тема: «Проведение обследования больных с хирургическими заболеваниями брюшной стенки и органов брюшной полости»

Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

Организационный момент - 5 минут

Проблемно-ситуационные задачи – 20 минут

Целевой инструктаж по технике безопасности – 5 минут

Демонстрационная часть – 20 минут

обучение технике и методам осмотра живота и определение перитониальных симптомов;

оценка результатов обследования;

выявление общих и местных симптомов при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Работа в отделении: - 190 минут

Манипуляция	Количество	ПК	Оценка
1. Планирование обследования пациента с повреждениями и с хирургическими заболеваниями брюшной стенки и органов брюшной полости: осмотр пальпация перкуссия аускультация	4 1 1 1 1	ПК 1.1.	
2. Осуществление сбора анамнеза: анамнеза жизни анамнеза заболевания	2 1 1	ПК 1.1.	
3. Участие в подготовке к различным методам обследования пациента: УЗИ КТ лапароцентезу обзорной рентгенографии органов брюшной полости ФГДС	5 1 1 1 1 1	ПК 1.2.	
4. Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями	1	ПК 1.3.	
5. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики: ОАК ОАМ Инстр. метод. исследования	3 1 1 1	ПК 1.2. ПК 1.3.	
6. Оформление медицинской документации.	1	ПК 1.7.	

Оформление дневников - 30 минут.

Контрольно-оценочные материалы

Ситуационные задачи

Задача № 1.

У пациента жалобы на слабость, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, рвоту «кофейной гущей».

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?
2. Какими будут показатели гемодинамики?
3. Что необходимо уточнить в анамнезе жизни?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Синдром кровотечения.
2. В анамнезе жизни: наличие ЯБЖ.

Задача № 2.

У пациента жалобы на сильную боль в правом подреберье, иррадиирующую в правое плечо, тошноту, рвоту желчью.

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?
2. Что необходимо уточнить в анамнезе заболевания?
3. Для какого заболевания характерны данные жалобы?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Синдром «острого живота».
2. В анамнезе заболевания – погрешности в диете.
3. Острый холецистит.

Задача № 3.

У пациента жалобы на схваткообразную боль в животе, тошноту, неукротимую рвоту с каловым запахом, задержку стула и газов.

1. О каком синдроме идет речь?
2. Что необходимо уточнить в жалобах пациента?

Эталон ответа к задаче №3.

1. Синдром «острого живота».
2. Локализация, интенсивность, распространенность, иррадиация, периодичность, длительность, связь с положением тела, характер, связь с приемом пищи, с физической нагрузкой.

Задача № 4.

У пациента имеет место «кинжальная боль» в животе, «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы

Щеткина – Блюмберга и Воскресенского.

1. Назовите патологию.
2. Дайте оценку перкуторного звука.
3. Оцените данные аускультации.

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Перфоративная язва желудка. Перитонит.
2. Исчезновение печеночной тупости.
3. Урежение перистальтики.

Задача №5.

У пациента жалобы на схваткообразную боль в животе, неукротимую «каловую» рвоту, задержку стула и газов.

1. Назовите патологию.
2. Оцените данные аускультации.

Эталон ответа к задаче №5.

1. Острая кишечная непроходимость.

2. Сначала усиление перистальтики кишечника, затем её ослабление и исчезновение (симптом «гробовой тишины») на фоне которого слышен «шум падающей капли»), положительный симптом «шума плеска».

Задача № 6.

У пациента жалобы на боль в эпигастрии, оказанную с приемом пищи.

1. Какие методы инструментального обследования показаны данному пациенту?
2. Какие лабораторные методы диагностики показаны данному пациенту?

Эталон ответа к задаче № 6.

1. ФГС, рентгенография желудка.
2. Желудочное зондирование.

Задача №7.

Пациенту назначено ФГС желудка.

Схема подготовка к данному обследованию.

Эталон ответа к задаче №7.

1. Исследование проводится натощак. В день исследования нельзя пить, курить. Накануне – ранний легкий ужин. Приготовить полотенце.

Задача № 8.

Пациенту назначено УЗИ органов брюшной полости.

Схема подготовки пациента к данному обследованию.

Эталон ответа к задаче №8.

Исследование проводится натощак. Накануне – ранний легкий ужин. Приготовить полотенце.

Задача № 9.

Оцените результаты общего анализа крови пациентки с осложненным аппендицитом, выявите патологические изменения и назовите их, используя медицинские термины.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ								
Ф.И.О. Лаврова И.Я., 31 год								
Диагноз острый аппендицит, перитонит								
Гемоглобин							122 г/л	
Эритроциты							3,9 × 10 ¹² /л	
Цветовой показатель							0,94	
СОЭ							36 мм/ч	
Лейкоциты							21 × 10 ⁹ /л	
Лейкоцитарная формула								
Б	Э	М	Мт	П/я	С/я	Лф	Мон	Прим.
–	–	1	2	12	72	11	2	токсигенная зернистость нейтрофилов
Подпись _____								

Эталон ответа к задаче: лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ.

Задача № 2.

1. Назовите рентгенологический метод исследования пациента, представленный на иллюстрации.
2. Назовите ведущий рентгенологический признак острой кишечной непроходимости и покажите его на рентгенограмме.



Эталон ответа к задаче

1.Обзорная рентгенография брюшной полости.

2.На рентгенограмме определяются «чаши Клойбера» – вздутие петель кишечника с наличием скопления жидкости, образующей горизонтальные уровни.

Задача № 3.

1.Назовите метод исследования пациента, представленный на иллюстрации.

2.Назовите патологию, при которой наблюдается такая клиническая картина.

3.Какой метод лечения показан данному пациенту?



Эталон ответа к задаче

1.На иллюстрации показано определение свободной жидкости в брюшной полости при асците.

2.Асцит наблюдается при циррозах печени, раке печени и других заболеваниях.

3. Данному пациенту показана пункция брюшной полости для удаления асцитической жидкости

ЗАНЯТИЕ №5

Тема: «Проведение обследования больных с урологической патологией и заболеваниями прямой кишки»

Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

Организационный момент - 5 минут

Проблемно-ситуационные задачи – 20 минут

Целевой инструктаж по технике безопасности –5 минут

Работа в отделении: - 210 минут

Манипуляция	Количество	ПК	Оценка
1.Планирование обследование пациента с урологической патологией и заболеваниями прямой кишки: осмотр пальпация перкуссия	3 1 1 1	ПК 1.1.	
2.Осуществление сбора анамнеза: анамнеза жизни анамнеза заболевания	2 1 1	ПК 1.1.	
3. Участие в подготовке к различным методам обследования пациента: цистоскопии ирригоскопии Колоноскопии Ректороманоскопии пальцевого исследования прямой кишки УЗИ	6 1 1 1 1 1 1	ПК 1.2.	
4.Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями	1	ПК 1.3.	
5.Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики: ОАК ОАМ Инстр. метод.исследования	3 1 1 1	ПК 1.2. ПК 1.3.	

6. Оформление медицинской документации.	1	ПК 1.7	
-----------------------------------------	---	--------	--

Оформление дневников - 30 минут.

Контрольно-оценочные материалы

Ситуационные задачи

Задача № 1.

У пациента жалобы на частое болезненное мочеиспускание, боль в поясничной области.

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?
2. Что необходимо уточнить в анамнезе заболевания?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Дизурический синдром.
2. В анамнезе заболевания – переохлаждение.

Задача № 2.

У пациента жалобы на невозможность мочеиспускания. Из анамнеза: на протяжении трёх лет отмечает учащение мочеиспускания, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?
2. Какое заболевание приводит к развитию данного синдрома?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Синдром «острой задержки мочеиспускания».
2. Аденома предстательной железы.

Задача № 3.

У пациента синдром «острой задержки мочеиспускания».

Оцените данные пальпации.

Оцените данные перкуссии.

Эталон ответа к задаче № 3.

Мочевой пузырь увеличен в размерах, пальпируется над лоном.

Перкуторно: тупой звук в проекции мочевого пузыря.

Задача № 4.

У пациента хронический парапроктит, наружный свищ. Какой метод обследования показан при данном заболевании?

Эталон ответа к задаче № 4.

Фистулография с йодлиполом.

Задача № 5.

Пациенту назначено УЗИ мочевого пузыря.

Схема подготовки пациента к данному обследованию.

Эталон ответа к задаче № 5.

За 3 часа до исследования опорожнить мочевой пузырь, выпить 2 стакана воды. Не мочиться. Приготовить полотенце.

Задача № 1.

Оцените результаты общего анализа крови пациента, выявите патологические изменения и назовите их, используя медицинские термины.

Клинико-диагностическая лаборатория городской больницы № 1									
12 ноября 2004 г. № 8									
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ									
Ф.И.О. Малахова Е.Н., 52 года Диагноз трещина анального отверстия									
Гемоглобин	72 г/л								
Эритроциты	$3,3 \times 10^{12}/л$								
Цветовой показатель	0,65								
СОЭ	22 мм/ч								
Лейкоциты	$6,7 \times 10^9/л$								
Лейкоцитарная формула									
Э	Б	М	Мт	П/я	С/я	Лф	Мон	Прим.	
1	–	–	–	4	59	31	5		
Морфологические особенности эритроцитов: Анизоцитоз (микроциты), пойкилоцитоз (паноциты, анулоциты), анизохромия (гипохромия) эритроцитов									
Подпись _____									

Эталон ответа к задаче

В ОАК признаки хронической железодефицитной анемии: снижение гемоглобина, уменьшение содержания эритроцитов, изменение эритроцитов – анизоцитоз (микроциты), пойкилоцитоз (паноциты, анулоциты), анизохромия (гипохромия).

Задача № 2.

Оцените результат анализа мочи по Нечипоренко:

Пациент Семенов А.И., 30 лет
Первое терапевтическое отделение ОКБ
Проба Нечипоренко
Лейкоциты - 8 000
Эритроциты - 800

Эталон ответа к задаче: преобладание лейкоцитов (норма до 4000) свидетельствует о пиелонефрите. Эритроциты в норме (до 1000).
Задача № 3.

1. Назовите основной метод рентгенологического исследования мочевой системы в хирургической практике.
2. Какие органы мочевой системы визуализируются на рентгенограмме здорового человека, выполненной по данному методу? Покажите их.



Эталон ответа к задаче

1. Основной метод рентгенологического исследования мочевыделительной системы в хирургической практике – экскреторная (внутривенная, выделительная) урография.
2. На экскреторной урограмме здорового человека изображены почки, чашечки, лоханки, мочеточники и мочевого пузырь.

Задача № 4.

1. Что такое ирригоскопия?
2. Назовите основной рентгенологический признак рака сигмовидной кишки на прицельной рентгенограмме при ирригоскопии. Покажите его.



Эталон ответа к задаче:

1. Ирригоскопия – метод рентгенологического исследования толстой кишки путем ретроградного (с помощью клизмы) заполнения ее рентгенконтрастным веществом (взвесью сульфата бария).
2. На прицельной рентгенограмме сигмовидной кишки определяется циркулярное сужение ее, контуры суженного участка неровные, определяется «дефект наполнения».

ЗАНЯТИЕ №6

Тема: «Проведение обследования больных с заболеваниями мягких тканей, костно-суставной системы, сосудов конечностей»

Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными компетенциями:

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

План занятия:

Организационный момент - 5 минут

Проблемно-ситуационные задачи –20 минут

Целевой инструктаж по технике безопасности –5 минут

Работа в отделении: - 180 минут

Манипуляция	Количество	ПК	Оценка
1.Планирование обследования пациента с заболеваниями: мягких тканей костно-суставной системы сосудов конечностей	3 1 1 1	ПК 1.1.	
2.Осуществление сбора анамнеза: анамнеза жизни анамнеза заболевания	2 1 1	ПК 1.1.	
3.Участие в подготовке к различным методам обследования пациента: рентгенографии доплерографии вазографии КТ МРТ	5 1 1 1 1 1	ПК 1.2.	
4.Формулирование предварительного диагноза в соответствии с современными классификациями	1	ПК 1.3.	
5.Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики: ОАК ОАМ Инстр. метод.исследования	3 1 1 1	ПК 1.2. ПК 1.3.	
6.Оформление медицинской документации	1	ПК 1.7.	

Оформление дневников - 30 минут.

Зачет – рубежный тест-контроль 30 мин.

По итогам учебной практики проводится зачет. Результат выставляется в бригадный журнал, ведомость, протокол и зачетную книжку студента.

Контрольно-оценочные материалы

Ситуационные задачи

Задача № 1.

У пациента жалобы на зябкость ног, парестезии. При осмотре нижние конечности бледные, холодные, пульсация кровеносных сосудов на нижних конечностях снижена.

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?

2. Что нужно уточнить в анамнезе жизни?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Синдром нарушения периферического кровообращения.

2. В анамнезе жизни – курение, отморожение нижних конечностей, атеросклероз.

Задача № 2.

У пациента жалобы на боль в левой руке, невозможность движений конечностью. При осмотре – выраженная деформация, в глубине раны видны костные отломки.

1. Для какого синдрома характерны эти данные?

2. Что нужно уточнить в анамнезе заболевания?

3. О какой патологии идет речь?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Синдром повреждения.

2. Механизм травмы, обстоятельства травмы.

3. Открытый перелом.

Задача № 3.

У пациента боль, деформация, нарушение функции конечности, крепитация.

1. О какой патологии идет речь?

2. Что необходимо для уточнения диагноза?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Перелом.

2. Рентгенография.

Задача № 4.

Оцените результаты общего анализа крови пациента с абсцедирующей флегмоной кисти, выявите патологические изменения и назовите их, используя медицинские термины.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Ф.И.О. Ковров И.Я., 21 год
Диагноз: абсцедирующая флегмоной правой кисти,
стволовой лимфангит.

Гемоглобин	122 г/л
Эритроциты	3,9 x 10 ¹² /л
Цветовой показатель	0,94
СОЭ	36 мм/ч
Лейкоциты	21 x 10 ⁹ /л

Лейкоцитарная формула

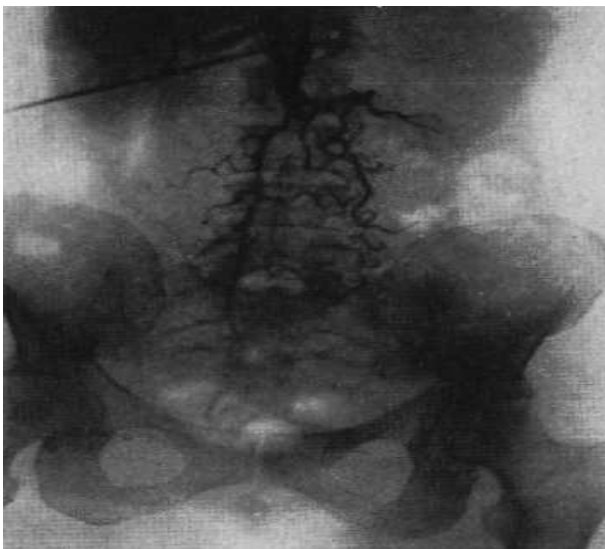
Б	Э	М	Мт	П/я	С/я	Лф	Мон	Прим.
-	-	1	2	12	72	11	2	токсигенная зернистость нейтрофилов

Подпись:

Эталон ответа к задаче: лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ

Задача №5.

1. Назовите рентгеноконтрастный метод исследования сосудов.
2. Какова его диагностическая ценность при облитерирующих заболеваниях сосудов?
3. Укажите на аортограмме признаки окклюзии аорты.



Эталон ответа к задаче:

1. Ангиография – рентгенологическое исследование артерий и вен после введения в них контрастного вещества. Ангиография при облитерирующих заболеваниях сосудов позволяет определить сужение сосуда вплоть до его непроходимости.
2. На аортограмме видно, что контрастное вещество заполнило лишь проксимальную часть брюшной аорты, эта часть деформирована и сужена. Дальнейшее продвижение контрастного вещества по брюшной аорте оказалось невозможным из-за ее полной окклюзии, вследствие поражения атеросклерозом.

Задача № 6.

Определите характер повреждения у пациента с травмой предплечья, назовите признаки травмы и покажите их на рентгенограмме предплечья в боковой проекции.



Эталон ответа к задаче

У пациента перелом локтевой кости.

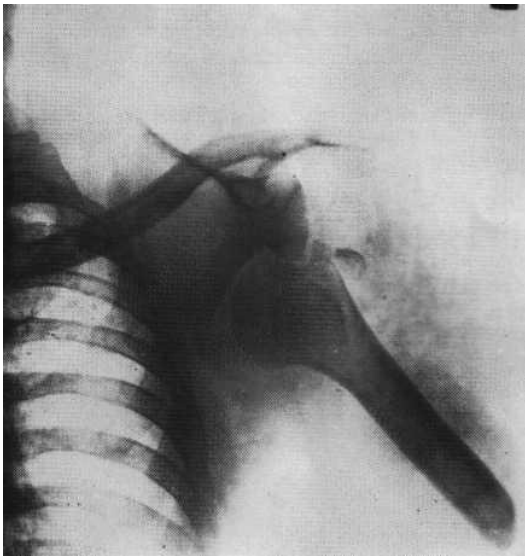
Признаки перелома: наличие линии перелома, смещение отломков, наличие костных осколков.

На рентгенограмме – диафизарный оскольчатый перелом локтевой кости со смещением отломков.

Задача №6.

1. Какой сустав изображен на рентгенограмме?

2. Назовите основной признак вывиха и покажите его на рентгенограмме.



Эталон ответа к задаче

1. Плечевой сустав.

2. На рентгенограмме вывих левого плечевого сустава: полное нарушение соответствия (смещение) суставных концов.

Задача № 5.

Определите характер повреждения у пациента с травмой голени, назовите признаки травмы и покажите их на рентгенограмме голени в боковой проекции. Контур, какой шины видны на рентгенограмме?



Эталон ответа к задаче

1. У пациента перелом костей голени. Признаки: наличие линий перелома, смещение отломков. На рентгенограмме – диафизарные переломы большеберцовой и малоберцовой костей.

2. Шина Крамера.

Контрольно-оценочные материалы

I вариант

1. Диагностическое значение имеет:
 - а) положение пациента;
 - б) черты характера;
 - в) общительность.
2. В анамнезе жизни устанавливают:
 - а) условия труда и вредные привычки;
 - б) течение заболевания;
 - в) время начала заболевания;
 - г) локальный статус.
3. Наиболее часто встречающийся синдром в хирургии:
 - а) диспепсический;
 - б) болевой;
 - в) сердечнососудистой недостаточности;
 - г) дыхательной недостаточности.
4. Противопоказания к проведению лапароцентеза все, кроме:
 - а) перитонит;
 - б) спаечная болезнь;
 - в) цирроз печени;
 - г) беременность.
5. Выяснение жалоб – это процесс:
 - а) активный;
 - б) пассивный.
6. Для дизурического синдрома характерно:
 - а) частое болезненное мочеиспускание;
 - б) схваткообразные боли;
 - в) общая слабость, тахикардия, бледность;
 - г) общая слабость, брадикардия.
7. Количество жидкости, которое можно вывести за одну пункцию брюшной полости:
 - а) от 7 до 12 литров;
 - б) от 3 до 5 литров;
 - в) от 2 до 3 литров;
 - г) от 12 до 15 литров.
8. Первая встреча с пациентом начинается:
 - а) с выяснения жалоб;
 - б) с выяснения общих сведений (паспортные данные);
 - в) с осмотра;
 - г) с представления пациенту.
9. У хирургического пациента необходимо уточнить:
 - а) национальность;
 - б) семейное положение;
 - в) профессию.
10. Аускультация – это:
 - а) зыбление;
 - б) костный хруст;
 - в) выстукивание;
 - г) выслушивание.

11. Положение больного при проведении люмбальной пункции любое, кроме:
- а) лёжа на спине;
 - б) лёжа на левом боку, колени приведены к подбородку;
 - в) сидя.
12. В норме лимфоузлы:
- а) пальпируются;
 - б) не пальпируются.
13. Крепитация и патологическая подвижность – абсолютные признаки:
- а) грыжи;
 - б) перелома;
 - в) вывиха;
 - г) ушиба.
14. «Кинжальная боль», «доскообразный живот» - это признаки:
- а) перфорации язвы;
 - б) ГДК;
 - в) острого холецистита;
 - г) кишечной непроходимости.
16. К симптомам раздражения брюшины относится:
- а) симптом Щёткина-Блюмберга;
 - б) симптом Ситковского;
 - в) симптом Ортнера;
 - г) симптом Ровзинга.
17. При наличии воздуха в брюшной полости перкуссия дает:
- а) тупой звук;
 - б) тимпанит;
 - в) исчезновение печеночной тупости;
 - г) легочный звук.
18. Основная особенность объективного обследования хирургического пациента:
- а) данные осмотра;
 - б) данные пальпации;
 - в) локальный статус.
 - г) анамнез заболевания.
19. Для определения изменения перистальтики кишечника применяют:
- а) перкуссию;
 - б) осмотр;
 - в) аускультацию;
 - г) пальпацию.
20. Для пневмоторакса характерен:
- а) тупой звук;
 - б) тимпанит;
 - в) коробочный;
 - г) легочный.
21. Симптом Ортнера - это:
- а) болезненность при поколачивании ребром ладони по краю правой реберной дуги;
 - б) болезненность при пальпации пупочного кольца;
 - в) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
 - г) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку.
22. Для гемоторакса характерен:
- а) тупой звук;
 - б) тимпанит;
 - в) коробочный;
 - г) легочный.
23. Цвет кожных покровов при синдроме кровотечения:
- а) землистый;
 - б) бледный;
 - в) желтушный;
 - г) цианотичный.
24. Колоноскопия – это исследование:
- а) желудка;
 - б) поджелудочной железы;
 - в) мочевого пузыря;
 - г) толстого кишечника.
25. Ректороманоскопия – это исследование:
- а) желудка;
 - б) прямой кишки;
 - в) поджелудочной железы;
 - г) мочевого пузыря.
26. ФГС – это исследование:
- а) желудка;
 - б) мочевого пузыря;
 - в) толстого кишечника;
 - г) тонкого кишечника.
27. Цистоскопия – это исследование:
- а) кишечника;
 - б) желудка;
 - в) мочевого пузыря;
 - г) матки.
28. Специальной подготовки кишечника требует:

- а) морфологический метод;
 - б) эндоскопический метод;
 - в) радиоизотопный метод.
29. Метод, изучающий клеточный состав:
- а) радиоизотопный;
 - б) эндоскопический;
 - в) цитологический;
 - г) рентгенологический.
30. Метод диагностики, не имеющий противопоказаний:
- а) УЗИ;
 - б) рентген;
 - в) эндоскопия;
 - г) цитология.

2 вариант

1. В анамнезе заболевания отражают:
- а) семейное положение;
 - б) время начала заболевания;
 - в) профессию;
 - г) возраст.
2. Способ дренирования, при котором жидкость по дренажу оттекает постоянно:
- а) открытый;
 - б) смешанный;
 - в) закрытый.
3. Срок удаления резиновых дренажных трубок:
- а) 2 суток;
 - б) 1 сутки;
 - в) 3-4 суток;
 - г) 5-6 суток.
4. Жалобы, характерные для синдрома кровотечения:
- а) частое мочеиспускание;
 - б) схваткообразные боли;
 - в) общая слабость, тахикардия, бледность;
 - г) общая слабость, брадикардия.
5. В норме лимфоузлы:
- а) пальпируются;
 - б) не пальпируются.
6. Положение больного при проведении пункции мочевого пузыря:
- а) лёжа на спине;
 - б) лёжа на левом боку, колени приведены к подбородку;
 - г) сидя;
 - д) лёжа на правом боку, колени приведены к подбородку.
7. Положение больного при проведении лапароцентеза:
- а) лёжа на левом боку, колени приведены к подбородку;
 - б) сидя;
 - в) лёжа на правом боку, колени приведены к подбородку.
8. Скопление крови в околосердечной сумке называется:
- а) гемоторакс;
 - б) гемоперикардиум;
 - в) гемартроз;
 - г) гемоперитонеум.
9. Анизокория - это:
- а) сужение зрачков;
 - б) расширение зрачков;
 - в) косоглазие;
 - г) зрачки разной величины.
10. При гидротораксе перкуторный звук на стороне поражения:
- а) легочный;
 - б) коробочный;
 - в) тупой;
 - г) укороченный.
11. При гемоперитонеуме перкуторный звук в отлогих местах:
- а) легочный;
 - б) коробочный;
 - в) тупой;
 - г) тимпанический.
12. При открытом пневмотораксе средостение:
- а) смещено в здоровую сторону;
 - б) смещено в сторону поражения;
 - в) ballotирует;
 - г) не смещается.
13. Ограниченное скопление крови в тканях - это:
- а) гемартроз;
 - б) гематома;
 - в) гемоторакс;
 - г) гемоперикардиум.
14. Перитонит - это воспаление:
- а) брюшины;

- б) плевры;
 - в) слизистой кишечника;
 - г) перикарда.
15. Флюктуация - это:
- а) судорожное сокращение мышц;
 - б) размягчение в центре воспалительного инфильтрата;
 - в) появление пузырей на гиперемированной коже;
 - г) «хруст» при пальпации.
16. Наличие крови в моче - это:
- а) фосфатурия;
 - б) гематурия;
 - в) уратурия;
 - г) бактериурия.
17. Крепитация - это:
- а) размягчение в центре воспалительного инфильтрата;
 - б) «хруст» при пальпации;
 - в) судорожное сокращение мышц;
 - г) покраснение кожи.
18. Симптом Мейо-Робсона - это:
- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
 - б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
 - в) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря;
 - г) в правом подреберье пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь.
19. Лордоз - это:
- а) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью назад;
 - б) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью кпереди;
 - в) стойкое боковое искривление и поворот позвоночного столба;
 - г) анатомо-физиологическое состояние позвоночника.
20. Скопление жидкости в плевральной полости называется:
- а) асцит;
 - б) гидроторакс;
 - в) гидроперикардиум;
 - г) анасарка.
21. Симптом Спигарского – это:
- а) высокий тимпанит в эпигастрии и притупление в боковых отделах живота;
 - б) высокий тимпанит с металлическим оттенком над раздутой петлей кишки;
 - в) болезненность при поколачивании в проекции почки;
 - г) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла.
22. Скопление крови в полости сустава называется
- а) гемоторакс;
 - б) гемоперикардиум;
 - в) гемартроз;
 - г) гемоперитонеум.
23. Дисфагия - это:
- а) нарушение акта глотания;
 - б) затрудненное прохождение пищи по пищеводу;
 - в) отрыжка;
 - г) слюнотечение.
24. Чаша Клойбера на обзорной R-грамме брюшной полости - характерный рентгенологический признак:
- а) острой кишечной непроходимости;
 - б) перфоративной язвы желудка;
 - в) острого аппендицита;
 - г) неосложненной язвы желудка.
25. Скопление воздуха под диафрагмой в виде "серпа" на обзорной R-грамме брюшной полости - это характерный признак:
- а) острой кишечной непроходимости;
 - б) перфоративной язвы желудка;
 - в) острого аппендицита;
 - г) неосложненной язвы желудка.
26. Полиурия - это:
- а) увеличение количества выделяемой мочи за сутки;
 - б) уменьшение количества выделяемой мочи за сутки;
 - в) полное прекращение выделения мочи почками;
 - г) невозможность опорожнить мочевой пузырь.
27. Симптом Ровзинга – это:
- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
 - б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
 - в) усиление боли в правом подвздошье при толчкообразных движений рукой в левом подвздошье;
 - г) болезненность при пальпации пупочного кольца
28. Ишурия - это:
- а) увеличение количества выделяемой мочи за сутки;
 - б) уменьшение количества выделяемой мочи за сутки;
 - в) полное прекращение выделения мочи почками;
 - г) невозможность опорожнить мочевой пузырь.
29. Для пробы по Нечипоренко собирают:
- а) мочу в течение суток через каждые 3 часа;
 - б) среднюю порцию утренней мочи;
 - в) ночную мочу за 10 часов;
 - г) суточную мочу в одну ёмкость.

30. Подготовка к ректороманоскопии включает всё перечисленное, кроме:

- а) очистительных клизм накануне исследования и в день обследования;
- б) обязательного пальцевого исследования прямой кишки;
- в) пальпации органов брюшной полости;
- г) рентгеноскопии легких.

3 вариант

1. В положении больного сидя с опущенной головой, когда исследователь находится сзади, пальпируют:

- а) шейные лимфатические узлы;
- б) хрящи гортани;
- в) околоушные слюнные железы;
- г) затылочные лимфатические узлы.

2. Маммография - это исследование молочных желез:

- а) ультразвуковое;
- б) рентгенологическое;
- в) радиоизотопное;
- г) термографическое.

3. Дуктография - это исследование молочных желез:

- а) бесконтрастное рентгенологическое;
- б) контрастное рентгенологическое;
- в) ультразвуковое;
- г) радиоизотопное.

4. Методическую пальпацию органов брюшной полости разработал:

- а) Де Гаен;
- б) Ауэнбруггер;
- в) Лаэннек;
- г) Образцов.

5. «Сардонический смех» - это:

- а) бугорчато-узловатое утолщение кожи под глазами и над бровями, расширение носа;
- б) амимичное лицо;
- в) стойкая гримаса, при которой рот расширяется, как при смехе, а лоб образует складки, как при печали;
- г) запавшие глаза, заостренный нос, мертвенно-бледная с синюшным оттенком кожа лица.

6. Миоз - это:

- а) сужение зрачков;
- б) расширение зрачков;
- в) косоглазие;
- г) разная ширина зрачков.

7. Мидриаз - это:

- а) сужение зрачков;
- б) расширение зрачков;
- в) косоглазие;
- г) разная ширина зрачков.

8. Пальпация – это:

- а) ощупывание;
- б) зыбление;
- в) костный хруст;
- г) выстукивание.

9. Перкуссия – это:

- а) выстукивание;
- б) костный хруст;
- в) зыбление;
- г) ощупывание.

10. Аускультация – это:

- а) зыбление;
- б) костный хруст;
- в) выстукивание;
- г) выслушивание.

11. Локальный статус – это:

- а) описание в истории болезни результатов обследования места болезни;
- б) усиление боли при резком отнятии руки при пальпации живота;
- в) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря;
- г) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла.

12. Симптом Щеткина-Блюмберга – это:

- а) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря;
- б) усиление боли при резком отнятии руки при пальпации живота;
- в) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- г) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку.

13. Симптом Курвуазье – это:

- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
- в) в правом подреберье пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь;
- г) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря.

14. Симптом Мерфи – это:

- а) в правом подреберье пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь;
- б) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- в) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
- г) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря.

16. Симптом Бартомье – Михельсона – это:

- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;

- б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
- в) прерывание вдоха при пальпации в точке желчного пузыря;
- г) в правом подреберье пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь.

17. Симптом Ровзинга – это:

- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
- в) усиление боли в правом подвздошье при толчкообразных движений рукой в левом подвздошье;
- г) болезненность при пальпации пупочного кольца.

18. Симптом Думбадзе – это:

- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- б) болезненность при пальпации правого подвздошья в положении больного лёжа на левом боку;
- в) болезненность при пальпации пупочного кольца;
- г) болезненность при поколачивании ребром ладони по краю правой реберной дуги.

19. Для гемоторакса характерен:

- а) тупой звук;
- б) тимпанит;
- в) коробочный;
- г) легочный.

20. Симптом Спигарского – это:

- а) высокий тимпанит в эпигастрии и притупление в боковых отделах живота;
- б) высокий тимпанит с металлическим оттенком над раздутой петлей кишки;
- в) болезненность при поколачивании в проекции почки;
- г) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла.

21. Симптом Кивуля – это:

- а) высокий тимпанит в эпигастрии и притупление в боковых отделах живота;
- б) высокий тимпанит с металлическим оттенком над раздутой петлей кишки;
- в) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- г) болезненность при пальпации пупочного кольца.

22. Симптом Пастернацкого – это:

- а) болезненность при надавливании в области левого реберно-позвоночного угла;
- б) высокий тимпанит в эпигастрии и притупление в боковых отделах живота;
- в) высокий тимпанит с металлическим оттенком над раздутой петлей кишки;
- г) болезненность при поколачивании в проекции почки

23. Скопление крови в плевральной полости называется

- а) гемоторакс
- б) гемоперикардиум;
- в) гемартроз;
- г) гемоперитонеум.

24. Кифоз - это:

- а) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью назад;
- б) изгиб позвоночника в сагитальной плоскости выпуклостью кпереди;
- в) стойкое боковое искривление и поворот позвоночного столба;
- г) анатомо-физиологическое состояние позвоночника.

25. На течение хирургического заболевания оказывает влияние:

- а) образование;
- б) пол;
- в) возраст;
- г) место жительства.

26. Анурия - это:

- а) увеличение количества выделяемой мочи за сутки;
- б) уменьшение количества выделяемой мочи за сутки;
- в) полное прекращение выделения мочи почками;
- г) невозможность опорожнить мочевой пузырь.

27. Наличие крови в моче - это:

- а) фосфатурия;
- б) гематурия;
- в) уратурия;
- г) бактериурия.

28. Колоноскопия – это исследование:

- а) желудка;
- б) поджелудочной железы;
- в) мочевого пузыря;
- г) толстого кишечника.

29. При наличии воздуха в брюшной полости перкуссия дает:

- а) тупой звук;
- б) тимпанит;
- в) исчезновение печеночной тупости;
- г) легочный звук.

30. Выяснение жалоб – это процесс:

- а) активный;
- б) пассивный

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПМ 01. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
УП.01.01 УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ проводится по итогам освоения каждой темы из раздела учебно-тематического плана.

Критерии выставления текущих отметок успеваемости

№ п/п	Оценка	Критерии оценки
1	«Отлично»	оценивается обучающийся, который свободно владеет материалом, демонстрирует глубокое и полное его понимание, правильно и полно выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы, освоил уровень умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) в полном объеме.
2	«Хорошо»	если обучающийся достаточно убедительно с незначительными ошибками в теоретической подготовке, в освоении уровня умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) правильно ответил на все вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе.
3	«Удовлетворительно»	если обучающийся недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке, в освоении уровня умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) ответил на вопросы; с затруднениями, но всё же сможет при необходимости решить задачу на практике.
4	«Неудовлетворительно»	если обучающийся имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов, не освоил необходимый уровень умений, практического опыта, требуемый для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет

Форма проведения:
демонстрация сформированных умений и первичного практического опыта.

Перечень практических заданий для проверки знаний и умений:

Расспрос и общий осмотр больного.

Методика проведения расспроса, осмотра пульмонологических больных.

Пальпация грудной клетки.

Перкуссия лёгких (топографическая и сравнительная).

Аускультация лёгких.

Подсчёт и регистрация ЧДД.

Сбор мокроты на микроскопическое и бактериологическое исследования.

Методика проведения расспроса, осмотра кардиологических больных.

Данные пальпации области сердца и сосудов.

Перкуссия: определение границ относительной сердечной тупости.

Аускультация сердца. Аускультативные точки, проекция клапанов на переднюю грудную стенку.

Определение артериального пульса, его характеристика, регистрация.

Техника измерения АД, регистрация.

Техника снятия электрокардиограммы.

Проведение тропинового теста.

Отличительные признаки сердечной астмы от бронхиальной (анамнез, физикальные данные, лабораторно-инструментальные методы исследования).

Методика расспроса, осмотра нефрологических больных.

Пальпация, перкуссия почек и мочевого пузыря.

Сбор мочи на исследования (общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого, проба на концентрацию, проба на разведение) интерпретация полученных анализов.

Измерение суточного диуреза и водного баланса.

Методика расспроса и осмотра гастроэнтерологических больных.

Пальпация живота: поверхностная и глубокая.

Определение нижнего края печени.

Сбор кала на исследования (капрологию, яйца глистов, реакцию Грегерсена).

Техника проведения дуоденального зондирования.

Подготовка пациента к УЗИ внутренних органов, эндоскопическому исследованию желудка, кишечника.

Методика расспроса и осмотра эндокринологических больных.

Пальпация щитовидной железы.

Определения глазных симптомов при заболеваниях щитовидной железы.

Техника измерения температуры тела.

Экспресс диагностика сахарного диабета (с помощью глюкометра).

Методика расспроса и осмотра гематологических больных.

Пальпация лимфатических узлов.

Чтение анализов крови в норме и патологии.

Подготовка больных к рентгенологическим методам исследования.

Субъективное обследование хирургического пациента.

Объективное обследование хирургического пациента.

Особенности проведения общего осмотра хирургического пациента.

Особенности сбора анамнеза заболевания у хирургических пациентов.

Выявление основных и второстепенных жалоб у хирургического пациента.

Оценка функционального состояния внутренних органов у хирургических пациентов с помощью аускультации.

Оценка функционального состояния внутренних органов у хирургических пациентов с помощью перкуссии.

Оценка функционального состояния внутренних органов у хирургических пациентов с помощью пальпации.

Локальный статус хирургического пациента при синдроме повреждения.

Локальный статус хирургического пациента при заболеваниях органов брюшной полости.

Локальный статус хирургического пациента при синдроме воспаления.

Основные клинические синдромы в хирургии: синдром «острого живота», синдром острой задержки мочеиспускания, дизурический синдром.

Основные клинические синдромы в хирургии: синдром обезвоживания, синдром интоксикации.

Клиническая симптоматика и системный осмотр в хирургии.

Методика пальпации живота у хирургического пациента.

Рентгенологические методы обследования в хирургии.

Ультразвуковые методы диагностики в хирургии.

Эндоскопические методы диагностики в хирургии.

Гистологические методы диагностики в хирургии.

Морфологические методы диагностики в хирургии.

Лапароскопия.

Взятие гноя из раны на бактериологическое исследование.

Диагностическая пункция лимфоузла.

Лапароцентез.

Пункция мочевого пузыря.

Дренирование плевральной полости по Бюлау.

Подготовка больного к плевральной пункции.

Подготовка больного к стерильной пункции.

Подготовка больного к спинномозговой пункции.

Пункция перикарда.

Пункция поверхностно расположенной гематомы.

Лабораторные методы обследования в хирургии.

Основные клинические синдромы в хирургии: синдром кровотечения.

Основные клинические синдромы в хирургии: синдром повреждения.

Основные клинические синдромы в хирургии: синдром воспаления.

Основные клинические синдромы в хирургии: синдром нарушения периферического кровообращения.

Курация хирургического пациента.

Диагностика клинической и биологической смерти.

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Острый бронхит.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- синдром интоксикации (общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела), бронхитический (сухой кашель);
- острое начало заболевания;
- связь заболевания с переохлаждением

2) объективные данные: субфебрильная температура.

- при аускультации дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы с обеих сторон.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

3. Очаговая пневмония, переход в хроническую форму.

ЗАДАЧА 2

Больная В., 43 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание.

После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека.

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

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

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Бронхиальная астма atopическая, средней степени тяжести, ст. обострения. Эмфизема легких. ДН.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты;
- связь возникновения приступов с периодом цветения;
- связь начала заболевания с психоэмоциональным потрясением;
- наследственная предрасположенность (приступы удушья у ближайших родственников);
- наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты;

2) объективные данные:

- при осмотре: вынужденное положение, занимаемое для облегчения дыхания, цианотичный оттенок кожи, бочкообразная форма грудной клетки, сглаженность над- и подключичных ямок, расширение межреберных промежутков, втяжение межреберий, набухание шейных вен, ЧДД - 26 в мин.;
- при перкуссии легких: коробочный звук, опущение нижней границы легких, снижение экскурсии легких;
- при аускультации: сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, удлинение выдоха.

2. Общий анализ крови: на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов. Биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов. Микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана). Исследование функции внешнего дыхания: спирография (снижение показателя Тиффно), пневмотахометрия (низкая мощность выдоха), пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов). Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы.

3. Астматический статус. Дыхательная недостаточность. Хроническое легочное сердце.

ЗАДАЧА 3

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,40С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Пневмония правосторонняя нижнедолевая, средней степени тяжести.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, кашель со "ржавой мокротой";
- острое начало заболевания;

2) объективные данные: лихорадка,

- при осмотре: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании;
- при перкуссии: притупление звука над нижней долей правого легкого;
- при пальпации: усиление голосового дрожания;
- при аускультации: ослабленное везикулярное дыхание, крепитация.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: затемнение соответствующей доли легкого.

3. Плеврит, острая дыхательная недостаточность, коллапс при критическом снижении температуры, миокардит, очаговый нефрит, менингит, сердечная недостаточность, абсцесс легкого.

ЗАДАЧА 4

Больной И., 26 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. Больному легче сидеть, чем лежать. Болен 2-ю неделю.

Объективно: температура 37,80С. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по среднеподмышечной линии от 7-го ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Экссудативный плеврит справа.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- синдром интоксикации, сухой кашель, нарастающая одышка, чувство тяжести в одной половине грудной клетки;
- постепенное начало заболевания;
- вынужденное положение сидя;

2) объективные данные:

- при осмотре: отставание при дыхании и выбухание пораженной половины грудной клетки; вынужденное положение пациента сидя
- при перкуссии: тупой звук над областью поражения, смещение левой границы сердца;
- при пальпации: ослабление голосового дрожания;
- при аускультации: дыхание над пораженной областью резко ослаблено.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Рентгенография органов грудной клетки: затемнение в нижних отделах грудной клетки с косой верхней границей, смещение органов средостения в здоровую сторону, плевральная пункция.

3. Дыхательная и сердечная недостаточность, развитие плевральных спаек.

ЗАДАЧА 5

Больной Н., 18 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина.

Объективно: температура 37,70С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голенях. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/120 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).

3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Острый гломерулонефрит.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- общая слабость, головная боль, отеки, макрогематурия, ноющие боли в пояснице;
- связь с предыдущей инфекцией (ангина 2 недели назад);

2) объективные данные :

- субфебрильная температура;
- при осмотре: бледность кожи, отеки на лице и нижних конечностях;
- при пальпации: напряженный пульс, положительный симптом поколачивания с обеих сторон;
- при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия.

3. Острая сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность, энцефалопатия (экламсия), переход в хроническую форму.

ЗАДАЧА 6

Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе частые циститы.

Объективно: температура 38,0С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом поколачивания положительный справа.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (1.3).

Эталон ответа

1. Острый пиелонефрит.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- синдром интоксикации, ноющая боль в пояснице справа, дизурические явления;
- связь заболевания с переохлаждением;
- частые циститы как предрасполагающий фактор заболевания;

2) объективные данные :

- при осмотре: гипертермия;
- при пальпации: болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки, положительный симптом поколачивания справа.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: лейкоцитурия, бактериурия, анализ мочи по Нечипоренко: увеличение количества лейкоцитов, бактериологическое исследование мочи: выявление возбудителя и определение чувствительности его к антибиотикам, ультразвуковое исследование почек.

3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.

ЗАДАЧА 7

Фельдшер срочно вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали "скорую помощь", после инъекции боли прошли, но после этого приступа была красная моча.

Объективно: температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом поколачивания резко положительный справа.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Мочекаменная болезнь, приступ почечной колики.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- приступ резкой боли в пояснице справа и в правой половине живота, иррадирующей в паховую область и правое бедро, частое мочеиспускание;
- наличие подобного приступа в анамнезе, макрогематурия после купирования приступа;

2) объективные данные :

- при осмотре: беспокойство больного, поиск удобного положения для уменьшения боли;
- при пальпации: болезненность живота в правой половине, резко положительный симптом Пастернацкого справа.

2. Общий анализ крови: при присоединении воспаления отмечается лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: кристаллы солей, ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.

3. Гидронефроз, пиелонефрит, почечная недостаточность

ЗАДАЧА 8

К фельдшеру обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,60С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).

3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Хронический гастрит с сохраненной секреторией в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- боль в эпигастральной области;
- связь с приемом пищи;
- отрыжка кислым, изжога;
- нарушение режима питания;

2) объективные данные:

- при осмотре языка обложенность;
- при пальпации живота болезненность в эпигастральной области;

2.РН - метрия: повышенная кислотность. Эндоскопическое исследование: гиперемия слизистой оболочки, набухание складок, могут быть эрозии.

Рентгенологическое исследование: повышение тонуса желудка, усиленная перистальтика, набухание складок слизистой оболочки.

3. Язвенная болезнь желудка.

ЗАДАЧА 9

Больной А., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- интенсивные "ранние" боли в животе, связь с приемом пищи, изжога, отрыжка кислым, иногда тошнота и рвота, приносящие облегчение;
- самостоятельное вызывание рвоты на высоте боли;
- аппетит сохранен;
- сезонность обострений;
- связь обострений с психоэмоциональными перегрузками;
- вредные привычки курение;

2) объективные данные :

- при осмотре: бледность кожи и слизистых, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки;
- при пальпации: болезненность в эпигастральной области;

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: кислотность нормальная или пониженная, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка с применением контрастного вещества: симптом «ниши», эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоростеноз, малигнизация.

ЗАДАЧА 10

Больной Б., 58 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

Объективно: температура 36,90С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены.

Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабоболезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Цирроз печени алкогольной этиологии. Синдром желтухи. Синдром портальной гипертензии. Синдром печеночно-клеточной недостаточности. Синдром холестаза.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- слабость, недомогание, тошнота, чувство тяжести и ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, метеоризм, кожный зуд, носовые кровотечения ;
- вредные привычки злоупотребление алкоголем;

2) объективные данные:

- при осмотре: желтуха, следы расчесов на коже, признаки бывшего носового кровотечения, красные губы, "печеночные" ладони и язык, сосудистые "звездочки";
- признаки портальной гипертензии симптом "голова Медузы";
- отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, гинекомастия;

- увеличение живота;
 - при пальпации: увеличение печени и селезенки;
2. Общий анализ крови: возможна анемия, биохимический анализ крови: изменение содержания билирубина, белковых фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, пункционная биопсия печени, ультразвуковое исследование печени, лапароскопия.
3. Кровотечения (пищеводные, желудочно-кишечные), печеночная недостаточность.

ЗАДАЧА 11

Больная З., 44 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц.

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, экзофтальм, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом "толстой шеи"). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Диффузный токсический зоб.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- жалобы на повышенную нервную возбудимость, потливость, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание;
- связь заболевания со стрессовой ситуацией;

2) объективные данные :

- субфебрильная температура;
- при осмотре: кожа влажная, тремор, экзофтальм, положительные глазные симптомы, симптом "толстой шеи";
- при пальпации: диффузное увеличение щитовидной железы;
- при аускультации: тахикардия.

2. Общий анализ крови: возможны анемия, лейкопения, биохимический анализ крови: снижение холестерина и альбуминов, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы.

3. Тиреотоксический криз, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность, сдавление трахеи

ЗАДАЧА 12

Женщина 48 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Больна в течение 2-х лет.

Объективно: температура 35,40С. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 100/60мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Гипотиреоз.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- ухудшение памяти, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, сонливость, зябкость, упорные запоры;
- объективные данные :

- пониженная температура тела;

- при осмотре: сухость и шелушение кожи, отсутствие мимики, отечность век, языка, стоп, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки;
- при аускультации: приглушение сердечных тонов, брадикардия.

2. Общий анализ крови: анемия, биохимический анализ крови: увеличение холестерина, снижение уровня белка, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы, электрокардиография.

3. Снижение интеллекта, депрессия, поражение сердца.

ЗАДАЧА 13

Больная К., 18 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около 2-х мес.

Объективно: температура 36,60С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 1.3).
2. Назовите необходимые дополнительные исследования (ПК 1.1, 1.2).
3. Перечислите возможные осложнения (ПК 1.3).

Эталон ответа

1. Сахарный диабет, инсулинозависимый тип

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- полифагия, полидипсия, полиурия, похудание;
- молодой возраст;

2) объективные данные:

- сухость и шелушение кожи;
- недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки

2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность мочи, биохимическое исследование крови: гипергликемия, исследование гликемического и глюкозурического профиля. Осмотр глазного дна.

3. Ухудшение зрения, нарушение функции почек, поражение нервной системы, развитие гипергликемической комы

ЗАДАЧА 14

Больной жалуется на раздражительность, чувство жара, потливость, сердцебиение, исхудание, слабость.

Осмотр: кожные покровы влажные, тургор кожи нормальный. Наблюдается пучеглазие, глазная щель широко раскрыта, заметен легкий тремор рук.

Вопрос:

Для какого заболевания характерен такой симптомокомплекс?

- 1) Микседемы.
- 2) Сахарного диабета.
- 3) Тиреотоксикоза.
- 4) Аддисоновой болезни.

Эталон ответа

Для тиреотоксикоза

ЗАДАЧА 15

В стационар доставлен больной без сознания. При осмотре повреждения костей не обнаружено. А/Д 120/80 мм.рт.ст. Пульс 56 ударов в минуту.

Сухожильные рефлексы на правой верхней и нижней конечности не определяются. Сопровождающий больного сотрудник сообщил, что пострадавший упал с высоты 1,5 м и ударился головой.

Вопрос:

1. Чем обусловлено состояние больного?
2. Какие дополнительные методы исследования вы назначите для подтверждения диагноза?

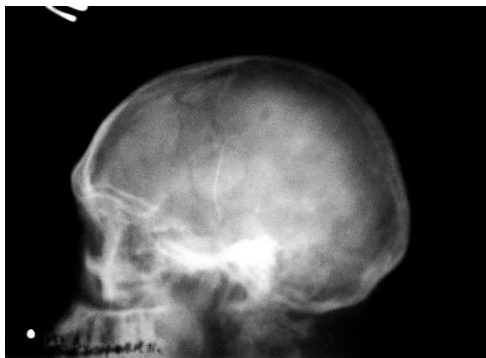
Эталон ответа

Тяжесть состояния больного обусловлена черепно-мозговой травмой, ушибом головного мозга. Для подтверждения диагноза необходимо выполнить ЭХО-энцефалографию, компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию головного мозга.

ЗАДАЧА 16

Как называется рентгенологическое исследование черепа?

Назовите признак перелома кости свода черепа и покажите его на рентгенограмме.



Эталон ответа к задаче

Краниография.

На рентгенограмме – линейный перелом теменной кости. Признак: линия просветления, указывающая зону перелома.

ЗАДАЧА 17

Перелом, какой кости изображен на рентгенограмме?

Определите локализацию и признаки перелома, укажите их.

Какова диагностическая ценность рентгенологического метода исследования при переломах?



Эталон ответа к задаче

На рентгенограмме определяется перелом нижней челюсти. Отмечается деформация контура угла нижней челюсти с линией просветления (зона перелома), наложена иммобилизирующая шина.

При рентгенологическом исследовании пациентов с переломами можно определить локализацию перелома, наличие линий перелома (полный или неполный перелом), смещение отломков (вид смещения), деформацию оси конечности, наличие костных осколков, контуры кортикального слоя кости (поднадкостничные переломы), состояние структуры кости.

ЗАДАЧА 18

1. Назовите метод исследования пациента, представленный на иллюстрации.
2. Назовите и покажите типичные рентгенологические признаки экссудативного плеврита.
3. Какой метод дополнительного исследования пациента позволяет уточнить характер плеврального выпота?

Эталон ответа к задаче

1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции.
2. Типичные рентгенологические признаки экссудативного плеврита:
 - затемнение легочного поля с косой границей,
 - смещаемость тени при вдохе и выдохе,
 - смещение органов средостения в здоровую сторону при большом количестве экссудата.
3. Плевральная пункция с последующим лабораторным исследованием плеврального выпота.

ЗАДАЧА 19

У пациента жалобы на слабость, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, рвоту «кофейной гущей».

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?
2. Какими будут показатели гемодинамики?
3. Что необходимо уточнить в анамнезе жизни?

Эталон ответа

1. Синдром кровотечения.
2. В анамнезе жизни: наличие ЯБЖ.

ЗАДАЧА 20

У пациента жалобы на сильную боль в правом подреберье, иррадиирущую в правое плечо, тошноту, рвоту желчью.

1. Для какого синдрома характерны данные жалобы?
2. Что необходимо уточнить в анамнезе заболевания?
3. Для какого заболевания характерны данные жалобы?

Эталон ответа

1. Синдром «острого живота».
2. В анамнезе заболевания – погрешности в диете.
3. Острый холецистит.

ЗАДАЧА 21

У пациента жалобы на схваткообразную боль в животе, тошноту, неукротимую рвоту с каловым запахом, задержку стула и газов.

1. О каком синдроме идет речь?
2. Что необходимо уточнить в жалобах пациента?

Эталон ответа

1. Синдром «острого живота».
2. Локализация, интенсивность, распространенность, иррадиация, периодичность, длительность, связь с положением тела, характер, связь с приемом пищи, с физической нагрузкой.

ЗАДАЧА 22

У пациента имеет место «кинжальная боль» в животе, «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и Воскресенского.

1. Назовите патологию.
2. Дайте оценку перкуторного звука.
3. Оцените данные аускультации.

Эталон ответа

1. Перфоративная язва желудка. Перитонит.
2. Исчезновение печеночной тупости.
3. Урежение перистальтики.

ЗАДАЧА 23

У пациента жалобы на схваткообразную боль в животе, неукротимую «каловую» рвоту, задержку стула и газов.

1. Назовите патологию.
2. Оцените данные аускультации.

Эталон ответа

1. Острая кишечная непроходимость.
2. Сначала усиление перистальтики кишечника, затем её ослабление и исчезновение (симптом «гробовой тишины») на фоне которого слышен «шум падающей капли»), положительный симптом «шума плеска».

ЗАДАЧА 24

У пациента жалобы на боль в эпигастрии, оказанную с приемом пищи.

1. Какие методы инструментального обследования показаны данному пациенту?

2. Какие лабораторные методы диагностики показаны данному пациенту?

Эталон ответа

1. ФГС, рентгенография желудка.
2. Желудочное зондирование.

ЗАДАЧА 25

Пациенту назначено ФГС желудка.

Схема подготовка к данному обследованию.

Эталон ответа

1. Исследование проводится натощак. В день исследования нельзя пить, курить. Накануне – ранний легкий ужин. Приготовить полотенце.

ЗАДАЧА 26

Пациенту назначено УЗИ органов брюшной полости.

Схема подготовки пациента к данному обследованию.

Эталон ответа

Исследование проводится натощак. Накануне – ранний легкий ужин. Приготовить полотенце.

Критерии оценки результатов ответов на дифференцированном зачете

Результаты зачета определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

№ п/п	Оценка	Критерии оценки
1	«Отлично»	оценивается обучающийся, который свободно владеет материалом, демонстрирует глубокое и полное его понимание, правильно и полно выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы, освоил уровень знаний, умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) в полном объеме.
2	«Хорошо»	если обучающийся достаточно убедительно с незначительными ошибками в теоретической подготовке, в освоении уровня знаний, умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) правильно ответил на все вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе.
3	«Удовлетворительно»	если обучающийся недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке, в освоении уровня знаний, умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) ответил на вопросы; с затруднениями, но всё же сможет при необходимости решить задачу на практике.
4	«Неудовлетворительно»	если обучающийся имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов, не освоил необходимый уровень знаний, умений, практического опыта, требуемый для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 1.1. – 1.7) неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.

Таблица соответствия образовательных результатов оценочным средствам

Формируемые умения и практический опыт	Вопросы и задания для проверки
Умение 1. Планировать обследование пациента	Вопросы 1,2,8,17,21,27,32,36,39,40,49
Умение 2. Осуществлять сбор анамнеза, применять различные методы обследования пациента	Вопросы 3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,14,18,19,22,23,28,29,30,33,37,38,41,42,43,44,45,46,50
Умение 3. Формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями	Вопросы 16,2,29,48,68,69,70,71
Умение 4. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики	Вопросы 15,19,20,24,25,26,29,31,34,35,47,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67
Умение 5. Оформлять медицинскую документацию	Вопросы 72,73
Практический опыт 1. Обследования пациента	Задачи 1,5,9,11,13,18,20,21,24
Практический опыт 2. Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза	Задачи 2,4,7,10,14,16,19,23,25
Практический опыт 3. Заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента	Задачи 3,6,8,12,15,17,22,26

27. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПМ 02. ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

27.1. МДК.02.01 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Материалы текущего контроля успеваемости студентов

МДК. 02.01. «Лечение пациентов терапевтического профиля»

Текущий контроль успеваемости

Ситуационные задачи

Модуль 1. Лечение пациентов с заболеваниями дыхательной системы

Практическое задание №1. Лечение пациентов с острыми и хроническими бронхитами

Задача №1

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику с пневмонией.

Перечислите необходимые дополнительные исследования.

Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения.

Эталоны ответов

1. Острый бронхит.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

синдром интоксикации (общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела), бронхитический (сухой кашель); острое начало заболевания;

связь заболевания с переохлаждением

2) объективные данные: субфебрильная температура.

при аускультации - дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы с обеих сторон.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

3. Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется больничный лист. Лечение проводится в амбулаторных условиях.

Принципы лечения:

Постельный режим, частое проветривание помещения.

Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.

При сухом мучительном кашле в начале заболевания - противокашлевые препараты (либексин, глауент, стоптуссин).

Паровые ингаляции эфирных масел (анисовое, ментоловое) и отваров трав (ромашка, зверобой, эвкалипт).

При бронхоспазме - бронхолитики (эуфиллин, бронхолитин, сальбутамол).

При появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики группы пенициллинов, цефалоспоринов, фторхинолонов, макролидов.

Прогноз в отношении здоровья благоприятный. При неосложненном течении и эффективном лечении наступает полное выздоровление.

Профилактика:

закаливание организма

предупреждение острых респираторных инфекций

эффективное носовое дыхание (ликвидация искривлений носовой перегородки, удаление полипов)

санитарно-гигиенические мероприятия (борьба с запыленностью, задымленностью, загазованностью, ликвидация влажности)

борьба с курением и алкоголизмом

5. Техника паровых ингаляций с эфирными маслами - согласно алгоритму действия.

Задача №2

Больной Б., 37 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад. Пользовался беротеком по 4 раза в день. Стали беспокоить перебои в работе сердца, сердцебиение.

Болен в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: температура 37,50С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин. Пульс аритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

Сформулируйте диагноз и проведите дифференциальный диагноз.

Объясните пациенту правила сбора мокроты.

Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.

Какие побочные действия лекарственных препаратов проявились в данной ситуации

Эталоны ответов

1. Хронический бронхит в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

синдром интоксикации, бронхитический синдром (кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышка), синдром ДН (одышка); продолжительность заболевания (5 лет);

связь обострения с переохлаждением;

длительное выделение мокроты в стадии обострения;

наличие вредных привычек: курение.

2) объективные данные: субфебрильная температура .

при аускультации: дыхание ослабленное, с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

2. Объяснить правила сбора, получить согласие.

Утром почистить зубы и прополоскать рот кипяченой водой.

Откашлять и собрать в банку 3-5 мл мокроты, закрыть крышкой.

Оформить направление.

Доставить в клиническую лабораторию в течение 2 часов.

3. Пациент является временно нетрудоспособным, нуждается в амбулаторном лечении.

Принципы лечения:

Режим постельный, частое проветривание помещения.

Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.
Антибактериальная терапия: антибиотики назначают с учетом чувствительности микрофлоры: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, макролиды и др.

Бронхолитики: эуфиллин, теofilлин.

Отхаркивающие: фитотерапия (термопсис, алтей, девясил, багульник), лекарственные препараты (мукалтин, бромгексин, сальвин, ацетилцистеин).
Дыхательная гимнастика.

Отвлекающие процедуры: горчичники на грудную клетку.

Физиотерапия: диатермия, УВЧ на грудную клетку, электрофорез хлорида кальция.

Санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии.

Прогноз для жизни благоприятный, но неблагоприятный для полного и стойкого выздоровления.

Профилактика:

первичная:

закаливание;

рациональное питание;

отказ от курения;

своевременное лечение острого бронхита;

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим бронхитом;

рациональное трудоустройство, исключая действие неблагоприятных производственных факторов (пыль, токсические вещества);

санация очагов хронической инфекции;

своевременное лечение инфекционных поражений дыхательных путей;

санаторно-курортное лечение.

4. Нарушения ритма.

Задача №3.

Больной Б., поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой, преимущественно в утренние часы, одышку экспираторного характера, усиливающуюся при кашле, и при обычной физической нагрузке, потливость, быструю утомляемость, субфебрильную температуру. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом много лет, обострения преимущественно в холодное время года, неоднократно госпитализировался. Из анамнеза жизни - курит около 20 лет.

Об-но: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые - акроцианоз, влажные. Больной пониженного питания. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии ясный лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, сухие базовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в 1'. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС

92 в мин. Живот без/о. данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в Г. Перегрузка правых отделов сердца - с уч. клиники.

ОАК: ЛЦ 9,2, ЭЦ 3,2, НБ 106, СОЭ 19, п/я б, с/я 62, Э 1, М 3, ЛФ 28.

ОАМ: ж, прозрачная, 1015, белок 0,033%, сахар отрицательный, ЛЦ 2-3 в п/зрения, пл. эпителий 1-3 в п/зрения.

Общий анализ мокроты: зеленоватая, вязкая, ЛЦ - в большом количестве, пл. эпителий 10-15 в п/зрения.

ФВД: ЖЕЛ = 3,04(100%), ОФВ1 = 1,52 (61%), инд. Тифно = 50%

R графия: лёгочная ткань без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёг/рисунок обогащен, деформирован за счёт явлений пневмосклероза. Корни лёгких структурны, не расширены, синусы свободны, срединная тень не смещена.

Задание:

Сформулируйте диагноз и проведите дифференциальный диагноз.

Объясните пациенту правила сбора мокроты.

Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.

Какие побочные действия лекарственных препаратов проявились в данной ситуации

Ответ:

Диагноз: Хронический гнойно-обструктивный бронхит, средней степени тяжести. Обострение. Хр. эмфизема лёгких. Дифференциальный пневмосклероз ДН II.

Лечение: 1) Комбинированные препараты (ИГКС+В2- адrenomиметики длительного действия) – серетид 50/500 мкг по 1 вдоху х 2раза в день.

2) Короткий курс системных ГКС

3) Холинолитики –напр.спирива х 1раз в день

4) Лазолван (Амбробене) 30 mg 1 т. х 2 р.

5) Антибиотики.

Практическое занятие №2

Лечение хронической обструктивной болезни легких.

Задача № 4

Больная С. 38 лет жалуется на мучительный, приступообразный, малопродуктивный кашель, сопровождающийся внезапным усилением экспираторной одышки, цианозом, набуханием шейных вен. При объективном исследовании грудная клетка гиперстеническая, межреберные промежутки не расширены, эластичность грудной клетки не нарушена, при перкуссии ясный легочный звук, сухие рассеянные хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе.

Задание:

О каком синдроме можно думать в данном случае и при каких заболеваниях этот синдром встречается?

Ответ:

У больной бронхообструктивный синдром (выраженная обструкция мелких бронхов); чаще всего встречается при обострении хронического бронхита и бронхиальной астме.

Задача № 5

Больной П., 69 лет заядлый курильщик, жалуется на кашель с отхождением мокроты в течение многих лет. Около 5-7 лет беспокоит одышка, вначале появляющаяся при физических нагрузках. Около 2-3 лет наблюдаются отеки ног, что и появилось поводом обращения к врачу. При обследовании определяется диффузный цианоз, периферические отеки, заторможенность. Перкуторно звук над грудной клеткой не изменен. При аускультации определяются сухие хрипы разного тембра, меняющиеся по локализации и интенсивности, после покашливания и при глубоком дыхании. Перкуторно определяется смещение границ сердечной тупости влево, набухание шейных вен. Газовый состав артериальной крови нарушен с повышенным содержанием углекислоты (50 мм рт ст) и сниженным содержанием кислорода. Общая емкость легких в норме, остаточный объем умеренно повышен, ЖЕЛ снижена, ОФВ1 резко снижен. Наблюдается эритроцитоз.

Задание:

Ваши суждения о диагнозе.

Ответ:

У больного хроническая обструктивная болезнь легких тип Б (преобладание бронхита).

Задача №6

Больной Д. 63 лет жалуется на одышку в течение 7-8 лет, усилившуюся в последние 1-2 года, испытывает одышку даже при малейшей физической нагрузке. Часто одышка сопровождается кашлем со скудной слизистой мокротой. В момент осмотра больной сидит с наклоненным вперед туловищем, опершись руками о край кровати. В акт дыхания вовлечена вспомогательная мускулатура. Выдох удлинен, дыхание шумное. Грудная клетка бочкообразной формы, выбухают надключичные пространства. Шейные вены, на выдохе набухшие, спадаются в период вдоха. Грудина искривлена кпереди, выражен торакальный кифоз, ребра находятся в горизонтальном положении, а межреберные промежутки расширены. Подвижность ребер при дыхании ограничена, межреберья во время вдоха втягиваются. Перкуторный тон над грудной клеткой коробочный, аускультативно прослушивается ослабленное дыхание с высокочастотными сухими хрипами незвучного тембра в конце выдоха. В области мечевидного отростка - видимая пульсация. Размеры сердечной тупости не определяются. При пальпации эпигастрия-пульсация правого желудочка. При исследовании газового состава артериальной крови умеренное снижение кислорода (75 мм рт ст). Содержание углекислоты на уровне нормы. Минутный объем дыхания, общая емкость легких, остаточный объем повышены. ЖЕЛ, ОФВ1 снижены. На рентгенограмме грудной клетки выявляется низкое стояние диафрагмы, уплощение ее купола, ослабление легочного рисунка на периферии, сужение и удлинение сердечной тени с увеличением ретрокардиального пространства.

Задание:

Ваши суждения о диагнозе. Объясните, почему у больного отсутствует цианоз.

Ответ:

У больного хроническая обструктивная болезнь легких тип А (преобладание эмфиземы). Отсутствие цианоза объясняется умеренным снижением содержания кислорода и нормальным содержанием углекислоты в артериальной крови длительное время, что в свою очередь объясняется возрастанием минутного объема дыхания. Гиперкапническая дыхательная недостаточность развивается у таких больных на более поздних этапах заболевания и связана чаще с возрастанием эпизодов респираторной инфекции. Таких больных нередко именуют «розовыми пыхельщиками».

Задача № 7

Больной 50 лет жалуется на затрудненное дыхание, чаще в ночные и утренние часы, дистанционные хрипы, кашель с умеренным количеством трудноотделяемой мокроты. Четкой связи усиления кашля с физической нагрузкой или какими-либо другими факторами не отмечает. Часто в периоды ухудшения состояния (усиление кашля, одышки) принимает антибиотики. Общеклинические методы исследования выявили следующее: удлиненный выдох, сухие хрипы, дистанционные хрипы, свистящее дыхание, коробочный перкуторный звук над легкими.

Задание:

Ваши суждения о диагнозе, какие методы исследования необходимо использовать?

Ответ:

В данном случае необходимо дифференцировать бронхиальную астму от хронического обструктивного бронхита. Для этого проводят лабораторное исследование крови (эозинофилы), эозинофилы в мокроте, уровень иммуноглобулина Е в сыворотке крови. Исследование ПОС выд., и ОФВ1 (суточное изменение более 15% от должного). Для подтверждения наличия бронхиальной гиперреактивности, характерной для бронхиальной астмы, бронходилатационный тест: увеличение ПОС выд и ОФВ1 более чем на 20% через 10-20 мин после ингаляции бета 2 агониста (беротек, сальбутамол).

Задача № 8

Больной И. 27 лет, диагноз хронический обструктивный бронхит в фазе обострения. Болен с раннего детства, часто переносил острые респираторные вирусные заболевания. В последние 3 года отмечает выделение до 150 мл гнойно-слизистой и гнойной мокроты; ОФВ1-65%.

Задание:

С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какой метод исследования наиболее показан в данном случае?

Ответ: Необходим дифференциальный диагноз с бронхоэктатической болезнью. Показана одномоментная двусторонняя бронхография (водно-солевая смесь сернокислого бария).

Задача № 9

Мужчина 43 лет обратился к участковому врачу с жалобами на слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,7 °С, обильное потоотделение, снижение работоспособности, одышку. Из анамнеза: частые острые респираторно-вирусные заболевания. В последнее время после ОРВИ сохраняется длительный продуктивный кашель с гнойной мокротой, особенно после физической нагрузки и к вечеру. Курит около 20 лет. Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные, температура тела 37,8. При аускультации определяется жесткое везикулярное дыхание, особенно в межлопаточном пространстве, рассеянные, сухие, свистящие хрипы.

Задание:

Назначьте обследование больному. Какой диагноз можно предполагать у данного больного?

Ответ:

У больного обострение хронического обструктивного бронхита.

Методы обследования для диагностики:

Обязательные:

1. Функция внешнего дыхания с определением ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, МОС 75-25. При этом показатель ОФВ1 в течение суток не должен меняться более чем на 10% от должной величины.
2. Цитологическое исследование мокроты для уточнения фазы процесса и формы воспаления
3. Рентгенография легких

По специальным показаниям:

1. Исследование газового состава крови для уточнения степени выраженности дыхательной недостаточности
2. Микробиологические (культуральные) и иммунологические исследования - при неконтролируемом прогрессировании процесса.

Задача №10

Больной Г., 17 лет поступил с жалобами на заложенность в грудной клетке, кашель с трудноотделяемой мокротой, приступы удушья до 3 раз за сутки, ночные приступы 1-2 раза в неделю, купирует сальбутамолом. Из анамнеза заболевания: страдает бронхиальной астмой около 5 лет, возникновению астмы предшествовал хронический обструктивный бронхит. Обострения заболевания каждые 3 мес, госпитализирован на обследование от военкомата. Из анамнеза жизни - имеются аллергические реакции на бытовые аллергены, пыльцу растений, резкие запахи.

Об-но: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. Экскурсия лёгочной края 4 см с обеих сторон. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 20 в Г. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88 в Г, АД 120/70 мм рт. ст. Живот без/о. Данные лабораторных и инструментальных исследований:

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 в Г. ЭОС не отклонена.

ФВД: ЖЕЛ 3,13(108%) колебания ПСВ в течение суток 25%, ФЖЕЛ-2,08 (71%), ОФВ₁ = 1,87 (78%), Инд. Тиффо 59,7% Заключение: умеренно обострённые нарушения бронхиальной проходимости на фоне N ЖЕЛ.

Общий анализ мокроты: вязкая, серая. ЛЦ 10-15, пл. эпителий 8-10.

ОАК, ОАМ без патологии.

Р-графия грудной клетки - лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёгочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента.

Корни лёгких несколько расширены, структурны. Синусы свободны. Диафрагма не деформирована. Синусы - без/о.

Задание:

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Диагноз: Хронический гнойно-обструктивный бронхит, средней степени тяжести. Обострение. Хр. эмфизема лёгких. Дифференциальный пневмосклероз ДН II.

Лечение: 1) Комбинированные препараты (ИГКС+В2- адреномиметики длительного действия) – серетид 50/500 мкг по 1 вдоху x 2раза в день.

2) Короткий курс системных ГКС

3) Холинолитики –напр.спирива x 1раз в день

4) Лазолван (Амбробене) 30 mg 1 т. x 2 р.

5) Антибиотики.

Задача № 11

Больной 64 года поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, утомляемость, общую слабость, недомогание, раздражительность, нарушение сна (бессонницу по ночам, сонливость в дневное время), отеки голеней.

Выкуривает 20 сигарет в сутки на протяжении более 45 лет. В течение многих лет отмечал кашель по утрам со слизистой мокротой. С годами кашель стал более постоянным, беспокоил не только по утрам, но и в дневное время, а также по ночам. Увеличилось количество отделяемой мокроты, она приобрела слизисто-гнойный характер. Около 9 лет назад к указанным симптомам присоединилась одышка при физической нагрузке. В течение последнего года отмечает усиление одышки, которая стала возникать при незначительной физической нагрузке, стали появляться отеки на ногах. При объективном исследовании: общее состояние средней тяжести, число дыханий 28 в минуту. Теплый диффузный цианоз, отеки голеней. Набухание шейных вен сохраняется в положении стоя. В легких - коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, на фоне ослабленного везикулярного дыхания, единичные сухие свистящие хрипы, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум у основания грудины, ЧСС 92 в мин., АД 140/80 мм рт. ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, положительный симптом Плеша. (симптом Плеша - набухание шейных вен при надавливании ладонью на увеличенную печень - Недостаточность кровообращения по правожелудочковому типу). Анализ крови: Эритроциты 5,5 x 10¹² /л, Hb 187 г/л, лейкоциты - 7, 6 x 10⁹ /л, СОЭ – 2 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки усиление и деформация легочного рисунка в нижних зонах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей, выбухание *conus pulmonale*. Показатели ФВД: ЖЕЛ - 87% от должного, ОФВ1 38% от должного, индекс Тиффно 52 % от должного.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Оцените данные гемограммы и показатели функции внешнего дыхания.

3. Назовите ЭКГ-признаки, характерные для данного состояния.

4. Перечислите клинические признаки правожелудочковой недостаточности.

5. Составьте план лечения больного.

Ответы:

1. ХОБЛ: Хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких. Дыхательная недостаточность III. Хроническое легочное сердце, СНИБ

2. Эритроцитоз из-за гипоксии. Обструкция. ОФВ1 38%, Тиффно норма 75-83, по этим показателям обструкция тяжелой степени.

3. P-pulmonale: увеличение в 2,3 aVF, V1, V2, увеличение R в V1, V2, смещение переходной зоны в правые грудные отведения. R заостренные, не уширены. В правых грудных могут быть двухфазные, с увеличенной первой положительной фазой. Гипертрофия правого желудочка: дикое отклонение ЭОС вправо или S-тип. В правых грудных –высокий R или появление в них Q.

4. Застой в большом круге кровообращения. Увеличение печени, отеки.

5. Устранение этиофактора, стац. лечение, АБ терапия, улучшение дренажной функции (отхаркивающие), бронходилататоры, массаж грудной клетки, позиционный дренаж, фитотерапия, дезинтоксикация, длительная малопоточная оксигенотерапия, лечение легочной гипертензии, ЛФК. __

Задача №12

Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно: считает себя больным в течение 1,5 мес, когда на фоне ОРВИ у больного усилился кашель с выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранялся субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке (появлялась одышка), а также увеличение отеков нижних конечностей. Данные объективного осмотра. При аускультации сердца выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины и акцент II тона над легочным стволом. ЧСС - 102 в минуту, АД - 140/80 мм рт.ст. Нижний край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. Плотные отеки стоп, голеней.

Клинический анализ крови: эритроциты - 6,0x10¹¹/л, Hb - 170 г/л, лейкоциты - 12,2x10⁹/л, палочкоядерные лейкоциты - 10 %, СОЭ - 7 мм/ч.

Электрокардиография: синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, высокий остроконечный R во II, III, aVF отведениях, преобладающий R в V1, V2, глубокий S в левых грудных отведениях.

Данные эхокардиографического исследования: аорта в восходящем отделе - 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 9 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 9 мм.

ФВ левого желудочка - 62 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 52 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 51 мм в диаметре, по вертикали - 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 12 мм.

При доплерографии определяется митральная и легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 38,5 мм рт.ст.).

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Дайте оценку полученным результатам объективного обследования больного.

3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.

4. Составьте план лечения данного больного.

Ответ: 1. Хронический обструктивный бронхит, в стадии стихающего обострения. ХЛС, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность, III функциональный класс (по классификации NYHA).

2. Систолический шум вдоль левого края грудины выслушивается при возникновении недостаточности трикуспидального клапана. В данном случае имеет место относительная недостаточность вследствие дилатации правых камер сердца. Акцент II тона над легочным стволом характерен для легочной

гипертензии.

3. На электрокардиограмме выявляют признаки нагрузки на правое предсердие, гипертрофии правого желудочка. При эхокардиографическом исследовании обращает на себя внимание интактное состояние левых отделов сердца при гипертрофии в сочетании с дилатацией преимущественно правых камер сердца, наличие легочной гипертензии.

4. Оксигенотерапия, бронхолитики (антихолинергические препараты - беродуал, атровент), невысокие дозы ИАПФ или антагонистов рецепторов АТ II под контролем АД, осмотические диуретики (фуросемид - 20-80 мг под контролем диуреза), антагонисты альдостерона (спиронолактон - 25-50 мг в сутки), антагонисты кальция, контроль АД и ЧСС.

Практическое занятие №3.

Тема: Лечение бронхиальной астмы

Задача № 13

Больной П., 69 лет заядлый курильщик, жалуется на кашель с отхождением мокроты в течение многих лет. Около 5-7 лет беспокоит одышка, вначале появляющаяся при физических нагрузках. Около 2-3 лет наблюдаются отеки ног, что и появилось поводом обращения к врачу. При обследовании определяется диффузный цианоз, периферические отеки, заторможенность. Перкуторно звук над грудной клеткой не изменен. При аускультации определяются сухие хрипы разного тембра, меняющиеся по локализации и интенсивности, после покашливания и при глубоком дыхании. Перкуторно определяется смещение границ сердечной тупости влево, набухание шейных вен. Газовый состав артериальной крови нарушен с повышенным содержанием углекислоты (50 мм рт ст) и сниженным содержанием кислорода. Общая емкость легких в норме, остаточный объем умеренно повышен, ЖЕЛ снижена, ОФВ1 резко снижен. Наблюдается эритроцитоз.

Задание:

Ваши суждения о диагнозе.

Ответ:

У больного хроническая обструктивная болезнь легких тип Б (преобладание бронхита).

Задача № 14

Больной Д. 63 лет жалуется на одышку в течение 7-8 лет, усилившуюся в последние 1-2 года, испытывает одышку даже при малейшей физической нагрузке. Часто одышка сопровождается кашлем со скудной слизистой мокротой. В момент осмотра больной сидит с наклоненным вперед туловищем, опершись руками о край кровати. В акт дыхания вовлечена вспомогательная мускулатура. Выдох удлинен, дыхание шумное. Грудная клетка бочкообразной формы, выбухают надключичные пространства. Шейные вены, на выдохе набухшие, спадаются в период вдоха. Грудина искривлена вперед, выражен торакальный кифоз, ребра находятся в горизонтальном положении, а межреберные промежутки расширены. Подвижность ребер при дыхании ограничена, межреберья во время вдоха втягиваются. Перкуторный тон над грудной клеткой коробочный, аускультативно прослушивается ослабленное дыхание с высокочастотными сухими хрипами незвучного тембра в конце выдоха. В области мечевидного отростка - видимая пульсация. Размеры сердечной тупости не определяются. При пальпации эпигастрия - пульсация правого желудочка. При исследовании газового состава артериальной крови умеренное снижение кислорода (75 мм рт ст). Содержание углекислоты на уровне нормы. Минутный объем дыхания, общая емкость легких, остаточный объем повышены. ЖЕЛ, ОФВ1 снижены. На рентгенограмме грудной клетки выявляется низкое стояние диафрагмы, уплощение ее купола, ослабление легочного рисунка на периферии, сужение и удлинение сердечной тени с увеличением ретрокардиального пространства.

Задание:

Ваши суждения о диагнозе. Объясните, почему у больного отсутствует цианоз.

Ответ:

У больного хроническая обструктивная болезнь легких тип А (преобладание эмфиземы). Отсутствие цианоза объясняется умеренным снижением содержания кислорода и нормальным содержанием углекислоты в артериальной крови длительное время, что в свою очередь объясняется возрастанием минутного объема дыхания. Гиперкапническая дыхательная недостаточность развивается у таких больных на более поздних этапах заболевания и связана чаще с возрастанием эпизодов респираторной инфекции. Таких больных нередко именуют «розовыми пыхтельщиками».

Задача № 15

Молодой человек 28 лет жалуется на одышку без кашля, резкое снижение переносимости физических нагрузок. Из анамнеза: редко имеет место кашель со скудной светлой слизистой мокротой. Усиление кашля отмечает лишь в периоды острых респираторных вирусных инфекций. Не курит. В детстве физические нагрузки переносил удовлетворительно, служил в армии. Объективно: дыхание носит характер «пыхтения», цианоз выражен незначительно. Грудная клетка имеет бочкообразную форму с расширенными и выбухающими межреберными промежутками, перкуторно звук над легкими коробочный, ослабленное дыхание с удлинением выдоха. При аускультации сердца тоны в точках выслушивания определяются с трудом, глухие, лучше выслушиваются в эпигастральном углу у мечевидного отростка. Печень опущена, край ее пальпируется на 1,5-2,0 см из подреберья. Задание: Какой диагноз можно предположить в данном случае и какие методы исследования можно применить для подтверждения диагноза?

Ответ:

Вероятно, у больного имеет место первичная эмфизема. Для подтверждения диагноза показана рентгенография легких, где выявляется повышенная прозрачность легочных полей. Перспективным методом является компьютерная томография с высокой разрешающей способностью. Необходимо провести спирографию для подтверждения выраженной необратимой бронхиальной обструкции (ОФВ1).

Задача № 16

Больной 50 лет жалуется на затрудненное дыхание, чаще в ночные и утренние часы, дистанционные хрипы, кашель с умеренным количеством трудноотделяемой мокроты. Четкой связи усиления кашля с физической нагрузкой или какими-либо другими факторами не отмечает. Часто в периоды ухудшения состояния (усиление кашля, одышки) принимает антибиотики. Общеклинические методы исследования выявили следующее: удлиненный выдох, сухие хрипы, дистанционные хрипы, свистящее дыхание, коробочный перкуторный звук над легкими.

Задание:

Ваши суждения о диагнозе, какие методы исследования необходимо использовать?

Ответ:

В данном случае необходимо дифференцировать бронхиальную астму от хронического обструктивного бронхита. Для этого проводят лабораторное исследование крови (эозинофилы), эозинофилы в мокроте, уровень иммуноглобулина Е в сыворотке крови. Исследование ПОС выд., и ОФВ1 (суточное изменение более 15% от должного). Для подтверждения наличия бронхиальной гиперреактивности, характерной для бронхиальной астмы, бронходилатационный тест: увеличение ПОС выд и ОФВ1 более чем на 20% через 10-20 мин после ингаляции бета 2 агониста (беротек, сальбутамол).

Задача № 17

Больной И. 27 лет, диагноз хронический обструктивный бронхит в фазе обострения. Болен с раннего детства, часто переносил острые респираторные вирусные заболевания. В последние 3 года отмечает выделение до 150 мл гнойно-слизистой и гнойной мокроты; ОФВ1-65%.

Задание:

С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какой метод исследования наиболее показан в данном случае?

Ответ: Необходим дифференциальный диагноз с бронхоэктатической болезнью. Показана одномоментная двусторонняя бронхография (водно-солевая смесь сернокислого бария).

Задача № 18

Мужчина 43 лет обратился к участковому врачу с жалобами на слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,7 озноб, обильное потоотделение, снижение работоспособности, одышку. Из анамнеза: частые острые респираторно-вирусные заболевания. В последнее время после ОРВИ сохраняется длительный продуктивный кашель с гнойной мокротой, особенно после физической нагрузки и к вечеру. Курит около 20 лет. Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные, температура тела 37,8. При аускультации определяется жесткое везикулярное дыхание, особенно в межлопаточном пространстве, рассеянные, сухие, свистящие хрипы.

Задание:

Назначьте обследование больному. Какой диагноз можно предполагать у данного больного?

Ответ:

У больного обострение хронического обструктивного бронхита.

Методы обследования для диагностики:

Обязательные:

1. Функция внешнего дыхания с определением ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, МОС 75-25. При этом показатель ОФВ1 в течение суток не должен меняться более чем на 10% от должной величины.
2. Цитологическое исследование мокроты для уточнения фазы процесса и формы воспаления
3. Рентгенография легких

По специальным показаниям:

1. Исследование газового состава крови для уточнения степени выраженности дыхательной недостаточности
2. Микробиологические (культуральные) и иммунологические исследования - при неконтролируемом прогрессировании процесса.

Задача №19.

Вызов СМП. Больная 48 лет, возбуждена, в положении ортопноэ, на расстоянии звучные дыхательные шумы, бледный цианоз. Грудная клетка в положении вдоха, расположение ребер горизонтальное, с уменьшенными межрёберными промежутками. Эпигастральный угол выражено тупой. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы, втяжение внутрь межрёберных промежутков. При перкуссии коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 36 в мин. Мокрота не отходит. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в Г, АД 140/90 мм рт. ст. Живот без/о. со слов родственников приступ удушья начался около 6-7 ч. назад, ингаляция беротека - без эффекта. Диагноз: астматический статус I стадии

Задание:

Назначьте лечение

Ответ: Тактика: в/в медленно в течение 5' Sol. Euphyllini 2,4% - 10,0 на 10 ml, 0,9% NaCl; Prednizoloni 90 mg и > (если получала гормоны, то дозу увеличиваем в 2 p) + Sol. NaCl 0,9% - довести до 2,5-3 л + Непарини 5 т. ед. каждые 4 ч.

Задача №20.

Больной Г., 17 лет поступил с жалобами на заложенность в грудной клетке, кашель с трудноотделяемой мокротой, приступы удушья до 3 раз за сутки, ночные приступы 1-2 раза в неделю, купирует салбутамолом. Из анамнеза заболевания: страдает бронхиальной астмой около 5 лет, возникновению астмы предшествовал хронический обструктивный бронхит. Обострения заболевания каждые 3 мес, госпитализирован на обследование от военкомата. Из анамнеза жизни - имеются аллергические реакции на бытовые аллергены, пыльцу растений, резкие запахи.

Об-но: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. Экскурсия лёгочной края 4 см с обеих сторон. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 20 в Г. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88 в Г, АД 120/70 мм рт. ст. Живот без/о. Данные лабораторных и инструментальных исследований:

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 в Г. ЭОС не отклонена.

ФВД: ЖЕЛ 3,13(108%) колебания ПСВ в течение суток 25%, ФЖЕЛ-2,08 (71%), ОФВ₁ = 1,87 (78%), Инд. Тиффо 59,7% Заключение: умеренно обострённые нарушения бронхиальной проходимости на фоне N ЖЕЛ.

Общий анализ мокроты: вязкая, серая. ЛЦ 10-15, пл. эпителий 8-10.

ОАК, ОАМ без патологии.

R графия грудной клетки - лёгкие без очаговых и инфильтративных затенений. Лёгочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента.

Корни лёгких несколько расширены, структурны. Синусы свободны. Диафрагма не деформирована. Синусы - без/о.

Задание:

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Диагноз: Хронический гнойно-обструктивный бронхит, средней степени тяжести. Обострение. Хр. эмфизема лёгких. Дифференциальный пневмосклероз ДН II.

Лечение: 1) Комбинированные препараты (ИГКС+В2- адреномиметики длительного действия) – серетид 50/500 мкг по 1 вдоху x 2 раза в день.

2) Короткий курс системных ГКС

3) Холинолитики –напр.спирива x 1 раз в день

4) Лазолван (Амбробене) 30 mg 1 т. x 2 p.

5) Антибиотики.

Задача №21

Больная Т., 52 лет, страдает неаллергической бронхиальной астмой средней степени тяжести в течение 8 лет. Для купирования приступов пользуется беротеком Н (100 мкг дважды в день). В последнее время после перенесенного ОРЗ отмечает учащение приступов удушья с увеличением их продолжительности. Потребность в ингаляциях беротеком увеличилась до 8-10 раз в сутки. В поликлинике больной назначен зуфиллин в\в 2,4% 10 мл 2 раза в день. Через 2 дня интенсивность приступов удушья уменьшилась, но появились боли за грудиной, тахикардия с ЧСС 112 в 1 минуту. На ЭКГ единичные наджелудочковые экстрасистолы, признаки ишемии миокарда. АД 110/65 мм рт. ст.

Задание:

Чем объясняется появление кардиальных болей и тахикардии? Что необходимо назначить больной? Каковы критерии оценки проводимой бронхолитической терапии?

Ответ: появление стенокардитических болей и тахикардии вызвано применением зуфиллина, для купирования этой симптоматики необходимо отменить этот препарат, при необходимости назначить верапамил, нитраты. Для профилактики приступов удушья больная нуждается в назначении базисных препаратов (например, беклазона, возможно его сочетание с пролонгированными Р2-адреностимуляторами - оксисом). Доза препаратов для профилактики приступов удушья при бронхиальной астме должна быть подобрана таким образом, чтобы приступы удушья были редкими или отсутствовали совсем.

Задача №22

Больная Р., 47 лет, в течение 20 лет больна бронхиальной астмой. В связи с тяжелым течением заболевания последние 6 лет постоянно принимает таблетки преднизолона (15 мг утром). Изредка пользуется беротеком для купирования приступов (неежедневно). Неоднократные попытки снизить дозу ГКС, заменить препарат на ингаляционные ГКС или применить альтернирующую схему оказались безуспешными. Последние полгода у больной

появились боли в области спины, усиливающиеся при движениях. Кроме того, больная страдает гипертонией с тах АД 190/100 мм рт. ст., и уже 3 года подряд обостряется язва желудка. Объективно: рост 160 см, вес 91 кг, гирсутизм, кушингоидная внешность, АД 150/100, сахар крови - 6,9 ммоль/л.

Задание:

Как расценить комплекс заболеваний пациентки? Каковы возможные причины появления болей в спине? Какие мероприятия необходимы для уточнения диагноза? Можно ли помочь больной? Какие препараты выбрать для лечения гипертонии у такой больной? Чем проводить профилактику возникновения язвы?

Ответ: у больной симптоматика осложнений терапии ГКС, боли в спине, возможно, объясняются начальными проявлениями остеопороза позвоночника (для уточнения диагноза необходимо выполнить денситометрию). Для лечения бронхиальной астмы у гормонозависимой больной необходимо попытаться осуществить частичный перевод на ИГКС, в дополнение к этому назначить пролонгированные β_2 -адреностимуляторы -оксис. Для профилактики возникновения язвы желудка у таких больных обычно используют H_2 -гистаминоблокаторы или блокаторы протонной помпы.

Задача №20

Больная З., 62 года. Больна бронхиальной астмой 5 лет, последние 2 года постоянно ингалирует беклазон (1500 мкг\сут), принимает таблетки преднизолона в поддерживающей дозе 10 мг\сут. В течение последнего года повышается АД до 180/100 мм рт. ст. Больной с гипотензивной целью назначен тенорик по 1 таблетке 2 раза в день. Спустя некоторое время АД нормализовалось, но участились приступы удушья, стали плохо купироваться беротеком.

Задание:

С чем связано обострение бронхиальной астмы? Ваши действия? Объясните их.

Ответ: обострение астмы связано с приемом тенорика, в состав которого входит Р-адреноблокатор атенолол, противопоказанный у таких больных.

Следует отменить тенорик (всю дозу сразу) и назначить гипотензивную терапию, учитывая патогенез гипертонии, связанный с приемом ГКС (АРАН или ИАПФ). Для купирования обострения астмы необходимо повышение дозы ИГКС и добавление бронхолитиков пролонгированного действия.

Задача № 23

Больная Д., 23 лет, страдает атопической формой бронхиальной астмы 7 лет. В детстве был диатез при приеме цитрусовых и шоколада, с-12-летнего возраста - полivalentная аллергия в виде крапивницы, ринита, конъюнктивита. При удушье, возникающем 1 -2 раза в день, использует сальбутамол. Последнюю неделю (в связи с началом цветения деревьев) увеличилась потребность в препарате до 4-5 раз за сутки, причем полного эффекта не наблюдалось (сохранялась некоторая заложенность в грудной клетке).

Задание:

Ваша тактика в лечении больной?

Ответ: больную желателно госпитализировать для проведения короткого курса инфузионной терапии эуфиллином и преднизолоном, одновременно назначив базисную терапию - ИГКС, возможно сочетание с пролонгированными β_2 -адреностимуляторами.

Задача №24

Больной Ф., 75 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 10 лет. Приступы удушья возникают при переходе из теплого помещения в холодное, купируются обычно ингаляцией беротека или приемом эуфиллина. Полгода назад перенес инфаркт миокарда без р. В настоящее время приступы стенокардии появляются при быстрой ходьбе, быстро купируются в покое или при приеме нитроглицерина. АД 170/90 мм рт. ст., ЧСС - 86 в мин. Ритм синусовый.

Задание:

Чем опасен прием теофиллинов у такого больного? Можно ли порекомендовать ему другой препарат для купирования приступов удушья?

Ваш выбор бронхолитика?

Когда лучше больному пользоваться бронхолитическим средством? Что еще необходимо назначить больному?

Ответ: прием теофиллинов может провоцировать возникновение загрузинных болей, вместо беротека такому больному для купирования приступов лучше использовать беродуал, лучше его ингалировать перед выходом на улицу, при необходимости -добавить базисную терапию - ИГКС.

Задача № 25

Больной К., 40 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести. Для профилактики бронхоспазма регулярно получает ингаляции беклазона (250 мкг во вдохе) по 2 вдоха 2 раза в сутки. В ходе лечения появились резко выраженные признаки кандидоза полости рта.

Задание:

Изменится ли лечение больного? Обоснуйте ответ.

Ответ: при возникновении кандидоза полости рта нет необходимости отмены ИГКС. Необходимо назначить противогрибковые средства (препаратом выбора является флюконазол по 100 мг\сутки 7-10 дней). Снизить дозу ИГКС возможно удастся при дополнительном назначении пролонгированных бронхолитиков.

Задача №26

Больная Е., 54 года, страдает бронхиальной астмой 12 лет (смешанная форма астмы, средняя степень тяжести). Из анамнеза известна непереносимость цитрамона, анальгина в виде крапивницы, заложенности носа, приступов удушья. Последние 3 года постоянно ингалирует беклазон в дозе 1000 мкг в сутки.

Поступила с жалобами на частые (до 8 за сутки) приступы удушья, плохо купируемые беротеком. Обострение астмы связывает с простудой (3 дня назад поднялась температура до 38,6°С, появился насморк, першение в носоглотке). Больная принимала раствор колдрекса, чай с малиновым вареньем.

Доставлена в стационар бригадой «скорой помощи» с длительно некупирующимся приступом удушья, после многократного использования беротека.

Задание:

Что спровоцировало обострение астмы? Ваша тактика лечения больной. Какие рекомендации по приему лекарств и продуктов питания необходимо дать такой больной?

Ответ: у больной «аспириновая» астма, при которой, помимо непереносимости НПВС наблюдается реакция на малину, а также консервированные продукты, копчености, продукты и медикаменты, окрашенные в желто-красные цвета. Больной необходимо стационарное лечение с обязательной инфузией преднизолона, учитывая резистентность к беротеку, а также увеличением дозы беклазона и добавлением пролонгированных бронхолитиков.

Практическое занятие №4

Тема: Нагноительные заболевания легких.

Задача №27

Больной 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38° последнюю неделю, боли в грудной клетке, кашель со слизисто-гноной мокротой. Самостоятельно принимал ампициллин. При R-графии грудной клетки выявлен левосторонний плевральный выпот. При пункции получен сливкообразный густой гной с гнилостным запахом.

Задание:

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика дальнейшего ведения больного.

Ответ:

1. Эмпиема плевры слева.

2. Консультация торакального хирурга. Перевод больного для дальнейшего обследования и лечения в отделение грудной хирургии

Практическое занятие №5.

Тема: Плевриты

Задача №28

Больной 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38° последнюю неделю, боли в грудной клетке, кашель со слизисто-гношной мокротой. Самостоятельно принимал ампициллин. При R-графии грудной клетки выявлен левосторонний плевральный выпот. При пункции получен сливкообразный густой гной с гнилостным запахом.

Задание:

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика дальнейшего ведения больного.

Ответ:

1. Эмпиема плевры слева.
2. Консультация торакального хирурга. Перевод больного для дальнейшего обследования и лечения в отделение грудной хирургии

Задача №29

Больной 38 лет жалуется на повышение температуры тела до 38°, тяжесть в правой половине грудной клетке, одышку при обычной физической нагрузке, редкий сухой кашель, головокружение. Десять дней отмечал слабость, недомогание, только последние два дня появились указанные выше жалобы.

При осмотре больного правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание в нижней половине грудной клетки справа ослаблено.

При перкуссии в задне-нижнем отделе правой половины грудной клетки притупление. Подвижность нижнего края правого легкого не определяется. При аускультации здесь резко ослаблено дыхание. Голосовое дыхание не определяется.

При R-графии грудной клетки определяется гомогенное затемнение справа до IV ребра.

ОА крови лейкоцитов 20×10^9 л. СОЭ 22 мм/час

Задание:

1. Ближайшая тактика ведения больного.
2. Если при аспирации плевральной жидкости получен будет экссудат, о каких заболеваниях необходимо думать?
3. О каких заболеваниях необходимо думать, если будет получен трансудат?

Ответ:

1. Провести диагностическую аспирацию плевральной жидкости из правой половины грудной клетки с последующим исследованием характера плеврального выпота для установления его этиологии.
2. Чаще экссудат бывает при инфекциях (бактериальной, туберкулезной), ТЭЛА, злокачественных опухолях (метастазы, мезотелиома), реже при хирургических заболеваниях, системных заболеваниях соединительной ткани.
3. Чаще при застойной сердечной недостаточности, нефротическом синдроме, циррозе печени, микседеме, легочной эмболии.

Задача №30

У больного 35 лет при R-графии грудной клетки, слева выявлено веретенообразное затемнение по ходу междолевой плевры, на фоне относительного благополучия.

Задание:

1. Какая предположительно этиология плеврального выпота?
2. Показано ли диагностическая пункция плевральной полости и если показано, то кто должен ее проводить?

Ответ:

1. Инфекционной этиологии (бактериальной, туберкулезной).
2. Если этиология заболевания неясная, то диагностическую пункцию, необходимо провести. Проводить плевральную пункцию в этом случае должен торакальный хирург.

Задача №31

У больного с пороками сердца массивными отеками нижних конечностей, явлениями асцита появились признаки накопления небольшого количества жидкости в плевральных полостях.

Задание:

1. Решите вопрос о показаниях к проведению диагностической пункции.

Ответ:

1. Показаний к проведению диагностической пункции нет, если этиология выпота ясна. Необходим анализ проводимого лечения больного.

Практическое занятие №6

Тема: Пневмонии, лечение

Задача №32

Мужчина 60 лет. Жалоб не предъявляет. При осмотре в клинике изменений во внутренних органах не обнаружено, анализ крови без особенностей. Больше 30 лет состоял на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу очагового туберкулеза в верхушке левого легкого. При проверочном рентгенологическом исследовании произведена рентгенограмма легких, а затем дополнительные послойные снимки: множественные мелкие плотные очаги с неровными, но резкими очертаниями в верхушке и наружной части подключичной зоны левого легкого. Очаги расположены на фоне местного фиброза. Остальные отделы левого легкого умеренно вздуты. В нижнем отделе левого легочного поля, на уровне четвертого ребра, в наружной зоне, определяется тень одиночного плотного очага диаметром 1 см, с неровными волнистыми контурами. Очертания очага резкие, он четко ограничен от окружающей интактной легочной ткани. Левая половина диафрагмы находится несколько выше правой. Равномерно расширена грудная аорта. Ваше заключение.

Ответ:

Острый характер заболевания, отсутствие в анамнезе каких-либо причин, объясняющих появление очагов в легком, локализация и распространенность процесса, характер очаговых теней и изменения легочного рисунка - все эти данные позволяют распознать воспалительное поражение легкого. Быстрое развитие очагов, их однотипность, отсутствие изменений в верхушке легкого, расширение сосудистых элементов рисунка заставляют предположить острую очаговую пневмонию. Но для дифференциальной диагностики с туберкулезом необходимо повторить исследование через несколько дней

Задача №33

Мужчина 31 г. Жалоб не предъявляет. Осмотрен в связи с тем, что при проверочном рентгенологическом исследовании в верхушке левого легкого выявлены патологические изменения. Над верхушкой выслушивается несколько удлиненное везикулярное дыхание. Анализ крови без особенностей. На рентгенограмме легких верхушка левого легкого немного уменьшена и покрыта плевральными наслоениями. В центральной части верхушки имеется крупный плотный очаг с неровными, но резкими контурами. Вокруг него выделяются склеротические изменения. На фоне фиброзных изменений обнаруживаются и другие мелкие плотные очаги

Ответ:

Очаговый туберкулез верхушки левого легкого в фазе уплотнения и обызвествления.

Задача №34

Женщина 46 лет. Заболела остро 2 дня назад. Температура тела повысилась до 37,8. Появились сухой кашель, недомогание. При обследовании никаких изменений в легких не отмечено. Анализ крови: гемоглобин, эритроциты в норме, умеренный лейкоцитоз, СОЭ 18 мм в час. На рентгенограмме легких группа крупных свежих очагов с неровными расплывчатыми контурами в верхушке левого легкого. Очертания элементов рисунка нерезкие, что свидетельствует об острой воспалительной инфильтрации. В других отделах легких изменений не определяется. В течение недели очаги полностью рассосались; на их месте заметно лишь незначительное усиление легочного рисунка.

Ответ

Очаговая пневмония верхушки левого легкого

Задача №35

Мужчина 29 лет. Жалуется на слабость, потливость, частые повышения температуры до субфебрильных цифр. Чувствует себя больным уже в течение нескольких месяцев. При клиническом обследовании отмечено слегка ослабленное дыхание над верхним отделом правого легкого. СОЭ ускорена до 22 мм в час. В верхней доле правого легкого, начиная от основания верхушки и до уровня II ребра, обнаруживаются многочисленные мелкие туберкулезные очаги с неровными нерезкими контурами. В зоне заднего сегмента, на уровне первого межреберья, расположена полость овальной формы размером 1,8x1,5 см, с хорошо оформленной стенкой. Эта полость лежит субплеврально, причем плевра в этом месте утолщена. В корнях легких и в других отделах легких изменений не установлено.

Ответ

Очаговый туберкулез правого легкого в фазе распада и обсеменения.

Задача № 36

Больной 36 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с небольшим кол-вом слизисто-гноющей мокроты, озноб, повышение Т тела до 39°C, боль в правой половине грудной клетки, связанную с актом дыхания, одышку, общую слабость.

Считает себя больным в теч. 10 дней, когда после переохлаждения появилась головная боль и боль в мышцах тела, поднялась Т до 37,8°C. Обратился к врачу, был диагностирован грипп. Через 2 дня появились насморк, першение в горле, саднение за грудиной, сухой кашель. На 4 день болезни общее состояние резко ухудшилось: усилилась общая слабость, появилась боль в правой половине грудной клетки, при дыхании, Т тела повысилась до 38,2°C. Участковым врачом диагностирована острая пневмония и назначено лечение ампициллином в таблетках. Состояние продолжало ухудшаться: появились озноб, потливость, повышение Т тела до 39°C, одышка, головная боль. С перечисленными жалобами больной был доставлен в стационар. Много курит (полторы пачки в сутки в течение 16 лет), злоупотребляет алкоголем, работает на производстве с неблагоприят. температурным режимом и запыленностью рабочего места.

Объективно: общее сост. средней тяжести, умеренный акроцианоз. ЧДД 28 в мин. Отмечается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Справа в проекции ср. доли определяется притупление перкуторного звука, жесткое дыхание, мелкопузыр. влажные звучные хрипы, бронхофония и голосовое дрожание усилены. Тоны сердца приглушены, ЧСС 112 в 1 мин. Во время осмотра у больного появился приступ кашля с отхождением гноющей мокроты неприятного запаха в количестве около 100 мл.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Чем можно объяснить внезапное выделение большого кол-ва мокроты?
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Внебольничная долевая пневмония средней доли правого легкого, тяжелое течение, острый абсцесс средней доли правого легкого (первичный, гноющий, бронхогенный).

2. Рентген легких, КТ, бронхоскопия с аспирацией гноя для определения флоры и ее чувствительности к АБ, трансторакальная пункция, ФВД, рестриктивные нарушения, ОАК, анализ мокроты.

3. Туберкулез легких, эмпиема плевры, рак легкого, кисты легкого.

4. Деструкция легочной ткани, формирование и прорыв абсцесса.

5. Стационарное лечение, повышенная энергетическая ценность, много белков, мало жиров, витамины С, А, В, ограничение соли до 6-8г/сут и жидкости.

Консерв. терапия: АБ, при круп. пневмонии, вызванной пневмококком используется пенициллин в больших дозах - по 1 млн. к-е 4-6 ч. Полусинтет пенициллины по 500 мг. 3р в д (амоксциллин), макролиды – рокситромицин, кларитромицин, азитромицин, фторхинолоны с антипневмококковой активностью – левофлоксацин, спарфлоксацин, моксифлоксацин

Иммунозаместительная терапия: нативная, свежемороженая плазма, чел. Норм. Уг.

Коррекция микроциркуляции: гепарин, реополиглюкин

Коррекция диспротеинемии: альбумины

Дезинтокс. терапия: физ р-р, р-р рингера 1000-3000 мл в сут, глюкоза 5% 400-800 мл, гемодез,

О2 терапия

ГК (преднизолон 60-90 мг) при ИТ пораж. Почек, печени

Антиоксиданты: аскорбинка 2г в сут

Антиферменты: контрикал при признаках абсцедирования

Отхаркивающие: амброксол, АЦЦ

Трансбронхиальный дренаж (при бронхоскопии). Черескожная пункция и дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ или РФ. Хирургическое лечение. Вибрац. массаж, постуральный дренаж.

Задача № 37

Больной 42 лет поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гноющей мокротой, боль в левой половине грудной клетки, повышение Т тела до 38°C.

Заболевание началось остро. За неделю до поступления в больницу на рыбалке он сильно промок и замёрз. На следующий день появились указанные симптомы. Неделю лечился амбулаторно по поводу гриппа, однако самочувствие не улучшалось, Т тела достигла 39,5°C, нарастала общая слабость.

Объективно: состояние ср. тяжести, число дыханий 24 в мин. В легких слева в подлопаточной области укорочение перкуторного звука, ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные звучные хрипы.

ОАК: лейкоц-13x10⁹/л, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ 36 мм/час.

ОАМ: умеренная протеинурия и цилиндрурия.

Рентгенография органов грудной клетки: на уровне 8-9 ребер слева - инфильтративное затемнение с нечеткими контурами.

Задания:

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Чем можно объяснить изменения со стороны мочи?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить диф. диагностику данного заболевания.

4. Перечислите возможные осложнения заболевания.

5. Составьте план лечения больного, дайте характеристику лекарственных препаратов.

Ответы:

1. Внебольничная долевая пневмония нижней доли левого легкого тяжелое течение, ДН II.

2. Инфекционно-токсическое поражение почек, нарушение микроциркуляции

3. Туберкулез легких, рак легкого, ТЭЛА, эозинофильный инфильтрат.

4. Внегочные: миокардит, менингит, гломерулонефрит, ДВС. ИТШ. Легочные: плеврит, ДН, абсцесс, карнификация.

5. Антибиотики. Пневмонии, вызванной пневмококком используется пенициллин в больших дозах- по 1 млн. к-е 4-6 ч. Полусинтет.пеницил. по 500 мг. 3р в д (амоксциллин), макролиды – рокситромицин, кларитромицин, азитромицин, фторхинолоны с антипневмококковой активностью – левофлоксацин, спарфлоксацин, моксифлоксацин

Иммунозаместительная терапия: нативная, свежемороженая плазма, чел. Норм. Уг.

Коррекция микроциркуляции: гепарин, реополиглюкин

Коррекция диспротеинемии: альбумины

Дезинтокс терапия: физ р-р, р-р рингера 1000-3000 мл в сут, глюкоза 5% 400-800 мл, гемодез,

О2 терапия

ГК (преднизолон 60-90 мг) при ИТ поражении почек, печени

Антиоксиданты: аскорбиновая кислота

Антиферменты: контрикал при признаках абсцедирования

Отхаркивающие: амброксол, АЦЦ

Задача № 38

Больная Н., 26 лет. Жалобы на непродуктивный кашель, повышение температуры тела до 37,8С, потливость, слабость, головную боль в течение 4-х дней.

Рентгенологически в S4 и S5 правого легкого определяется тень инфильтративного характера, гомогенная, слабой интенсивности, с нечеткими контурами и размытыми границами.

В легких дыхание жесткое, справа в нижнебоковых отделах - ослаблено, с непостоянными тихими хрипами, ч.д.д, 23 в мин.

ФВД: VC (ЖЕЛ)=72%; FVC (ФЖЕЛ)=69%; FEV1 (ОФВ1)=75%; FEV1/FVC=86%; PEF(ПОС)=58%.

В крови: Л=9,4; Нб=124; Ц.П.=1,0; П/Я=8; С/Я=42; Э-1; Лимф.=32; М=11; СОЭ=21 мм/час.

Показатели тимоловой пробы, С-реактивного белка - положительны.

Задания:

1. Каков дифференциально-диагностический ряд?

2. Необходимые методы дообследования?

3. Метод верификации.

Ответ:

Пневмония, инфильтративный туберкулез, центральный рак. Необходима диагностическая ФБС со смывом на МБТ, неспецифическую флору методом посева, атипичные клетки, анализ мокроты скопически на МБТ и атипичные клетки, пробный курс антибиотикотерапии в течение 7-10 дней с последующим R-контролем.

Задача № 39

Больной А., 56 лет, жалуется на слабость, недомогание, потливость, чувство «онемения» между лопатками в течение 2-х мес.

Рентгенологически по всем легочным полям, больше в верхних и средних отделах, определяется множество мелких (до 2 мм) очаговых теней, в некоторых местах сливающихся между собой.

В легких дыхание ослаблено, с непостоянными диффузными тихими хрипами, ч.д.д. 23 в мин.

ФВД: VC (ЖЕЛ)=73%; FVC(ФЖЕЛ)=70%; FEV1 (ОФВ1)=78%; FEV1/FVC=88%; PEF=58%.

В крови: Л=6,4; Нб=124; Ц.П.=1,0; П/Я=5; С/Я=52; Э-1; Лимф.=22; М=12; СОЭ=11 мм/час.

Показатели тимоловой пробы, С-реактивного белка – положительны.

Задания:

1. Дифференциально-диагностический ряд.

2. Метод верификации.

Ответ:

Милиарный туберкулез, мелкоочаговая пневмония, диссеминированный карциноматоз. Необходимы Т-графия средостения (ВГЛУ?), ФБС с ЧББЛ и гистологическим исследованием биоптата.

Задача № 40

Больная М., 35 лет, жалоб на респираторные расстройства не имеет. Заболевание выявлено при флюорографическом профилактическом обследовании.

Рентгенологически по всем легочным полям определяются множественные очаговые тени, корни легких расширены за счет увеличения ВГЛУ всех групп, преимущественно бронхопульмональных.

В легких дыхание везикулярное, ч.д.д. 23 в мин.

ФВД: VC (ЖЕЛ)=83%; FVC (ФЖЕЛ)=76%; FEV1 (ОФВ1)=75%; FEV1/FVC=86%; PEF (ПОС)=58%.

В крови: Л=5,4; Нб=104; Ц.П.=0,9; П/Я=4; С/Я=52; Э=1; Лимф.=32; М=7; СОЭ=11 мм/час.

Показатели тимоловой пробы, С-реактивного белка – отрицательны.

Задания:

1. Каков дифференциально-диагностический ряд?

2. Необходимые методы дообследования?

3. Метод верификации.

Ответ:

Саркоидоз Бека II стадии, лимфома, туберкулез первичного генеза. Необходимы исследования мокроты на МБТ скопически и и посевом, ФБС с ЧББЛ или ВПТС с гистологическим исследованием биоптатов/

Задача № 41

Больной Е., 35 лет, жалоб на респираторные расстройства не имеет. Заболевание выявлено при флюорографическом профилактическом обследовании.

Рентгенологически в S1,S2 правого легкого определяется тень инфильтративного характера, неомогенная, различной интенсивности, с нечеткими контурами, имеющая в центре участок просветления за счет деструкции легочной ткани до 2 см в диаметре. В окружающей ткани несколько мелких (до 2 мм) очагов.

В легких дыхание везикулярное, ч.д.д. 23 в мин.

ФВД: VC (ЖЕЛ)=83%; FVC (ФЖЕЛ)=76%; FEV-1 (ОФВ1)=75%; FEV-1/FVC=86%; PEF (ПОС)=58%.

В крови: Л=5,4; Нб=104; Ц.П.=0,9; П/Я=4; С/Я=52; Э=1; Лимф-32; М=7; СОЭ= 15 мм/час.

Показатели тимоловой пробы, С-реактивного белка – слабо положительны.

Задания:

1. Дифференциально-диагностический ряд?
2. Необходимые методы дообследования?
3. Метод верификации?

Ответ:

Инфильтративный ТВС, пневмония, центральный рак. Необходимы Т-графия легких или КТ, ФБС с ЧББЛ и гистологическим исследованием биоптата, пробный курс противопневмонической антибиотикотерапии.

Задача 42

Женщина, 63 лет, пенсионерка, направлена в стационар с жалобами на одышку смешанного характера, кашель, порой сильный, с отделением скудного количества слизистой мокроты, иногда с прожилками крови, тяжесть в правой половине грудной клетки. Больна на протяжении двух месяцев, когда стала отмечать одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, потливость. Похудела за последнее время на 5-7 кг. На протяжении 2-х недель отмечает повышение t тела до 38 С. Лечилась самостоятельно домашними средствами, аспирином. Однако, одышка нарастала, усилился кашель, появилось кровохарканье, в связи с чем и направлена в стационар.

Из анамнеза: кашель беспокоит несколько лет (связывает с тем, что муж курит в квартире около 30 сигарет в день). Более 20 лет отмечает повышение АД до 180/100 (принимает периодически адельфан), при подъеме на 2-3 этаж появляются сжимающие боли в области сердца, принимает валидол.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные, с землистым оттенком, акроцианоз. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания; перкуторно слева - легочный звук, справа - тупость; при аускультации справа ниже угла лопатки дыхание не прослушивается. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. PS 100 в минуту. АД - 170/90. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см.

Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрация в области среднего легочного поля, правый корень уширен, лучистый. В нижних отделах жидкость до 5 ребра. На ЭКГ - э.о.с. отклонена влево, увеличение амплитуды зубца R в V4-V6 до 20-25 мм. Общий анализ крови: Hg - 3,5 x 10¹²/л, Hb - 108 г/л, цв. показ. - 0,79, L - 7,5 x 10⁹, э. - 1, п. - 3, с. - 74, л. - 19, м. - 3, СОЭ - 60 мм/ч, Тг - 400000, ретикул. - 16 %0. Общий анализ мокроты: кровянистая, вязкая, эритроциты покрывают все п/зрения, МБТ не обнаружены.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести для уточнения диагноза, какие результаты Вы ожидаете получить?
4. Какие факторы способствовали возникновению основного заболевания у Вашей пациентки?
5. Расскажите об основных компонентах табачного дыма и их влиянии на органы и системы человека.
6. Расскажите о консервативных и оперативных методах лечения данного бронхолегочного заболевания.
7. Дайте интерпретацию зубцов ЭКГ.
8. Назначьте лечение. Расскажите о фармакодинамике и фармакокинетике назначенных Вами препаратов?

Ответы

1. Центральный рак правого легкого.

Осл.: Кровохарканье, экссудативный плеврит.

Соп.: ИБС (стабильная стенокардия напряжения, II-III Ф.К., атеросклеротический кардиосклероз). Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

Артериальная гипертензия 2 ст, высокий риск.

2. Необходимо дифференцировать с пневмонией, туберкулезом, гидротораксом вследствие сердечной недостаточности.

3. ФБС (визуализация опухоли), поиск атипичных клеток в мокроте, КТ, плевральная пункция.

4. Возникновению рака способствовало пассивное курение.

5. В табачном дыме содержится более 4000 веществ, ряд из которых являются канцерогенами (бензол, бензпирен и др.). Кроме того смолы способствуют развитию ХОБЛ.

6. Радикальное лечение - хирургическое. Палиативное - лучевая и химиотерапия.

7. Отклонение ЭОС влево может быть до - 30 градусов, а в отдельных случаях и более. Наиболее важным диагностическим признаком гипертрофии ЛЖ следует считать увеличение зубца R в У4-У6 более, чем на 25 мм, увеличение S в Vi-V2 до 25 мм и более. Может выявляться блокада ЛНПГ. Дистрофия миокарда ведет к изменению конечной части желудочкового комплекса с депрессией ST и инверсией зубца T.

8. Антибактериальная терапия (препараты широкого спектра действия для подавления микрофлоры в зоне обструктивного пневмонита), кровоостанавливающие (дицинон, аминокапроновая кислота), гипотензивные, нитраты.

Задача № 42

Больной М., 66 лет. Поступил в клинику с жалобами на кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,8оС, одышку при умеренной физической нагрузке, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле и глубоком вдохе, общую слабость, потливость. Заболел остро 3 дня назад после переохлаждения. Самостоятельно принимал ацетилсалициловую кислоту, бромгексин, но самочувствие не улучшалось. Из анамнеза известно, что пациент курит в течение 20 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день.

Общее состояние - средней степени тяжести, кожный покров чистый. Температура тела - 37,6оС. Отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД в покое - 22/мин. Грудная клетка эмфизематозная, отмечается отставание ее левой половины при дыхании. Перкуторно - звук коробочный, слева ниже угла лопатки - притупление, там же - усиление голосового дрожания. При аускультации выслушиваются сухие жужжащие хрипы на выдохе, слева под углом лопатки - крепитация. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 102/мин., АД - 118/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка - не увеличены. Дизурии нет.

В анализах крови: гемоглобин - 152 г/л; эритроциты - 5,2x10¹²; лейкоциты - 12,6x10⁹; палочкоядерные - 4%; сегментоядерные - 70%; лимфоциты - 18%; эозинофилы - 2%; моноциты - 6%; СОЭ - 34 мм/ч.

Общий анализ мокроты: характер слизисто-гнойный, лейкоциты - сплошь; кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены; определяются грамположительные диплококки.

На рентгенограмме органов грудной клетки в 2-х проекциях - участок инфильтрации легочной ткани в нижней доле левого легкого, эмфизема легких.

Задание

Сформулируйте предварительный диагноз.

Ответы

. Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле левого легкого, средней степени тяжести, фаза разгара. Хроническая обструктивная болезнь легких, смешанный тип, средней степени тяжести, ДН I-II степени.

Практическое занятие № 7.

Тема: Легочное сердце

Задача № 43

Больной 64 года поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, утомляемость, общую слабость, недомогание, раздражительность, нарушение сна (бессонницу по ночам, сонливость в дневное время), отеки голеней.

Выкуривает 20 сигарет в сутки на протяжении более 45 лет. В течение многих лет отмечал кашель по утрам со слизистой мокротой. С годами кашель стал более постоянным,

беспокоил не только по утрам, но и в дневное время, а также по ночам. Увеличилось количество отделяемой мокроты, она приобрела слизисто-гнойный

характер. Около 9 лет назад к указанным симптомам присоединилась одышка при физической нагрузке. В течение последнего года отмечает усиление одышки, которая стала возникать при незначительной физической нагрузке, стали появляться отеки на ногах. При объективном исследовании: общее состояние средней тяжести, число дыханий 28 в минуту. Теплый диффузный цианоз, отчетность голеней. Набухание шейных вен сохраняется в положении стоя. В легких - коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, на фоне ослабленного везикулярного дыхания, единичные сухие свистящие хрипы, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум у основания грудины, ЧСС 92 в мин., АД 140/80 мм рт. ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, положительный симптом Плеваша. (симптом Плеваша - набухание шейных вен при надавливании ладонью на увеличенную печень - Недостаточность кровообращения по правожелудочковому типу). Анализ крови: Эритроциты $5,5 \times 10^{12}$ /л, Hb 187 г/л, лейкоциты - $7,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 2 мм/час. На рентгенограмме органов грудной клетки усиление и деформация легочного рисунка в нижних зонах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей, выбухание *conus pulmonale*. Показатели ФВД: ЖЕЛ - 87% от должного, ОФВ1 38% от должного, индекс Тиффно 52 % от должного.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Оцените данные гемограммы и показатели функции внешнего дыхания.
3. Назовите ЭКГ-признаки, характерные для данного состояния.
4. Перечислите клинические признаки правожелудочковой недостаточности.
5. Составьте план лечения больного.

Ответы:

1. ХОБЛ: Хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких. Дыхательная недостаточность III. Хроническое легочное сердце, СНПБ
2. Эритроцитоз из-за гипоксии. Обструкция. ОФВ1 84%, Тиффно норма 75-83, по этим показателям обструкция тяжелой степени.
3. P-pulmonale: увеличение в 2,3 aVF, V1, V2, увеличение R в V1, V2, смещение переходной зоны в правые грудные отведения. P заостренные, не уширены. В правых грудных могут быть двухфазные, с увеличенной первой положительной фазой. Гипертрофия правого желудочка: дикое отклонение ЭОС вправо или S-тип. В правых грудных – высокий R или появление в них Q.
4. Застой в большом круге кровообращения. Увеличение печени, отеки.
5. Устранение этиофактора, стац. лечение, АБ терапия, улучшение дренажной функции (отхаркивающие), бронходилататоры, массаж грудной клетки, позиционный дренаж, фитотерапия, дезинтоксикация, длительная малопоточная оксигенотерапия, лечение легочной гипертензии, ЛФК. __

Задача № 44

Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно: считает себя больным в течение 1,5 мес, когда на фоне ОРВИ у больного усилился кашель с выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранялся субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке (появлялась одышка), а также увеличение отеков нижних конечностей. Данные объективного осмотра. При аускультации сердца выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины и акцент II тона над легочным стволом. ЧСС - 102 в минуту, АД - 140/80 мм рт.ст. Нижний край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. Плотные отеки стоп, голеней.

Клинический анализ крови: эритроциты - $6,0 \times 10^{11}$ /л, Hb - 170 г/л, лейкоциты - $12,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные лейкоциты - 10 %, СОЭ - 7 мм/ч.

Электрокардиография: синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, высокий остроконечный P во II, III, aVF отведениях, преобладающий R в V1, V2, глубокий S в левых грудных отведениях.

Данные эхокардиографического исследования: аорта в восходящем отделе - 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 9 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 9 мм. ФВ левого желудочка - 62 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 52 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 51 мм в диаметре, по вертикали - 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 12 мм.

При доплерографии определяется митральная и легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 38,5 мм рт.ст.).

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дайте оценку полученным результатам объективного обследования больного.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения данного больного.

Ответ: 1. Хронический обструктивный бронхит, в стадии стихающего обострения. ХЛС, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность, III функциональный класс (по классификации NYHA).

2. Систолический шум вдоль левого края грудины выслушивается при возникновении недостаточности трикуспидального клапана. В данном случае имеет место относительная недостаточность вследствие дилатации правых камер сердца. Акцент II тона над легочным стволом характерен для легочной гипертензии.

3. На электрокардиограмме выявляют признаки нагрузки на правое предсердие, гипертрофии правого желудочка. При эхокардиографическом исследовании обращает на себя внимание интактное состояние левых отделов сердца при гипертрофии в сочетании с дилатацией преимущественно правых камер сердца, наличие легочной гипертензии.

4. Оксигенотерапия, бронхолитики (антихолинергические препараты - беродуал, атровент), невысокие дозы ИАПФ или антагонистов рецепторов АТ II под контролем АД, осмотические диуретики (фуросемид - 20-80 мг под контролем диуреза), антагонисты альдостерона (спиронолактон - 25-50 мг в сутки), антагонисты кальция, контроль АД и ЧСС.

Задача №45

Пациент Л., 37 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на сильную прибавку в весе в течение 7 лет, утомляемость, выраженную сонливость, эпизоды внезапного засыпания, храп во сне, одышку в покое смешанного характера, усиливающуюся при физической нагрузке. Объективный осмотр. Рост - 173 см. Вес - 110 кг. Кифоз грудного отдела. Отеки стоп, голеней. Теплый диффузный цианоз. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 19 в минуту. Тоны сердца ритмичны, глухие, ЧСС - 96 в минуту. АД - 140/88 мм рт.ст.

Общий анализ крови: Hb - 174 г/л, лейкоциты - $5,5 \times 10^9$ /л, эритроциты - $6,7 \times 10^{11}$ /л, тромбоциты - 350 000. СОЭ - 4 мм/ч. Увеличение протромбиновой активности плазмы, снижение фибринолитической активности плазмы, усиление адгезии тромбоцитов.

Исследование газов крови: PO₂ - 92 мм рт.ст., PCO₂ - 46 мм рт.ст.

Рентгенография органов грудной клетки: высокое стояние диафрагмы, обеднение сосудистого рисунка. Относительное увеличение дуги ПЖ в левом косом положении. Дилатация общего ствола ЛА в правом косом положении. В боковой проекции определяется усиленный кифоз грудного отдела позвоночника.

Исследование функции внешнего дыхания: ЖЕЛ снижена, ФЖЕЛ1 снижена, индекс Тифно - выше 70 %.

На электрокардиограмме: синусовая тахикардия, отклонение ЭОС резко вправо, блокада левой задней ветви пучка Гиса, блокада правой ножки пучка Гиса. Амплитуды RV1 + SV5 - более 10,5. Слабоотрицательные зубцы Т в V1-V2.

ЭхоКГ. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 12 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 13 мм. ФВ левого желудочка - 60 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 54 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтальному - 49 мм в диаметре, по вертикали - 53 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 10 мм.

При доплерографии определяется легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 42,8 мм рт.ст.).

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез нарушения дыхания при ожирении.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения данного больного.

Ответ: 1. Синдром Пиквика. Ожирение III степени. Дыхательная недостаточность III степени. ХЛС, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность III функциональный класс (по классификации NYHA).

2. При чрезмерном ожирении происходят следующие нарушения функции дыхания:

- ограничивается подвижность грудной клетки;
- увеличивается кифоз грудного отдела позвоночника, что вызывает почти горизонтальное положение ребер и в связи с этим бочкообразную форму грудной клетки;
- уменьшается подвижность диафрагмы.

Все вышеперечисленные факторы фиксируют грудную клетку в инспираторном положении (как при эмфиземе), вследствие чего ограничивается пассивный акт выдоха и уменьшается дыхательный объем (ДО) и резервный объем вдоха (РОВд). В результате развивается «поверхностное» дыхание, что приводит к ухудшению притока воздуха к легочным альвеолам. Учащение дыхательных движений - переходящая компенсаторная реакция. При уменьшении ДО на 40 % (250 мл) даже учащение дыхательных движений до 40 в минуту не может поддержать нормальный уровень вентиляции легочных альвеол, что приводит к более или менее устойчивой альвеолярной гиповентиляции.

3. Анализ газового состава крови говорит о наличии синдрома альвеолярной гиповентиляции. В клиническом анализе крови наблюдается вторичный абсолютный эритроцитоз. На электрокардиограмме - признаки легочной гипертензии, гипертрофии правого желудочка. При эхокардиографическом исследовании обнаружены гипертрофия в сочетании с дилатацией правых камер сердца, наличие легочной гипертензии. Спирограмма соответствует рестриктивному типу дыхательной недостаточности.

4. Рекомендуется низкокалорийная диета, ограничение животных жиров, потребление 1 г белка на 1 кг должной массы тела, достаточное количество углеводов для предупреждения кетоза, обогащение витаминами и минералами, снижение потребления поваренной соли. Показаны анорексигенные средства (диетрин®, изолипан®, минифаж®, фепранон*, теронак®), стимуляторы липолиза (диетпласт®). Необходимы консультации различных специалистов (эндокринолога, невролога, генетика и др.) для установления возможной причины ожирения. Следует назначить оксигенотерапию, антиагреганты (ацетилсалициловая кислота - 75-125 мг/сут), осмотические диуретики (фуросемид под контролем суточного диуреза), ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов АТ II, антагонисты кальция под контролем АД, ЧСС.

Модуль2. Лечение пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Темы:

Практическое занятие №1.

Тема: Артериальная гипертензия, лечение.

Задача № 1

В отделение кардиологии доставлен больной Ш., 57 лет, с жалобами на повышение АД до 180/100, слабость, недомогание, быструю утомляемость, одышку при умеренной физической нагрузке, периодический кашель по ночам. Самочувствие ухудшилось около недели назад, когда без видимых причин появились вышеперечисленные жалобы. Состояние прогрессивно ухудшалось, за медицинской помощью обратился через неделю после начала заболевания.

В анамнезе около 20 лет назад было обнаружено повышение АД во время профилактического осмотра. Предложенные врачом препараты (адельфан, папазол) принимал систематически. АД измерял дома регулярно, поддерживая его уровень в пределах 150/95-170/100 мм рт. ст. В последние годы постоянного лечения не получал, к врачу не обращался. В течение последних 2 лет периодически отмечает неинтенсивные загрудинные боли при значительной физической нагрузке, проходящие в отдыхе или после сублингвального приема нитроглицерина. При осмотре в поликлинике, не выявив причины изменения состояния больного, врач отправил пациента на ЭКГ, где были выявлены изменения по сравнению с предыдущими данными. Из поликлиники по направлению участкового терапевта машиной скорой помощи пациент был доставлен в отделение неотложной кардиологии.

Из анамнеза жизни установлено наличие ИБС и повышенных цифр АД у нескольких членов семьи. Больной курит около 20 лет (4-5 сигарет в сутки). При осмотре: кожные покровы бледные. Рост 176 см, масса тела 62 кг. Пульс ритмичный, 90 в мин. Перкуторно — левая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на легочной артерии. АД 145/90 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное, немного ослабленное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации во всех отделах безболезненный. Периферических отеков нет.

Задание:

1. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза, какие результаты Вы ожидаете получить при их проведении?
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния имеются у больного?
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту?

Ответ

Необходимо выполнить: рутинные анализы, в том числе холестеринный спектр, ЭКГ, тропониновый тест для исключения или подтверждения инфаркта миокарда, ЭХО КГ для выявления нарушений локальной сократимости миокарда, размеров полостей, систолической функции сердца, легочной гипертензии, рентгенографию легких для выявления застойных явлений, коронароангиографию для определения места стеноза коронарной артерии, суточное мониторирование ЭКГ и АД для определения динамики изменений в течение суток. Другие методы исследования для выявления поражения других органов-мишеней.

2. Факторы риска: курение, возраст, семейный анамнез ССЗ.

Поражения органов-мишеней: гипертрофия левого желудочка.

Ассоциированные клинические состояния: инфаркт миокарда, стенокардия, ХСН IIА стадии с эпизодами сердечной астмы.

3. ИБС. Инфаркт миокарда, астматический вариант, острый период. Хроническая сердечная недостаточность ХСН IIА ст. III ФК с эпизодами сердечной астмы.

Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия III степени, очень высокий доп. риск.

4. Ингибиторы АПФ, БРА, β-адреноблокаторы.

Задача №2.

При профосмотре у мужчины 32 лет обнаружено: АД 175/115 мм рт.ст., ЧСС 75. Дополнительное обследование выявило выраженный спазм сосудов глазного дна, микрогематурию, альбуминурию. В анамнезе: перенесенный в детстве острый диффузный гломерулонефрит.

Задание:

1. Какая форма патологии развилась у пациента? Сформируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки диагноза?
3. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния имеются у больного?
4. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту?

Ответ

1. Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма. Артериальная гипертензия 2 степени, ангиопатия сетчатки, высокий доп. риск.
2. Проба Нечипоренко, проба Зимницкого, креатинин крови и мочи, СКФ для выявления тяжести поражения почек и наличия почечной недостаточности, УЗИ, КТ почек, осмотр невролога, ЭКГ, ЭХО КГ для выявления поражений других органов-мишеней.
3. Ангиопатия сетчатки (ПОМ).
4. Ингибиторы АПФ, действующие на тканевую РААС (рамиприл, периндоприл) или, при ХПН, фозиноприл (моноприл).

Задача №3.

У больного после периода тяжелой физической нагрузки внезапно появились чувство страха, мышечная дрожь, сильная головная боль, головокружение, тахикардия. АД 270/165 мм рт.ст. Через 2 ч самочувствие больного улучшилось, указанные выше симптомы не отмечались, возникла полиурия. При УЗИ и рентгеноскопическом исследовании надпочечников обнаружена опухоль.

Задание:

1. Сформируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки диагноза?
3. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту?

Ответ

1. Феохромоцитома. Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий доп. риск.
2. УЗИ и компьютерная томография надпочечников, исследование катехоламинов и их метаболитов в крови и суточной моче, при необходимости – провокационные тесты, исследования органов-мишеней.
3. Перед операцией для коррекции АД используют α -АБ, по показаниям, в дальнейшем к ним могут быть присоединены β -АБ.

Задача №4.

В терапевтическое отделение областной больницы поступила пациентка 50 лет, с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, рвоту, мелькание мушек перед глазами. Ухудшение состояния связывает со стрессовой ситуацией. Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью 12 лет, препараты принимает нерегулярно, только при повышении АД. При объективном обследовании выявлено: состояние тяжелое, возбуждена, кожные покровы лица гиперемированы, границы относительной сердечной тупости расширены влево, пульс 100 уд. в мин., ритмичный, напряжен, АД – 220/110 мм рт.ст.

Задание:

1. Определите неотложное состояние.
2. Сформируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки полного диагноза?
4. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту? Чем оказать неотложную помощь?

Ответ

1. Гипертонический криз осложненный. Гипертоническая энцефалопатия. Нельзя исключить МИ.
2. Гипертоническая болезнь, II стадия, артериальная гипертензия 3 степени, гипертрофия левого желудочка, очень высокий доп. риск. Гипертонический криз осложненный.
3. Анализы на креатинин, липидный спектр, МАУ, ЭКГ, ЭХО КГ, УЗИ почек и сосудов, осмотр окулиста, невролога для выявления ПОМ и АКС.
4. Ингибиторы АПФ, БРА, β -адреноблокаторы. Неотложная помощь - β -адреноблокаторы (пропранолол, атенолол внутрь) и АК (нифедипин сублингвально). При необходимости – фуросемид в/в.

Задача №5.

Пациент В., 56 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, головокружение, давящие боли в области сердца. Из анамнеза: повышение АД периодически в течение 15 лет. Лечится нерегулярно. При расспросе выяснилось, что последние два дня пациент нарушал диету (съел банку соленых грибов, пил много жидкости – 2 дня был в гостях) и не принимал гипотензивные препараты, так как перед этим ему «стало лучше». При объективном обследовании - лицо бледное, отечное, АД 210/120 мм.рт.ст., пульс напряженный 84 в минуту, границы относительной сердечной тупости расширены влево, ЧДД 18 в минуту.

Задание:

1. Определите неотложное состояние. Что к нему привело?
2. Сформируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки полного диагноза?
4. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту? Чем оказать неотложную помощь?

Ответ

1. Гипертонический криз неосложненный.
2. Гипертоническая болезнь, II стадия, артериальная гипертензия 3 степени, гипертрофия левого желудочка, очень высокий доп. риск. Гипертонический криз неосложненный. Гемодинамическая стенокардия. Нельзя исключить ИБС.
3. Анализы на креатинин, липидный спектр, МАУ, ЭКГ, ЭХО КГ, УЗИ почек и сосудов, осмотр окулиста, невролога, суточное мониторирование ЭКГ и АД, нагрузочные пробы на ИБС для выявления ПОМ и АКС.
4. Ингибиторы АПФ, БРА, диуретики, β -адреноблокаторы. Неотложная помощь - АК (нифедипин сублингвально), фуросемид внутривенно.

Задача №6.

Пациентка А., 22 лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на выраженную мышечную слабость в конечностях, особенно в ногах – практически не может ходить, парестезии, судороги, повышение АД до 160/100, головокружение. Из анамнеза: первые симптомы заболевания появились около 3 месяцев назад, они постепенно нарастали, мышечная слабость прогрессировала (сначала была более выражена в мышцах рук, а потом – больше в ногах). Доставлена в стационар бригадой СМП с подозрением на одну из форм миастении. Осмотрена неврологом, неврологической патологии не выявлено. После этого с подозрением на дебют сахарного диабета направлена в терапевтический стационар. Проведены анализы, было выявлено значительное снижение содержания калия в сыворотке крови. После дальнейшего обследования на УЗИ выявлено увеличение размеров левого надпочечника с подозрением на опухоль.

Задание:

1. Сформируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки диагноза?
3. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту?
4. Чем купировать неотложное состояние?

Ответ

1. Синдром Конна (первичный гиперальдостеронизм). Альдостерома левого надпочечника. Артериальная гипертензия 2 степени, средний доп. риск.
2. Компьютерная томография надпочечников, исследование концентрации альдостерона в крови, исследования органов-мишеней.
3. Спиронолактон (верошпирон), при необходимости - АК.

Задача №7

Больной 35 лет отмечает периодические судороги, жажду, мышечную слабость, парестезии. В анамнезе микроинсульт, гипертонические кризы, проводимое лечение различными гипотензивными препаратами не дает должного эффекта. При обследовании выявлено: гипокальциемия (2,8 ммоль/л.), гипохлоремия, гипернатриемия, высокая концентрация альдостерона в крови и высокая его экскреция с мочой.

Задание:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо назначить для уточнения локализации поражения?
3. Всегда ли показано оперативное лечение при этом заболевании?

Ответ к задаче №7

1. Первичный гиперальдостеронизм
2. Ультразвуковое и (или) радиоизотопное сканирование надпочечников
3. При злокачественной форме артериальной гипертензии, вызванной альдостеромой, проводится хирургическое лечение.

Ответ

- А. Диагноз: подозрение на симптоматическую артериальную гипертензию.
- Б. Дифференциальный диагноз следует проводить с вазоренальной гипертензией, заболеванием почек с артериальной гипертензией, феохромоцитомой, болезнью Кона, неспецифическим аорто-артериитом, облитерирующим тромбангиомом, узелковым периартериитом.
- В. На поликлиническом этапе больной нуждается в обследовании:
 - а) общий анализ крови
 - б) общий анализ мочи
 - в) флюорография органов грудной клетки
 - г) ЭКГ
 - д) осмотр окулиста
 - е) анализ крови на СРБ, сиаловые кислоты, фибриноген, общий белок, белковые фракции
 - ж) контроль АД в течение суток
 - з) УЗИ органов брюшной полости.

Задача №8.

Больной Н., 19 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на постоянные головные боли в затылочной области в течение последнего года. Иногда боли сопровождались головокружением и тошнотой. Обратился за медицинской помощью впервые. 2 года назад на медицинской комиссии в военкомате было зарегистрировано повышение АД - 140/100 мм рт.ст. Был направлен на стационарное обследование, выписан с диагнозом нейроциркулярная дистония по гипертоническому типу. Во время службы в строительных войсках в связи с усилением головных болей был направлен в гарнизонный госпиталь. После обследования и лечения был комиссован из рядов СА с диагнозом гипертоническая болезнь II стадии.

Родился в сельской местности, окончил 10 классов, после возвращения из армии переехал в город для трудоустройства. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ 1-2 раза в год. Родители здоровы. Вредных привычек не имеет.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Верхняя половина туловища развита лучше нижней. Кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Верхушечный толчок 6 см2. Тоны сердца ритмичны, 1 тон сохранен, акцент II тона над аортой, шумы под областью сердца не выслушиваются. Пульс - 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД - 160/110 мм рт.ст. В околопупочной области слева выслушивается грубый систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, в околопупочной области пальпируется пульсирующая брюшная аорта. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Задание:

- А. Поставьте диагноз.
- Б. Составьте перечень заболевания для дифференциального диагноза.
- В. Назначьте обследование.

Ответ

- А. Гипертензивный криз, неосложненный
- Б. Неотложная помощь: нифедипин 10 мг сублингвально, или каптоприл 25-50 мг сублингвально.

Задача №9

Больная 53 лет жалуется на интенсивную головную боль, головокружение, тошноту, ноющую боль в области сердца, перебои в области сердца. Ухудшение состояния наступило после стрессовой ситуации. Повышенное АД отмечает на протяжении 3 лет. Объективно: гиперемия лица. Ps 85/мин., АД 210/115 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца смещены влево на 1,5 см. На верхушке сердца тоны ясные, акцент II т. на аорте. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 85 в 1 мин., одиночные наджелудочковые экстрасистолы, признаки гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой.

Задание: А. Определите неотложное состояние.

- Б. Окажите неотложную помощь.

Задача №10.

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением "сетки" перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задание:

- А. Установить предварительный диагноз.
- Б. Наметить план обследования.
- В. Провести дифференциальную диагностику.
- Г. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

- ЭКГ - прилагается.
- Глазное дно - сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс - II.

- Анализ мочи - уд. вес - 1018, белка нет, сахара нет, л - 1-3 в п/зр.
- Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
- Общий анализ крови: Нв - 132 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, л - $6,0 \times 10^9/л$, ц.п. - 0,9; э - 1, п - 4, с - 66, л - 24, м - 5, СОЭ - 6 мм/час.
- Глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.

- Ответ
- А. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.
- Б. План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.
- В. Дифференциальный диагноз - исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).
- Г. Лечение:
- терапия гипертензивного криза;
 - терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, мочегонные, В-блокаторы, седативные). Контроль АД.
 - кардиоселективные В-блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные, ингибиторы АПФ.

Практическое занятие №2.

Тема: Симптоматические гипертонии, принципы лечения.

Задача №11

Больной, 51 год, в течение 11 лет страдает артериальной гипертонией, степень 3 в сочетании с бронхиальной астмой, язвенной болезнью с локализацией язвы в ДПК. При осмотре: в легких единичные сухие хрипы, АД 180/110 ммHg, чсс 102 в минуту. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии.

Какой антигипертензивный препарат показан?

Ответ

Группа - блокаторы кальциевых каналов, амлодипин, титровать с 5 до 20 мг до снижения АД.

Задача №12.

Женщине 33 лет. Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт ст.). Применение антигипертензивных средств (капотен 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 - 170/110 мм рт ст.).

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт ст., S=D. В мезогастральной области выслушивается систоло-диастолический шум. В остальном по органам - без особенностей.

Анализ мочи: уд. вес - 1022, белок - 0,15 %, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндры нет. Биохимический анализ крови - без особенностей.

Глазное дно: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов.

Экскреторная урография: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

Задание:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и назовите наиболее вероятную причину заболевания.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?
3. Методы лечения.

Ответы:

1. Стеноз левой почечной артерии. Реноваскулярная гипертензия (злокачественное течение). Наиболее вероятной причиной развития реноваскулярной гипертонии у женщины в молодом возрасте является фибромускулярная дисплазия почечной артерии.
2. Брюшная аортография (ангиография почечных артерий), из неинвазивных методов информативными могут быть МР-томография и дуплексное сканирование почечных артерий. Исследование активности ренина плазмы.
3. Хирургическое лечение.

Задача №13

Мужчина 55 лет при сборе анамнеза называет конкретный день начала заболевания, когда утром на фоне полного благополучия отметил появление асимметрии лица и онемение левой руки и левой ноги. При обращении к врачу в поликлинике впервые в жизни были зарегистрированы повышенные цифры АД (260/140), на снятой ЭКГ - подозрение на очаговые изменения передне-перегородочной локализации. Был госпитализирован в стационар, где диагноз ОИМ был отвергнут, проводилось лечение ОНМК. Еще в стационаре стал отмечать сильную головную боль, слабость, полидипсию и никтурию. Несмотря на массивную антигипертензивную терапию (ренитек 20 мг в сутки, норваск 10 мг, локрен 20 мг, козаар 50 мг, триампур 50 мг ежедневно) цифры АД сохранялись на высоком уровне (до 180-190/100-120 мм рт ст.).

На ЭКГ на фоне синусового ритма 60 уд/мин регистрировались признаки выраженной гипертрофии ЛЖ и метаболические сдвиги (в виде патологического зубца U), одиночные предсердные и желудочковые экстрасистолы, конфигурация ЭКГ-комплексов не позволяла исключить рубцовые изменения перегородочной локализации.

По данным Эхо-КГ на фоне нормальных размеров полостей сердца регистрировалась выраженная симметричная гипертрофия ЛЖ (Тмжп = Тэс = 1,8 см).

В анализах крови обращал на себя внимание низкий уровень калия плазмы (2,5 - 2,9 ммоль/л).

В анализах мочи - следы белка, лейкоциты до 18 в п/зр.

При УЗИ почек выявлено расширение ЧЛС с обеих сторон; в области правого надпочечника дополнительное образование округлой формы размером 15 x 18 мм.

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Чем могут быть обусловлены изменения на ЭКГ, имитирующие очаговые (рубцовые) изменения?
4. Тактика лечения.

Ответы:

1. Первичный гиперальдостеронизм. Аденома правого надпочечника. Хронический пиелонефрит. Артериальная гипертензия. Гипертоническое сердце: выраженная симметричная гипертрофия левого желудочка. Предсердная и желудочковая экстрасистолия. Состояние после ОНМК.
2. МР или КТ томографию почек и надпочечников, определение концентрации альдостерона крови и активность ренина плазмы.
3. Изменения на ЭКГ обусловлены выраженной ГЛЖ, как проявление гипертонического сердца.
4. При подтверждении диагноза альдостеромы - хирургическое лечение. В случае гиперплазии (двустороннее увеличение надпочечников) - медикаментозное лечение с добавлением к используемым препаратам больших доз антагонистов альдостерона

Задача № 14

Мужчина 56 лет. В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность.

Ухудшение самочувствия отметил в течение последних 3 нед.: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем.

Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС 130–150 уд./мин, дефицит пульса 20, АД 210/130 мм рт. ст. S=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ.

Глазное дно: гипертоническая нейроретинопатия.

Анализ крови: холестерин – 8,2 ммоль/л, триглицериды – 2,86 ммоль/л (в остальном – без особенностей).

Анализ мочи: без особенностей.

Сцинтиграфия почек: правая почка – без особенностей. Левая – значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.

ЭхоКГ: аорта утолщена. ЛПП=4,9 см, КДР=6,7 см, КСР=5,2 см, ТМЖП=1,7 см, ТЗС = 1,1 см.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

Ответы

1. Брюшная аортография, определение активности ренина плазмы.
2. Диагноз: стенозирующий атеросклероз левой почечной артерии. Вазоренальная гипертензия (злокачественное течение). Гипертоническое сердце. Мерцательная аритмия (тахисистолическая форма). НК IIБ ст. (III ФК по NYHA). Гиперлипидемия IIБ тип.

Задача № 15

Мужчина 29 лет.

Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт. ст.), в связи с чем был освобожден от службы в армии. Несмотря на рекомендации врачей, гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах, преимущественно при ходьбе.

Объективно: ЧСС – 78 уд./мин, АД – 200/110 мм рт. ст., S = D, АД на нижних конечностях – 160/100 мм рт. ст., S = D. Тоны сердца ритмичные.

Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам – без особенностей.

ЭКГ: отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

ЭХО-КГ: ЛПП – 3,2 см, КДР – 5,0 см, КСР – 3,2 см, Тмжп – 1,2 см, Тзс – 1,1 см, клапанный аппарат интактен, патологических токов не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?

Ответы

1. Коарктация аорты. Симптоматическая артериальная гипертензия.
2. Рентгенография органов грудной клетки (узурация ребер, деформация дуги аорты), МР-томография аорты, аортография

Задача № 16

Большой К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «сетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – симметричный, напряжен, частый – 92 уд./мин., АД – на пр. руке – 195/100 мм рт. ст., на левой – 200/100 мм рт. ст. Границы сердца – левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС – 92 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задание:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка
2. Глазное дно – сужение артерий и вен, извитость сосудов Салос – П.
3. Анализ мочи – уд. вес – 1018, белка нет, сахара нет, л. – 1–3 в п/зр.
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
5. Общий анализ крови: Нв – 132 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, л. – $6,0 \times 10^9/л$, ц.п. – 0,9; э. – 1, п. – 4, с. – 66, л. – 24, м. – 5, СОЭ – 6 мм/ч.
6. Глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.

Ответ:

1. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.
2. План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.
3. Дифференциальный диагноз – исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).
4. Лечение: терапия гипертензивного криза; терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, диуретики, б-блокаторы, седативные). Контроль АД. Кардиоселективные б-блокаторы, антагонисты кальция, диуретики, ингибиторы АПФ.

Задача № 17

Мужчина 45 лет. С 35-летнего возраста отметил появление внезапных приступов, сопровождающихся резкой головной болью, головокружением, сердцебиением, потливостью, нарушением слуха и выраженной бледностью кожных покровов.

Приступы возникали с частотой до 1–2 раз в месяц, провоцировались психоэмоциональным напряжением или обильной пищей и купировались самостоятельно. Впоследствии во время приступов были выявлены высокие цифры АД (до 230/130 мм рт. ст.). В межкризовый период АД колебалось в пределах 140–160/100 мм рт. ст. Последние 2 года отмечает изменение течения заболевания: цифры АД стабилизировались на более высоком уровне, картина кризов стала более сглаженной. За 2 года похудел на 10 кг. С этого же времени стали регистрироваться повышенные цифры глюкозы крови (до 7,7 ммоль/л), в связи с чем больному был выставлен диагноз сахарного диабета II типа. На глазном дне: гипертоническая ангиопатия II ст.

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Ответы

1. Феохромоцитома. Симптоматическая артериальная гипертензия. Сахарный диабет II типа.
2. Исследование катехоламинов и ВМК в суточной и кризовой моче. МР- или КТ-томография надпочечников и парааортальной области.

Задача № 18

Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающейся чувством сдавливания головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.

При амбулаторном осмотре: АД – 120/80 мм рт. ст. ЧСС – 78 в мин. За последние 6 мес. отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания.

При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД – 220/130 мм рт. ст. ЧСС – 180 в мин. Температура тела – 37,8°C, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в/в, лазикс в/в) эффекта не дала. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты – 10 х 10⁹/л, лимфоциты – 16%, эозинофилы – 6%. Сахар крови натощак – 7,2 ммоль/л, К – 6,2 ммоль/л, Na – 138 ммоль/л. В моче: белок – 0,66%, эритроциты – 6–8–10 в поле зрения, сахар – 0,5%. На ЭКГ – синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинопатия. При суточном мониторинге АД – 120/80–126/75 мм рт. ст.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.

Ответы

1. Диагноз: Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз.
2. Диагностика:
 - 1) УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, мочевого пузыря
 - 2) Рентгеномография почек и надпочечников
 - 3) Исследование мочи на количественное содержание нордреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты
 - 4) Проба с тропafenом при кризовой форме
3. Дифференциальная диагностика с нейроциркуляторной дистонией, гипертонической болезнью, другими симптоматическими гипертензиями.

Практическое занятие №3.

Тема: Синкопальные состояния в кардиологии, лечение.

Задача №19

У больного 29 лет с раннего детства, со слов матери, в сердце выслушивали шум. Однако диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое. Объективно: ЧСС = 80 уд/мин., АД = 120/80 мм рт. ст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам – без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд/мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения.

ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4,4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.

Задание:

1. Сформулируйте развернутый диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?
3. Тактика медикаментозного лечения пациента. Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?

Ответ:

1. Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка. Относительная коронарная недостаточность. Предсердная экстрасистолия.
2. Нагрузочный тест, ЭКГ-мониторирование, определение липидов крови. При склонности к повышению АД - исследование глазного дна и АД-мониторирование для исключения артериальной гипертонии и гипертонического сердца.
3. Бета-блокаторы, верапамил, дилтиазем. При наличии нарушений ритма - кордарон. Противопоказаны сердечные гликозиды, нитровазодилататоры, с осторожностью следует применять диуретики (в связи с уменьшением преднагрузки или венозного возврата к сердцу).

Задача №20

Больная 82 лет, внезапно потеряла сознание, родственники вызвали скорую помощь.

В анамнезе неоднократно отмечались жалобы на общую слабость, головокружение и кратковременные потери сознания. По данным амбулаторной карты у пациентки периодически возникали пароксизмы фибрилляции предсердий, а также отмечались эпизоды брадикардии. Периодически принимала дигоксин, верапамил. При приступах сердцебиения вызывала скорую помощь.

Объективно: во время осмотра больная в сознании, кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 50 в 1 минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Привычное АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул был утром, цвет кала не изменен. Очаговой неврологической симптоматики нет.

ЭКГ: синусовая брадикардия 36 в мин.

Задание:

1. Предположительный диагноз.
2. Методы диагностики для подтверждения диагноза.
3. Дифференциальная диагностика на догоспитальном этапе.
4. Неотложная помощь.
5. Дальнейшая тактика.

Ответы:

1. Синдром слабости синусового узла.
2. ЧПЭС, холтеровское мониторирование.
3. Полная АВ-блокада, ИМ, ортостатический коллапс, обмороки, гипогликемия.
4. Адреномиметики, холинолитики, временная ЭКС.
5. Имплантация постоянного ЭКС.

Задача №21

У больного 14 лет при попытке подняться с кровати после планового оперативного вмешательства по поводу варикоцеле появилась резкая слабость,

закружилась голова. Потери сознания не было, медсестра вызвала дежурного врача.

Задание:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Тактика врача при выявлении заболевания.
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Назовите основные направления лечения.
5. Какие особенности диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления?

Ответ:

1. Ортостатический коллапс.
2. Предоставить больному горизонтальное положение с приподнятым ножным концом.
3. Ортостатический коллапс обусловлен перераспределением крови с увеличением общего объема венозного русла и снижением притока к сердцу; в основе этого состояния лежит недостаточность венозного тонуса.
4. Лечение основного заболевания, осмотр кардиолога, невролога.
5. Из-за отсутствия заболеваний, которые оказывают содействие возникновению этого состояния, диспансерное наблюдение не нужно. При наличии органического фона - диспансерное наблюдение у профильного специалиста.

Задача № 22

У больной 19 лет при взятии общего анализа крови в хирургическом отделении во время обследования возникла потеря сознания на время до 5 секунд. После применения нашатырного спирта сознание сразу восстановилось. Медсестра вызвала врача.

Задание:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Тактика врача при выявлении заболевания.
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Назовите основные направления лечения.
5. Какие особенности диспансерного наблюдения после выздоровления?

Ответ:

1. Обморок.
2. Легкая, кратковременная потеря сознания, в неотложной помощи не нуждается.
3. Внезапная и кратковременная потеря сознания обусловлена нарушением постурального тонуса.
4. Специального лечения не требуется.
5. Из-за отсутствия заболеваний, которые оказывают содействие возникновению этого состояния, диспансерное наблюдение не нужно. При наличии органического фона - диспансерное наблюдение у профильного специалиста.

Задача №23.

У больного 32 лет на пляже закружилась голова, повысилась температура тела. Потерял сознание на 5 секунд. Обратился за помощью в медпункт.

Задание:

1. Какое заболевание возникло у больного?
2. Тактика врача при выявлении заболевания.
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Назовите основные направления лечения.
5. Какие особенности диспансерного наблюдения после выздоровления?

Ответ:

1. Тепловой удар, обморок.
2. Легкая, кратковременная потеря сознания, в неотложной помощи не нуждается.
3. Внезапная и кратковременная потеря сознания обусловлена нарушением постурального тонуса, повышение температуры обусловлено расстройством центра терморегуляции.
4. Специального лечения не требуется.
5. Из-за отсутствия заболеваний, которые оказывают содействие возникновению этого состояния, диспансерное наблюдение не нужно. При наличии органического фона - диспансерное наблюдение у профильного специалиста.

Задача № 96.

Во время анестезии для операции удаления зуба пациентка пожаловалась на внезапную слабость, головокружение, тошноту. Объективно: кожа бледная, покрыта холодным потом. Дыхание частое, пульс слабый, артериальное давление снижено (80/60 мм рт. ст.), руки холодные.

Задание:

1. Определите вероятный диагноз.
2. Какими должны быть действия врача в данной ситуации?

Ответ:

1. Коллапс, сознание сохранено
2. Больному придают горизонтальное положение с приподнятыми нижними конечностями. Для возбуждения дыхательного центра вводят в/в кордиамин 1 мл или кофеин 10% 1 мл, с целью поднятия венозного тонуса – мезатон 1% 1 мл.

Задача № 24.

После введения новокаина в спинномозговой канал у больного резко снизилось артериальное давление.

Задание:

1. Объясните возникновение указанного симптома.
2. Какова первая врачебная помощь?
3. Как предотвратить подобное явление?

Ответ:

1. Все местные анестетики обладают сосудорасширяющими свойствами (исключение - кокаин). Снижение АД - один из наиболее часто возникающих побочных эффектов при введении анестетиков. Анестетик, введенный в субдуральное пространство, блокирует проводимость преганглионарных симпатических нервных волокон, идущих в составе передних корешков и несущих сосудосуживающие импульсы от центра к периферии. При этом расширяются артериолы и снижается АД.
2. При коллапсе необходимо срочно ввести сосудосуживающие вещества. Для этого наиболее эффективной является группа непрямых а-адреномиметиков (норадреналин, мезатон).
3. Для предотвращения возникновения коллапса следует предварительно ввести сосудосуживающие вещества длительного действия (эфедрин, мезатон).

Практическое занятие №4

Тема: ИБС. Стабильные и нестабильные формы стенокардии, лечение.

Задача №25

Больной К., 49 лет, поступил в стационар с жалобами на приступы интенсивных болей за грудиной, иррадирующих в левую руку; боли длятся более 30 мин, четкой связи их возникновения с физической нагрузкой нет: иногда появляются при подъеме тяжести, иногда в ночное время, нередко через 15-20 мин после еды, сопровождаются изжогой, отрыжкой. Боли не снимаются нитроглицерином, уменьшаются после приема минеральной воды, раствора пищевой соды, теплого молока, приема коринфара. Болеет около 6 лет, наблюдается в поликлинике по поводу ИБС. Последнее ухудшение связано с физической нагрузкой (подъемом тяжести): появилась резкая боль за грудиной, которая продолжалась около 20 мин. Боли уменьшились в положении лежа с приподнятым изголовьем, приема молока и таблетки коринфара, но полностью не исчезли, в связи с чем пациент направлен в стационар с диагнозом "ИБС, затянувшийся приступ стенокардии".

Из анамнеза жизни: в 25-летнем возрасте операция (ушивание) по поводу перфоративной дуоденальной язвы. В последующем иногда беспокоили боли в эпигастрии, проходящие после еды. Восемь лет назад после эмоционального стресса зафиксировано повышение АД до 170/95 мм рт. ст. Курит около 20 сигарет в день, периодически злоупотребляет алкоголем. За последние 5-6 лет отмечает увеличение массы тела на 18 кг. Работа пациента связана с физическим напряжением, подъемом тяжестей.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, гиперстеник, рост 170 см, масса тела 96 кг, окружность живота 118 см. Отеков нет. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, верхняя - 3-е ребро, левая - 1 см снаружи от левой срединноключичной линии. Пульс - 76 в мин, удовлетворительного наполнения, АД — 140/85 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, I тон на верхушке ослаблен. В легких без особенностей. По белой линии живота выше пупка имеется послеоперационный рубец, признаков скопления жидкости в брюшной полости нет. Размеры печени по Курлову 11-10-9 см, не пальпируется.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 4,6 x 10¹², Нв - 140 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - 7,8 x 10⁹, Э - 2, П - 4, С - 66, Л - 20, М - 8, СОЭ - 8 мм/ч.

ОАМ. Реакция - кислая, Уд. пл. - 1022. Прозрачность - полная. Белок - нет. Эп. кл. - ед. Лейк. - 1-3 в п/зр, Эр. - нет

Глюкоза крови - 6,4 ммоль/л, Холестерин - 7 ммоль/л,

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования.

Ответ.

1. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, кардиалгический синдром

2. ОАК, ОАМ, ЭКГ в динамике, ЭГДС, Рентгенологическое исследование пищевода и желудка с контрастированием.

Задача № 26

Больной В., 42 лет, во время занятий в тренажерном зале внезапно почувствовал интенсивную острую боль в левой половине грудной клетки с иррадиацией в шею, левую руку. Появилась одышка, головокружение.

Объективно: состояние средней тяжести, бледен, одышка, головокружение. ЧДД - 26 в мин. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание не определяется. При перкуссии справа звук легочный, слева типманит. При аускультации справа - дыхание везикулярное, слева дыхательные шумы не выслушиваются. Правая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см снаружи от правого края грудины, левая не определяется. Тоны сердца приглушены, тахикардия, пульс - 116 в мин, слабого наполнения, АД — 90/60 мм рт. ст. Живот без особенностей.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 4,5 x 10¹², Нв - 130 г/л, ЦП - 0,95, Лейкоциты - 8,4 x 10⁹, Э - 2, П - 1, С - 67, Л - 23, М - 8, СОЭ - 12 мм/ч.

ОАМ. Реакция - кислая, Уд. пл. - 1018. Прозрачность - полная. Белок - нет. Эп. кл. - един. Лейк. - 1-3 в п/зр, Эр. - нет

АlAt - 0,3 мкмоль/ч-мл, AsAt - 0,4 мкмоль/ч-мл

Вопросы.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования.

Ответ:

1. Спонтанный пневмоторакс

2. Тропониновый тест, ЭКГ, ЭхоКГ, Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и грудной клетки, R-графия органов грудной клетки

Задача № 27

Врач "Скорой помощи" приехал по вызову к больному К., 50 лет, у которого развился интенсивный приступ загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в левую руку. Боль длится около часа, сопровождается резкой слабостью, беспокойством. В течение последней недели при ходьбе появлялись кратковременные сжимающие боли за грудиной, проходящие в покое.

Объективно: состояние средней тяжести, гипергидроз кожи. Частота дыханий — 20 в мин, при аускультации дыхание везикулярное. Пульс частый, аритмичный. АД — 170/100 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости по левой срединноключичной линии. Тоны приглушены, 94 в мин, единичные экстрасистолы. Край печени по реберной дуге.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 4,3 x 10¹², Нв - 130 г/л, ЦП - 0,9, Лейкоциты - 6,2 x 10⁹, П - 4, С - 54, Л - 22, М - 10, СОЭ - 8 мм/ч.

ОАМ. Реакция - нейтральная, Уд. плотность - 1020. Прозрачность - полная.

Белок - нет. Эп. кл. - един. Лейк. - 1 - 2 - 8 в п/зр, Эр. нет.

К-во холестерина в сыворотке - 4,9 ммоль/л, □ - липопротеиды - 8,4 ммоль/л

Глюкоза крови - 5,8 ммоль/л

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования.

Ответ :

1. Острый коронарный синдром

2. АлАт, АсАТ. КФК, Тропониновый тест, ЭКГ, ЭхоКГ

Задача № 28

Больная А., 44 года. Жалуется на длительные, многочасовые, загрудинные боли, не связанные с физической нагрузкой, не купирующиеся нитроглицерином, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперед, отечность, зябкость, слабость, снижение памяти, боли в спине и суставах, запоры. Заболевание начало развиваться около 5 лет назад после простуды. Безуспешно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита, затем анемии.

Объективно: рост 170 см, масса тела — 86 кг. Кожа бледная сухая, с мраморным оттенком, шелушится. Определяется плотный отек лица, туловища, стоп, кистей. Больная малоподвижна, безразлична, голос низкий. Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы отсутствуют. Пульс - 54 в мин, ритмичный, АД — 130/90 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости смещены влево вниз на 3,5 см, влево вверх на 2,0 см, вправо вниз на 2 см., тоны приглушены. Пальпация органов брюшной полости затруднена из-за плотного отека передней брюшной стенки. Сухожильные рефлексы снижены, время ахиллова рефлекса увеличено.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 3,5 x 10¹², Нв - 64 г/л, ЦП - 0,6, Лейкоциты - 3,4 x 10⁹, П - 2, С - 66, Л - 24, М - 8, СОЭ - 24 мм/ч.

ОАМ. Реакция - нейтральная, Уд. плотность - 1015. Прозрачность - неполная.

сердце возникает 2-3 раза в сутки без связи с физической нагрузкой, сопровождается сердцебиением, чувством нехватки воздуха, потливостью, чувством жара, не иррадирует. Отеки нижних конечностей возникают перед менструацией и после ее окончания проходят. Менструации нерегулярные, обильные. Объективно Рост-160 см, масса тела-74 кг. Кожа обычной влажности. Пульс - 82 в 1 мин, ритмичный, АД -145/80 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны обычной громкости. Дыхание везикулярное. Живот мягкий. Печень не увеличена. Отеков нет.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Определите, имеются ли у больной признаки сердечной недостаточности.
3. Укажите, какие изменения на ЭКГ могут наблюдаться у больной, их патогенез.
4. Укажите отличительные признаки изменения ЭКГ при ишемической болезни сердца и климактерической кардиомиопатии. Влияние функциональных проб.

Ответ:

1. Пременопауза, климактерическая кардиомиопатия.
 2. СН0
 3. Снижение S - Т, зубец Т отрицательный, однако Т может углубиться, стать вновь положительным.
 4. В отличие от климактерической кардиомиопатии при ИБС - конкордантное смещение S - Т вниз, отрицательный зубец Т во время приступа, после приступа нормализуется.
- Проба с физической нагрузкой (велозерометрия) - отрицательная (отсутствие на ЭКГ изменений, свойственных ишемической болезни сердца или улучшение показателей ЭКГ)
- Проба с нитроглицерином - прекращение боли спустя 2 - 5 мин, положительная динамика ЭКГ, а при климактерической кардиомиопатии - отсутствие изменений. При сочетании ИБС и климактерической кардиомиопатии - уменьшение боли, отсутствие существенной положительной динамики ЭКГ.
- Проба с обзиданом - при ИБС - меняется мало, а при климактерической кардиомиопатии ЭКГ нормализуется.

Задача № 33

Женщина 57 лет страдает тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Внезапно, на пятые сутки после обширного оперативного вмешательства появилась сильная боль в левой половине грудной клетки, одышка, цианоз верхней половины туловища, кровохарканье.

Состояние больной тяжелое. Цианоз верхней половины туловища, шейные вены набухшие. Одышка до 40 в мин. АД 80/50 мм рт ст, тахикардия до 120 уд/мин. Тоны сердца глухие, акцент второго тона над легочной артерией. На ЭКГ нагрузка на правые отделы сердца.

Задание:

1. Наиболее вероятный диагноз
2. Каков план дальнейшего обследования

Ответ:

1. ТЭЛА.
2. ОАК, показатели свертывающей системы крови, D-димер, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки,

Задача № 34

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание:

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Наметить план лечения.

Результаты дополнительного обследования:

ЭКГ: картина острого инфаркта миокарда.

1. Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$, лейкоциты - $10,5 \times 10^9$, э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ч.
2. Свертываемость крови - 3 мин.
3. ПТИ - 100%.
4. СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гл, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л.
5. Рентгенография - прилагается.

Ответ:

1. ИБС: инфаркт миокарда.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
4. План лечения: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

Задача № 35

Больной С., 72 года. Обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на периодически возникающие загрудинные боли, связанные с физической нагрузкой, с иррадиацией в межлопаточную область. Также предъявляет жалобы на нарушения глотания, повышенное слюноотделение, тошноту, рвоту, тяжесть в животе, похудание.

Объективно: дыхание жесткое, хрипов нет, ЧСС - 52/мин, ЧД - 25/мин, во втором межреберье по ходу проекции аорты выслушивается систолический шум, перкуторно расширение сосудистого пучка вправо. Лабораторные показатели в пределах возрастной нормы.

На рентгенограмме: зурация тел позвонков, умеренный кифоз. В прямой проекции увеличение правого контура аорты, смещение контуров трахеи и левого главного бронха, явления гиповентиляции левого легкого. Во второй косой расширение восходящей аорты, смещение заднего контура до середины позвоночника, отклонение контрастированного пищевода вперед.

Задание Предварительный диагноз

Ответы

Аневризма аорты.

Практическое занятие № 5

Тема: Инфаркт миокарда, лечение острого и подострого периода, реабилитация больных с инфарктом миокарда.

Задача № 36.

Больной 50 лет поступил в клинику с диагнозом распространенный передний инфаркт миокарда. После двух суток лечения в блоке интенсивной терапии стал жаловаться на чувство нехватки воздуха, сухой кашель. При обследовании выявлен систолический шум на верхушке и в точке Боткина, ранее не выслушивающиеся.

Задание:

Предположительный диагноз:

1. тромбоз легочной артерии;
2. крупозная пневмония;
3. постинфарктный перикардит;
4. отрыв сосочковой мышцы;
5. синдром Дреслера.

Ответы: отрыв сосочковой мышцы;

Задача № 37.

Больной 48 лет поступил в клинику с диагнозом задний инфаркт миокарда. На третьи сутки внезапно стала нарастать одышка, появились боли и чувство распирания в правом подреберье, отеки на ногах. Состояние тяжелое, бледен, акроцианоз, в легких хрипов нет. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные, выслушивается пансистолический шум по парастеральной линии, определяется систолическое дрожание. ЧСС 96 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Печень увеличена на 6 см.

Задание:

Предположительный диагноз:

1. ревматический порок сердца;
2. пролапс митрального клапана;
3. разрыв межжелудочковой перегородки;
4. отек легких;
5. тромбоз легочной артерии.

Ответы: разрыв межжелудочковой перегородки;

Задача № 38.

Больная 75 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, головокружение в последние 3 дня. Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС и пульс 56 ударов в мин. АД 110/70 мм рт.ст. На ЭКГ – ритм синусовый, интервал PQ=0,26 сек, патологический зубец Q в стандартных отведениях I, II, снижение сегмента ST и отрицательный зубец T в отведениях V1-V3.

Задание:

Предположительный диагноз?

1. острый передний инфаркт миокарда, осложненный блокадой передней ветви левой ножки пучка Гиса;
2. рубцовые изменения миокарда в передней стенке левого желудочка, АВ блокада первой степени;
3. постмиокардитический кардиосклероз, полная АВ блокада с периодами Морганьи-Эдамса-Стокса;
4. постинфарктный кардиосклероз без нарушений АВ проводимости;
5. Острый переднеперегородочный инфаркт миокарда, осложненный АВ блокадой первой степени.

Ответы: Острый переднеперегородочный инфаркт миокарда, осложненный АВ блокадой первой степени.

Задача № 39.

Больной 47 лет поступил в клинику с диагнозом острый задний инфаркт миокарда. В первые сутки наблюдения внезапно потерял сознание. Пульс и давление не определяются. На ЭКГ - синусовый ритм с переходом в асистолию желудочков.

Задание:

Лечение:

1. Дефибрилляция;
2. внутрисердечное введение симпатомиметиков; *
3. индерал внутривенно;
4. ганглиоблокаторы.

Ответы: внутрисердечное введение симпатомиметиков

Задача № 40

Женщина 55 лет доставлена в БИТ после 2-часового ангинозного приступа, купированного на догоспитальном этапе.

В анамнезе: год назад перенесла инфаркт миокарда передней локализации. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 месяца, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Акроцианоз. Набухание шейных вен. ЧД=26 в мин., АД=110/65 мм рт ст., чсс=115 уд/мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Печень не увеличена.

Периферических отеков нет.

ЭКГ: патологический зубец Q в I, AVL, V1 - V3, низкий вольтаж R в V4, подъем ST в I, V1 -V5 до 4 мм.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.
2. Какие исследования следует дополнительно провести для уточнения диагноза?
3. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

Ответы:

1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Инфаркт миокарда передней локализации, острый период. Острая левожелудочковая недостаточность: отек легких.
2. Для констатации повторного очагового повреждения миокарда необходимы дополнительные данные: предыдущая ЭКГ для сравнения и динамика ЭКГ, общий анализ крови, исследование маркеров некроза миокарда (тропонина, МВ-фракции КФК) в динамике, Эхо-КГ.
3. Решить вопрос о возможности проведения тромболизиса,
 - введение наркотических анальгетиков (морфин дробно),
 - инфузия нитроглицерина под контролем АД,
 - введение лазикса в/в,
 - для урежения ЧСС возможно дробное введение эсмолола в/в (допустимая разовая доза 0,1 мг на кг веса) под контролем ЧСС и признаков СН.

Задача №41

У больного 58 лет на вторые сутки повторного переднего трансмурального ИМ внезапно ухудшилось состояние. Появилась резкая слабость, кожные покровы влажные, бледные, число дыханий - 26 в минуту, АД 85/55 мм рт.ст. При ЭКГ-мониторировании регистрируется суправентрикулярная тахикардия. У больного диагностирован кардиогенный шок и начато лечение допамином, преднизолоном, внутривенным введением реополиглюкина* и гидрокарбонатом натрия. Учитывая данные ЭКГ (суправентрикулярная тахикардия), больному внутривенно капельно вводится раствор кордарона* (амиодарона) 1200 мг. В течение часа на фоне проводимого лечения состояние больного существенно не изменилось.

Задание:

Почему лечение оказалось неэффективным?

Ответ:

По данным анамнеза, осмотра и объективного исследования, у больного имеются очевидные признаки кардиогенного шока. Следует уточнить причину развития кардиогенного шока у пациента с обширным поражением миокарда левого желудочка. При ЭКГ-мониторировании зарегистрирована суправентрикулярная тахикардия с частотой сердечного ритма 150 в минуту, на фоне которой развился кардиогенный шок. Первым лечебным мероприятием в данном случае является восстановление синусового ритма. Внутривенное введение кордарона* в данном случае нецелесообразно, так как он не восстанавливает синусовый ритм быстро. Необходима незамедлительная нормализация ритма сердца. Наиболее эффективным методом восстановления сердечного ритма является ЭИТ.

Задача №42

Больной 72 лет доставлен в блок кардиореанимации с диагнозом: острый ИМ. При обследовании у пациента сохранялись боли в области грудины, одышка до 30 дыхательных движений в минуту. Над всеми отделами легких выслушивались разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, 108 сокращений в минуту, АД 130/85 мм рт.ст. На ЭКГ синусовый ритм, признаки острого переднего трансмурального ИМ. На основании клинико-электрокардиографических данных у больного диагностирован острый ИМ, осложненный отеком легких. Больному начаты лечебные мероприятия: внутривенно струйно раствор морфина 1% - 1,0, раствор фуросемида - 20 мг, капельно раствор нитроглицерина - 15 мкг/мин, а также ингаляция спирта с кислородом. Через 40 мин больной выделил 400 мл мочи, АД - 130/80 мм рт.ст. Проявления левожелудочковой недостаточности не уменьшились.

Задание:

Почему лечение оказалось неэффективным?

Ответ:

В процессе лечения больного с острым ИМ, осложненным отеком легких, использованы рекомендованные схемы лечения и необходимые препараты. Следует уточнить причину недостаточной эффективности лечения. На фоне проводимой терапии у больного практически не снизилось АД, был получен недостаточный диуретический эффект. Для повышения эффективности лечебных мероприятий необходимо увеличить скорость и дозу нитроглицерина до 20-25 мкг в минуту под контролем АД (оптимальное АД - 100/70 мм рт.ст.). Необходимо увеличить дозу фуросемида до 100-200 мг.

Задача №43

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 мин., проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 уд./мин., единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт.ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,3x10¹², лейкоциты - 9,2x10⁹, п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ч.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ: признаки крупноочагового инфаркта миокарда, экстрасистолы.
2. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ - 360 ЕД/л, КФК - 2,4 ммоль/л, АСТ - 24 Е/л, АЛТ - 16 Е/л.
3. Свертываемость крови - 3 мин.
4. ПТИ - 100%.
5. Общий анализ крови на 6-й день после госпитализации: лейкоциты - 6,0x10⁹, э.- 1, п. - 2, сегм. - 64, л. - 24, м. - 9, СОЭ - 24 мм/ч.
6. Рентгенограмма - прилагается.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

Эталон ответов:

1. ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.

Лечение: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений.

Задача №44

К больному В., 48 лет, вызвана бригада скорой помощи по поводу "сердечного приступа". Как было выяснено врачом у родственников, в течение нескольких последних месяцев его беспокоили боли в груди *с онемением рук, возникающие при ходьбе. За мед. помощью не обращался. В этот день коллегам по работе жаловался на боли за грудиной более интенсивные, чем ранее, на слабость. Продолжал выполнять работу слесаря. Но, придя домой, почувствовал ухудшение состояния: усилились боли, появилась одышка, в связи с чем была вызвана кардиологическая бригада скорой помощи. Врачу больной сказал, что ему стало плохо. Кожные покровы бледные, пульс аритмичный, слабого наполнения, частый. Тоны сердца глухие, аритмичные. АД определить не удалось. На ЭКГ зарегистрированы высокоамплитудные уширенные нерегулярные волны со снижением их амплитуды к концу записи. ЭКГ записано не во всех отведениях, т. к. у больного появилось двигательное беспокойство, внезапно захрипел и потерял сознание. Констатирована клиническая смерть. Начаты общепринятые реанимационные мероприятия, которые оказались неэффективными. Дефибриляция не проводилась.

Задания:

1. Какой диагноз можно поставить?
3. Какие изменения предположительно могут быть выявлены при патологоанатомическом исследовании?
4. Почему (предположительно) проведенная реанимация оказалась неэффективной?
5. Какие реанимационные мероприятия необходимо было провести?
6. Имело ли значение в летальном исходе позднее обращение за медицинской помощью?

Ответы:

1. Диагноз: Осн.: ИБС острый инфаркт миокарда.

Осл.: ОЛЖН, КШ, ФЖ, острая левожелудочковая недостаточность (кардиогенный шок, вторичная фибрилляция желудочков).

3. В мышце сердца: свежий ишемический некроз, возможно гистологически имбибиция и миомаляция участка миокарда, а также зона ишемии вокруг зоны повреждения. В зоне ишемии могут определяться участки неравномерности (мозаичность) кровоснабжения кардиомиоцитов, отражением чего является электрическая нестабильность миокарда (фатальная аритмия). В легких: полнокровие с развитием отека легочной ткани, включая альвеолярный сектор.

4. Реанимационные мероприятия без проведения экстренной дефибрилляции не могут быть эффективны при ФЖ.

5. В первую очередь при регистрации на ЭКГ фибрилляции желудочков необходимо провести дефибрилляцию, при необходимости повторно на фоне неэффективированных реанимационных мероприятий: закрытого массажа сердца (ЗМС), искусственной вентиляции легких (ИВЛ), введения лидокаина.

6. Да, имело. При своевременном обращении и лечении могли не развиваться осложнения острого некроза (ОЛЖН, КШ, ФЖ), а при развитии вышеуказанных осложнений в условиях стационара (палаты интенсивной терапии) имелись бы большие возможности их коррекции (включая реанимационные мероприятия).

Задача №45

Больная С., 46 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в обе ключицы, нижнюю челюсть, грудной отдел позвоночника, чувство нехватки воздуха, выраженную общую слабость. Боли за грудиной и одышка при ходьбе впервые появились 10 дней назад, при остановке проходили. Ухудшение состояния - около суток. В течение пяти лет страдает пароксизмальной формой мерцательной аритмии. Более 16 лет страдает повышением АД до 180/100 мм.рт.ст. Впервые повышенное АД было выявлено во время беременности. Два года назад выявлены МКБ и хронический пиелонефрит. Мама и сестра-близнец страдают гипертонией.

При осмотре: АД- 140/100 мм.рт.ст., Ps- 92 в минуту. Ожирение II ст. Кожные покровы бледные, сухие, теплые, периферических отеков нет. В легких - дыхание везикулярное, равномерно ослабленное в нижне-задних отделах, влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон в небольшом количестве. Границы сердца при перкуссии расширены влево и вниз, тоны приглушены, акцент II тона во втором межреберном промежутке слева от грудины, тахикардия, систолический шум над всей областью сердца, максимально на верхушке и во втором межреберье справа от грудины. Живот мягкий, безболезненный. Печень - по краю реберной дуги.

На ЭКГ: низкий вольтаж зубцов R, синусовая тахикардия, ч.с.с.= 92 в минуту, дискордантность - элевация ST I, II, avL, V1-V4 более 2 мм, депрессия ST III, avF.

Общий анализ крови: эритроциты- 4,6 * 10¹⁶/л; гемоглобин- 140 г/л; цвет, показатель- 0,91; лейкоциты- 10,7 * 10⁹/л, эозинофилы- 0, палочкоядерные- 2, сегментоядерные- 79, лимфоциты- 6, моноциты- 3, СОЭ - 12 мм/час.

Биохимическое исследование крови: холестерин- 7,8 ммоль/л, АЛТ- 87 ед/л, АСТ- 298 ед/л, ГТТ- 18 ед/л, ЛДГ- 2725 ед/л, КФК- 1511 ед/л, общий билирубин- 12 мкмоль/л, прямой- отрицательный, креатинин- 100 мкмоль/л, мочевины- 8 ммоль/л.

На рентгенограмме органов грудной клетки: усилен легочный рисунок за счет периваскулярной инфильтрации.

Задания:

1. Ваш диагноз, его обоснование.

2. Как отличить "чувство нехватки воздуха" при приступе стенокардии (ишемического типа дискомфорт в грудной клетке- "грудная жаба", "жаба душит") от такой же жалобы при ОЛЖН? Как ex juvantibus отличить эти состояния?

3. Что вы предполагаете увидеть при ЭхоКГ исследовании в данном случае?

4. Какое ремоделирование миокарда наблюдается при гипертоническом сердце, при атеросклеротическом кардиосклерозе, при остром инфаркте миокарда? Какие зоны можно выделить и чем отличаются их сократимость?

5. Какие изменения в мышце сердца и в легких могут предположительно быть выявлены в данном конкретном случае при гистологическом патологоанатомическом исследовании?

6. Какими осложнениями чревато внутривенное введение сердечных гликозидов в остром периоде ИМ, на чем основано положение о нежелательности их введения в этом состоянии? Почему мы добавляем их в подостром периоде, для лечения каких осложнений ИМ?

7. Какое плановое лечение вы назначите данной больной? Назначите ли тромболитис?

Ответы:

1. Основной. ИБС (Передне-перегородочно-верхушечно-боковой крупноочаговый инфаркт миокарда, острейшая стадия. Атеросклеротический и ангиогенный кардиосклероз).

Фоновый. Атеросклероз аорты, артериальная гипертония сложного генеза (эссенциальная, гемодинамическая, ренальная) III ст., высокий риск течения.

Ожирение II ст.

Осложнения. Синусовая тахикардия, пароксизмальная форма мерцания предсердий, ОЛЖН (отек легких) на фоне ЗН ПА- III ст. (застойные легкие)

Обоснование: характерная локализация и иррадиация боли, подтвержденный анамнезом ее стенокардитический характер, острое начало и прогрессирующее ухудшение без лечения, характерные факторы риска (гипертония III ст. сложного генеза, ожирение II ст., возраст); из "данных физического исследования- повышено диастолическое давление, тахикардия, застойные явления в легких, расширены границы сердца, при аускультации- сочетание данных за относительную недостаточность митрального клапана, легочную гипертензию и "сердце гипертоника"; на ЭКГ- данные за острый ИМ, снижение ФВ; в крови- нейтрофильный лейкоцитоз, гиперферментемия; на рентгенограмме- застойные явления в легких.

2. Если "чувство нехватки воздуха" является проявлением стенокардии, то оно проходит с прекращением нагрузки, приемом коронаролитиков, обезболиванием. Если же оно связано с ОЛЖН, то имеются дополнительно другие симптомы (удушение дыхания в положении сидя, чем лежа; чаще возникает ночью, имеются признаки перегрузки левых отделов сердца- расширение его границ влево, вниз и вверх, акцент II тона над легочной артерией, тахикардия, тахикардия, ритм галопа, систолический шум вдоль левого края грудины, ослабленное везикулярное дыхание симметрично в нижне-задних отделах легких, там же - мелко- или среднепузырчатые влажные хрипы, может присоединяться обструктивный компонент). На ЭКГ при ОЛЖН: увеличение электрического потенциала ЛЖ (увеличение зубцов R в V5-V6, преобладание над R в V4), с признаками субэндокардиальной ишемии, перегрузки объемом ЛЖ, депрессия ST в V5-V6.

Стенокардитическое "чувство нехватки воздуха" устраняется приемом нитроглицерина, нифедипина, анаприлина сублингвально, введением анальгина, наркотических анальгетиков.

При ОЛЖН обязательно вызвать повышенный диурез (внутривенное введение лазикса), и использовать дилататоры (нитраты, нитропруссид натрия).

3. Зоны акинеза, гипокинеза в области передне-перегородочно-верхушечно-боковой стенки ЛЖ, преобладание левых отделов над правыми, расширение левых полостей сердца, относительную (преимущественно) митральную недостаточность, снижение ФВ<55%, уплотнение стенок аорты, вероятно, с вовлечением створок аортального клапана, возможно уплотнение створок митрального клапана, легочную гипертензию (в норме до 30 мм.рт.ст.).

4. У гипертоников- чаще концентрическая гипертрофия.

При атеросклеротическом кардиосклерозе- чаще эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ.

При ОИМ- зона некроза (акинезия, в последующем может стать гипертрофированной или истонченной - аневризма, движение парадоксальное), перинфарктная зона и зона ишемии (гипокинезия, позже может стать зоной "дремлющего миокарда" или вернуться к норме, при сохранении ишемии и гипокинезии развивается гипертрофия), нормальный миокард, но с компенсаторно повышенной нагрузкой (зона гиперкинезии, позже может присоединиться гипертрофия).

5. В мышце сердца - свежий ишемический некроз, имбибиция этой зоны лейкоцитами (фагоцитами), возможна миомаляция участка миокарда, зона ишемии - участки неравномерности (мозаичность) кровоснабжения кардиомиоцитов.

В легких - полнокровие с развитием отека легочной ткани (интерстициальной и альвеолярной).

6. Опасно развитием фатальных аритмий (ЖТ, ФЖ) при уже имеющейся электрической нестабильности миокарда вследствие существования по-разному кровоснабжающихся и накапливающих сердечные гликозиды зон (некроза, перинфарктной, ишемии, нормальной с повышенной и обычной сократимостью).

В подостром периоде ИМ зон накопления меньше, произошло отграничение зоны некроза и процесс ремоделирования несколько стабилизировался. Показанием для назначения являются тяжелые формы ОЛЖН, острая аневризма, тахиформа мерцания предсердий, пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, которые не устраняются комплексом других лекарственных препаратов.

7.Тромболитис не назначать, так как поступила через сутки.

Назначить антикоагулянты, антиагреганты нитраты (внутривенно и per os), бета-блокаторы (продолжительные в малых дозах, кардиоселективные), мочегонные (включая верошпирон или препараты калия), ингибиторы АПФ.

Задача № 46

Больной П., 56 лет, госпитализирован по скорой медицинской помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В 6 ч утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял 2 таблетки валидола без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 мин. На догоспитальном этапе приступ был частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в ОИТиР составила 3 ч.

Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В течение последних 10 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт. ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает нифедипин. Отец и мать пациента умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат пациента 3 года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент имеет повышенный вес, ИМТ – 31,9 кг/м². Частота дыхания – 26 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС – 52 уд./мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 15,2 г/л; эритроциты – 5,1 млн.; гематокрит – 35%; лейкоциты – 11,1 тыс.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 130 мг/дл; креатинин – 1,2 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл.

На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС – 50 в мин., отклонение ЭОС влево, зубец Q + элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.

Задание.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Ответы: ИБС: инфаркт миокарда нижней стенки ЛЖ, острый период

Практическое занятие №6.

Тема: Нарушения ритма, виды лечения

Задача № 47

Больная 28 лет, доставлена в терапевтическое отделение «скорой помощью» с жалобами на сердцебиение, головокружение, слабость, частое мочеиспускание.

Приступ сердцебиения начался внезапно, среди полного благополучия и продолжается уже более 12 часов. Подобные приступы наблюдались и раньше, но были кратковременными. Чаще они возникали после переутомления или волнения. В последние 3 месяца до поступления в стационар они участились и стали более продолжительными.

Объективно: больная астенической конституции. Цианоза, отеков нет. Кожа груди, на ладонях влажная на ощупь. Наблюдается тремор пальцев руки и век. Яремные вены набухшие, усилена пульсация шейных сосудов. Границы сердца не изменены. Частота сердечных сокращений (аукультативно) 220 в мин. Пульс на лучевой артерии не сосчитывается, малый и мягкий. АД 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание частое - каждые 15-20 мин. выделяется 200-250 мл. светлой мочи.

Электрокардиограмма, частота сокращений предсердий и желудочков 220 в мин., зубцы Т, Р сливаются между собой, положительны. Интервалы S-T ниже изолинии. Желудочковый комплекс не расширен и не деформирован.

Задания:

1. Как называется состояние, наблюдаемое у больной?
2. Каковы рефлекторные методы, направленные на устранение приступа?
3. Неотложная медикаментозная терапия.
4. Назовите возможные причины данного состояния.
5. Какие обследования необходимы для постановки диагноза, учитывая стандарты диагностики?
6. Что могло явиться причиной учащения приступов в последние 3 месяца?

Ответ

1. У больной приступ пароксизмальной наджелудочковой тахикардии.
2. Надавливание на глазные яблоки (проба Чермака), натуживание на высоте глубокого вдоха при закрытой голосовой щели и зажато нос (проба Вальсальвы), вызывание рвотного рефлекса путем раздражения пальцами корня языка.
3. Внутривенные введения новокаинамида 10%-10,0 в изотоническом растворе NaCl в течении 3-5 минут, иногда вместе с метазоном 5%-0,5 мл. А) поляризирующая смесь внутривенно камельно, через 10-15 минут введения – верапамил 5-10 мг в/в струйно (при отсутствии эффекта). Б) при отсутствии эффекта через 30 минут: кордарон 300-450 мг в 20 мл изотонического раствора NaCl в течении 5-10 минут. В) при отсутствии эффекта еще через 30 мин. – дигоксин 0,025% - 1 мл с 10 мл панангина в изотоническом растворе NaCl до 20 мл в/в в течении 5 минут. При нарушении гемодинамики (снижение АД, головокружение) до введения дигоксина провести электропульсную терапию.
4. Пароксизмальная тахикардия может осложнять течение: миокардита, тиреотоксикоза, стеноза левого венозного отверстия сердца, климакса, вегето-сосудистой дистонии. Может явиться клиническим проявлением синдрома преждевременного возбуждения желудочков.
5. ЭКГ после купирования пароксизма, ЭХО-КГ, ревмотесты, белковые фракции, общий анализ крови, рентгенография грудной клетки, УЗИ щитовидной железы, тиреоидные гормоны, рентгенография турецкого седла.
6. При вегетативной дисфункции (что наиболее вероятно у данной больной) учащение приступов может быть вызвано переутомлением, первым напряжением, обострением очагов хронической инфекции.

Задача № 48

Больной 75 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на приступы головокружения, иногда с потерей сознания, одышку, отеки ног. Больным себя считает около 10-лет, когда впервые стал испытывать одышку при ходьбе. Тогда же появились боли в области сердца сжимающего характера. Год назад впервые возник приступ, во время которого внезапно потерял сознание; со слов родственников, были судороги. “Небольшие” приступы в течение последнего года (потемнение в глазах, головокружение, длящееся 1-2 мин.) бывали и раньше. За месяц до поступления они участились, усилилась одышка, появились отеки на голенях.

Состояние больного тяжелое, выраженный цианоз губ, отеки на голенях. Граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см, конфигурация сердечной тупости аортальная. Тоны глухие, выслушивается систолический шум на верхушке. Временами определяется очень громкий (пушечный) 1-й тон. АД 180/80 мм рт. ст.. Пульс ритмичный, 36 в мин.; напряженный. Частота его не меняется после физической нагрузки (ходьба по палате). В легких везикулярное дыхание, выслушиваются единичные влажные хрипы. Печень выступает из-под реберного края на 5 см, плотная, безболезненная при

пальпации. Анализ крови: Эр. - 4,0 x 10¹²/л, Нб - 140г/л; СОЭ - 5 мм/час, Л - 7,6 x 10⁹/л, формула не изменена. Анализ мочи: уд. вес - 1.026, белок-следы, лейкоциты и эритроциты 1-2 в п/зрения. Суточный диурез 800 мл, ЭКГ: PP-0,75", RR-1,65", QR-T= 0,48". QRS-0,16".

На следующий день после поступления в больницу больной внезапно потерял сознание, лицо стало багрово-синим, появилась эпилептиформная судорога, непроизвольное мочеиспускание. Пульс во время приступа 16 в мин., АД - 200/80 мм рт. ст. После оказания помощи больной пришел в сознание, но о случившемся ничего не помнил.

Задания:

1. Какой синдром выступает на первый план в клинической картине заболевания и каков его патогенез?
2. Поставьте предположительный клинический диагноз?
3. Неотложная помощь при данном состоянии (в рецептах).
4. Предложите стандарты обследования больного.
5. Нуждается ли больной в лечении у кардиохирурга?

Ответ

1. В клинической картине ведущим является приступ потери сознания, сопровождающийся судорогами, непроизвольным мочеиспусканием (синдром Морганьи – Эдемса – Стокса). Причиной его развития является полная поперечная блокада сердца и как следствие ишемия головного мозга.
2. Предположительный диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения. Атеросклероз аорты, коронарных артерий, диффузный кардиосклероз. Полная атрио – вентрикулярная блокада дистального типа НПБ.
3. Непрямой массаж сердца, искусственное дыхание, внутривенно- капельно норадреналин, бикарбонат Na 4% - 20,0. При неэффективности – трансвенозная электрическая стимуляция сердца.
4. Ведущий синдром необходимо дифференцировать с эпилепсией, обморочными состояниями вестибулярного происхождения (эти приступы распознаются по нормальному пульсу в период припадка), обморочными состояниями при аортальном стенозе, митральных пороках с тромбом левого предсердия, миксомой левого предсердия.
5. Больному необходима консультация кардиохирурга для решения вопроса об имплантации искусственного водителя ритма.

Задача № 49

Больной 37 лет находится в кардиологическом стационаре. В возрасте 25 лет выявлен митральный порок (стеноз и недостаточность), умеренная аортальная недостаточность. С 31 года - пароксизм фибрилляции предсердий. В 35 лет - последняя отчетливая ревматическая атака, после которой фибрилляция стала стойкой, появилась необходимость постоянного лечения по поводу сердечной недостаточности. Год назад - тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, инфарктная пневмония. Статус: заметная одышка в покое, пульс около 110 уд. в мин, аритмичный АД 110/50 мм рт.ст., печень выступает на 8 см, отечность голеней. Рентгеноскопия: существенное расширение всех отделов сердца признаки застоя в легких. Обсуждается вопрос о лечении фибрилляции предсердий.

Задания:

I. Какое суждение правильное

1. Нормализация ритма не показана, назначить дигоксин для урежения ритма желудочков
2. Вопрос о целесообразности нормализации ритма рассмотреть после адекватного лечения дигоксином и антикоагулянтами и урежения желудочкового ритма
3. Показана нормализация ритма при помощи хинидина
4. Показана нормализация ритма лучше при помощи электроимпульсной терапии
5. Вопрос о необходимости и способе лечения аритмии не может быть решен на основании имеющихся данных. Необходимо дообследование

Задача № 50

Больная 65 лет доставлена в больницу после кратковременного обморока, случившегося на улице. В течение нескольких лет беспокоят приступы сердцебиения, а также слабость, головокружения, дурнота. Эти ощущения, резко выраженные, замечает каждый день. Нагрузки переносила удовлетворительно. Обморок на улице с падением случился впервые. Во время одного из приступов сердцебиения три недели назад снята ЭКГ, зарегистрирована наджелудочковая тахикардия. АД было нормальное. Приступ прекратился спонтанно, и врач назначил обзидан по 20 мг 3 раза в день. Однако неприятные ощущения продолжали беспокоить, головокружения стали более тягостными. Отказалась от обзидана. ЭКГ, снятая в приемном покое, прилагается.

Задания:

I. Что верно

1. У больной скорее всего синдром слабости синусового узла
2. Пищеводная ЭКГ с кратковременной стимуляцией предсердий позволит уточнить диагноз
3. Врач поликлиники допустил ошибку
4. На представленной ЭКГ частота ритма более 60 уд. в мин

II. Какие пути лечения уместно обсуждать в данном случае

1. Эуфиллин или какой-либо бета-адреностимулятор
2. Кордарон или какой-либо бета-адреностимулятор
3. Рибоксин
4. Электрокардиостимуляция

III. Возможные причины синкопальных состояний

1. Гипогликемия
2. Геморрагический инсульт
3. Нарушение сердечного ритма и проводимости
4. Миксома предсердий

Задача № 51

У больного Т., 64 лет, внезапно развился приступ учащенного сердцебиения, появились общая слабость, чувство нехватки воздуха.

В течение 10 лет при ходьбе беспокоят приступы загрудинных болей, купирующиеся нитроглицерином. Диагностировалась ИБС - стенокардия напряжения. В дальнейшем дважды перенес инфаркт миокарда. 3 года назад появились перебои в работе сердца. На ЭКГ регистрировались желудочковые экстрасистолы. Лечился суаком, обзиданом, коринфаром.

Объективно: бледность кожи. Акроцианоз. Видимых отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание. ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца приглушены. Тахикардия с правильным ритмом. ЧСС - 200 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

На ЭКГ - учащенный ритм до 200 в минуту, интервалы R - R одинаковые, желудочковый комплекс QRS расширен до 0,18 сек и деформирован.

Задания:

1. Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.
2. Осложнением какого заболевания является аритмия?
3. Выберите препарат первого выбора для купирования аритмии.

Ответ:

1. На ЭКГ документирована пароксизмальная желудочковая тахикардия.

2. Является осложнением основного заболевания- ИБС.
3. Средство первого выбора – лидокаин 80-100 мг в/в струйно.

Задача № 52

У больного П., 30 лет, внезапно развился приступ учащенного сердцебиения.

Из анамнеза выяснено, что в течение 5 лет периодически беспокоят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые проходили самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался.

Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. При аускультации сердца определяется тахикардия с правильным ритмом. ЧСС 180 в минуту.

На снятой ЭКГ - зубец "Р" не определяется, интервалы R - R одинаковые, ЧСС — 180 в минуту, желудочковый комплекс QRS не расширен (0,08 сек).

Задания:

1. Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.
2. Последовательность мероприятий по купированию аритмии.

Ответ:

1. На ЭКГ документирована пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.
2. Последовательность лечебных мероприятий по купированию приступа:
 - 1) вагусные пробы (массаж каротидного синуса, проба Вальсальвы и др.). При отсутствии эффекта средство первого выбора верапамил 5-10 мг в/в струйно;
 - 2) если приступ не купировался в/в струйно медленно (под контролем ЧСС, АД, ЭКГ), новокаиномид 500 мг на физиологическом растворе или в/в капельно 1000 мг на физиологическом растворе.

Задача № 53

Больная Ч., 76 лет, предъявляет жалобы на одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, отеки нижних конечностей, перебои в работе сердца.

Одышка при физической нагрузке и отеки на ногах впервые появились 5 лет назад. Периодически больная принимала диуретики и сердечные гликозиды, после чего одышка и отеки уменьшались. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧД - 26 в мин. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница относительной сердечной тупости - на 1,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, глухие, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 96 в мин. Пульс 84 в мин., пульсовые волны разного наполнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения с указанием препаратов.

Ответ:

1. Диагноз: ИБС. Постоянная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. СН II Б ст., ФК IV.
2. План обследования:
 - Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ.
 - Биохимическое исследование крови: общий холестерин, триглицериды, глюкоза, электролиты (калий, натрий).
 - ЭХОКГ.
3. Схема лечения.
 - Фуросемид внутрь по 40-80 мг утром 3 раза в неделю (учет количества принятой жидкости и диуреза).
 - Энап внутрь по 2,5 мг 2 раза в день.
 - Дигоксин по 0,25 мг внутрь 2 раза в день с последующим подбором поддерживающей дозы (под контролем ЧСС, АД, ЭКГ).
 - Метопролол (беталок, спесикор, эгилок) внутрь по 50 мг 2 раза в день.
 - Аспирин внутрь 125 мг/сут после еды.

Задача № 54

Больной А., 45 лет, на работе внезапно потерял сознание. Сотрудники вызвали бригаду скорой помощи.

Объективно: сознание отсутствует, резкая цианоз кожи, зрачки расширены, реакции на свет нет. Дыхательные движения единичные. Тоны сердца не выслушиваются, пульс и АД не определяются.

ЭКГ: частые (200-500 в мин.) беспорядочные волны, отличающиеся друг от друга по форме и амплитуде.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите неотложные мероприятия.

Ответ:

1. Диагноз: фибрилляция желудочков.
2. Неотложные мероприятия: электрическая дефибрилляция, закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких.

Задача № 55

У больного Ф. 30 лет после психоэмоционального перенапряжения внезапно развился приступ учащенного сердцебиения.

Из анамнеза выяснено, что в течение 5 лет периодически беспокоят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые не проходили самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался.

Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. При аускультации сердца определяется тахикардия с правильным ритмом. ЧСС - 180 в минуту.

На снятой ЭКГ - зубец Р отсутствует, интервалы R-R одинаковые, ЧСС - 180 в минуту, желудочковый комплекс QRS не расширен (0,08 сек.).

Задания:

1. Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.
2. Последовательность мероприятий по купированию данного состояния.

Ответ:

1. На ЭКГ документирована пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.
2. Последовательность лечебных мероприятий по купированию приступа:
 - 1) вагусные пробы (массаж каротидного синуса, проба Вальсальвы и др.). При отсутствии эффекта средство первого выбора верапамил 5-10 мг в/в струйно;

Задача № 56

Больной В., 58 лет, инженер, 2 ч назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л – преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца – по срединно-ключичной линии. АД – 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях – частый, аритмичный, частота – 102 уд./мин. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС – 112 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ – Фибрилляция предсердий, тахисистолия, ср. ч.с.ж.196 в 1 мин.

2. ЭХО-КС – небольшое расширение полостей левого предсердия (-3,8 см). Кровь на холестерин – 7,6 ммоль/л, АСТ – 5 ед/л, АЛТ – 4 ед/л, СРБ – 0, ПТИ – 102%, свертываемость – 8 мин.

3. Глазное дно – атеросклероз сосудов сетчатки.

4. Общий анализ мочи – уд. вес – 1020, белка нет, сахара нет, л. – 1–2 в п/зр.

5. Анализ крови на сахар – глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.

6. Анализ крови общий: Нв – 140 г/л, эритроциты – 4,5x10¹²/л, л. – 6,0x10⁹/л, СОЭ – 6 мм/ч.

Задание:

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дообследования больного.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Определить тактику лечения.

Эталон ответов:

1. Предварительный диагноз – ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).

2. План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.

3. Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.

4. Лечение: основная задача – снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты I-й группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен); электростимуляция.

В противорецидивной терапии: кордарон, β-блокаторы, антагонисты кальция, препараты I-ой группы антиаритмических средств.

5. Лечение ИБС – антихолестеринемические препараты, диета.

Задача № 43

Больной Б., 74 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на перебои в работе сердца, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 150 м и проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстоянии более 1 км) стали беспокоить около 3 лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад стали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал пропранолол с наибольшим эффектом; кроме того, отметил появление общей слабости, головокружений, трижды терял сознание (впервые – после приема 20 мг пропранолола, в дальнейшем без видимой причины), что сопровождалось получением небольших травм (ссадин и ушибов). Боли за грудиной стали возникать при значительно меньших нагрузках, чем ранее. Госпитализирован после очередного эпизода потери сознания.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧД – 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница – по левой среднеключичной линии, правая граница – по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС – 46 уд./мин, на фоне правильного ритма выслушиваются преждевременные сокращения (до 6 в минуту), АД – 130 и 80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии.

В анализе крови: гемоглобин – 13,7 г%, эритроциты – 4,2 млн, лейкоциты – 7,5 тыс., тромбоциты – 243 тыс., СОЭ – 11 мм/ч, об. белок – 6,9 г%, альбумин – 4,2 г%, креатинин – 1,2 мг%, азот мочевины – 18 мг%, общий билирубин – 0,8 мг%, триглицериды – 169 мг/дл, общий холестерин – 328 мг/дл, ЛНП – 197 мг/дл, глюкоза – 113 мг%. В анализе мочи рН 6, уд. вес 1016, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты 0–01 в поле зрения, лейкоциты единичные в препарате.

ЭКГ прилагается.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем 42–117 уд./мин (ср. 58/мин), ЧСС ночью 35–64 уд./мин (ср. 50 уд./мин).

Желудочковая полифокусная экстрасистолия – всего 2130, в т. ч. 34 куплета, 11 эпизодов бигеминии; наджелудочковая экстрасистолия – всего 847.

Преходящее удлинение интервала PQ максимум до 0,28 с, 13 эпизодов АВ-блокады II степени 1 типа (периодики Самойлова-Венкебаха), с 16 до 18 ч – повторные эпизоды АВ-блокады 2:1 и 3:1 с максимальной паузой 3,2 с. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0,2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях.

Задание.

Сформулируйте клинический диагноз у данного больного.

Ответы

ИБС: стенокардия напряжения III ФК, атеросклеротический кардиосклероз с нарушениями ритма и проводимости: АВ блокада I–II степени (с эпизодами 2:1 и 3:1), желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия. Синдром Морганьи–Эдамса–Стокса. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий.

Практическое занятие №7

Тема: Хроническая и острая сердечная недостаточность, лечение

Задача № 57

Больной Д., 58 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что в возрасте 51 года перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке. Отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца. При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски. Акроцианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания – 20 в мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца смещены влево. При аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС 94 в минуту, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 150 г/л, лейкоциты – 6,8x10⁹/л, эритроциты – 4,6x10¹²/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 67%, лимфоциты – 22%, моноциты – 8%, СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1019, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1–2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови – уровень холестерина 6,6 ммоль/л.

ЭхоКГ: размер левого предсердия – 3,6 см (норма до 4 см). Конечный диастолический размер левого желудочка – 5,8 см (норма – 4,9–5,5 см). Фракция

выброса 40%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. ХСН IIa стадии, II ФК. 2. Необходимо выполнить ЭКГ и рентгенографию органов грудной клетки. 3. Ингибиторы АПФ, β-блокаторы, АМКР, диуретики, антиагреганты, статины.

Задача № 58

Больная Е., 72 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 м и подъеме на один лестничный пролет, слабость, утомляемость, отеки голеней и стоп. Из анамнеза известно, что около 22 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными подъемами цифр артериального давления до 220/110 мм рт.ст. Регулярного лечения не получает. Страдает сахарным диабетом 2 типа. При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 155 см, вес 102 кг. Кожные покровы обычной окраски. Небольшие отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 18 в мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: расширены влево. При аускультации сердца тоны ясные, выслушивается акцент II тона во II межреберье справа от грудины, шумов нет. Ритм сердца правильный, ЧСС 96 в минуту. АД 180/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 12x11x8 см. Окружность живота 120 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - $7,4 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 68%, лимфоциты - 20%, моноциты - 5%, СОЭ - 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1011, реакция кислая, белок 75 мг/сут, глюкоза отсутствует, эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови - уровень холестерина 8,3 ммоль/л, глюкоза 7,8 ммоль/л.

ЭКГ: сумма R V56 и SV12 >35 мм.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертония 3 степени. Очень высокий риск. ХСН IIb стадия, III ФК. 2. Необходимо проведение рентгенографии органов грудной клетки и ЭхоКГ. 3. Ингибиторы АПФ, β-блокаторы, АМКР, диуретики, статины.

Задача № 59

Больная Б., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. Из анамнеза известно, что в возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

При осмотре: состояние тяжелое. Отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации над легкими - жесткое дыхание, в нижних отделах выслушивается небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. При пальпации грудной клетки верхушечный толчок определяется в VI межреберье на 3 см снаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца смещены резко влево. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС 103 в мин. АД 110/65 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 13x12x10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный. Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - $8,81 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 67%, лимфоциты - 21%, моноциты - 5%, СОЭ - 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1010, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Рентгенография органов грудной полости: увеличение тени сердца за счет левых отделов, застойные явления в малом круге кровообращения.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
3. Назначьте лечение.

Ответ.:

1. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН IIb стадия, IV ФК. 2. Необходимо проведение ЭхоКГ и ЭКГ. 3. Ингибиторы АПФ, β-блокаторы, АМКР, диуретики, сердечные гликозиды. Направить больную на консультацию к кардиохирургу для обсуждения хирургической коррекции порока.

Задача № 60

Больной С., 52 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся таблетками нитроглицерина, одышку.

Боли в сердце около 10 лет. За последние 2-3 года стали беспокоить чаще. По этому поводу неоднократно лечился в стационаре с временным улучшением. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал аспирин, метопролол сукцинат, 1-2 таблетки нитроглицерина при болях. На фоне этого лечения последние 2 недели стал отмечать одышку при ходьбе, учащение и утяжеление приступов стенокардии, которые возникали при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования принимал 3-4 таблетки нитроглицерина. При обследовании в стационаре: температура 36,8°C, пульс - 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД - 130/70 мм рт.ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

ОАК: эр. - $4,7 \times 10^{12}$ /л, Нв - 135 г/л, ЦП - 1,0; тромбоциты - 260×10^9 /л, лейкоциты - $6,0 \times 10^9$ /л, пал. - 2%, эоз. - 1%, сегм. - 65%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/час.

ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1018, белка и сахара нет, лейкоциты - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр.

ЭхоКГ: расширение полости левого желудочка и левого предсердия; утолщение задней стенки левого желудочка, стенки аорты. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Расширение тени сердца влево и вверх, сглаженность талии сердца. Расширение и уплотнение аорты.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими состояниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. ИБС. Прогрессирующая стенокардия. ХСН IIa стадии, II ФК. 2. Дифференциальную диагностику следует проводить с инфарктом миокарда, миокардитом, перикардитом. 3. Нитраты короткого и длительного действия, β-блокаторы/антагонистами ионов кальция (за исключением дигидропиридиновых), антикоагулянты, антиагреганты, статины, терапия ХСН (ингибиторы АПФ, АМКР).

Задача № 61

Пациент, 50 лет, доставлен машиной СМП в отделение интенсивной терапии с жалобами на давящие боли за грудиной, продолжающиеся в течение 1 часа, одышку в покое. Из анамнеза: страдает ишемической болезнью сердца, выписанные кардиологом лекарственные препараты принимает не регулярно. Состояние ухудшилось после перенесенного психо-эмоционального напряжения. Общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. При аускультации в легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 100 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. На ЭКГ: подъем сегмента ST в I, AVL, V1-V4, появление преждевременных, одиночных, желудочковых комплексов QRS, значительно расширенных (0,12с) и деформированных, перед которыми отсутствует зубец P.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какова причинно-следственная связь между этими формами патологии?
3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. ИБС. Инфаркт миокарда передне-перегородочно-верхушечной области, острый период. Желудочковая экстрасистолия. ХСН IIa стадии, II ФК 2. Основной формой патологии у данного пациента является инфаркт миокарда. Аритмия и сердечная недостаточность обусловлены формированием очага ишемии в миокарде.

Задача № 62

Ночью бригада СМП вызвана на дом к пациенту 40 лет, который жаловался на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе 2 года назад перенес обширный инфаркт миокарда. Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД 160/90 мм рт. ст.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Ответ:

1. Отек легких (сердечная астма) у больного с ИБС и постинфарктным кардиосклерозом. 2. При пенообразовании в легких – вдыхание паров этилового спирта, для уменьшения полнокровия легких – добутамин, сердечные гликозиды, для понижения периферического сопротивления сосудов – морфин, нитраты под контролем АД. При спонтанном дыхании – ранняя неинвазивная респираторная поддержка, при ее недостаточной эффективности – ИВЛ.

Задача № 63

Больной К., 56 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое преимущественно инспираторного характера, отеки ног, ноющие боли в области сердца, сердцебиение и перебои в сердце, тяжесть, ноющие боли в правом подреберье.

Заболел 3 месяца назад без видимой причины, когда отметил появление одышки при небольшой физической нагрузке. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение мочегонными, сердечными гликозидами, состояние прогрессивно ухудшалось, в связи с чем госпитализирован. Выяснено, что отец и старший брат больного умерли от сердечной недостаточности, хотя не страдали гипертонией и ишемической болезнью сердца.

Объективно: общее состояние тяжелое. Ортопноэ. Одышка в покое с ЧД 28 в мин. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Акроцианоз, слабый диффузный цианоз лица. Отмечается набухание и пульсация шейных вен. Выраженные отеки стоп и голеней.

Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук притуплен в нижних отделах легких. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы.

Область сердца внешне не изменена. Верхушечный толчок разлитой, ослаблен, определяется в V межреберье по передней подмышечной линии. Границы относительной тупости существенно расширены во все стороны. Тоны сердца на верхушке приглушены, II тон акцентирован на легочной артерии.

Патологический III тон на верхушке, здесь же мягкий систолический шум. Пульс - 104 в 1 мин., аритмичный за счет частых (до 10 в 1 мин.) экстрасистол, пониженного наполнения и напряжения. АД - 95/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезнен в правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, край закруглен.

ОАК: эр. - 4,2x10¹²/л, Нв - 120 г/л, ЦП - 0,9; тромбоциты - 400x10⁹/л, лейкоц. - 8,0x10⁹/л, пал. - 3%, эоз. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 28%, мон. - 7%, СОЭ - 10 мм/час.

ОАМ: уд. вес - 1018, белок - 0,099 г/л, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 3-5 в п/зр., гиалиновые цилиндры.

ЭхоКГ: расширение полостей сердца, незначительное утолщение задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Ответ:

1. Дилатационная кардиомиопатия. ХСН IIb стадии, III ФК. 2. симптоматическая терапия, направленная на: уменьшение признаков СН (ингибиторы АПФ, β-блокаторы, диуретики, сердечные гликозиды); устранение экстрасистолии; улучшение реологических свойств крови (аспирин).

Практическое занятие № 8

Тема: Перикардиты, лечение

Задача №64

Пациент К., 1971 г. р., житель сельской местности поступил по направлению терапевта по месту жительства вследствие обнаружения на ЭКГ частой полиморфной экстрасистолии.

Жалобы. Субъективно пациент предъявлял жалобы на общую слабость, потливость, тупые боли в грудной клетке, постоянное сердцебиение, ощущения перебоев в работе сердца, которые вызывали существенный дискомфорт и возникали независимо от физической нагрузки или психоэмоционального напряжения. Кроме того, пациента беспокоила выраженная одышка в покое, которая значительно усиливалась при незначительной физической нагрузке. Кашель на момент пребывания в клинике пациента не беспокоил.

Анамнез. Ранее пациент обследован не был и за медицинской помощью не обращался. Из анамнеза жизни известно, что пациент 2 года пребывал в местах лишения свободы. На момент поступления в клинику передвигался с помощью костылей по причине ограничения подвижности правого тазобедренного сустава неясного генеза.

Объективные данные. Общее состояние пациента соответствовало средней степени тяжести. Перкуссия и аускультация легких не выявили специфических очаговых признаков. Обращало внимание значительное увеличение границ сердечной тупости по всем трем перкуторным границам сердца и резкая

глухость сердечных тонов, что существенно снижало информативность аускультации.

Артериальное давление (АД) 100/70 мм рт. ст. на обеих руках, частота сердечных сокращений 110 уд/мин.

Живот мягкий, безболезненный. Печень выступала на 4 см из-под края реберной дуги, край твердый, закруглен. Сигмовидная кишка пальпировалась в виде тяжа диаметром в 2 см.

Данные лабораторных и дополнительных исследований. Данные общеклинических лабораторных исследований существенных отклонений от нормы не выявили. Исключением составляло повышение СОЭ до 30-40 мм/ч, повторяющееся при повторных исследованиях общего анализа крови. Биохимическое исследование печени и почек патологии не выявило.

На ЭКГ регистрировались тахикардия в пределах 100-120 уд/мин, снижение вольтажа зубцов во всех отведениях с их альтернативой, характерные признаки гипертрофии и перегрузки правых отделов сердца, сопровождающиеся частой полиморфной суправентрикулярной и правожелудочковой экстрасистолией

На ЭхоКГ - следующие характерные нарушения:

• наличие большого количества жидкости (расчетный объем около 1900 мл) в полости перикарда с характерными признаками хронической тампонады сердца

- диастолический коллапс левых отделов, застойная нижняя полая вена

Задания:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить?
2. Предварительный диагноз.
3. Тактика лечения данного пациента.

Ответы

1. Проведение диагностической пункции с анализом пунктата на туберкулез, атипичные клетки, посев пунктата для определения бактериальной флоры и чувствительности ее к антибиотикам
2. Вторичный экссудативный перикардит туберкулезной этиологии с хронической тампонадой сердца.
3. Перикардицентез, противотуберкулезное лечение

Задача №65

Больной П. 40 лет при поступлении предъявлял жалобы на боли в левой половине грудной клетки, спине, одышку, сердцебиение, тянущее ощущение в области глотки при глотании. В марте текущего года (за три месяца до поступления) - перенес тяжелую левостороннюю пневмонию, в апреле появились острые боли в сердце, температура, тахикардия, нарастала одышка. Лечился амбулаторно с диагнозом плевропневмония, однако одышка сохранялась, появился асцит. При осмотре - общее состояние средней степени тяжести, Одышка 20-22 в минуту, тахикардия 102 в минуту, температура тела нормальная. Невыраженный асцит, тоны сердца глухие, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, безболезненная. На ЭКГ: снижение вольтажа зубцов R, отрицательные зубцы T. На ЭХОКГ - яркий контур незначительно увеличенного в размере сердца, эконегативное пространство -8-10мм, выражена гипокинезия всех отделов сердца.

Задания:

Поставьте диагноз и определите тактику лечения.

Ответы

Диагноз: слипчивый перикардит. Необходимо проведение терапии НПВС, при необходимости - перикардэктомии.

Задача №66

Больная Т., 53 года, жительница сельской местности поступила с жалобами на одышку, боли в эпигастральной области, утомляемость, увеличение живота. Из анамнеза: боли беспокоят в течение 6 лет. За это время лечилась с диагнозом хронический гастрит, язвенная болезнь желудка (на ФГДС язвы не обнаружено). Была проведена аппендэктомия, однако боли продолжались, в текущем году обнаружено увеличение лимфатических узлов брыжейки. С подозрением на туберкулез госпитализирована.

При осмотре - состояние стабильное, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, вены шеи пульсируют. Асцита, отеков нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. При рентгенологическом исследовании установлено наличие известковых отложений по диафрагмальной поверхности сердца и по передней поверхности правого желудочка. Отсутствие пульсации правого контура сердца.

Задания:

Поставьте диагноз и определите тактику лечения.

Ответы

Хронический адгезивный перикардит с исходом в панцирное сердце. Лечение - оперативное - перикардэктомия

Задача №67

В клинику поступила больная Н., 33 лет с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, тупые боли в области сердца, усиливающиеся при запрокидывании головы и уменьшающиеся при коленно-локтевом положении, затруднение глотания, сухой лающий кашель, изменение голоса (осиплость). Из анамнеза: только что перенесла грипп на «ногах». При осмотре у больной обнаружено увеличение границ относительной сердечной тупости, парадоксальный пульс, резкое снижение АД на вдохе, набухание шейных вен на вдохе. При аускультации на вдохе выслушивается шум трения перикарда. На рентгенограмме - шаровидная тень сердца со сниженной амплитудой сокращений.

Задания:

Поставьте диагноз, определите этиологию и тактику лечения.

Ответы

Острый Экссудативный вирусный перикардит. Лечение - нестероидные противовоспалительные средства (ибупрофен), ацетилсалициловая кислота, противовирусные препараты в случае идентификации возбудителя

Задача №68

Молодая женщина 22 года поступила в клинику с жалобами на боли в мелких суставах рук и ног, болезненность в коленных суставах при движении. Считает себя больной 9 дней. В клинике установлено, что больная переносит вторую атаку ревматизма. Первый приступ ревматической лихорадки был в 17 лет, когда после перенесенной ангины и эндокардита у больной сформировался компенсированный митральный порок сердца с преобладанием недостаточности.

При поступлении в клинику со стороны сердца - картина порока при наличии значительной тахикардии (128 в минуту) На 6й день пребывания в клинике больная стала отмечать режущую боль вдоль пищевода при глотании. Вместе с этим повисел нежный перикардиальный шум по правому краю относительной сердечной тупости. Температура до 39С. Спустя два дня перикардиальный шум становится грубым, захватывая почти всю грудину. У больной появилась стойкая икота, неоднократная рвота.

После назначенного лечения спустя 3 дня все симптомы купировались. В дальнейшем течение болезни было нормальным.

Задания:

2. Поставьте предварительный диагноз
3. План обследования в плане дифференциальной диагностики
4. Тактика лечения пациентки.
5. Причины стойкой икоты и рвоты.
6. Чем обусловлен шум трения листков перикарда?

Ответы

1. Ревматическая лихорадка, сформированный митральный порок сердца с преобладанием митральной недостаточности, компенсация. Острый вторичный фибринозный перикардит.
2. Биохимический анализ крови для установления активности ревматического процесса.
Рентгенологическое и эндоскопическое исследование пищевода. ЭХОКГ
Консультация лорврача
Консультация инфекциониста
3. Нестероидные противовоспалительные средства, ацетилсалициловая кислота, пенициллинотерапия. Тактика - консервативное лечение.
4. Стойкая икота и рвота - следствие раздражения грудобрюшного нерва и сокращений диафрагмы. Возможен базальный перикардит.
5. Шум трения листков перикарда обусловлен скольжением неровных и негладких, из-за наложения фибрина, листков перикарда.

Практическое занятие №9 .

Тема: Нейроциркуляторная дистония, лечение

Задача №69

Больная С., поступила в клинику с жалобами на колющие боли в левой половине грудной клетки, слабость, одышку. Заболела остро: во время эпидемии гриппа резко повысилась температура тела до 39,5°C, державшаяся в течение суток, появились насморк, сухой кашель, мышечные боли. Затем присоединились вышеуказанные жалобы. При объективном обследовании: кожа повышенной влажности. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, частая экстрасистолия, ЧСС 92 в минуту. При обследовании на ЭКГ выявлена синусовая тахикардия, частая предсердная и желудочковая экстрасистолия. В ОАК - л. 5,8 10 x9 г/л, СОЭ 22 мм/ч. СРБ(++). При рентгенографии грудной клетки и ЭхоКГ патологии не выявлено.

Задание:

Сформулируйте диагноз, назначьте лечение.

Ответ

Острый вирусный миокардит. Экстрасистолия. СН I. В лечении: НПВС, десенсибилизирующие средства, β блокаторы, метаболическая терапия).

Задача №70

Больная Г., 32 лет поступила в клинику в тяжелом состоянии с явлениями выраженной сердечной недостаточности (одышка, цианоз, гепатомегалия, асцит, отеки на ногах). Заболевание возникло через 3-4 недели после перенесенной пневмонии. На ЭКГ выявлены патологические зубцы Q(QS) в отведениях I, aVL, V4-6. При ЭхоКГ - все полости сердца увеличены, ФВ 45%. В ОАК л. 9,4 * 10⁹ г/л, СОЭ 35 мм/ч. СРБ (+++).

Задание:

Сформулируйте диагноз, назначьте лечение.

Ответ:

Острый инфекционно-аллергический диффузный миокардит, декомпенсационный вариант, тяжелое течение. СН II Б. В лечении: преднизолон, антиагреганты, мочегонные (фуросемид, верошпирон), ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды (малые дозы, осторожно!) антибиотики широкого спектра действия, например, цефалоспорины 3 поколения, оксигенотерапия)

Задача №71

Больной М., 28 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные сжимающие боли за грудиной, слабость. На ЭКГ выявлены отрицательные зубцы Т в отведениях V4-6. В ОАК - л. 9,0x10⁹, СОЭ 22 мм/ч. Тропонинный тест отрицательный. Лечение нитратами принесло кратковременный положительный эффект: боли уменьшились, затем возобновились и приобрели постоянный характер. Из анамнеза удалось выяснить, что 3 недели назад у больного повышалась температура тела до 37,7 С, было трудно глотать

Задание: Сформулируйте предварительный диагноз. Очертите круг заболеваний для дифференциальной диагностики. Составьте план дальнейшего обследования.

Ответ:

Предварительный диагноз - инфекционно-аллергический миокардит, псевдокоронарный вариант. Необходимо дифференцировать с инфарктом миокарда. План обследования: кровь на липидный спектр, острофазовые показатели, 2-х часовая термометрия, осмотр лор-врача, ЭхоКГ, фармакологические пробы, например, с обзиданом).

Задача №72

Больной С., 39 лет, поступил с жалобами на сердцебиение, одышку, слабость, недомогание. Указанные жалобы появились 3 недели назад после тяжелой физической нагрузки. За неделю до поступления отмечал обострение хронического бронхита (кашель с гнойной мокротой, субфебрильная температура). При обследовании в поликлинике были выявлены признаки кардиомегалии. Был направлен в стационар для уточнения диагноза и лечения. При объективном обследовании: акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в минуту, пульс 100 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см. Голени пастозны. В стационаре проведено следующее обследование: ЭКГ - мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ЭхоКГ - увеличение всех полостей сердца, тромб в левом предсердии, ФВ 44%, признаки легочной гипертензии. В ОАК, б/х анализе патологии выявлено не было.

Задание:

Сформулируйте предварительный диагноз. Очертите круг заболеваний для дифференциальной диагностики. Составьте план дальнейшего обследования и лечения.

Ответ: Предварительный диагноз - ДКМП. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Внутрисердечный тромб. СН IIБ стадии. Легочная гипертензия. Необходимо дифференцировать с хроническим диффузным миокардитом с исходом в дилатационную кардиомиопатию. По возможности желательны провести эндомиокардиальную биопсию, томосцинтиграфию сердца с воспалительными и кардиотропными радиофармпрепаратами, магнитно-резонансную томографию сердца с контрастированием, ультразвуковую денситометрию, иммунологические тесты, провести обследование по выявлению хронических очагов инфекции (осмотр лор-врача, стоматолога). В лечении: мочегонные, сердечные гликозиды, ингибиторы АПФ, непрямые антикоагулянты, верошпирон, оксигенотерапия. Для уточнения диагноза необходимо динамическое наблюдение. При сомнениях в диагнозе ДКМП можно провести пробное лечение глюкокортикоидами и антибиотиками).

Задача №73

Больной С., 29 лет. При прохождении профосмотра обнаружена частая монотонная желудочковая экстрасистолия (бигеминия), что послужило поводом для дальнейшего медицинского обследования. Госпитализирован в стационар. При целенаправленном опросе выяснено, что в течение 5-6 месяцев отмечает перебои в работе сердца, редкий сухой кашель, незначительную слабость и одышку при физической нагрузке, которые не влияли на состояние и трудоспособность пациента. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 78, частая экстрасистолия. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет. В клинических и биохимических анализах патологии не выявлено. Повышения кардиоселективных ферментов и острофазовых белков воспаления не обнаружено. Иммунологическое обследование выявило повышенное содержание ЦИК. ЭхоКГ - ЛП 3,5 см, ПЖ 3,6 см, ЛЖ 5,2/4,0 см, МЖП 0,8 см, ЗС1,1 см. ФВ 47%. Суточное мониторирование ЭКГ: на фоне синусового ритма с ЧСС 90 в минуту, зарегистрирована частая монотонная одиночная и парная желудочковая экстрасистолия, отмечено 12 пробежек

желудочковой тахикардии. Ишемических изменений не выявлено. Бактериологическое исследование выявило наличие в крови пациента антител к Chlamidia Pneumonia и Virus Herpes 1,2 в диагностически значимых титрах.

Задание:

Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение.

Ответ:

Хронический инфекционно-аллергический миокардит, малосимптомное течение. Нарушение сердечного ритма по типу частой желудочковой экстрасистолии, желудочковой тахикардии. СН I. В лечении антибактериальная (макролиды, фторхинолоны) и противовоспалительная терапия (НПВС), десенсибилизирующие средства, антиагреганты, бета-блокаторы, малые дозы ингибиторов АПФ).

Задача № 74.

Больной Б., 43 лет, обратился с жалобами на головокружение, боли в грудной клетке. В анамнезе хронический тонзиллит. Эпизоды повышения АД отсутствуют. Объективно: состояние удовлетворительное, рост 178 см, вес – 82 кг, гипертензивного телосложения, кожные покровы чистые, бледные. АД 110/75 мм рт.ст., ЧСС 80 в мин., пульс ритмичный. Выслушивается грубый систолический шум во всех точках, больше в области 2 межреберья справа. На ЭКГ – признаки выраженной гипертрофии ЛЖ и субэндокардиальная ишемия в области межжелудочковой перегородки и боковой стенки. Ритм синусовый, прерывается частыми желудочковыми экстрасистолами. Нитроглицерином не пользовался.

Задание:

Ваш предварительный диагноз.

План дальнейшего обследования

Возможно ли с помощью физикальных данных уточнить природу систолического шума.

Ответ:

Учитывая признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ и наличие систолического шума в прекардиальной области имеет место нарушение внутрисердечной гемодинамики с нарушением опорожнения левого желудочка. Необходимо провести дифференциальный диагноз между клапанным стенозом аорты и идиопатическим субаортальным стенозом. При невозможности проведения ЭХО-КГ в момент обращения возможно дифференцировать по аускультативным признакам: при клапанном стенозе аорты систолический шум усиливается в положении лежа, а в положении стоя интенсивность шума снижается. При субаортальном стенозе – наоборот: в положении стоя интенсивность шума возрастает, а в положении лежа – уменьшается.

План обследования: ОАК, ОАМ, антистрептолизин, СРБ, ДФА, ЭХО-КГ.

Задача № 75.

У больного 34 лет при прохождении профосмотра на ЭКГ выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса. Больной направлен в стационар для проведения обследования. Из анамнеза: в течение последнего года отмечает слабость, одышку, повышенную утомляемость, сердцебиение, колющие боли в области сердца. При объективном осмотре выявлен акрацианоз, ЧСС 88 в минуту, пульс 88 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Аускультативно отмечается глухость сердечных тонов. В легких хрипов нет. Печень не увеличена. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС 90 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, полная блокада левой ножки пучка Гиса. При ЭХО-КГ-исследовании выявлено увеличение размеров полостей ЛЖ и ПЖ, ФВ – 42%, имеются зоны гипокинезии передней и боковой стенок.

Задание:

Ваш предварительный диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.

Ответ:

Наличие симптомов сердечной недостаточности, дилатация полости ЛЖ и ПЖ, снижение ФВ (по данным ЭХО-КГ) указывает на нарушение сократительной способности миокарда ЛЖ. Полная блокада левой ножки пучка Гиса часто является следствием ишемии миокарда. Однако, отсутствие в анамнезе типичных приступов стенокардии и инфаркта миокарда требует провести дифференциальный диагноз между ИБС и ДКМП. Для этого необходимо проведение коронарографии.

Задача № 76.

Больной П., 56 лет, в течение 10 лет наблюдается по поводу пароксизмальных нарушений ритма (пароксизмальной фибрилляции предсердий), постоянно принимает 200 мг кордарона, 75 мг тромбо-АССа. В анамнезе – инфаркт миокарда, выставленный по данным ЭКГ (регистрируется патологический зубец Q в грудных отведениях V1-V4). Поступил в отделение с пароксизмом фибрилляции предсердий. Приступ купирован на второй день кордароном. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, рост 182 см, вес 79 кг. Одышки в покое нет. Ограничивает физическую нагрузку из-за боязни срыва сердечного ритма. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 72 в минуту, пульс 72 в минуту, ритмичный. В легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. На ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 72 в минуту, очагово-рубцовые изменения в V1-V4 (о давности изменений судить по клинике). При Эхо-КГ исследовании выявлены следующие изменения: полости сердца не расширены, аортальный и митральный клапаны обычной структуры, МЖП 21 мм, ЗС 22 мм. ФВ 72 %, доплерография патологической регургитации на клапанах сердца не выявлено, зоны гипокинезии передней и боковой стенок.

Задание:

Ваш предположительный диагноз и дополнительные методы обследования.

Ответ :

Учитывая выраженную гипертрофию стенок левого желудочка, которая не может быть объяснена артериальной гипертензией или поракми сердца, а также клинические проявления – пароксизмальные нарушения ритма и ЭКГ – данные – наличие патологического зубца Q, который может быть объяснен некоронарогенным фиброзом миокарда, необходимо проведение диагностической коронарографии.

Проведение коронарографии не выявило атеросклеротического поражения венечных артерий.

Окончательный диагноз: Идиопатическая гипертрофическая симметричная кардиомиопатия без обструкции выносящего тракта. Пароксизмальная фибрилляция предсердий. ХСН I.

Задача № 77.

Больная 19 лет, доставлена в стационар бригадой скорой помощи. Жалобы при поступлении на выраженную слабость, одышку в покое, которая усиливается в положении лежа, кашель, сердцебиение. Из анамнеза: больна в течение 3-х лет, наблюдается у кардиолога. Объективно: состояние тяжелое, тяжесть обусловлена сердечной недостаточностью, кожные покровы бледные, акроцианоз, положение ортопноэ. В легких в нижних отделах дыхание ослабленное, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Границы относительной сердечной тупости смещены влево. Тоны сердца глухие, выслушивается систолический шум на верхушке АД 80/50 мм.рт.ст. ЧСС 100 в минуту, пульс 100 в минуту, ритмичный. Печень выступает из под края реберной дуги на 3 см. Верхняя граница в V межреберье по среднеключичной линии справа. Селезенка не увеличена. Имеются отеки на стопах и голенях. На ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 105 в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка, субэндокардиальная ишемия в области передней стенки, перегородки. ОАК: Нб 108г/л Эр 3,9 * 10 /л, Лейк. 6 * 10 /л (п – 3%, с – 68%, л – 17%, м – 12%) СОЭ – 10 мм/ч.

ЭхоКГ: выраженная дилатация всех камер сердца, ФВ38%, имеется регургитация через митральный клапан.

Задание:

Выскажите Ваше суждение о диагнозе.

Ответ:

Учитывая выраженные симптомы сердечной недостаточности, дилатацию всех полостей сердца, низкую ФВ, короткий анамнез (нарастание симптомов сердечной недостаточности в течение 3 лет), отсутствие поражения клапанного аппарата, отсутствие указаний на воспалительное заболевание, можно

думать о дилатационной кардиомиопатии. ХСН IIБ стадии IV ФК

Задача № 78.

Больной Б., 40 лет, впервые обратился в июне 2000г. после перенесенного месяц назад пароксизма тахикардии с широкими QRS-комплексами с ЧСС 180 в минуту, сопровождавшегося гипотонией. Пароксизм купирован кардиоверсией. При ЭхоКГ выявлена дилатация ЛЖ: конечный диастолический объем (КДО) 359,2 мл, умеренное снижение ФВ до 42,0%, диффузный гипокинез стенок ЛЖ. Незначительная митральная регургитация. Объемный коэффициент сферичности (ОКС) равен 0,38. Симптомы СН II ФК. Для исключения ишемического генеза кардиомиопатии направлен на коронарографию, вентрикулографию. При радионуклидной вентрикулографии выявлено значительное расширение полости ЛЖ в покое, ФВ ЛЖ 36,6%, ПЖ 39%. Признаков стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии не выявлено.

Задание:

О каком заболевании необходимо думать и с каким заболеванием дифференцировать?

Начато лечение иАПФ, в дальнейшем блокаторами β -адренергических рецепторов и амиодароном. Больной наблюдался нами в течение ряда лет. Несмотря на удовлетворительное клиническое состояние в течение срока наблюдения прогрессировали дилатация камер сердца, снижение систолической функции ЛЖ. 24.04.02 развилось синкопальное состояние, госпитализирован в состоянии средней тяжести. Объективно: пастозность голеней. Частота дыхательных движений (ЧДД) 16 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 178–189 уд. в мин. артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Печень не пальпируется. На ЭКГ – трепетание предсердий, блокада передней левой ветви пучка Гиса. Проведена кардиоверсия, восстановлен синусовый ритм, затем – вновь переход в тахикардию с ЧСС 155 в мин. В последствии – неоднократные пароксизмы тахикардии, купированные ненадолго антиаритмической терапией (в/в кордарон). Нарушения ритма приобретали постоянно возвратный характер и были резистентны к проводимой терапии.

Была отмечена динамичность конечной части QRST-комплекса на ЭКГ. Изменения зубца Т на ЭКГ совпадали по времени с подъемами температуры тела (в этот период зарегистрированы подъемы температуры тела до 38,5 °С, в течение следующих двух дней – 37,4 °С). Кроме того, у больного выявлены повышение концентрации фибриногена в крови и ревматоидный фактор. Больному начата терапия аспирином (1,0 г в сутки). На второй день применения аспирина нарушения ритма прекратились, установился синусовый ритм.

Ответ :

По результатам обследования можно заподозрить дебют ДКМП без клинически тяжелой СН.

Таким образом, у данного больного, которому длительно ставился диагноз ДКМП, на самом деле имеет место хронический рецидивирующий миокардит с нарушением систолической функции ЛЖ сердца и нарушениями ритма сердца.

Задача № 79.

Больной Р., 16 лет. При поступлении больной предъявлял жалобы на одышку при легкой физической нагрузке, сердцебиение в состоянии покоя, перебои в работе сердца, головокружение, потливость.

Впервые эти симптомы стал отмечать у себя летом 1981г. При первой госпитализации был диагностирован инфекционно-аллергический миокардит.

Лечение проводилось сердечными гликозидами, преднизолоном, мочегонными препаратами. Состояние больного улучшилось. В течение года чувствовал себя хорошо.

При обследовании в клинике общее состояние удовлетворительное. Бледность кожных покровов. Границы сердечной тупости расширены вправо на 1,5 см, влево – до передней подмышечной линии. Выслушивается систолический шум на верхушке и по левому краю грудины, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 100, АД 100/80 мм.рт.ст. Частота дыхания 22. Печень не увеличена, отеков нет.

При рентгенологическом исследовании очаговых и инфильтративных изменений в легочной ткани не выявлено. Корни легких усилены. Сердце значительно расширено в поперечнике, больше влево. Сердечная талия сглажена, дуги четко не дифференцируются. Пульсация контуров сердца сниженной амплитуды.

На томограммах грудной клетки отмечается значительное расширение правой ветви легочной артерии, что свидетельствует о наличии легочной гипертензии.

По данным эхокардиограммы, левое предсердие и оба желудочка расширены. Отмечается парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. Сократительная способность миокарда левого желудочка диффузно снижена.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, выраженная гипертрофия левого желудочка, желудочковая экстрасистолия, замедление предсердно-желудочковой проводимости.

Суточное мониторирование ЭКГ: зарегистрировано 3878 наджелудочковых, 3074 желудочковых (включая политопные и спаренные) экстрасистол, 5 эпизодов желудочковой тахикардии (5-7 комплексов). Преходящая предсердно-желудочковая блокада I степени.

Сцинтиграфия миокарда с ²⁰¹Tl: накопление изотопа в миокарде неравномерное, имеется множество мелких очагов с пониженным захватом ²⁰¹Tl.

Полость левого желудочка увеличена.

Результат лабораторных исследований без существенных отклонений.

Лечение проводилось сердечными гликозидами, диуретиками, гепарином, антибиотиками. Проводилась противоаритмическая терапия.

Несмотря на интенсивное лечение, состояние больного ухудшалось. Сохранились признаки недостаточности кровообращения. Смерть наступила вследствие прогрессирующей сердечной недостаточности.

На вскрытии: оба желудочка сердца увеличены в размерах. Объем правого желудочка, 130, левого 100 мл. Створки митрального клапана равномерно утолщены, некоторые хорды укорочены, утолщены. Длина приносящего тракта правого желудочка – 9см, выносящего – 12см. Длина окружности митрального клапана 15 см, трикуспидального – 17см. Трабекулярные мышцы заметно гипертрофированы, их толщина в желудочках составляет 0,8см. Толщина стенки правого желудочка – 0,5 см, левого – 1,3см. Миокард без видимых очаговых изменений. В аорте, крупных сосудах и легочной артерии бляшек нет. Ткань легких отечна, однородная. Другие органы резко полнокровны.

Микроскопия: резкое полнокровие вен и капилляров миокарда. Незначительная гипертрофия основной массы мышечных волокон. Очаговая вакуолизация мышечных волокон субэндокардиальной области левого желудочка в сочетании со слабовыраженным диффузным склерозом. Незначительный периваскулярный мелкоочаговый кардиосклероз. Небольшие пристеночные тромбы (свежие) между трабекулами в правом и левом желудочках.

Небольшие участки «повреждения» мышечных волокон в межжелудочковой перегородке. Диффузный склероз эндокарда. В легких – бурая индурация, очаг склероза.

Задание:

Какие симптомы были ведущими в описанном выше случае?

Ваш клинический диагноз и его обоснование.

Ответ.

Ведущими клиническими проявлениями описанного выше случая были нарушения ритма, тромбоэмболии легочной артерии, симптомы сердечной недостаточности. Молодой возраст пациента, отсутствие указаний на перенесенную инфекцию, отсутствие очаговых, рубцовых изменений ЭКГ и ее динамики, увеличение полостей сердца по данным эхокардиографии, а также изменений лабораторных показателей. При гистологическом исследовании обращало на себя внимание отсутствие крупноочагового кардиосклероза и гипертрофии мышечных волокон. Во всех исследованных гистологических препаратах обнаружен диффузный склероз с вакуолизацией клеток Пуркинье.

Диагноз: Дилатационная кардиомиопатия (возможно как исход хронического миокардита), повторные тромбоэмболии в систему легочной артерии с развитием инфарктных пневмоний, желудочковая экстрасистолия, предсердно-желудочковая блокада I степени. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии III ФК.

Задача № 80.

Больная Н., 31 год. При поступлении жаловалась на одышку при небольшой физической нагрузке, сердцебиение в состоянии покоя, тошноту. Слабость.

На 8-м месяце беременности в марте 1983г. после простуды появились боли в горле, коленных суставах, несколько раз температура тела повышалась до 37,6 градусов. Из-за усиления одышки, тошноты, прогрессирования сердечной недостаточности беременность была прервана. Несмотря на терапию сердечными гликозидами, гормональными, мочегонными препаратами, сердечная недостаточность прогрессировала. При осмотре состояние средней степени тяжести. Ортопноэ, бледность кожных покровов, цианоз губ. Пульсация шейных сосудов видна на глаз. Отмечается пульсация области сердца. Верхушечный толчок разлитой, находится на уровне передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости смещены влево до передней подмышечной линии. Тоны сердца аритмичные, систолический шум на верхушке, в точке Боткина, проводится в левую подмышечную область. ЧСС 92, пульс 62, аритмичен; дефицит пульса 30. АД 110/80 мм.рт.ст. Границы легких не изменены, дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыханий 26. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, край плотный. Периферических отеков нет.

Рентгенологически легочный рисунок умеренно усилен за счет сосудистого компонента. Сердце значительно расширено в поперечнике, больше влево. Сердечная талия сглажена.

На эхокардиограмме отмечается среднесистолическое прикрытие створок аортального клапана, амплитуда движения створок до 2 см. Левое предсердие 3,8 см и левый желудочек 6,2 см, в период диастолы умеренно расширены. КСО равен 124 см³, КДО – 194 см³, УО 70 см³, ФВ 56%.

На ЭКГ: мерцание предсердий, частые одиночные и групповые желудочковые экстрасистолы, признаки изменения миокарда вследствие гипертрофии сердечной мышцы.

Суточное мониторирование ЭКГ: мерцание предсердий, средняя ЧСС 85. В течение суток зарегистрировано 9000 политопных желудочковых экстрасистол, около 800 спаренных комплексов, 77 коротких пароксизмов желудочковой тахикардии.

В отделении больной проводилась терапия сердечными гликозидами, диуретиками, ингибиторами АПФ. Состояние больной постепенно ухудшалось, нарастали признаки сердечной недостаточности (увеличение печени, массивные отеки голеней и стоп, участились приступы удушья). Внезапно больная потеряла сознание. При осмотре отсутствовало дыхание, пульс и АД не определялись. На ЭКГ – мелковолновая фибрилляция. Реанимационные мероприятия оказались безуспешными, констатирована смерть.

На вскрытии сердце дряблое, расплывается на столе (масса сердца 470 г). Стенки коронарных артерий тонкие, эластичные, атеросклеротических бляшек нет. Миокард без видимых очаговых изменений. Эндокард утолщен в области межжелудочковой перегородки со стороны левого желудочка под фиброзным кольцом, встречаются отдельные участки его утолщения в свободной части левого желудочка. Клапаны не изменены. Полости сердца резко расширены. В легочной артерии – несколько фибринозно-липидных бляшек. В аорте – множество липидных бляшек.

Микроскопически: выявлены полиморфные ядра кардиомиоцитов, в некоторых препаратах левого желудочка – мелкие интерстициальные и периваскулярные рубцы. Умеренно выраженный диффузный кардиосклероз.

Задание:

Выскажите Ваше мнение о диагнозе.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз данной больной?

Ответ:

Учитывая молодой возраст больной, связь с простудным заболеванием, появившимися вслед за этим симптомами сердечной недостаточности, наличие артралгии и субфебрильной температуры заставляют проводить дифференциальный диагноз между миокардитом и ревматической болезнью сердца. Однако отсутствие подтвержденной стрептококковой инфекции, характерных признаков ревматической лихорадки, молниеносное нарастание симптомов сердечной недостаточности без характерного течения ревмокардита и формирования порока сердца ставят диагноз Ревматической болезни сердца под большое сомнение.

Диагноз миокардита Абрамова-Фидлера был бы более правомочен. Тяжелая сердечная недостаточность, быстрое нарастание ее симптомов, в анамнезе недавно перенесенное простудное заболевание, субфебрильная температура. Однако в исходе у больной Дилатационная кардиомиопатия. Мерцательная аритмия, желудочковая экстрасистолия. ХСН III стадия IVФК, подтвержденный патологоанатомически.

Задача № 81.

Больной К., 25 лет, поступил в августе 1983 г. Жалобы на слабость, перебои в работе сердца.

В возрасте 17 лет при прохождении медкомиссии в военкомате у больного были зарегистрированы сложные желудочковые нарушения ритма. В возрасте 20 лет появилась одышка, сердцебиение при физической нагрузке, выявлено увеличение размеров сердца. Отец больного умер внезапно в 40-летнем возрасте, брат и сестра – в возрасте 20 и 17 лет.

Состояние относительно удовлетворительное. Верхушечный толчок разлитой. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – на 2 см снаружи от среднеключичной линии. Систолический шум на верхушке. ЧСС 80 в минуту, АД 110/80 мм.рт.ст. Печень на 2 см выступает из под края реберной дуги

При рентгенологическом исследовании выявлено значительное расширение сердца в поперечнике вследствие увеличения обоих желудочков.

На Эхокардиограмме отмечается уплотнение створок аортального клапана. Левое предсердие умеренно расширено (4 см). Значительное увеличение КДР левого желудочка (7,6 см) и выходного тракта правого желудочка (3,2 см). Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки – 0,9 см.

На ЭКГ: частая политопная групповая желудочковая экстрасистолия.

Суточное мониторирование ЭКГ: средняя ЧСС 86 в минуту, максимальная – 110, минимальная 66. В течение суток зарегистрированы 25864 ранние политопные желудочковые экстрасистолы, 231 период желудочковой тахикардии (до 10 комплексов).

Данные лабораторных исследований - без изменений

Лечение проводилось триампуром, дигоксином, а также учитывая сложные желудочковые нарушения ритма кордароном. Больной отмечал некоторое улучшение, урежение перебоев в работе сердца. Однако через несколько дней наступила внезапная смерть (на ЭКГ успели зарегистрировать мелковолновую фибрилляцию желудочков).

На вскрытии в коронарных артериях и в аорте бляшки не обнаружены. В боковой стенке левого желудочка под эпикардом – 4 рубца (диаметром 0,4-0,8 см). Полости сердца резко расширены, клапаны не изменены. Масса сердца 670 г., левого желудочка 250 г., правого – 140 г. При микроскопии определяется сплошной склероз эндокарда левого желудочка, диффузный кардиосклероз, в передней стенке левого желудочка – крупный участок старого склероза.

Задание:

Выделите ведущий клинический синдром.

Выскажите предположение о диагнозе.

Ответ:

Ведущим клиническим проявлением описанного случая были сложные нарушения ритма сердца. Причиной разнообразных аритмий мог быть выраженный кардиосклероз, затрагивающий различные участки проводящей системы сердца. Патогенез нарушений ритма связывается с механизмом re-entry, развивающимся в результате значительной гетерогенности миокардиальной деполяризации внутри и вокруг очага фиброза и ишемии. При ДКМП окклюзия интрамуральных артерий микроэмболами или тромбами, возможно и являются причиной образования мелких очагов ишемии и механизма re-entry.

Учитывая отсутствие поражения клапанного аппарата сердца, указания на связь с инфекцией, наличие наследственного характера заболевания, быстрое нарастание симптомов сердечной недостаточности, дилатацию всех полостей сердца, отсутствие поражения коронарных артерий (по данным аутопсии) подтверждают диагноз дилатационной кардиомиопатии.

Задача № 82.

Больной С., 35 лет. В 1998 году начал ощущать при ходьбе тяжесть в правом подреберье; появилась иктеричность склер. С подозрением на желтуху был госпитализирован в инфекционную больницу, где диагноз гепатита был снят и заподозрен миокардит. Лечение проводилось сердечными гликозидами, лазиксом, ингибиторами-АПФ. В сентябре 1999 года появились признаки прогрессирующей сердечной недостаточности. При поступлении больной

предъявлял жалобы на чувство нехватки воздуха (особенно в положении лежа), одышку, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, тяжесть в правом подреберье, тошноту, иногда рвоту после приема пищи.

Общее состояние тяжелое: ортопноэ, кожа с желтушным оттенком, выраженная иктеричность склер. Акроцианоз, цианоз слизистых оболочек. Периферических отеков нет. Верхушечный толчок пальпируется в шестом межреберье по передней аксилярной линии, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, правая – на 2 см снаружи от правого края грудины. Грубый пансистолический шум над всей поверхностью сердца, по левому краю грудины выслушивается акцент II тона, ритм галопа. ЧСС 116, АД 100/70 мм. РТ. Ст. Границы легких не изменены, перкуторно легочный звук. Частота дыхания 28. Печень выступает на 8 см из-под края реберной дуги, край ее плотный. Рентгенологически: легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента, корни легких умеренно расширены, структурны, сердце со сглаженной талией, резко расширено в поперечнике в обе стороны, больше влево.

По данным эхокардиограммы: все полости расширены. Низкая сократительная способность миокарда. Клапанный аппарат интактен.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, политопные желудочковые экстрасистолы. Признаки изменений миокарда диффузного характера и гипертрофии левого желудочка.

В результате лечения сердечными гликозидами, мочегонными препаратами состояние больного временно улучшилось, однако сохранились признаки выраженной недостаточности кровообращения.

Задание:

Выделите ведущий клинический синдром.

Выскажите ваше предположение о диагнозе.

Ответ

Ведущим клиническим синдромом в данном клиническом случае является прогрессирующая сердечная недостаточность. Учитывая возраст пациента, отсутствие указаний на перенесенную вирусную инфекцию, а также подтверждений ИБС, наличие расширенных полостей сердца по данным эхокардиографии можно говорить о дилатационной кардиомиопатии.

Задача № 83.

Больной С., 37 лет. При поступлении предъявлял жалобы на одышку в состоянии покоя и при малейшей физической нагрузке, общую слабость, сердцебиение, перебои в работе сердца, кровохарканье, слабость в правой руке.

В 2002 году впервые начал ощущать одышку при ходьбе. После перенесенного в марте 2004 года острого респираторного заболевания одышка усилилась, появилось сердцебиение. Больному диагностировали миокардит. В ноябре 2004 года появилось кровохарканье, боли в грудной клетке, кашель, повышение температуры. Диагностировали внебольничную пневмонию. В декабре 2004 года больной перенес острое нарушение мозгового кровообращения с явлениями правостороннего гемипареза.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Лицо, как при болезни Кушинга. На коже лица и туловища – acne vulgaris. Цианоз губ, акроцианоз. Прекардиальная пульсация. Границы относительной сердечной тупости сердца расширены влево до передней подмышечной линии, вправо – на 1,8 см от правого края грудины. Тоны сердца приглушены. ЧСС 150, АД 120/85 мм.рт.ст. Справа в подлопаточной области мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень выступает на 4 см. из-под края реберной дуги. Определяется снижение мышечной силы левой руки.

Рентгенологически корни легких усилены. Сердце значительно расширено в поперечнике, в основном влево.

На эхокардиограмме: аорта уплотнена, не расширена. Расширены все камеры сердца: переднезадний размер левого предсердия 5,8 см, правого желудочка 3,5 см, конечный систолический размер 6,2 см. Снижена сократительная способность ФВ 32%. В области верхушки левого желудочка выявляется тромб размерами 1,5*2,5 см. При доплерокардиографии определяется митральная регургитация.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, в дальнейшем установилась мерцательная аритмия. Отклонение электрической оси сердца влево. Диффузные изменения миокарда с признаками рубцового поражения переднеперегородочной, верхушечной локализации; комбинированная гипертрофия желудочков. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

Изменений в анализах крови и мочи не обнаружено.

Задание:

Выскажите предположение о диагнозе.

Выделите осложнения данного заболевания в конкретном случае.

Ответ

Диагнозом данного больного является Дилатационная кардиомиопатия. Наличие расширенных полостей сердца, выявление тромба в полости желудочков, мерцательной аритмии и кровохарканья говорит о том, что основным клиническим проявлением в данном случае является тромбэмболический синдром.

Задача № 84.

Больной К., 48 лет. Жалобы на чувство тяжести и жжения за грудиной с иррадиацией под левую лопатку, возникающие при физической (подъеме на 1-2 пролета лестницы) и психоэмоциональной нагрузках, купирующиеся через 30 минут после приема нитроглицерина, при постоянной физической нагрузке возникают сердцебиение и одышка.

Болен в течение 6 лет: внезапно возникла резкая боль в грудной клетке, слабость, больной потерял сознание. При госпитализации диагностирован инфаркт миокарда передней локализации. Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 41 года.

Состояние больного удовлетворительное. Легкий цианоз губ, кожных покровов. Перкуторные границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС 72 в минуту. На верхушке и в точке Боткина выслушивается грубый систолический шум, отстоящий от I тона, проводящийся в левую подмышечную область.

Рентгенологически: сердце с сохраненной талией, размеры его в пределах нормы.

На ЭКГ: синусовый ритм, отклонение электрической оси сердца влево. Изменения предсердного компонента. Признаки изменения миокарда вследствие гипертрофии левого желудочка. Глубокие отрицательные зубцы Т в грудных отведениях.

На эхокардиограмме: гипертрофии и гипокинезии межжелудочковой перегородки, среднесистолическое прикрытие створки аортального клапана, переднесистолическое движение передней створки митрального клапана. Толщина межжелудочковой перегородки 1,9 см, задней стенки левого желудочка 1 см.

Задание:

Выскажите предположение о диагнозе, обоснуйте его.

Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.

Ответ.

У данного пациента необходимо проводить дифференциальный диагноз между ИБС и гипертрофической кардиомиопатии. В пользу гипертрофической кардиомиопатии указывают в семейном анамнезе наличие внезапной смерти, выявление грубого систолического шума на аорте, признаки обструкции выносящего тракта, выраженная гипертрофия межжелудочковой перегородки по данным эхокардиографии. Для исключения ИБС необходимо провести коронарографию.

Практическое занятие №10.

Тема: Пороки сердца

Задача № 85

Больной 42 лет доставлен в стационар с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, особенно в ночные часы, вынуждающую пациента садиться в постели, приступы сердцебиения, отеки на ногах, увеличение живота.

Болен около двух лет, после тяжелого гриппа стал отмечать появление одышки, слабости, перебоев в работе сердца, отеков. В поликлинике установлен диагноз "ИБС", назначены сердечные гликозиды, нитраты и мочегонные. Эффект от терапии был незначительным, пациент самовольно прекратил прием лекарств. Последние 6 месяцев не работал. В анамнезе — многолетнее злоупотребление алкоголем.

Объективно: состояние больного тяжелое, положение вынужденное - ортопноэ, кожные покровы бледные, выраженный акроцианоз. Массивные отеки нижних конечностей, поясницы, передней брюшной стенки, асцит. ЧДД — 24 в мин. Над легкими — укорочение перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон, нижние границы легких на 2 ребра выше нормы, при аускультации — дыхание ослабленное, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс 96 в мин, аритмичный, АД — 110/70 мм рт. ст. Границы сердца: правая на 3 см кнаружи от правого края грудины, левая — по переднеподмышечной линии, верхняя — на 3-ем ребре. ЧСС — 108 в мин. Тоны приглушены, аритмичные, на верхушке I тон ослаблен, на верхушке и над мечевидным отростком выслушивается систолический шум. Живот увеличен, провести пальпацию и определить размеры печени невозможно из-за напряженного асцита.

ОАК. Эр.-4,0 x 10¹², Нв - 120 г/л, ЦП - 0,94, Лейкоциты - 7,6 x 10⁹, П - 3, С - 55, Л - 30, М - 8, СОЭ - 9- мм/ч.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дальнейшего обследования больного

Ответ:

1. ДКМП. Кардиомегалия. Относительная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Сердечная астма. СН ПБ.ФКШ. Асцит/
2. ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, коронарография, определение липидов крови, трансаминаз, ГГТП, билирубина, протеинограммы, сиаловой пробы, дифениламиновой реакции, СРБ.

Задача № 86

Больная И., 34 лет, доставлена в клинику в бессознательном состоянии. Из опроса родственников установлено, что с 10-летнего возраста страдает ревматизмом. Замужем, имеет одного ребенка, вторая беременность прервана 6 месяцев назад в сроке 8 недель.

Объективно: без сознания, определяются явления левостороннего гемипареза. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца: правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая — по левой срединноключичной линии. Тоны аритмичные, на верхушке звучность I тона варьирует, периодически - "хлопающий", во 2-м межреберье справа II тон ослаблен, выслушивается систолический шум, проводящийся на сосуды шеи. ЧСС - 88 в мин, пульс аритмичный, 76 в мин, АД - 100/60 мм рт. ст. Печень выступает из подреберья на 2 см. Голени пастозны.

ОАК. Эр. - 3,2 x 10¹², Нв - 115 г/л, ЦП - 0,86, Лейкоциты - 1,2 x 10⁹, П - 6, С - 54, Л - 32, М - 8, СОЭ - 31 мм/ч.

Глюкоза крови - 5,2 ммоль/л.

Сиаловая проба - 0,29 ед. Дифениламиновая - 0,394 ед. СРБ - +++

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Ответ:

1. Ревматическая лихорадка. Активность 3ст. Митрально-аортальный порок сердца: стеноз левого а\в отверстия, стеноз устья аорты. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. СН ПА ФК Ш. Тромбоз сосудов головного мозга. Левосторонний гемипарез.
2. ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, МРТ головного мозга, определение липидов крови, фибриногена, протеинограммы, сиаловой пробы, дифениламиновой реакции, СРБ. Осмотр невропатолога

Задача № 87

К терапевту женской консультации акушер - гинеколог направил беременную К., 19 лет, предъявляющую жалобы на сердцебиение и одышку при незначительной физической нагрузке (ходьбе). Беременность первая, срок — 16 недель. В анамнезе частые ангины, последняя около 6 месяцев назад. В школе была освобождена от уроков физкультуры из-за сколиоза.

Объективно: невысокая, хрупкая, кожные покровы бледные. акроцианоз. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах ослабленное, единичные сухие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая — 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Тоны ритмичные, на верхушке I тон "хлопающий", в диастоле выслушивается дополнительный тон, диастолический шум, в систолу, здесь же - систолический шум, проводится в подмышечную область. В третьей точке аускультации акцент II тона, ЧСС - 85 в мин, АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс ритмичный, на левой лучевой артерии наполнение и напряжения слабее, чем на правой. Печень выступает из подреберья на 1 см. Голени пастозны.

Терапевт направил пациентку на ЭКГ, женщина пешком поднялась на 4-й этаж. сидя в очереди и слушая обычный в женской консультации разговор соседок о тяжелых и неудачных родах, больная внезапно начала задыхаться, дыхание стало поверхностным, шумным, ЧД - 30 в мин, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧСС - 124 в мин, АД - 90/65 мм рт. ст.

ОАК. Эр. - 3,3 x 10¹², Нв - 110 г/л, ЦП - 0,8, Тромбоциты - 18,0 x 10¹⁰, Лейкоциты - 7,2 x 10⁹, Э - 2, П - 6, С - 61, Л - 21, М - 10, СОЭ - 31 мм/ч.

Сиаловая проба - 0,34 ед., Дифениламиновая - 0,28 ед., СРБ - ++

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Окажите неотложную помощь и определите дальнейшую тактику терапевта.

Ответ:

1. Ревматическая лихорадка. Активность 2ст. Митральный порок сердца: стеноз левого а\в отверстия, недостаточность митрального клапана. СН ПА ФК Ш. Сердечная астма.
2. ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, определение липидов крови, фибриногена, протеинограммы, сиаловой пробы, дифениламиновой реакции, СРБ

Задача № 88

20-летний студент обратился в поликлинику с жалобами на сильную головную боль, головокружение, сердцебиение. Подобные состояния периодически возникают с 10-12-летнего возраста, в школе был освобожден от физкультуры с диагнозом НЦД.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, физическое развитие хорошее, несколько диспропорциональное (мышцы нижних конечностей развиты хуже), пульсируют подключичные артерии. В легких везикулярное дыхание, пульс 98 в мин напряженный, АД — 170/110 мм рт. ст. Верхушечный толчок разлитой, усилен. Границы сердца: правая — край грудины, верхняя — третье межреберье, левая — 1,5 см кнаружи от срединноключичной линии. На верхушке короткий систолический шум, на аорте акцент II тона, грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточную область. Живот мягкий, безболезненный.

ОАК. Эр.- 4,0 x 10¹², Нв-140 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - 5,7 x 10⁹, С.- 65, Л - 25, М - 10, СОЭ - 9 мм/ч.

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика лечения

Ответ:

1. Коарктация аорты. Симптоматическая артериальная гипертензия.

2. Рентгенография органов грудной клетки (узурация ребер, деформация дуги аорты), МР-томография аорты, аортография, ЭХОКГ.
3. Хирургическая коррекция или ангиопластика.

Задача №89

Больной 28 лет

С раннего детства со слов матери в сердце выслушивали шум. Однако, диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое.

Объективно: ЧСС = 80 уд/мин., АД = 120/80 мм рт ст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд/мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения.

ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4,4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.

Задание:

4. Сформулируйте развернутый диагноз пациента.
5. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?
6. Тактика медикаментозного лечения пациента. Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?

Ответ:

1. Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка. Относительная коронарная недостаточность. Предсердная экстрасистолия.
2. Нагрузочный тест, ЭКГ- мониторинг, определение липидов крови. При склонности к повышению АД - исследование глазного дна и АД- мониторинг для исключения артериальной гипертонии и гипертонического сердца.
3. Бета-блокаторы, верапамил, дилтиазем. При наличии нарушений ритма - кордарон. Противопоказаны сердечные гликозиды, нитроvasодилаторы, с осторожностью следует применять диуретики. (в связи с уменьшением преднагрузки или венозного возврата к сердцу).

Задача №90

Мужчина 39 лет

В течение 5 лет отмечал небольшую одышку, сердцебиение. К врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда на фоне гриппа с высокой температурой и кашлем появилась выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, сердцебиение.

В анамнезе - хронический тонзиллит, в 19 лет - тонзиллэктомия.

Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧД = 26 в мин., ЧСС 130-150 в мин., дефицит пульса 30 в мин., АД = 100/60 мм рт ст., Температура тела 37,4.

Границы сердца расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, аритмичные. На верхушке - трехчленный ритм, систолический и диастолический шум.

Акцент II тона на легочной артерии. В легких - на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненна при пальпации. Отечность голеней и стоп.

В крови СОЭ 37 мм/час, лейкоциты $11,2 \times 10^9$, С-реактивный белок - (++++).

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Опишите ожидаемые ЭХОКГ результаты при данном диагнозе.

Ответ:

1. Ревматизм - активная фаза. Ревматический порок сердца: стеноз левого атриоventрикулярного отверстия и недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий (тахисистолическая форма). Сердечная астма. СН IIБ ст. ФК III.
2. Расширение полостей левого предсердия, левого и правого желудочков. Уплотнение, утолщение и изменение формы и характера движения створок митрального клапана (П-образная форма передней створки, однонаправленность движений створок). Уменьшение площади левого А-У отверстия (менее 4 кв.см). Расширение полости правого желудочка. Д-ЭХОКГ: высокоскоростной турбулентный диастолический ток и ток регургитации через левое А-У отверстие. Ток регургитации через правое А-У отверстие, как признак относительной недостаточности трикуспидального клапана.

Задача №91

Мужчина 43 лет

Жалобы на одышку, сердцебиение, резкую слабость, отсутствие аппетита, периодические ознобы с повышением температуры тела до 38,5. В течение многих лет ставили диагноз «какого-то порока сердца». Однако, длительное время к врачам не обращался, чувствуя себя здоровым. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы. В анамнезе - хронический тонзиллит с частыми ангинами.

Объективно: выраженная бледность кожных покровов. На коже мелкие геморрагические высыпания. Температура тела 37,9. ЧСС = 95 уд/мин., АД =

140/30 мм рт ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. В точке Боткина выслушивается диастолический шум, на аорте систолический шум, трехчленный ритм и ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона на аорте. Аускультация легких - без особенностей.

Печень и селезенка пальпаторно увеличены в размерах, слегка болезненны при пальпации. Периферических отеков нет.:

Анализ Крови: эритроциты $2,9 \times 10^{12}$, Нв 108 г/л, лейкоциты $5,1 \times 10^9$, СОЭ 52 мм/час.

Задание:

1. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Краткосрочная и долгосрочная тактика лечения пациента.

Ответ:

1. ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки, посев крови на стерильность.
2. Подострый септический бактериальный эндокардит. Аортальный порок сердца: стеноз устья аорты, недостаточность аортального клапана.

Первоначально антибактериальная и дезинтоксикационная терапия (в соответствии с результатами посева крови и определения чувствительности к антибиотикам), в дальнейшем - решение вопроса о хирургическом лечении порока

Задача №92

Мужчина 29 лет.

Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако, нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт ст.), в связи с чем был освобожден от службы в Армии.

Несмотря на рекомендации врачей гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе.

Объективно: ЧСС = 78 уд/мин., АД = 200/110 мм рт ст., S = D, АД на нижних конечностях 160/100 мм рт ст., S = D. Тоны сердца ритмичные.

Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

ЭХОКГ: ЛП = 3,2 см, КДР = 5,0 см, КСР = 3,2 см, Тмжп = 1,2 см, Тзс = 1,1 см, клапанный аппарат интактен, патологических токов не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.

2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика лечения

Ответ:

1. Коарктация аорты. Симптоматическая артериальная гипертония.
2. Рентгенография органов грудной клетки (узурация ребер, деформация дуги аорты), МР-томография аорты, аортография.
3. Хирургическая коррекция или ангиопластика.

Задача №93

Мужчина 39 лет

В течение 5 лет отмечал небольшую одышку, сердцебиение. К врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда на фоне гриппа с высокой температурой и кашлем появилась выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, сердцебиение.

В анамнезе - хронический тонзиллит, в 19 лет - тонзиллэктомия.

Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧД = 26 в мин., ЧСС 130-150 в мин., дефицит пульса 30 в мин., АД = 100/60 мм рт.ст. Температура тела 37,4.

Границы сердца расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, аритмичные. На верхушке - трехчленный ритм, систолический и диастолический шум.

Акцент 11 тона на легочной артерии. В легких - на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает

из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненна при пальпации. Отечность голеней и стоп.

В крови СОЭ 37 мм/час, лейкоциты $11,2 \times 10^9$, С-реактивный белок - (++++).

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Опишите ожидаемые ЭХОКГ результаты при данном диагнозе.

Ответ:

1. Ревматизм - активная фаза. Ревматический порок сердца: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия и недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Сердечная астма. НК 11Б ст. ФК III.
2. Расширение полостей левого предсердия, левого и правого желудочков. Уплотнение, утолщение и изменение формы и характера движения створок митрального клапана (П-образная форма передней створки, однонаправленность движений створок). Уменьшение площади левого А-У отверстия (менее 4 кв.см). Расширение полости правого желудочка. Д-ЭХОКГ: высокоскоростной турбулентный диастолический ток и ток регургитации через левое А-У отверстие. Ток регургитации через правое А-У отверстие, как признак относительной недостаточности трикуспидального клапана

Модуль 3. Болезни органов пищеварения. Заболевания печени и желчных путей.

Практическое занятие № 1

Тема: Функциональные заболевания пищевода и желудка

Задача №1

В больницу поступил больной 60 лет, с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг.

При осмотре больной истощен и ослаблен. В левой надключичной области пальпируется плотный, неподвижный, безболезненный лимфатический узел.

Другие лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 уд в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 50 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Задание:

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Дальнейшая тактика?

Ответ: 1. рак пищевода

2. ФГДС

3. Консультация онколога

Задача №2

Больная А, 45 лет предъявляет жалобы на чередование запоров и поносов, вздутие живота, боли при акте дефекации, ощущении приливов, отсутствие менструации.

Приступы провоцируются психо-эмоциональным напряжением. Кал с примесью слизи. Больная замкнута, депрессивна.

Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 130 г/л, эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Задание:

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Дальнейшая тактика?

Ответ: 1. Синдром раздраженного кишечника

2. УЗИ внутренних органов, ФГДС, кал на дисбактериоз, общий анализ кала.

3. Диета, спазмолитики при болях, адсорбенты, лакто- и бифидобактерии.

Задача №7

Больная К., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.

Считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 недели до поступления в больницу появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид. Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 2 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10x9x8 см, нижний край печени

безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка.

Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексы отсутствуют. Внешних изменений в суставах не определяются.

Анализ крови: Нб - 110 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.

УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено.

Задание:

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Дальнейшая тактика?

Ответ: 1. Болезнь Крона

2. ректороманоскопия, колоноскопия, ФГДС, рентгеноскопия с барием
3. Диета, при обострении антибиотика.

Задача №3

Больной, 30 лет. Обратился с жалобами на изменение характера стула, болезненные спазмы в левой подвздошной области, вздутие, ощущение неполного опорожнения после дефекации.

Из анамнеза: 2 года назад был выставлен ошибочный диагноз гепатит С, состоял на учете. После дополнительного обследования с учета был снят. В связи с перенесенным стрессом у пациента развился истерический невроз, по поводу данного диагноза пребывал на амбулаторном лечении в психиатрической больнице. Выписан через 2 месяца.

Пациент отмечает, что кишечные симптомы появились после перенесенного невроза. Больной угнетен, выглядит подавлено. Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 74 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника. Отеков нет.

Анализ крови: Нб - 134 г/л, эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Задание:

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Дальнейшая тактика?

Ответ: 1. Синдром раздраженного кишечника

2. УЗИ внутренних органов, ФГДС, кал на дисбактериоз, общий анализ кала.
3. Диета, спазмолитики при болях, адсорбенты, лакто- и бифидобактерии.

Задача №4

Больную 40 лет, беспокоит горечь во рту, тошнота по утрам, особенно после приема жирной и жареной пищи, постоянные ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся при ходьбе, езде в транспорте, периодически по вечерам повышение Т тела до $37,3^\circ$ и $37,4^\circ$ С. Больна 3 года. Ухудшение состояния 2 недели назад, после ОРВИ. Объективно: состояние удовлетворительное, Т $37,3^\circ$ С. Язык обложен желтоватым налетом, влажный. Питание повышено (рост 162 см, вес 84 кг). В легких и сердце патологии нет. В правом подреберье и под правой лопаткой зоны кожной гиперестезии. Живот при пальпации болезненный в правой части эпигастральной области и правом подреберье. Положительные симптомы Мерфи (на вдохе толчок в правое подреберье – боль), Ортнера (поколачивание), Кера (болезненность в точке Кера). Печень и селезенка не пальпируются. Стул ежедневный, цвет кала обычный, без примесей.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Показано ли санитарно-курортное лечение больной?

Ответы:

1. Обострение хронического холецистита.
2. ЖКБ. Панкреатит. Нижнедолевая правосторонняя пневмония. Поддиафрагмальный абсцесс.
3. УЗИ: Утолщение стенок более 2 мм. Фракционное дуоденальное зондирование: в порции В большое к-во лейкоцитов, слизи, хлопьев (в норме все порции прозрачны) В ОАК- воспаление. В б/х альфа2-глобулины, серомукоид, сиаловые кислоты., Литогенность желчи, БАК посевы.
4. Диета. Но-шпа 2%-2мл в/м. В ремиссии – желчегонные препараты (аллохол при бескаменном). Антибиотики - ампициллин, цефалоспорины, ципролет 1тх2р, невидирамон 0,5 4р, метронидазол 500х3. Атропин, спазмолитики – купирование болевого синдрома
5. В обострении-нет. Через 2-4 месяца - Эссентуки, Джермук, Боржоми.

Задача №5

Больная М, 56 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на боль опоясывающего характера в эпигастральной области, возникающую во время приема пищи или сразу после еды, длительностью 1,5-2 часа, уменьшающуюся после приема спазмолитиков, ферментов, жидкий стул после приема жирной пищи.

В анамнезе хр. холецистит. В последние 3 мес. отмечает жидкий стул до 2-3 раз в день, иногда стул возникает сразу после еды. Последнее обострение наступило в течение 5 дней после употребления в пищу жареных пирожков с мясом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Масса тела снижена (162 см, масса 48 кг). Со стороны дых. и с.-сос. систем патологии нет. АД 130/75 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, болезненный в эпигаст. обл. и в зонах Шоффара, Губергрица, точке Дежардена, Мейо-Робсона.

Анализ крови: Нб 110 г/л, эр $3,4 \times 10^{12}$ в 12/л, цветн. показ. 0,98, лейкоциты $7,8 \times 10^9$ в 9/л, СОЭ 18 мм/час.

Диастаза крови 50 г/час/л (норма до 60 г/час/л), диастаза мочи 180 г/час/л (норма 40-160 г/час/л).

Реакция на скрытую кровь в кале отр. Копрологическое исследование: кал кашицеобразный, блестящий, со зловонным запахом, нейтральный жир (+++), мыла (++) жирные кислоты (++) , мышечные волокна различной степ. переваривания (++) , крахмальные зерна (++) .

УЗИ: печень нормальных размеров и эхогенности. Желчный пузырь деформ., стенка утолщена до 0,4 см. Поджелуд. железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, эхогенность повышена с участками уплотнения. REM точка Дежардена - на 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной. Головка поджелудочной железы. т. Губергрица – та же фигня слева. Хвост. т. Мейо-Робсона - граница средней и верхней трети линии между пупком и серединой левой реберной дуги. Хвост. Зона Шоффара - между верт. линией, проходящей через пупок и биссектрисой угла между вертик. и horiz. линиями, проходящими через пупок. Головка железы.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Оцените копрологический синдром.

4. Назначьте лечение.

Ответы:

1. Хр. панкреатит, склерозирующая форма, фаза обострения, средне-тяжелое течение.
2. Необходимо дифференцировать прежде всего хр. панкреатит и опухоль поджелудочной железы. При этом большое значение приобретают современные методы инстр. диагностики: панкреатоангиорентгенография (целиакография), эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиорентгенография (вирсунгография), проводимая с введением контрастного вещества в проток п/ж. железы через специальный катетер с помощью дуоденофиброскопа, эхография, КТ и радио-изотопное сканирование п/ж. железы.
- муковисцидоз (кистозный фиброз поджелудочной железы и др.) - врожденное системное заболевание, хар-ся дисфункцией внешнесекреторных желез с выделением вязкого секрета. В п/ж железе наблюдаются атрофия, множественные кисты и фиброз. Кл. картина напоминает хр. панкреатит, протекающий с резко выраженной внешнесекреторной недостаточностью п/ж железы, нарушением процессов пищевар. и всас. в кишечнике. Но в отличие от обычных форм хр. панкреатита при этом забол. нередко поражение п/ж железы сочетается с хр. восп.забол. легких.
3. Недостаточность внешнесекреторной функции железы: стеаторея, креаторея, амилорея.
4. Питание дробное, 5-6 разовое, но небольшими порциями. Исключить алкоголь, маринады, жареная, жирная и острая пища, крепкие бульоны. Диета

Практическое занятие №2.

Тема: Хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, лечение

Задача № 6

Больного 32 лет, беспокоят частые изжоги, ноющие боли в эпигастрии, возникающие натощак по ночам (из-за чего вынужден просыпаться), после приема пищи через 2-3 часа, периодически возникает рвота кислым содержимым, приносящая больному облегчение. При сильных болях помогает питьевая сода, но-шпа. Болен 4 года, не обследовался, не лечился. Ухудшение состояния в осенне-весеннее время. Настоящее ухудшение в течение 3-х месяцев. Похудел на 6 кг.

Объективно: Состояние удовлетворительное, питание снижено. Эмоционально лабилен. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Со стороны органов дыхания, кровообращения патологии нет. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне и в точке Певзнера. Печень и селезенка не пальпируются. Стул склонен к запорам.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какое дополнительное обследование необходимо больному?
4. Оцените трудоспособность больного.
5. Наметьте план обследования и лечения больного.

Ответы:

1. ЯБДПК, обострение, средне-тяжелое течение (обострение 2 раза в год).
2. Гастрит, ЯБЖ, панкреатит.
3. ФГДС, зондирование, РГ, НР, рН-метрия, аспирационно-титрационный метод
4. Временно нетрудоспособен (до 35 дней) ограничение физической нагрузки.
5. Диета. Фамотидин 20 мг 2р, амоксициллин 0,5 4р, метронидазол 250 мг 4 раза = эрадикация НР. Фамотидин можно заменить на омез 20 мг 2р. – в течение 7 дней, антациды, гастроцепин (М-холинолитик), де-нол, венгер

Задача № 7

Больной Б., 58 лет на приеме предъявляет жалобы на сильные боли в верхней половине живота на протяжении 2 недель, уменьшающиеся после приема пищи, ночные боли, тошноту, нестабильное давление: повышение АД до 190/110 мм рт. ст.

Впервые боли в эпигастрии появились 16 лет назад. Язва желудка впервые выявлена 8 лет назад. Неоднократно лечился стационарно.

Обследование: ЭГДС: Язва проксимального отдела желудка (задняя стенка). Деформация желудка. Сопутствующий атрофический гастрит. Умеренно выраженный дуоденит.

Цитологическое исследование: выявлена 3-я степень обсемененности бактериями НР.

Морфологическое исследование: картина обострения хронической язвы желудка.

Клинический анализ крови: НЬ 122; эр. 3,8; цв. пок. 0,96; лейкоц. 7,6; п/яд 3; с/яд 73; э 3; лимф 19; м 2-6; СОЭ 15.

Анализ мочи: 1018, кисл., белок — нет, глюкоза — нет, кет. тела — нет, уробил. — нет, эпит. пл. — немного, лейкоц. — 0-1 в поле зрения.

Анализ кала на скрытую кровь: отрицательный.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 15,63 $\mu\text{mol/L}$ (норма 0,0-24,0), глюкоза — 5,31 ммоль/л (норма 3,89-6,38), АСТ — 23 U/L (норма 0,0-40,0), АЛТ - 32 U/L (норма 0,0-54,0).

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Лечение больного

Ответы:

1. ЯБДПК, обострение. Деформация желудка. Атрофический гастрит. Умеренно выраженный дуоденит.
2. Диета. Фамотидин 20 мг 2р, + амоксициллин 0,5 4р, + метронидазол 250 мг 4 раза = эрадикация НР. Фамотидин можно заменить на омез 20 мг 2р. – в течение 7 дней, антациды, гастроцепин (М-холинолитик), де-нол, венгер

Задача № 8

Больной В., 53 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастриальной области, возникающие через 2 часа после еды; однократную рвоту «кофейной гущей», появление стула по типу мелены, общую слабость.

Страдает язвенной болезнью 12-пк 4 года, обострения 3-4 раза в год. Принимал в периоды обострения ранитидин, циметидин. На терапию отвечал положительно. После улучшения прекращал прием препаратов. Последнее ухудшение около двух недель, лекарственных препаратов не принимал.

Из анамнеза: около 10 лет страдает хроническим obstructивным бронхитом, курит около 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

Наследственность не отягощена. Гемотрансфузий, операций не было, аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: пониженного питания, рост 178 см, вес 62 кг, кожные покровы бледные, влажные, тургор нормальный; ЧСС - 86 в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст., границы сердца в норме, тоны ритмичные, ясные. В легких дыхание ослабленное, везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белесоватым налетом, живот симметричный, болезненный в эпигастрии. Симптом Менделя положительный. Печень не увеличена. Со стороны других органов и систем - без особенностей.

Обследован: ОАК: гемоглобин - 110 г/л, эритроциты - 2,91 $\cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - 7,2 $\cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты - 220 $\cdot 10^9/\text{л}$, ретикулоциты - 15%, СОЭ - 10 мм/час, лейкоформула в норме. Показатели глюкозы крови, креатинина, липидного обмена и функциональные пробы печени в пределах нормы. Сывороточное железо - 10,8 ммоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный. Общий анализ мочи - без особенностей. ФГС: язвенный дефект диаметром 0,8 см на задней стенке 12-пк, средней глубины, края ровные, дно покрыто фибрином, слегка кровоточит, слизистая вокруг гиперемирована, луковица 12-пк деформирована. Биопсия: антральный отдел - хронический антрум-гастрит с неполной атрофией, высокая степень активности, выраженная обсемененность Н.Р. (+++). УЗИ: деформация желчного пузыря, диффузные изменения рачсгаеas. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 82 в минуту, гипертрофия правого предсердия. Диффузные изменения миокарда II а степени.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие антисекреторные средства наиболее предпочтительны в данном случае.
3. Составьте программу реабилитации для больного.
4. Какие факторы являются ведущими для выбора поддерживающей терапии.

Ответы:

1. Диагноз: ЯБ с локализацией на задней стенке луковицы 12-пк, рецидивирующее течение, осложненная кровотечением 1 степени. Рубцово - язвенная деформация луковицы 12-пк. Постгеморрагическая анемия. Хронический обструктивный бронхит, субремиссия. ЛАГ П, ДН П.
2. Наиболее предпочтительны H2- гистаминоблокаторы или ингибиторы протонной помпы.
3. Длительный постоянный прием кваматела (фамотидина) в дозе 20 мг в сутки.
4. Возраст больного старше 50 лет, осложнение кровотечением, частое рецидивирование ЯБ, эффект от предыдущей терапии H2- гистаминоблокаторами.

Задача №9

Больной Л, 61 года поступил с жалобами на изжогу, тошноту, боли в подложечной области, возникающие через 1.5 ч. после еды, частые «ночные» боли. Из анамнеза: около 15 лет страдает язвенной болезнью желудка с частыми обострениями. При ФГДС с биопсией выявлена язва малой кривизны желудка (0,5 см в диаметре). При исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка обнаружен *Helicobacter pylori*.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.
3. Препараты из какой группы необходимо добавить для купирования тошноты? Приведите пример.

Ответы:

1. Язвенная болезнь желудка, обострение. Язва малой кривизны желудка.
2. Кларитромицин (клацид, фромилид) по 250 мг 2 раза в день + амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день + омепразол 20 мг 2 раза в день – 10 дней, затем омепразол 40 мг вечером – 7 недель
3. Прокинетики (церукал, домперидон, мотилиум). Мотилиум 10 мг 3 раза в сутки за 15-30 минут до еды

Задача №15

Больной К, 22 года поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, купируемые приемом алмагеля. Из анамнеза: 2 года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; имеется аллергическая реакция на пенициллин, проявляющаяся отеком Квинке. При ФГДС выявлена язва (0,7 см в диаметре) в ампуле двенадцатиперстной кишки. При исследовании биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки обнаружен *Helicobacter pylori*.

Задание:

1. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.
2. Назовите антисекреторный препарат, назначаемый после эрадикации, укажите длительность его назначения.
3. Через какое время после окончания курса антихеликобактерной терапии должна осуществляться диагностика эрадикации Hp.

Ответы:

1. Кларитромицин (клацид, фромилид) по 500 мг 2 раза в день + метронидазол по 250 мг 4 раза в день + омепразол 20 мг 2 раза в день – 10 дней
2. Омепразол (омез, ультоп) по 40 мг вечером – 5 недель
3. Через 4-6 нед

Задача №16

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на изжогу, кислую отрыжку, которые чаще возникают после еды, при наклоне туловища вперед или в ночное время. На ЭГДС выявлены воспалительные изменения пищевода, неполное смыкание кардии. При рентгеноскопии желудка обнаружен заброс контраста из желудка в пищевод.

Задание:

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Какие рекомендации вы дадите пациенту?

Ответы:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.
2. Последний прием пищи должен быть не менее чем за 3 часа до сна; не ложиться днем, особенно после еды; приподнимать изголовье кровати примерно на 15 см; не принимать пищу слишком большими порциями; есть чаще маленькими порциями; исключить из рациона жирную пищу, шоколад, кофеинсодержащие напитки, продукты, содержащие ментол, острую пищу, цитрусовые и продукты, содержащие томаты, алкоголь.

Медикаментозная терапия: блокаторы протонной помпы (омепразол), прокинетики (мотилиум).

Задача №17

Больной 38 лет жалуется на боли в эпигастрии, возникающие через 3-4 часа после еды, изжогу, похудание. Данные симптомы беспокоят в течение 3 лет, ухудшение в самочувствии наблюдается весной-осенью. В этот период принимал омепразол с незначительным положительным эффектом. За день до обращения стул приобрел дегтеобразную консистенцию.

При осмотре: язык обложен белым налетом, пальпация эпигастрия болезненна, печень пальпируется по краю реберной дуги, эластичная, безболезненная.

На ФГДС: язва антрального отдела желудка округлой формы, диаметром 0,8 см, дно покрыто фибрином. ОА крови лейкоцитов $7,5 \times 10^9$ л., Нв 105 г/л, эритроцитов $3,2 \times 10^{12}$ л., СОЭ 10 мм/час

Задание:

1. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
2. О каком осложнении необходимо подумать?
3. Ваша тактика ведения пациента?

Ответы:

1. Тест на *H pylori*.
2. Желудочное кровотечение.
3. Аминокапроновая кислота в/в, повторное ЭГДС с проведением коагуляции кровоточащего сосуда при необходимости, при "+" тесте на *H pylori* - тройная схема эрадикационной терапии.

Задача №18

Больной 43 лет с многолетним язвенным анамнезом предъявляет жалобы на постоянные боли в эпигастрии, отрыжку, отвращение к мясной пище, похудание на 15 кг.

Задание:

1. Предположительный диагноз заболевания?
2. Какие диагностические мероприятия позволят верифицировать процесс?

Ответы

1. Рак желудка.
2. ФГДС с биопсией.

Задача №19

У больного на ФГДС обнаружена язва тела желудка, тест на *Helicobacter pylori* положительный. Участковый терапевт назначил омепразол и де-нол.

Задание:

1. Верна ли тактика участкового терапевта и почему?
2. Ваша схема лечения данного пациента.

Ответы

1. Не верна.
2. Тройная схема эрадикационной терапии (амокксициллин, кларитромицин, омепразол) в течение 14 дней.

Задача № 20

Больная К. 59 лет поступила в стационар с жалобами на выраженную слабость, боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов. Объективно состояние тяжелое. Асцит, желтушность кожных покровов и склер, печень выступает из под края реберной дуги на 12 см, бугристая, болезненная, селезенка выступает из под края реберной дуги на 10 см. Из анамнеза известно, что больная состоит на учете в онкологическом диспансере по поводу рака желудка.

Задание:

Предварительный диагноз?

Дальнейшая тактика?

Ответ:

Вторичный рак печени

Практическое занятие № 4

Тема: Хронический гепатит, лечение

Задача № 21

Больной В. 49 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, боли в правом и левом подреберьях, выраженную слабость. Пальпируется увеличенная в размере печень (край печени плотный умеренно болезненный, выступает из под края реберной дуги на 10 см.). Также выявлена спленомегалия (+7см. из под края реберной дуги). Из анамнеза: больная находится на учёте у инфекциониста по поводу хронического вирусного гепатита С в течение шести лет.

Задание:

Предварительный диагноз?

Дальнейшая тактика?

Ответы:

Переход хронического вирусного гепатита С в цирроз печени

Задача № 22

Больной М. 29 лет доставлен скорой помощью в реанимационное терапевтическое отделение. Объективно: состояние тяжелое, сознание soporозное. Кожные покровы бледные (оттенок «кофе с молоком»). В легких дыхание ослабленное, в нижних отделах влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, тахикардия, в проекции трикуспидального клапана выслушивается систолический шум. АД 70/40 мм.рт.ст. Пальпируется увеличенная печень и селезенка. По данным Эхо-кс на трикуспидальном клапане определяются вегетации. Из анамнеза жизни известно, что больной в течение длительного времени употреблял парентерально наркотические препараты.

Задание:

Предварительный диагноз?

Дальнейшая тактика?

Ответ

Бактериальный эндокардит

Задача № 23

Больной Д. 47 лет поступил с жалобами на боли в правом и левом подреберьях, желтушность кожных покровов и склер, увеличение в размерах живота, выраженную слабость. При пальпации край печени плотный, умеренно болезненный, выступает из под края реберной дуги на 10 см. Также выявлена спленомегалия (+7см. из под края реберной дуги). Из анамнеза больной много лет страдает алкоголизмом.

Задание:

Предварительный диагноз?

Дальнейшая тактика?

Ответ:

Алкогольный цирроз печени

Задача № 24

Больной Б. 59 лет находится на стационарном лечении по поводу анемии тяжелой степени (Hb 36 г/л). Объективно у больного кожные покровы бледные, пальпируются увеличенные в размерах печень и селезенка, отмечается болезненность костей таза. По Rg-граммам черепа и костей таза отмечается наличие множественных очагов деструкции костной ткани округлой формы. Анализ мочи на белок Бенс-Джонса положительный.

Задание:

Предварительный диагноз? Дальнейшая тактика?

Ответ:

Миеломная болезнь

Задача №25

Больной 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в правом подреберье, возникающие после погрешности в диете, горечь во рту, желтушность кожных покровов. При УЗИ-внутренних органов гепатоспленомегалия, при ФГДС-варикозное расширение вен пищевода I ст.

Задание:

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика дальнейшего ведения больного.

Ответ :

Цирроз печени

Задача №26

Больной 58 лет жалуется на повышение температуры тела до 38°, тяжесть в правой подреберье, эпигастральной области, тошноту рвоту после приема пищи, общую слабость, кожный зуд, отсутствия аппетита, снижение веса. При осмотре желтушность кожных покровов, иктеричность склер, увеличение печени, селезенки.

ОА крови: гемоглобин 65 г/л, эритроциты $2,4 \times 10^{12}$, тромбоциты 99 тыс.

Биохимия крови: билирубин 385 ммоль/л, непрямого 202 ммоль/л, АЛАТ 98 ЕД/л, АСАТ 114 ЕД/л, ЩФ 123 ЕД/л, ГГТП 120 ЕД/л.

Задание:

1. О каких заболеваниях необходимо думать?
2. Ближайшая тактика ведения больного?

Ответ:

Рак печени

Задача №27

У больного 25 лет периодически после погрешности в диете появляются умеренные боли в правом подреберье, пожелтение кожных покровов, особенно ладоней и подошв.

Биохимический анализ крови : билирубин 87,8 ммоль/л, непрямого билирубин 50,9 ммоль/л, АЛАТ 47 ЕД/л, АСАТ 56 ЕД/л. Проба с никотиновой кислотой положительная.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дальнейшее лечение и введение больного?

Ответ:

Болезнь Жильбера

Задача №28

Больной 37 лет беспокоит увеличение печени, общая слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособность. В 33 года проводилось переливание крови вследствие кровопотери при родах.

В биохимических анализах крови – билирубин 61,7 ммоль/л, непрямого билирубин 23,6 ммоль/л, АЛАТ 47 ЕД/л, АСАТ 33 ЕД/л. Кровь на гепатит С положительная.

Задание:

1. Ваш диагноз.
2. Лечение и обследование больного.

Ответ:

Вирусный гепатит С.

Практическое занятие №5

Тема: Цирроз печени, лечение

Задача № 29

Больной Б., 58 лет. Обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

Объективно: температура тела – 36,9°C. Общее состояние – средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки – желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка – расширенные и извитые подкожные вены.

Отмечаются отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно.

Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 92 уд./мин, АД – 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабоболлезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболлезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболлезненная.

Задание. Сформулируйте предварительный диагноз.

Ответ: Цирроз печени алкогольной этиологии. Синдром желтухи. Синдром портальной гипертензии. Синдром печеночно-клеточной недостаточности. Синдром холестаза.

Задача № 30

Больная Г., 45 лет, доставлена в приемное отделение БСМП. Жалуется на интенсивные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, вздутие живота.

Заболела около 3 дней назад, когда после приема жирной пищи и алкоголя появились боли в правом подреберье, тошнота. Два дня принимала но-шпу в таблетках, боли несколько уменьшились, но не прекратились; повысилась температура тела до 38,0. После употребления в пищу “диетического куриного бульона” появилась рвота, боли в правом подреберье усилились, стали иррадиировать в правое плечо, шею, лопатку.

Объективно: температура тела — 38,50, кожные покровы и склеры иктеричны, масса тела 94 кг, рост — 168 см, индекс Кетле — 33,4. В легких дыхание везикулярное, пульс — 97 в мин, АД — 180/100 мм рт. ст., левая граница относительной сердечной тупости по левой срединноключичной линии, аускультативно — I тон на верхушке ослаблен, над аортой акцент II тона. Язык сухой, обложен белым налетом, живот вздут, имеется защитное напряжение мышц в правом подреберье, здесь же определяются положительные симптомы Керра, Мерфи, Орнера, Курвуазье.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр - $4,0 \times 10^{12}$, Нв - 120 г/л, ЦП - 0,9, Лейкоциты - $18,2 \times 10^9$, П - 21, С - 67, Л - 12, М - 6, СОЭ - 4 мм/ч.

ОАМ. Цвет - корич. Реакция - нейтральная. Уд. плотность - 1024. Прозрачность - неполная. Белок - 0,033 г/л. Желчные пигменты - +++, уробилин - нет.

Копрограмма: Цвет - серый, консистенция - оформл., реакция на стеркобилин - отр.

Функциональные пробы печени:

Общий билирубин 61,5 ммоль/л, прямой - 40,4 ммоль/л, непрямого - 21,1 ммоль/л

Тимоловая - отр

Формоловая - отр. Сулемова - 1,8 мл, СРБ - □

Задание:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Окажите неотложную помощь.

Ответ:

1. Клинические синдромы: Болевой, интоксикационный, диспептический, желтухи, гипертермический.

2. Предварительный диагноз: ЖКБ. Острый калькулёзный холецистит. Механическая желтуха. Артериальная гипертензия 3 ст. ОВР. Ухудшение. Ожирение 1 ст. ИМТ=33

3. Неотложная помощь: Госпитализация в хирургическое отд., установка назо-гастрального зонда, симптоматическое и патогенетическое лечение, после стабилизации состояния – решение вопроса об оперативном лечении.

Обезболивание: начинаем только после осмотра хирурга; периферические М-холинолитики: 1мл 0,1% раствора атропина сульфата или 1 мл 0,1% раствора платифиллина гидротарtrate, или 2 мл 1% раствора метацина. При выраженном болевом синдроме можно добавить анальгетики: ненаркотические – анальгин 2мл 50% раствора, либо Трамал пер ос 50-100мг. Наркотические - промедол 1мл 2% раствора или фортрал 30мг в/в. Неселективные миотропные спазмолитики: дротаверин (нош-па). Селективные миотропные спазмолитики: Диоспаталин(Мебеверин) При отсутствии перечисленных препаратов возможен кратковременное применение комбинированных лекарственных средств: Баралгин, Спазган, Спазмалгин. При наличии квалифицированных специалистов, с целью обезболивания, возможно проведение блокады круглой связки печени.

Для купирования рвоты: Церукал в/в, в/м по 2мл.

Антибиотики: Таривид и Ципробай внутрь по 500-750мг 2 раза в день 10 дней. Эритромицин внутрь первая доза 400-600мг, затем 200-400мг каждые 6 часов, Доксциклин внутрь или в/в кап.

Гипотензивные: Эгилок 25мг 2 раза в день, Арифон-ретард 1,5 мг 1 раз-утром, Энам 5мг 2 раза в день.

Дезинтоксикационная терапия: Физ. Ра-р 400мл + Нош-па 4,0 в/в кап, Глюкоза 5% - 400мл, можно применить глюкозо-новокаиновую смесь: 400мл

Глюкозы 5%+ 50мл 0,5% Новокаина в/в капельно(обезболивание+детоксикация).

Задача № 31

К больной Р., 48 лет вызвана бригада “скорой помощи”. Пациентка жалуется на сильную боль в правом подреберье и эпигастрии, боли в области правой лопатки и плечевого сустава, горечь во рту, рвоту. Заболела остро, вечером накануне ела жирную пищу, употребляла алкоголь. Приступ боли пыталась купировать таблетками но-шпы и теплой грелкой.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Индекс Кетле — 32. Кожные покровы бледные, температура тела 37,50. В легких справа укорочение перкуторного звука от 8-го ребра, там же ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, мелодия сохранена, пульс 112 - в мин, АД — 160/90 мм рт ст. Живот умеренно вздут, резко болезненный при пальпации в верхней половине. Симптомы Кера, Ортлиера, Мерфи - положительны.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 4,6 x 10¹², Нв - 140 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - 12,8 x 10⁹, Э - 2, П - 4, С - 66, Л - 20, М - 8, СОЭ - 28 мм/ч.

ОАМ. Реакция - кислая, Уд. пл. - 1022. Прозрачность - полная. Белок - нет. Эп. кл. - един. Лейк. - 1-3 в п/зр, Эр. - нет

Глюкоза крови - 6,0 ммоль/л. АlAt - 0,7 мкмоль/ч-л, AsAt - 0,5 мкмоль/ч-л

Холестерин - 7 ммоль/л, □ -липопротеиды - 5 г/л. □ -амилаза сыворотки крови: - 40 г(ч-л)

Задание:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Окажите неотложную помощь.

Ответ:

1.Клинические синдромы: Болевой, интоксикационный, диспептический, гиперхолестеринемии.

2.Предварительный диагноз: Острый бескаменный холецистит. Плевральный выпот справа? Артериальная гипертония 2ст. ВР. Ухудшение. Ожирение 1 ст. ИМТ= 32

3. Неотложка:

Обезболивание: начинаем только после осмотра хирурга; периферические М-холинолитики: 1мл 0,1% раствора атропина сульфата или 1 мл 0,1% раствора платифиллина гидротарtrate, или 2 мл 1% раствора метацина. При выраженном болевом синдроме можно добавить анальгетики: ненаркотические – анальгин 2мл 50% раствора, либо Трамал пер ос 50-100мг. Наркотические - промедол 1мл 2% раствора или фортрал 30мг в/в. Неселективные миотропные спазмолитики: дротаверин (нош-па). Селективные миотропные спазмолитики: Диоспаталин(Мебеверин). При отсутствии перечисленных препаратов возможен кратковременное применение комбинированных лекарственных средств: Баралгин, Спазган, Спазмалгин.

Для купирования рвоты: Церукал в/в, в/м по 2мл.

Антибиотики: Таривид и Ципробай внутрь по 500-750мг 2 раза в день 10 дней. Эритромицин внутрь первая доза 400-600мг, затем 200-400мг каждые 6 часов, Доксциклин внутрь или в/в кап.

Дезинтоксикационная терапия: Физ. Ра-р 400мл + Нош-па 4,0 в/в кап.

Глюкоза 5% - 400мл, можно применить глюкозо-новокаиновую смесь: 400мл Глюкозы 5%+ 50мл 0,5% Новокаина в/в капельно(обезболивание+детоксикация).

Задача № 32

Больная Б., 48 лет, поступила с жалобами на многократную рвоту, не приносящую облегчения, боли в верхней половине живота и левом подреберье, иррадиирующие в спину, вздутие живота, слабость, головокружение, ноющие боли в области сердца. Заболела остро 4 часа назад после употребления алкоголя и острой пищи.

Из анамнеза известно, что в течение 6 лет наблюдается в поликлинике с диагнозом “хронический холецистопанкреатит”, после приема жирной пищи беспокоят боли в правом подреберье, тошнота, отрыжка горьким, вздутие живота, поносы. Дважды боли в правом подреберье были интенсивными, схваткообразными, после приступа заметила выделение темной мочи. Боли в эпигастрии и левом подреберье возникли впервые.

Объективно: рост - 165 см, масса тела - 86 кг, индекс Кетле - 31,5. Кожные покровы бледные, слизистые оболочки и склеры обычной окраски.

Температура тела - 37,50, в легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс - 98 в мин, удовлетворительного наполнения.

Живот вздут, болезненный при пальпации в верхней половине, симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени 12 - 10 - 9 см, край гладкий, слабо береженный при пальпации. АД - 160/90 мм т. ст.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 4,0 x 10¹², Нв - 116 г/л, ЦП - 0,93, Лейкоциты - 12,4 x 10⁹, П - 11, С - 57, Л - 22, М - 12, СОЭ - 30 мм/ч.

ОАМ. Цвет - желтый. Реакция - кислая, Уд. плотность - 1023. Прозрачность - неполная.

Белок - 0,033 г/л. Эп. кл. - един. Лейк. - 0 - 1-3 в п/зр, Эр. 1-2 - 0 в п/зр. Желчные пигменты - +, уробилин - +.

Копрограмма: Цвет - желтый, консистенция - не оформленный (кашеобразный), реакция на стеркобилин - ++.

Функциональные пробы печени:

Общий билирубин 21,5 ммоль/л, прямой - 4,4 ммоль/л, не прямой - 17,1 ммоль/л

Тимоловая - отр.

Формоловая - отр.

Сулемовая - 1,8 мл, СРБ - □

Глюкоза крови - 8,0 ммоль/л. □ -амилаза крови натощак - 54 мг (ч-л), после нагрузки - 63 мг (ч-л).

АlAt - 0,3 мкмоль/ч-л, AsAt - 0,45 мкмоль/ч-л, ЛДГ - 2,3 мкмоль/ч-л.

Задание:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Окажите неотложную помощь.

Ответ:

1.Клинические синдромы: Болевой, диспептический, интоксикационный, гипертермический, печёночной колики, холецистокоронарный, желтухи, гипергликемии.

2.Предварительный диагноз: ЖКБ. Хронический калькулёзный холецистит. Обострение. Кардиалгический вариант. Хр. Панкреатит. Обострение. Артериальная гипертония 2ст. ВР. Ухудшение. Ожирение 1ст. ИМТ=31,5

3. неотложка:

Обезболивание: Начинаем только после осмотра хирурга, в данном случае также необходимо снять ЭКГ для исключения острой коронарной патологии, провести контроль гликемии и её коррекцию. Периферические М-холинолитики: 1мл 0,1% раствора атропина сульфата или 1 мл 0,1% ра-ра платифиллина гидротартрата, или 2 мл 1% ра-ра метацина. При выраженном болевом синдроме можно добавить анальгетики: ненаркотические – анальгин 2мл 50% ра-ра, либо Трамал пер ос 50-100мг. Наркотические - промедол 1мл 2% ра-ра или фортрал 30мг в/в. Неселективные миотропные спазмолитики: дротаверин (нош-па). Селективные миотропные спазмолитики: Дюспаталин(Мебеверин). При отсутствии перечисленных препаратов возможен краткорременное применение комбинированных лекарственных средств: Баралгин, Спазган, Спазмалгин. В данном случае для обезболивания можно применить Нитраты.

Для купирования рвоты: Церукал в/в,в/мпо 2мл.

Антибиотики: Таривид и Ципробай внутрь по 500-750мг 2 раза в день 10 дней, Эритромицин внутрь первая доза 400-600мг, затем 200-400мг каждые 6 часов, Доксициклин внутрь или в/в кап.

Дезинтоксикационная терапия: Физ. Ра-р 400мл + Нош-па 4,0 в/в кап

Ферментные препараты: Панкреатин 0,5мг 3 раза в день, Креон по 1-2 капсулы во время еды.

Омез20мг 2 раза в день, Мотилиум 10 мл 3 раза в день.

Задача № 33

Больная К., 46 лет, в течение нескольких лет отмечала боли в правом подреберье, горечь во рту, тошноту. В последний год дважды после приема жирной пищи были приступы интенсивной боли в правом подреберье, которые купировались введением платифиллина и спазмалгона. При очередной погрешности в диете появились схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую половину грудной клетки и правое плечо. После приема 4 таб. но-шпы боли уменьшились, но через 40 мин. возобновились, появилась рвота с примесью желчи. Рвота облегчения не принесла. Приступ сопровождался общей слабостью, повышенным потоотделением, чувством дурноты, субфебрильной температурой.

Больная машиной «скорой помощи» доставлена в стационар. При поступлении выявлено, что больная повышенного питания, кожные покровы, слизистая мягкого неба субиктеричны. АД 140/90 мм.рт.ст., ЧСС - 86 в 1 минуту. Живот мягкий, печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Пальпация живота болезненна в правом подреберье. Определяются положительные симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера-Грекова.

Задание:

1. Какие клинические синдромы Вы можете выделить?
2. Какие дополнительные исследования следует сделать?
3. Какие изменения могут быть обнаружены при инструментальном обследовании больного?
4. Поставьте диагноз, определите осложнения, имеющие место в данном случае.
5. Какую неотложную помощь следует назначить данной больной?

Ответ:

1. Клинические синдромы: Болевой, диспептический, печёночной колики, желтухи, интоксикационный.

2. Дополнительные исследования: ОАК, ОАМ, Биохимия крови: общ. билирубин, прямой билирубин, щелочная фосфатаза, копрограмма, обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ-желчного пузыря и печени.

3. Возможные изменения при инструментальном обследовании: ОАК: лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ. ОАМ: Желчные пигменты, изменение цвета на коричневый, прозрачность неполная. Копрограмма: серый кал, реакция на стеркобилин отрицательная. Биохимия крови: Увеличение билирубина за счёт прямой фракции, повышение АЛАТ, АСАТ, щелочной фосфатазы. На рентгенограмме: можно увидеть конкременты, если они присутствуют, может определяться вздутие петель кишечника в правой половине брюшной полости. УЗИ: утолщение и уплотнение стенок желчного пузыря, конкременты.

4. Диагноз: ЖКБ. Хр. Холецистит. Обострение. Осложнения: печёночная колика, механическая желтуха.

5. неотложка:

Обезболивание: периферические М-холинолитики: 1мл 0,1% раствора атропина сульфата или 1 мл 0,1% ра-ра платифиллина гидротартрата, или 2 мл 1% ра-ра метацина. При выраженном болевом синдроме можно добавить анальгетики: ненаркотические – анальгин 2мл 50% ра-ра, либо Трамал пер ос 50-100мг. Наркотические - промедол 1мл 2% ра-ра или фортрал 30мг в/в. Неселективные миотропные спазмолитики: дротаверин (нош-па). Селективные миотропные спазмолитики: Дюспаталин(Мебеверин). При отсутствии перечисленных препаратов возможен краткорременное применение комбинированных лекарственных средств: Баралгин, Спазган, Спазмалгин.

Для купирования рвоты: Церукал в/в,в/мпо 2мл.

Антибиотики: Таривид и Ципробай внутрь по 500-750мг 2 раза в день 10 дней, Эритромицин внутрь первая доза 400-600мг, затем 200-400мг каждые 6 часов, Доксициклин внутрь или в/в кап.

Дезинтоксикационная терапия: Физ. Ра-р 400мл + Нош-па 4,0 в/в кап. Глюкоза 5% - 400мл, можно применить глюкозо-новокаиновую смесь: 400мл Глюкозы5%+ 50мл 0,5% Новокаина в/в капельно(обезболивание+детоксикация).

Задача № 34

Больная В., 42 лет, доставлена «скорой помощью» в приемное отделение с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку. Была однократная рвота. Приступ возник вечером после приема пищи – была в гостях, ела жареную утку, принимала охлажденную газированную воду. Подобный приступ возник впервые.

Из анамнеза установлено, что пациентка часто употребляет жирную, жареную пищу. Приемы пищи обильные, ест 2-3 раза в день. Основной объем приходится на вечернее время, после работы. Страдает более 10 лет избыточным весом – вес стал прибавляться после вторых родов. Вес пыталась снижать самостоятельно – голодание по 2-3 дня, но безуспешно. В акушерском анамнезе – двое родов, аборт не было. Предохраняется пероральными контрацептивами.

При осмотре – больная повышенного питания, температура тела 37,40С. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 90 уд в мин., АД 140/80 мм.рт.ст. Язык обложен коричневатым налетом. При пальпации живота определяется местная болезненность в правом подреберье, зоны гиперестезии у правой реберной дуги и справа от Th IX – Th XI. Стула не было два дня. Мочилась без болей, моча интенсивно окрашена.

Задание:

1. Какое неотложное состояние имеет место?
2. При каких заболеваниях может возникнуть подобный приступ?
3. С какими заболеваниями можно дифференцировать данную патологию?
4. Какова неотложная помощь при приступе?
5. Назовите возможные осложнения, требующие хирургического вмешательства?

Ответ:

1. Неотложное состояние, имеющее место: Печёночная колика.

2. При Остром холецистите, хроническом калькулёзном холецистите, Спазме сфинктера Одди, дискинезии ЖВП по гиперкинетическому типу, При опухоли, сдавливающей ЖВП.

3. С почечной коликой, с приступом панкреатита, с кишечной непроходимостью.

4. Неотложка:

Обезболивание: периферические М-холинолитики: 1мл 0,1% раствора атропина сульфата или 1 мл 0,1% ра-ра платифиллина гидротартрата, или 2 мл 1% ра-ра метацина. При выраженном болевом синдроме можно добавить анальгетики: ненаркотические – анальгин 2мл 50% ра-ра, либо Трамал пер ос 50-100мг. Наркотические - промедол 1мл 2% ра-ра или фортрал 30мг в/в. Неселективные миотропные спазмолитики: дротаверин (нош-па). Селективные миотропные спазмолитики: Дюспаталин(Мебеверин). При отсутствии перечисленных препаратов возможен краткорременное применение

комбинированных лекарственных средств: Баралгин, Спазган, Спasmалгин.

Дезинтоксикационная терапия: Физ. Ра-р 400мл + Нош-па 4,0 в/в кап. Глюкоза 5% - 400мл, можно применить глюкозо-новокаиновую смесь: 400мл Глюкозы5%+ 50мл 0,5% Новокаина в/в капельно(обезболивание+детоксикация).

5.Возможные осложнения, требующие хирургического вмешательства: Обтурационная желтуха, пролежень стенки желчного пузыря, с последующим перитонитом, Кишечно-билиарный свищ, эмпиема желчного пузыря

Задача № 35

Больной О. 20 лет, обратился с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натошак, нередко ночью, боли проходят после приема молока.

Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем. Объективно общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

Ответ:

1.Диагноз: Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Обострение.

Обоснование: На основании данных анамнеза (больной много курит, злоупотребляет алкоголем), клинической картины, объективных данных(болевого синдром, обстипационный синдром)

2.Необходимые исследования: ОАК,ОАМ, Рентгенография желудка с барием, ФГДС , кал на скрытую кровь, копрограмма, Биохимия крови:

АЛАТ,АСАТ, железо сыворотки крови, билирубин, креатинин, общий белок, щелочная фосфатаза.

3.Возможные осложнения: Кровотечение из язвенного дефекта, перфорация язвы, пенетрация, малигнизация.

4. Тактика лечения:Добиться ремиссии язвенной болезни по схеме: постельный режим, диета, приём антацидов; инфузионная терапия; эрадикация

N. pylori: Ингибитор протонной помпы (или ранитидин висмут цитрат) в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день. Возможно провести профилактику кровотечения: аминокaproновая кислота, дицинон,викасол. Дальнейшая тактика определяется в каждом конкретном случае.

Профилактика обострений:Отказ от акоголя, курения, лечебное питание, соблюдение диеты,режима труда и отдыха. Сезонная профилактика обострений: приём блокаторов протонной помпы и антацидов.

Прогноз: при добросовестном соблюдении рекомендаций врача – благоприятный.

Задача № 36

Больной Г 42 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение началось 2 недели назад. Объективно температура 37,3 С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Склеры, мягкое небо чистые, с желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120 /80 мм рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

Ответ:

1.Диагноз: Хронический гепатит. Обострение.

На основании данных анамнеза: острый вирусный гепатит в анамнезе. На основании объективных данных: синдром желтухи, астеноневротический синдром, симптомы гепатоцеллюлярной недостаточности, синдром гепатомегалии. На основании жалоб указанных в задаче: общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошнота.

2.Дополнительные исследования: ОАК,ОАМ, биохимия крови: АЛАТ,АСАТ, общ. Билирубин, щелочная фосфатаза, общ.белок., анализ крови на гепатиты, УЗИ печени и желчевыводящих путей.

3.Возможные осложнения: Цирроз печени, паренхиматозная желтуха, нарушение синтеза в печени белков крови, факторов свёртывания, желчных пигментов, нарушении детоксикационной функции печени.

4. Тактика: Госпитализация в стационар, симптоматическое лечение, полный отказ от алкоголя, устранение дисептических явлений, дезинтоксикационная терапия, этиологическое лечение после уточнения гепатита. Прогноз относительно благоприятный.

Задача № 37

Больной Б 58 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве. Объективно температура 36,9 С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин АД 140 90 мм рт. ст.

Живот увеличен в размерах, при пальпации слабо болезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабо болезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

Ответ:

Диагноз: Цирроз печени. Обострение. Асцит. Портальная гипертензия. Паренхиматозная желтуха.

На основании данных анамнеза : много лет злоупотребляет алкоголем; На основании объективных данных: синдром гепатоцеллюлярной недостаточности, гепатоспленомегалии, астеноневротический синдром, геморрагический синдром, синдром портальной гипертензии, синдром желтухи.

2.ОАК,ОАМ, биохимия крови: АЛАТ,АСАТ, общ. Билирубин, щелочная фосфатаза, общ.белок., анализ крови на гепатиты, УЗИ печени и желчевыводящих путей, копрограмма, ФГДС и исследование прямой кишки на выявление расширенных вен.

3.Возможные осложнения:Кровотечение из варикозно расширенных вен, печёночная энцефалопатия, кома.

4. Симптоматическое лечение, диета с ограничением потребления соли и белка, приём мочегонных. Для уменьшения кожного зуда можно применять Холестирамин, гепатопротекторы. Прогноз неблагоприятный

Задача № 38

Больная В 35 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Больна несколько лет. Объективно температура 37,2 С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии.

Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

Ответ:

1. Предположительный диагноз: Хронический холецистит. Обострение. Дуодено-гастральный рефлюкс. Ожирение.
2. Дополнительные исследования: ОАК, ОАМ, биохимия крови: АЛАТ, АСАТ, общ. Билирубин, щелочная фосфатаза, общ. белок., анализ крови на гепатиты, УЗИ печени и желчевыводящих путей, копрограмма, ФГДС.

3. Возможные осложнения: Приступ печёночной колики, жировая инфильтрация печени.

4. Тактика: Диета, дробное питание малыми порциями, ограничение жиров, ферментные препараты:

Ферментные препараты: Панкреатин 0,5 мг 3 раза в день, Креон

Омез 20 мг 2 раза в день, Мотилиум 10 мл 3 раза в день.

Прогноз: при адекватном лечении и соблюдении последующего режима и диеты.

Задача № 39

Врача вызвали на дом к больной 66 лет, которая жалуется на острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в подложечной области, тошноту, рвоту. Заболела ночью, внезапно. Накануне вечером поела жареного гуся. Подобные боли впервые.

Объективно температура 37,6 С. Общее состояние средней тяжести. Больная мечется, стонет. Легкая желтушность склер. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье. Отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге, при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите тактику лечения, прогноз и профилактику заболевания.

Ответ:

1. Предположительный диагноз: ЖКБ. Острый калькулёзный холецистит. Приступ печёночной колики.

На основании данных анамнеза: имела место погрешность в диете; клинической картины и жалоб: болевой синдром, диспептический, синдром желтухи; объективных данных: симптом Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Захарьина, живот вздут, имеет место лёгкая желтушность склер, больная повышенного питания.

2. Дополнительные исследования: ОАК, ОАМ, Биохимия крови: общ. билирубин, прямой билирубин, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, копрограмма, обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ-желчного пузыря и печени.

3. Осложнения: Механическая желтуха, хронизация процесса, вследствие инфицирования желчного пузыря, Водянка желчного пузыря, а затем и эмпиема желчного пузыря, пролежни стенки желчного пузыря, а вследствие этого перитонит, образование желчных свищей.

4. Тактика: Необходимо купировать приступ печёночной колики, обезболивание следует начинать только после исключения острой хирургической патологии. Обезболивание: периферические М-холинолитики: 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата или 1 мл 0,1% ра-ра платифиллина гидротартрата, или 2 мл 1% ра-ра метацина. При выраженном болевом синдроме можно добавить анальгетики: ненаркотические – анальгин 2 мл 50% ра-ра, либо Трамал пер ос 50-100 мг. Наркотические - промедол 1 мл 2% ра-ра или фортрал 30 мг в/в. Неселективные миотропные спазмолитики: дротаверин (нош-па). Селективные миотропные спазмолитики: Дюспаталин (Мебеверин). При отсутствии перечисленных препаратов возможен кратковременное применение комбинированных лекарственных средств: Баралгин, Спазган, Спазмалгин.

Дезинтоксикационная терапия: Физ. Ра-р 400 мл + Нош-па 4,0 в/в кап. Глюкоза 5% - 400 мл, можно применить глюкозо-новокаиновую смесь: 400 мл Глюкозы 5% + 50 мл 0,5% Новокаина в/в капельно (обезболивание + детоксикация).

Для купирования рвоты: Церукал в/в, в/м по 2 мл.

При адекватном лечении прогноз благоприятный.

Профилактика: Соблюдение диеты, дробное питание 6 раз в день небольшими порциями. Приём препарата Креон во время еды по 1-2 капс.

Задача №40.

Больной 50 лет поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастрии и левом подреберье, тошноту, понос, которые появились после приема жирной жареной пищи. Данные жалобы появляются 3-4 года, после погрешности в диете.

Объективно: астеник, кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС – 86 уд в мин, АД – 130/80. Живот при пальпации болезненный в зоне Шоффара. ОАК – лейкоцитоз, Анализ кала – стеаторея, креаторея.

Задание:

Ваш предположительный диагноз?

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Ответ:

Хронический панкреатит. Обострение.

Дифф. диагноз необходимо проводить с хроническим холециститом, язвенной болезнью желудка и 12 – перстной кишки, абдоминальной формой инфаркта миокарда.

Задача № 41

Больной 48 лет поступил в клинику с жалобами на боли в левом подреберье, эпигастрии, тошноту, понос.

Анамнез: Болеет около 9 лет. За последние 5 лет похудел на 7 кг.

Объективно: астеник, кожные покровы чистые, сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС – 76 уд в мин, АД – 115/80. Живот при пальпации болезненный в левом подреберье, определяется неравномерное локальное увеличение ПЖ.

Амилазный тест – положительный.

Задание:

Ваш предположительный диагноз?

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Какое обследование необходимо провести больному для подтверждения диагноза?

Эталонные ответы

Хронический панкреатит. Гиперпластический вариант. Обострение.

Дифф. диагноз необходимо проводить с опухолью ПЖ. Рекомендовано провести УЗИ и КТ поджелудочной железы.

Задача № 42

Больная 75 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, тошноту, понос, головокружение в последние 3 дня. Из анамнеза много лет страдает хроническим панкреатитом. Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС и пульс 56 ударов в мин. АД 110/70 мм рт.ст. На ЭКГ – ритм синусовый, интервал PQ=0,26 сек, патологический зубец Q в стандартных отведениях I, II, снижение сегмента ST и отрицательный зубец T в отведениях V1-V3.

Задание:

Ваш предположительный диагноз?

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Ответ:

Острый переднеперегородочный инфаркт миокарда, осложненный АВ блокадой первой степени.

Дифф. диагноз необходимо проводить с обострением хронического панкреатита

Задача № 43

Больной 54 лет поступил в клинику с диагнозом хронический панкреатит, обострение. Объективно: состояние средней тяжести, астеничен. При пальпации выявляется болезненность в верхней половине живота. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, ЧСС 110 в мин, АД 120/70 мм рт.ст.

Задание:

Назначьте необходимое обследование и лечение.

Ответ:

ОАК, ОАМ, сахар, билирубин крови, амилазный тест, копрологическое исследование, УЗИ и КТ поджелудочной железы.

Лечение: Стол №0, сандостатин, спазмолитики, затем ферментные препараты.

Задача № 44

Больной 47 лет поступил в клинику с диагнозом: Хронический панкреатит. Обострение. Механическая желтуха. Состояние больного тяжелое, кожные покровы желтые, опоясывающие боли в верхней половине живота. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС – 120 уд в мин, АД – 120/70. Живот при пальпации болезненный в левом подреберье.

Задание:

Показано ли хирургическое лечение данному больному, если да, то почему?

Ответ:

Да, хирургическое лечение показано, потому, что имеется осложнение хронического панкреатита в виде механической желтухи.

Модуль 4. Лечение пациентов с заболеваниями эндокринной системы.

Практическое занятие №1

Тема: Сахарный диабет

Практическое занятие №2

Тема: Диабетическая кома, гипогликемическая кома, лечение

Практическое занятие №3

Тема: Заболевания щитовидной железы.

Модуль 5. Лечение пациентов с заболеваниями кровяной системы.

Практическое занятие №1

Тема: Анемии, лечение

Задача №1.

У 34-летней женщины при определении параметров гемограммы с использованием гематологического анализатора выявлены:

RBC: 3.96 x 10¹²/л, HGB: 106 г/л, HTC: 34.1 %, MCV: 49.0 фл, MCH: 15.0 пг, MCHC: 31,1 г/дл, RDW: 21.3 %

При дополнительных биохимических исследованиях получены следующие результаты: сывороточное железо - 3 мкмоль/л, ОЖСС – 100 мкмоль/л, ферритин - 3 мкг/л.

После 10-дневного курса терапии пероральными препаратами железа отмечено увеличение RDW, а также появление на гистограмме распределения эритроцитов по объему второго пика в области нормоцитов.

Задание:

Поставьте диагноз. Считаете ли вы, что назначенная терапия адекватна?

Ответ

Железодефицитная анемия, легкой степени. Назначенная терапия адекватна, о чем свидетельствует гистограмма распределения эритроцитов.

Задача №2.

Пациент - мужчина 77 лет. В анамнезе – месяц тому назад небольшое гастроудоденальное кровотечение. В анализе крови:

RBC: 6.94 x 10¹²/л, HGB: 133 г/л, HTC: 43.0 %, MCV: 68.0 фл, MCH: 19.0 пг, RDW: 24.0%

Результаты биохимических исследований: сывороточное железо 6 мкмоль/л, ферритин 10 мг/л.

Задание:

Как вы оцениваете результаты анализов? Требуется ли лечение?

Ответ

По данным гемограммы анемия отсутствует. Однако, в картине крови преобладают микроциты с низким содержанием гемоглобина. Наиболее вероятный диагноз – латентный дефицит железа. Пациенту показан прием препаратов железа.

Задача №3.

У 11-летней девочки долгое время определялась гипохромная микроцитарная анемия.

RBC: 2.49 x 10¹²/л, HGB: 88 г/л, HTC: 26.4 %, MCV: 106.0 фл, MCH: 35.0 пг, MCHC: 33,2 %

Пациентку лечили препаратами железа. Эффекта не было. После проведения дополнительных исследований получены следующие результаты:

Количество ретикулоцитов - 261 x 109 (N 75 - 170 x 109).

Результаты биохимических исследований: нормальный уровень сывороточного железа, трансферрина и ферритина, существенное повышение НвА - 6.3 % (N 2.0-2.8 %), НвF 1.5 % (N < 1 %).

Задание:

Поставьте диагноз.

Ответ

б-талассемия.

Задача №4

Мужчина 74 лет с жалобами на повышенную усталость. В общем анализе:

RBC: 2.13 x 10¹²/л, HGB: 91 г/л, HTC: 25.8 %, MCV: 121.0 фл, MCH: 42.0 пг, MCHC: 35.0 г/дл.

В мазке крови - нейтрофилы с гиперсегментированным ядром, эритроциты - анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Данные биохимических исследований: ферритин - 317 мкг/л, витамин В12 - 10 пмоль/л.

Задание:

Поставьте диагноз. Какой должна быть лечебная тактика?

Ответ

В12-дефицитная анемия. Требуется назначение витамина В12

Задача №5

Больной Б. 57 лет поступил с жалобами на слабость, головокружение, одышку, ломкость ногтей и волос, выпадение волос.

Из анамнеза больной много лет страдает язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, периодически отмечает черный стул.

На момент поступления по ФГДС язвенного кровотечения нет, каллезная язва, атрофический гастрит. Проба Грегерсена положительна.

Задание:

Какими синдромами обусловлены жалобы

Дальнейшая тактика?

Ответ

анемический, сидеропенический

Задача №6

Больная Т. 24 лет находится на - стационарном • лечение по поводу маточного кровотечения. После остановки кровотечения в течении 12 суток предъявляет жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение, одышку. Объективно у больной кожные покровы бледные, сухие. Лабораторные данные: гемоглобин-75г\л, ЦП-1, сывороточное железо-снижено, Ре-связывающая способность-повышена, тромбоциты-норма, лейкоциты-норма.

Задание:

Каким синдромом обусловлено данное состояние? Дальнейшая тактика?

Ответ острая тяжелая постгеморрагическая анемия

Задача №7.

Больная К. 54 лет поступила в стационар в тяжелом состоянии. У больной жалобы на выраженную слабость головокружение, обмороки, сердцебиение, одышку, сухость кожи, ломкость ногтей и волос, выпадение волос, изменение вкуса, пристрастие к употреблению в пищу мела.

Из анамнеза - больная состоит на учете в онкологическом диспансере по поводу рака желудка.

Задание:

Каким синдромом обусловлено данное состояние Дальнейшая тактика?

Ответ хроническая железодефицитная анемия

Задача №8

Больная К. 54 лет находится в стационаре в тяжелом состоянии. По показаниям было проведено перелевание крови. После гемотрансфузии появились боли в пояснице, повысилась температура тела до 39,5, жалобы на выраженную слабость головокружение, сердцебиение, одышку. Из анамнеза - поллиноз, аллергия на шерсть кошек Объективно: кожные покровы бледные с желтушностью Лабораторные данные: гемоглобин-55г\л, прямой билирубин-85ммоль\л, ЦП-норма, тромбоциты-норма, лейкоциты-норма

Задание:

Каким синдромом обусловлено,данное, состояние?

Дальнейшая тактика?

Ответ острая гемолитическая анемия

Задача №9.

Больной Б. 54 лет поступил с жалобами на слабость, головокружение, одышку, ломкость ногтей и волос, выпадение волос.

Лабораторные данные: гемоглобин-35г\л, ЦП-1, ретикулоциты, лейкоциты, тромбоциты-снижены, сывороточное Ре повышено.

При лечении препаратами железа, витамином В12 эффекта нет.

Задание:

Какая анемия у данного больного?

Дальнейшая тактика?

Ответ апластическая анемия

Задача№10

Больная 40 лет. Жалобы на отсутствие аппетита, слабость, похудание. Больна около 6 месяцев.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, питание понижено. В левой надключичной области пальпируется плотный лимфоузел 0,5 x 0,5 см. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. Пульс 84 уд. в минуту, ритмичный. АД – 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв – 33 г/л, эр.-1,7.10.12/л, цв.показ. – 0,97, лейкоциты – 9,8.10.12/л, э-1, п-6, с-62, л-15, м-6. Соз-30 мм/час. Ретикулоциты –18 о/о, тромбоциты –106.10.9/л. Анизоцитоз (++) , пойкилоцитоз (++)

Железо сыворотки –10,5 ммоль/л. ЖСС-67%. Общий белок –65г/л, альбумины –35,5%. Глобулины – 64,5%. Реакция Грегерсена отрицательна.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2. План обследования.

Ответы:

1. Провести дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся анемическим синдромом. С учетом тяжелой анемии, отсутствие явных причин кровотечений, локальной лимфоаденопатии у больной требует исключения онкопатологии, в первую очередь ЖКТ.
2. ЭГДС, колоноскопия, Р-графия легких, ОАМ. УЗИ внутренних органов. Осмотр гинеколога. При необходимости стерильная пункция.
Полученный результат дополнительного обследования:
ЭГДС – рак желудка, подтвержденный биопсией.

Задания:

3. Подтвержденный диагноз.
4. Дальнейшая тактика.

Ответы:

3. Рак желудка
4. Направить к врачу-онкологу. Паллиативная помощь.

Задача № 11

Больной 25 лет, студент, вскоре после противогриппозной вакцинации отметил появление небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличение селезенки на 4 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – $2,0 \times 10^9$ /л, цветной показатель – 0,9 г, ретикулоциты – 40, тромбоциты – 215×10^9 /л, лейкоциты – $15,0 \times 10^9$ /л, в формуле палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 78%, лимфоциты – 10%, моноциты – 2%, СОЭ – 17 мм/ч. Общий билирубин – 60 мкмоль/л, прямой – 10 мкмоль/л, непрямой – 50 мкмоль/л, сывороточное железо – 20 мкмоль/л. Общий анализ мочи: белок – 0,002%, реакция на гемосидерин в моче – отрицательная. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2000/1 мл, эритроциты – 1000/1 мл. Проба Кумбса ++++. Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга, эритрокарициты – 57%, соотношение лейкоциты/эритроциты – 1/1.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Каков предположительный механизм вызванной анемии?

Ответы

1. Предварительный диагноз: гемолитическая анемия.
2. Аутоиммунная или гетероиммунная, связанная с появлением в организме больного антител к эритроцитам, что доказывается положительной пробой Кумбса.

Практическое занятие №2

Тема: Лейкозы, лечение

Задача 12

Больной 20 лет. Жалобы на резкую слабость, одышку при ходьбе, ноющие боли в суставах, боль в горле при глотании, носовые кровотечения, повышение температуры до 38°C. Анамнез: болен 2 месяца. Лечился у оториноларинголога по поводу лакунарной ангины, обследовался у ревматолога с подозрением на ревматизм.

Объективно: состояние средней тяжести. Питание снижено. Кожные покровы бледные. Единичные кровоизлияния мелкоточечные на туловище, на слизистой щек, языке. Кровоизлияния «гематомного» типа в местах инъекций и наложения жгута. Лимфоузлы мелкие, плотные, подвижные, подчелюстные, шейные от 0,5 до 1 см в диаметре. В легких изменений не выявлено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на всех точках. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезнен. Печень не пальпируется. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, край мягкий.

Анализ крови: Нв – 54 г/л, эр.2,7.10.12/л, лейкоциты – $3,8.10.9$ /л, ю-4, п-4, с-40,л-20, м-4, бласты –28%. Тромбоциты $49.10.9$ /л, СОЭ – 40 мм/час.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. План обследования больного.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Тактика ведения больного.

Ответы:

1. О. миелобластный лейкоз.
2. КМ пункция – миелограмма, бластов > 5%, цитохимическое исследование, иммунофенотипирование бластов, миелопероксидаза крови и костного мозга, посевы из носоглотки, коагулограмма, т. к. мелкоточечные кровоизлияния. Исследование ликвора, РГ грудной клетки. УЗИ печени, селезенки, б/х крови
3. С хроническим и другими лейкозами. (увеличение л/у при о., нет увеличения селезенки, относительно невысокий лейкоцитоз), ВИЧ инфекция.
4. Антибактериальная – АБ широкого спектра, лечение анемии – переливание Эр массы, купирование геморрагического синдрома – СМЖ, концентрат ТЦ Цитостатики по схеме + переливание крови.

Задача 13

Больной 62 лет, жалобы на слабость, потливость, повышение Т тела до 37,5 °С, увеличение шейных л/у, одышка в покое. Болен около года, состояние прогрессивно ухудшается.

Объективно: сост. средней тяжести, кожные покровы несколько бледны. Пальпируются мягкой консистенции шейные, подмышечные, паховые л/у размером до 2-5 см, б/б, не спаяны. В легких справа с VI ребра по лопаточной линии определяется тупость, дыхание ослаблено. ЧДД 24 в минуту.

Границы относительной тупости сердца: левая - на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм прав., короткий сист. шум на верх., акцент II тона над лег. артерией. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край средней плотности, безболезнен. Селезенка на 3 см выступает из-под края реберной дуги, средней плотности, безболезненна.

Анализ крови: Нв – 96 г/л, эритроциты – $3,8.10.12$ /л, лейкоциты – $38.10.9$ /л, э-2, п-2, с-4, я-90, м-2, СОЭ – 38 мм/час. Тромбоциты – $150.10.9$ /л.

Задания:

1. Поставьте предв. диагноз.
2. Составьте план обследования..
3. Назовите этиологию и патогенез.
4. Назначьте лечение.

Ответы:

1. Хронический Лимфолейкоз II стадии (I лимфоаденопатия, II спленомегалия, III аутоиммунная гемолитическая анемия, IV ТЦ пения)
2. ОАК – тени Боткина-Гумпрехта, ретикулоцитоз, тромбоцитопения, б/х крови – непрямая гипербилирубинемия, повышение ЛДГ, пункция КМ, цитогенетический анализ опухолевых клеток, прямая проба Кумбса +, при этом выявляют антиэритроцитарные Ig G, РГ грудной клетки, УЗИ брюшной полости.
3. Опухоль из CD5+ серопозитивных В клеток наследственного характера. 2 варианта. Клетки из Т независимого пути дифференцировки и клетки т зависимого пути дифференцировки (Т-память). Патогенез – трисомия 12 хромосомы или структурные нарушения в 11, 13, 14, 6 хромосомах.
4. Алкилирующие средства (хлорамбуцил в сочетании с ГК), флударабин (аналог пурина). Моноклональные антитела (маптера), спленэктомия, и тотальное облучение всего организма в малых дозах.

Задача 14

Больной 52 лет. Жалобы на слабость, боли в поясничном отделе позвоночника, периодические носовые кровотечения. Болен около 8 месяцев. Постепенно нарастала слабость, беспокоили боли в поясничном отделе позвоночника. Лечился у невропатолога по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, но без эффекта.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. В легких перкуторно - легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Пальпация поясничного отдела позвоночника (L 2 и L 3 – резкая болезненность). Отеков нет.

Анализ крови: Нв – 108 г/л, эритроциты – 2,78.10.12/л, лейкоциты 4,7.10.9/л, э-2, п-5, с-73, л-15, м-5. СОЭ – 60 мм/час. Анализ мочи: уд.вес – 1013, белок – 0,66 г/л, лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. – 3-4 в п/зр. Белок Бенс-Джонса – отр.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Миеломная болезнь.
2. Рентген позвоночника, черепа (определить стадию), белки крови, КМ пункция (плазмциты), ОАК – анемия, лейкопения, сильное ускорение СОЭ, ОАМ – белок Бенс-Джонса, б/х крови – повышение общего белка, гипергаммаглобулинемия, повышение кальция, иммунохимическое исследование – обнаружение патологического парапротеина Ig G, коагулограмма.
3. Остеохондроз, опухоли неуточнённой локализации.
4. Химиотерапия – мелфолан, циклофосфамид, преднизолон. Альфа интерферон во время ремиссии, плазмаферез, анаболики, алло или аутотрансплантация КМ

Задача №15

Больная О., 32 лет, поступила с жалобами на боли в левом подреберье, общую резкую слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза установлено: около двух лет назад при обследовании в крови был выявлен нейтрофильный лейкоцитоз без клинической симптоматики. От дальнейшего обследования отказалась. Ухудшение состояния около месяца назад, когда стала нарастать общая слабость и утомляемость при обычной физической нагрузке. Около недели стали беспокоить боли в левом подреберье.

Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые чистые, розовые. Периферические лимфоузлы доступны пальпации, не увеличены, б/болезненны, подвижны. Со стороны органов дыхания и сердечно сосудистой системы на момент осмотра патологических изменений не выявлено. При пальпации органов брюшной полости определяется болезненность в левом подреберье в области увеличенной селезёнки, выступающей из-под реберной дуги на 5 см., здесь же определяется локально симптом раздражения брюшины. Пальпация для остальных отделов брюшной полости на момент осмотра б/болезненна.

Размеры печени по Курлову 8x9x10 см. Физические отправления без особенностей.

Вопросы.

1. Выделите основные синдромы в клинике заболевания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назовите синдромосходные заболевания.
4. Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза. Их результат.
5. Назовите и охарактеризуйте основные синдромы заболевания.
6. Морфологические изменения в исследованиях, верифицирующих диагноз.
7. Механизм изменения биохимических параметров.
8. Объясните изменения в селезёнке.
9. Имеются ли показания для оперативного лечения у данной больной. Хирургическая тактика в данном случае.
10. Этиофакторы развития данной группы заболевания. Их гигиеническая и социальная значимость.
11. Назначте лечение. Фармакокинетика назначенных препаратов.

Ответы

1. Спленомегалия, болевой, интоксикационный.
2. Больше данных за хронический миелолейкоз - нейтрофильный лейкоцитоз, спленомегалия, давность заболевания 2 года.
3. Хр. миелолейкоз: сублейкемический миелоз. Тромбофлебическая селезёнка.
4. ОАК - нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом до юных форм, возможно до бластов.

Стернальная пункция: инфильтрация незрелыми гранулоцитами.

Трепанобиопсия - гиперплазия красного костного мозга, лейко: эритро -10:1-20:1.

Биохимия - повышение уровня гистамина, В12 связывающей способности сыворотки, и вит. В12, отсутствие щелочной фосфатазы в зрелых нейтрофилах.

Цитогенетика - Ph - хромосома.

5. Пролиферативный - увеличение селезёнки, печени, очаги вне костномозгового кроветворения. Интоксикационный - слабость, потливость, быстрая утомляемость. В терминальную стадию присоединяются геморрагический, анемический.

6. Стернальный пунктат и трепанобиопсия - инфильтрация К.М. незрелыми гранулоцитами. Ph-хромосома в гранулоцитах.

7. Повышение уровня базофилов, эозинофилов - повышение уровня гистамина. Клетки гранулоцитозного ряда секретируют транскобаламин-1 - повышение уровня вит. В12 связывающей способности сыворотки .

8. Вследствие нарушения микроциркуляции в селезёнке развился инфаркт, её, и, как следствие этого, - переспелит.

9. Хирургия. Спленэктомия на настоящий момент не используется т.к. продолжительность жизни не увеличивается, высокая вероятность послеоперационных осложнений.

10. Гигиена и социальная гигиена.

11. Гидроксимочевина - оптимально. Доза от уровня лейкоцитоза в крови.

Тормозит синтез ДНК за счёт снижения активности РНК -редуктазы.

Осложнения - индуцированная миелосупрессия.

Мукозиты, изменение ногтей.

Бусульфан (миелосон) - алкилирует ДНК дозозависимая лейко-тромбо анемия. Интерстиционный легочный фиброз. Катаракта. Гиперпигментация кожи.

Задача №16

Больной Р., 30 лет, поступил с жалобами на боли в костях, преимущественно в нижних конечностях, лихорадку с ознобами, высыпания геморрагического характера на нижних конечностях, общую резкую слабость, быструю утомляемость, повышенную потливость. *

Больным себя считает около двух месяцев, в течение которых появилась вышеописанная симптоматика и состояние прогрессивно ухудшалось. В последние сутки отмечает изменение цвета кала на чёрный.

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На нижних конечностях в области стоп и до с/3 голени мелкоточечные геморрагии склонные к сливанию, не возвышающиеся над поверхностью кожи, не исчезающие при надавливании. Периферические

лимфоузлы, доступные пальпации, увеличены в подчелюстных, надключичных и подмышечных областях, подвижны, б/болезненны, мягко-эластичной, консистенции, кожа над ними не изменена. Дыхание везикулярное, хрипов не ... выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке.

Полость рта - единичные кровоизлияния в слизистую, дёсны разрыхлены, кровоточивость, миндалины не изменены.

Печень: край закруглён, безболезненный, ровный, размеры по Курлову 8х9х10 см. Селезёнка не пальпируется, область её б/болезненна. Дизурии нет. При ректальном осмотре - на перчатке чёрные каловые массы.

Задания:

1. Выделите основные синдромы в клинике заболевания и назовите синдромосходные заболевания.
2. Предварительный диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза их результат.
4. Назовите и охарактеризуйте основные синдромы заболевания.
5. Объясните механизм геморрагического синдрома.
6. Роль свёртывающей и антисвёртывающей системы в поддержании гемостаза.
7. Морфологические изменения в исследованиях, верифицирующих диагноз.
8. Имеются ли показания к оперативному лечению у данного больного. Если да, то какие. Хирургическая тактика в данном случае.
9. Факторы риска их социальные и гигиенические аспекты.
10. Назначьте лечение больному. Какова фармакокинетика назначенных препаратов.

Ответы :

1. Интоксикационный. Лимфопролиферативный. Геморрагический и анемический. Данные синдромы характерны для гемобластозов, а именно для острых лейкозов.

2. ОАК - для ОЛ характерна норма- гиперхромная анемия за счёт угнетения кроветворения в костном мозге, но вследствие геморрагического синдрома она становится гипохромной. Ретикулоцитопения. Тромбоцитопения. М.б. лейкоцитоз или лейкопения, наличие бластов и лейкоемического провала. При отсутствии бластов на периферии при лимфобластном увеличении числа лимфоцитов, при ... нелимфобластной лейкоке со сдвигом до юных форм. Стернальная пункция: угнетение в той или иной степени ростков кроветворения, наличие бластов > 30%. ОНЛ - > 10% бластов положительная реакция на миелопероксидазу ШИК (PAS) - реакция диффузное расположение глыбок в цитоплазме. ОЛЛ - ШИК (PAS) реакция - клетки в виде ожерелья вокруг ядра.

Миелопероксидаза - отр.

Более точная диагностика варианта - цитогенетическое исследование или фенотипирование бластов.

3. О. лейкоз, т.к. лимфопролиферативный синдром не характерен для аплазии кроветворения, м.б. при МДС и тромбоцитопении, но для них не характерна интоксикация.

4. Интоксикация: температура - 38 - 39°C, снижен аппетит, тахикардия, адинамия, нарастающая слабость, повышенная утомляемость, нарушение сна, эмоциональная лабильность.

Лимфопролиферативный - увеличены периферические и висцеральные л/у, печень и селезёнка, очаги внекостномозгового кроветворения.

Геморрагический - кровоизлияние в кожу, слизистые, внутренние органы.

Анемический - повышенная утомляемость, слабость, головокружение, снижено АД, тахикардия, систолический шум на верхушке и в т. Боткина.

5. Патология свёртывающей системы.

6. Физиология свёртывающей системы.

7. Стернальная пункция - угнетение нормальных ростков кроветворения увеличение бластов. Трепанобиопсия - обеднена клеточными элементами, уменьшение в объёме красного костного мозга.

8. Хирургия ЖК ... Кровотечения.

9. Гигиена.

10. ОНЛ - 7+3 - цитозор - ... антиметоболит, нежелательные явления диспепсия, гепатотоксичен.

Рубомицин - антрациклин, нарушает синтез РНК и ДНК полимеразы, вызывает образование свободных радикалов, нежелательные эффекты - ... кордикотоксичен, кумуляция - панцитопения, обратимая алоpecia, диспепсия, некроз - при попадании под кожу.

ОЛЛ - Схема ... Хельцера. 1 фаза - винкристин - митотический яд. периферические нейропатии, энтеропатии, алоpecia. Рубомицин

L - аспарагиназа - антиферментный препарат, приводит к истощению L -аспарагина и торможению синтеза белка. Осложнение аллергические реакции, крапивница, гипотония, лихорадка, отёк гортани, бронхоспазм. Диспепсия (тошнота и рвота), угнетение фибриногена - нарушение свёртываемости.

Гепатотоксичность, сонливость и депрессия, психозы.

Преднизолон - угнетает пролиферацию лимфоидной ткани и повышает чувствительность бластов к цитостатикам. Осложнения: Кушингоид, нарушение водно-солевого обмена, жирового обмена, стероидный диабет, гастропатия, остеопороз, гнойничковые осложнения.

Задача № 17

Пациентка Р., 25 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на петехиальные высыпания и синячки на коже нижних конечностей, передней поверхности туловища, возникающие спонтанно или из-за малейшей травматизации, и меноррагию, носовые кровотечения.

Из истории болезни известно, что в течение последнего месяца трижды были спонтанные кровотечения из носа и синячки на коже после незначительных ушибов. 3 дня назад после экстракции зуба «мудрости» сразу же началось кровотечение, которое удалось купировать только через 12 ч. В связи с этим событием больная решила обследоваться в стационаре.

Из истории жизни известно, что в детстве болела корью, ОРВИ, наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, на коже нижних конечностей и передней поверхности туловища петехиальные высыпания, не выступающие над поверхностью кожи, безболезненные при надавливании, и небольшое количество синячков неправильной формы.

В других органах и системах патологии не выявлено.

Данные лабораторных методов исследования.

Клинический анализ крови: Нб - 120 г/л, лейкоциты - 6,5х10⁹/л, эритроциты - 4,5х10¹¹/л, тромбоциты - 50 000/л. Биохимический анализ крови без патологии. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - 4,5 мин.

Задание: 1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие показатели из скрининг-тестов нарушения гемостаза изменены у данной больной?

3. Составьте последовательный план лечения этой пациентки.

4. Определите тип кровоточивости у данной больной.

Ответ:

1. У пациентки, вероятно, тромбоцитопеническая пурпура (отсутствие отягощенной наследственности, проявлений болезни в детском возрасте, отсутствие увеличения печени и селезенки, снижение количества тромбоцитов до 50 000).

2. Петехиально-пятнистый тип кровоточивости.

3. У пациентки будет удлинено время кровотечения.

4. Показано лечение кортикостероидами. Если в течение 3-4 мес лечение кортикостероидами будет неэффективно, показана спленэктомия, а при неэффективности последней показано назначение сочетания цитостатиков и кортикостероидов.

Задача № 18

50-летняя больная обратилась с жалобами на частые головные боли, чувство тяжести в голове, жгучие боли в кончиках пальцев рук, в меньшей степени - ног, кожный зуд после принятия ванны. Вышеуказанные жалобы стала отмечать несколько месяцев назад. К врачам не обращалась. В последнее время отмечала изменение цвета концевых фаланг пальцев. При амбулаторном исследовании выявлено повышение АД и изменения на ЭКГ. Госпитализирована с диагнозом: «артериальная гипертензия».

Объективно: красно-цианотичная окраска кожи лица, изменение цвета концевых фаланг пальцев рук (см. вклейку, с. 11, рис. 12-3). АД - 170/100 мм рт.ст. ЧСС - 88 в минуту. Пальпируется увеличенная селезенка, выступающая на 3 см.

Клинический анализ крови: Нв - 170 г/л, эритроциты - 7×10^{12} /л, гематокрит - 55 %, лейкоциты - 12×10^9 /л, базофилы - 3 %, эозинофилы - 6 %, метамелоциты - 2 %, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 70 %, лимфоциты - 8 %, моноциты - 3 %, тромбоциты - 600×10^9 /л. СОЭ - 2 мм/ч.

В стационаре на фоне головокружения больная упала, при этом развилась резкая слабость в левых конечностях, заторможенность. Через несколько часов состояние вернулось к исходному, сила и движения в конечностях восстановились. Приглашен на консультацию невролог, который не выявил очаговой неврологической симптоматики.

Задания:

1. Как расценить эпизод падения больной и развившуюся неврологическую симптоматику?
2. Какие изменения со стороны периферической крови имеются у больной?
3. Как обозначить симптомокомплекс (жалобы, внешний вид), наблюдаемый в пальцах рук больной?
4. Имеется ли связь между клинической симптоматикой в пальцах рук и изменениями в периферической крови?
5. Объясните механизм возникновения патологического процесса в пальцах рук больной.
6. Объясните механизм развития спленомегалии у больной.
7. Какой наиболее информативный диагностический метод следует использовать в данной ситуации?

Ответ:

1. По-видимому, у больной имело место преходящее нарушение мозгового кровообращения на фоне увеличения вязкости крови, наблюдающееся при эритроцитозах и тромбоцитозах.
2. В анализе периферической крови следует обратить внимание на панцитоз (эритроцитоз, лейкоцитоз, тромбоцитоз), а также на абсолютную базофилию и эозинофилию, которые являются маркером миелопролиферативных заболеваний.
3. У больной имеется синдром Рейно с развитием гангрены пальцев.

4. Вероятнее всего, развитие синдрома Рейно послужило одним из клинических проявлений эритремии. Синдром Рейно часто служит одной из «масок» эритремии, в связи с чем во всех ситуациях при наличии данного синдрома необходимо исключить миелопролиферативные заболевания, в том числе эритремию.

5. Развитие синдрома Рейно при эритремии обусловлено нарушением микроциркуляции вследствие эритроцитоза и тромбоцитоза.

6. Наиболее вероятная причина в данном случае - наличие эритремии. Спленомегалия при эритремии обусловлена миелоидной пролиферацией в селезенке.

7. Самый информативный диагностический метод, подтверждающий предположение о наличии эритремии, - гистологическое исследование костного мозга, полученное с помощью трепанобиопсии.

Задача № 19

У больного с гепатолиенальным синдромом, портальной гипертензией (варикозно расширенные вены пищевода) и кожным зудом выявлен тромбоцитоз (800×10^9 /л), эритроцитоз ($6,5 \times 10^{12}$ /л). Больному была предложена трепанобиопсия с диагностической целью.

Задания:

1. Является ли эритроцитоз характерным лабораторным признаком цирроза печени?
2. Может ли портальная гипертензия встречаться при миелопролиферативных заболеваниях?
3. Свидетельствует ли тромбоцитоз в данном случае против наличия миелопролиферативного заболевания?
4. Возможно ли у больного наличие сублейкемического миелоза?
5. Необходима ли пункционная биопсия печени с диагностической целью?
6. Какие наиболее вероятные изменения могут быть выявлены при гистологическом исследовании костного мозга у данного пациента?

Ответ:

1. У больных циррозом печени нередко выявляют анемию. Наличие эритроцитоза у данной категории пациентов всегда требует исключения другой патологии (опухоль печени, миелопролиферативное заболевание и др.).
2. Портальная гипертензия - одно из осложнений (проявлений) миелопролиферативных заболеваний, в частности эритремии и сублейкемического миелоза. Экстрамедуллярная пролиферация миелоидных клеток в печени и селезенки нарушает гистологическую структуру органов и ведет к повышению давления в системе воротной вены.
3. Наличие тромбоцитоза наряду с эритроцитозом в данной ситуации - характерный лабораторный признак миелопролиферативного заболевания, что требует подтверждения именно данной патологии.
4. У данного больного наиболее вероятно наличие сублейкемического миелоза.
5. Пункционная биопсия печени в данном случае нецелесообразна, поскольку более вероятно наличие миелопролиферативного заболевания.
6. При гистологическом исследовании костного мозга у больного с предполагаемым сублейкемическим миелозом, скорее всего, будет обнаружено замещение жировой ткани миелоидной, трехростковая пролиферация костномозговых клеток, большое количество мегакариоцитов.

Задача №20.

У больного при исследовании выявлено: общий анализ крови: эритроциты - $2,7 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 1,0, Нв - 90 г/л, тромбоциты - 110×10^6 /л, лейкоциты - 12×10^9 /л, эозинофилы - 1, базофилы - 1, палочкоядерные - 10, сегментоядерные - 45, лимфоциты - 40, моноциты - 3, СОЭ - 20 мм/год. Стернальная пункция: бласты - 30 %, реакция на гликоген бластных клеток - положительная (в виде гранул).

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Ответы:

Острый лимфобластный лейкоз, развернутая стадия, алейкемическая фаза.

Задача №33

Больная Т., 16 лет. Неделю назад появились боли при глотании и болезненность десен, температура повысилась до 39 °С. На слизистой оболочке рта и миндалинах возникли язвы. При осмотре: состояние больной тяжелое, температура 39,8 °С, язык сухой. Пальпируются шейные лимфатические узлы диаметром до 1,5-2,0 см. На слизистой оболочке десен обнаружены некротические язвы, покрытые серым налетом. Анализ крови: эр. $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв - 80 г/л, ЦП - 1,0, лейкоц. $0,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 0 %, палочкоядерные - 0 %, сегментоядерные - 12 %, лимфоциты - 73 %, моноциты - 3 %, бласты - 12 %, СОЭ - 65 мм/год.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования следует провести в данной клинической ситуации?

Ответы:

1. Острый лейкоз; 2. Исследование миелограммы, пунктата лимфоузла, цитологическая диагностика.

Задача №21

Мужчина 65 лет болеет несколько лет, отмечает увеличение шейных подчелюстных лимфатических узлов, потливость, слабость. Состояние ухудшилось 2 недели. Увеличилась печень, селезенка, лимфатические узлы. В анализе крови: эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, $Hb - 92 г/л$, лейкоциты $68 \times 10^9/л$, лимфоциты 86%, СОЭ-48 мм/ч. Тени Боткина-Гумпрехта в мазке периферической крови.

Задания:

1. Какой диагноз наиболее вероятный?
2. Какой метод исследования наиболее информативный в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифдиагноз?

Ответы:

1. Хроническая лимфоцитарная лейкемия, О ст. 2. Миелограмма, фенотипирование; 3. С другими лимфолиферативными заболеваниями (лимфомы, лимфогранулематоз).

Задача № 22

50-летний больной, страдающий артериальной гипертензией, обратился по поводу повышения температуры до 38-39 °С в течение 3 нед.

Антибактериальная терапия цефотаксимом была неэффективна. При амбулаторном обследовании выявлено повышение в крови количества эритроцитов и уровня гемоглобина. Анамнез больного без особенностей. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. В течение 2 лет отмечалось повышение АД до 170/100 мм рт.ст. Лечится гипотензивными препаратами без выраженного эффекта. Со стороны внутренних органов - без особенностей.

Клинический анализ крови: $Hb - 170 г/л$, эритроциты - $6,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $9 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 6 %, сегментоядерные - 64 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 2 %, тромбоциты - $250 \times 10^9/л$. СОЭ - 5 мм/ч.

При рассмотрении предыдущих анализов крови обращает на себя внимание тенденция к эритроцитозу в течение последних нескольких месяцев.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 0,66%, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. УЗИ почек - увеличение размеров левой почки, небольшой конкремент.

Произведена компьютерная томография фис. 12-4).

Задания:

1. Может ли эритроцитоз быть одним из признаков инфекционно-воспалительного процесса?
2. Может ли имеющаяся клиничко-лабораторная симптоматика свидетельствовать о наличии у больного хронического пиелонефрита на фоне мочекаменной болезни?
3. Показано ли проведение исследования костного мозга с диагностической целью в данной ситуации?
4. Следует ли назначить новый антибиотик в связи с сохраняющейся лихорадкой?
5. Какой метод исследования будет наиболее информативным в данной ситуации?

Ответ:

Одним из лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса часто служит анемия. Эритроцитоз нехарактерен для воспалительного процесса.

2. Несмотря на то что нефролитиаз может быть фактором риска развития пиелонефрита, имеющаяся клиническая картина не очень характерна для хронического пиелонефрита (отсутствие анамнеза, неэффективность антибактериальной терапии, преобладание гематурии, отсутствие лейкоцитурии).

3. Исследование костного мозга в данной ситуации нецелесообразно, поскольку речь идет об изолированном эритроцитозе. Между тем подозрение на миелолиферативный процесс возникает обычно при наличии панцитоза.

4. Назначение нового антибиотика до уточнения характера патологического процесса нецелесообразно (необходимо подтверждение или исключение инфекционной природы лихорадки).

5. В данной ситуации наличие лихорадки, устойчивой к антибиотикам, гематурии заставляет в первую очередь подозревать наличие опухоли почки.

Имеющийся эритроцитоз может носить паранеопластический характер, поскольку встречается при опухолях почек, печени, кишечника, мозга. В связи с этим наиболее информативным диагностическим методом в данном случае будет компьютерная томография почек.

Задача № 23

65-летний больной доставлен в стационар в связи с сильными болями в левой половине живота с подозрением на острый панкреатит. По данным анамнеза, в течение 7 лет страдает эритремией. Лечился кровопусканиями (ежегодно 2-3 раза в год), цитостатиками (гидроксимочевина^Δ). В течение последних нескольких месяцев отмечает слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, носовые кровотечения, синяки на коже.

При объективном исследовании бледность кожи и слизистых. Единичные геморрагии на коже. ЧСС - 100 в минуту. АД - 160/90 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, ослабленное слева, хрипы не прослушиваются. Живот вздут, болезненный при пальпации в левой половине. Синдром раздражения брюшины сомнительный. Пальпируется нижний край селезенки на уровне гребня подвздошной кости. Пальпация болезненна.

Клинический анализ крови: $Hb - 80 г/л$, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 35 %, лимфоциты - 50 %, моноциты - 10 %, тромбоциты - $90 \times 10^9/л$. Среднее содержание гемоглобина в эритроците - 27 пг.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 0,66%, лейкоциты - 2-3 в поле зрения. Ураты - в небольшом количестве.

Сывороточное железо - 18 мкмоль/л.

Клинический анализ крови при первом обращении к врачу (7 лет назад) $Hb - 190 г/л$, эритроциты - $6,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $14 \times 10^9/л$, базофилы - 2 %, эозинофилы - 6 %, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 64 %, лимфоциты - 15 %, моноциты - 5 %, тромбоциты - $800 \times 10^9/л$.

Клинический анализ крови при последнем обращении к врачу (год назад):

$Hb - 95 г/л$, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 3 %, сегментоядерные - 45 %, лимфоциты - 45 %, моноциты - 5 %, тромбоциты - $120 \times 10^9/л$.

Задания:

1. Является ли анемия в данном случае следствием частых кровопусканий?
2. Каков возможный механизм развития тромбоцитопении в динамике заболевания?
3. Чем можно объяснить выраженную спленомегалию?
4. Как расценить клиническую ситуацию, по поводу которой больной был доставлен в стационар?
5. Каков может быть цитологический состав пунктата селезенки?
6. Какую морфологическую картину вы ожидаете получить при гистологическом исследовании костного мозга?
7. Каковы возможные исходы эритремии?
8. Объясните эволюцию показателей периферической крови у данного больного.

Ответ:

1. Анемия при хронических кровопотерях, в том числе и при частых кровопусканиях, носит гипохромный характер и связана с развитием дефицита железа. У данного больного имеется нормохромная анемия и нормальное содержание сывороточного железа.

2. Постепенное снижение количества тромбоцитов в динамике и развитие тромбоцитопении может быть результатом костномозговой недостаточности вследствие развития одного из исходов эритремии - миелофиброза.

3. При развитии миелофиброза часто возникает спленомегалия, поскольку в селезенке происходит процесс кроветворения.

4. У больных спленомегалией различного генеза, в особенности при миелопролиферативных заболеваниях, часто развиваются инфаркты селезенки.

Нередко спленомегалия у больных миелопролиферативными заболеваниями диагностируется впервые именно в подобных «острых» ситуациях.

5. Миелоидное (костномозговое) кроветворение.

6. Наиболее вероятная морфологическая картина костного мозга - миелофиброз (замещение кроветворной ткани фиброзной).

7. Возможные исходы эритремии - развитие острого лейкоза, хронического миелолейкоза, остеомиелофиброза.

8. Панцитопения у больного - результат постепенно формирующейся костномозговой недостаточности вследствие замещения костного мозга фиброзной тканью (остеомиелофиброз).

Задача №24

Больной 50 лет. Жалуется на головную боль, ухудшающуюся память, кожный зуд, усиливающийся после ванны. Считает себя больным 2 года. Работает оператором КИП на заводе. Плеторичен. Физикальных отклонений со стороны системы органов дыхания нет. Левая граница сердца - в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. Пульс 72 в мин., ритмичный, напряженный. АД стабильно 180-170/120-115 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Селезенка выступает из-под края реберной дуги по левой передней подмышечной линии на 5 см. Параклиническими методами исследования со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови: эр. - $8,3 \times 10^9/\text{л}$, Нв - 206 г/л, тромб. - $570 \times 109/\text{л}$, лейкоц. - $16,5 \times 109/\text{л}$. Лейкоформула (%): п. - 4, с. - 70, лимф. - 20, мон. - 6, СОЭ - 0 мм/час.

Гематокрит - 76/24 (%). В костномозговом пунктате трехклеточная гиперплазия, высокая степень отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов.

Задание:

1. Предварительный диагноз.

2. Какое патогенетическое лечение необходимо назначить больному.

3. Определите трудоспособность больного.

Ответ:

1. Предварительный диагноз: эритремия.

2. Необходимо дифференцировать со вторичными эритроцитозами гипоксического характера на фоне хронических заболеваний легких, почечных эритроцитозов и др., на что в данном случае указаний нет, но требуется провести дополнительно УЗИ внутренних органов, рентгенографию легких, в/в урографию.

3. Лечение: необходимо назначить кровопускания по 400 мл 2 раза в неделю с возмещением количества выведенной крови раствором реополиглокина или солевыми растворами до снижения гематокрита 46-47%, затем назначить один из цитостатиков: имифоз или гидреа, или миелосан. Кроме того, необходимы гипотензивные препараты антиагреганты (трентал, аспирин), для снятия зуда - антигистаминные препараты.

Практическое занятие №3

Тема: Геморрагические васкулиты, лечение

Задача №25.

У больного 56 лет с острым трансмуральным инфарктом миокарда появились признаки желудочно-кишечного кровотечения. С момента госпитализации получал гепарин по 2,5 тыс. ЕД 4 раза в день под кожу живота. При гастроскопии выявлены острые эрозии желудка.

Задание:

Какая патология, вероятнее всего, лежит в основе нарушения гемостаза?

А. Передозировка гепарина

Б. Наследственный дефицит антитромбина III

В. Активация фибринолиза

Г. ДВС-синдром

Д. Острая тромбоцитопения

Ответ: Г - ДВС-синдром

Задача №26

У 32-летней больной имеется геморрагический синдром в виде редких носовых кровотечений, легко образуются синяки. В анамнезе 4 беременности, закончившиеся самопроизвольными выкидышами, внутриутробной гибелью плода. На коже ног отмечается сетчатое ливедо.

В крови тромбоцитов $120 \times 10^9/\text{л}$, МНО 1,3, фибриноген 2,0 г/л.

Задание:

Каков возможный механизм нарушения гемостаза в данном случае?

А. Антифосфолипидный синдром.

Б. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.

В. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура.

Г. Тромбоцитопатия.

Д. Хронический ДВС-синдром.

Ответ: А - ДВС-синдром

Задача №27

У 39 летнего больного с постнекротическим циррозом печени после алкогольного эксцесса отмечается неостанавливающееся кровотечение из лунки удаленного зуба. Доставлен в стационар, в произведенном срочно исследовании крови тромбоцитов $180 \times 10^9/\text{л}$,

МНО 1,3, фибриноген 3,5 г/л.

Задание:

Какова вероятная причина развития кровоточивости?

А. Тромбоцитопения. Б. Тромбоцитопатия.

В. Дефицит К-зависимых факторов свертывания крови.

Ответ: В - Дефицит К-зависимых факторов свертывания крови

Задача №28.

У женщины, страдавшей в период беременности нефропатией, в родах отмечено появление кровотечения. Проведено ручное обследование полости матки, введен хлористый кальций, викасол; с целью восполнения кровопотери произведена гемотрансфузия в объеме 1500 мл. За сутки состояние ухудшилось, продолжалось кровотечение из родовых путей, появилась температура до $38,5^\circ$, диурез уменьшился до 500 мл за сутки.

Задание:

Каковы диагностические и лечебные ошибки были допущены в данном случае?

А. Не дана правильная интерпретация геморрагическому синдрому как проявлению ДВС

Б. Не проведено элементарного лабораторного обследования для подтверждения диагноза ДВС.

- В. Гемотрансфузия не должна была производиться, так как она является фактором, стимулирующим развитие ДВС.
- Г. Ручное обследование полости матки, назначение хлористого кальция и викасола являются необоснованными с точки зрения терапии ДВС.
- Д. Все перечисленные моменты являлись ошибкой.
- Ответ: Д- Все перечисленные моменты являлись ошибкой

Задача №29

Больной 35 лет, поступил в хирургическое отделение с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. Кроме присутствия в каловых массах темной крови, отмечается суставной синдром в виде болей в коленных и тазобедренных суставах, высокая до 38 градусов температура. Больному в течение суток проводилась гемостатическая терапия, признаки кишечного кровотечения прекратились, однако появилась четко отграниченная сыпь на туловище. При динамическом наблюдении выявлено уменьшение суточного диуреза до 200 мл при значительной дезинтоксикационной терапии и приеме жидкости внутрь.

Задание:

- А. Какое биохимическое исследование необходимо обязательно провести?
- Б. Какая патология может дать подобную клиническую картину?
- Ответы: креатинин крови; геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

Ответ:

- А-креатинин крови;
- Б-вирусная геморрагическая лихорадка

Задача №30.

Больной 36 лет, перенес ОРВИ. По совету родственников, уже после выздоровления стал принимать БАД. Через день появились боли в суставах, боли в животе, боли в пояснице. Состояние прогрессивно ухудшалось, повысилась до 38 градусов температура тела. Боли в суставах усилились, на третий день к вечеру появился кожный зуд. Утром на теле (на нижних конечностях и туловище) обнаружил мелкоточечную сыпь. Проконсультирован инфекционистом и госпитализирован в терапевтическое отделение. Состояние продолжало ухудшаться, элементы сыпи стали сливаться с образованием корочек. Больному проводилась дезинтоксикационная терапия, назначен преднизолон 80 мг внутрь. После проведенной гастрофиброскопии назначен гепарин. Улучшение состояния отмечается через три недели с полным исчезновением всех симптомов, но сохранением остаточной пигментации бурого цвета. Выписан на амбулаторное долечивание.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз:

- А. болезнь Верльгофа
- Б. болезнь Шенлейна-Геноха
- В. Гемофилия
- Г. Лекарственная аллергия

2. Был ли высокий риск развития желудочно-кишечного кровотечения:

- А. Да
- Б. Нет

3. Какой гепарин и в какой дозе предпочтительно назначить:

- А. Нефракционированный в лечебной дозе
- Б. Низкомолекулярный профилактической дозе
- В. Низкомолекулярный в лечебной дозе

Ответ: 1 – Б- болезнь Верльгофа;

2- А- Да;

3- В- Низкомолекулярный в лечебной дозе.

Задача №31

Больной 68 лет радикально прооперирован по поводу рака сигмовидной кишки с наложением анастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной получал нефракционированный гепарин по 10 тысяч единиц в сутки подкожно для профилактики тромбоэмболических осложнений. На пятый день после операционного лечения отмечается ухудшение состояния с развитием болей в грудной клетке, одышки. На ЭКГ-данных за острую коронарную патологию нет, отмечаются признаки перегрузки правого желудочка сердца. Больному проводится обезболивающая терапия. Несмотря на некоторое улучшение состояния больной скончался на восьмой день после операции. При вскрытии тромбоз в ветвях легочной артерии не найден. В забрюшинной жировой клетчатке обнаружены две гематомы округлой формы примерно 3 см в диаметре.

Задание:

Какое осложнение послеоперационного периода более вероятно?

- А. ДВС-синдром
- Б. Кровотечение из-за несостоятельности швов.
- Нефракционированный гепарин для профилактики тромбоэмболических осложнений назначается в дозе;
- А. 10 тыс. ед. подкожно
- Б. 5 тыс. ед. подкожно
- В. 15 тыс. ед. подкожно
- Г. Не назначается вообще.

Ответ: Не назначается вообще.

Задача №32

Больная 45 лет прооперирована десять лет назад по поводу ревматического порока сердца с протезированием митрального клапана. После хирургического лечения было рекомендовано пожизненное применение фенилина. Последние два года больная переведена на варфарин. Последние два дня стала отмечать повышенную кровоточивость из десен. Утром появилась черная стул. Доставлена скорой помощью с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. После проведенной гастрофиброскопии выявлена острая кровоточащая язва в теле желудка и принято решение о проведении хирургического вмешательства. Вызван дежурный терапевт на консультацию.

Задание:

- А. Оперативное лечение должно проводиться только по жизненным показаниям?
- Б. Возможна ли нормализация МНО в первые 24 часа наблюдения в хирургическом отделении ?

Ответ:

А - да; Б - нет

Задача 33.

Пациентка Р., 25 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на петехиальные высыпания и синячки на коже нижних конечностей, передней поверхности туловища, возникающие спонтанно или из-за малейшей травматизации, меноррагию, носовые кровотечения.

Из истории болезни известно, что в течение последнего месяца трижды были спонтанные кровотечения из носа и синячки на коже после незначительных ушибов. 3 дня назад после экстракции зуба сразу же началось кровотечение, которое удалось купировать только через 12 ч. В связи с этим событием больная решила обследоваться в стационаре.

Из истории жизни известно, что в детстве болела корью, ОРВИ, наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, на коже нижних конечностей и передней поверхности туловища петехиальные высыпания, не выступающие над поверхностью кожи, безболезненные при надавливании, и небольшое количество синячков неправильной формы. В других органах и системах патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Нб - 120 г/л, лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 50×10^9 /л. Биохимический анализ крови без патологии. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - 4,5 мин.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тип кровоточивости у данной больной.
3. Составьте последовательный план лечения этой пациентки.

Ответ: 1. У пациентки, вероятно, тромбоцитопеническая пурпура (отсутствие отягощенной наследственности, проявлений болезни в детском возрасте, отсутствие увеличения печени и селезенки, снижение количества тромбоцитов до 50×10^9 /л). 2. Петехиально-пятнистый тип кровоточивости. 3. Показано лечение кортикостероидами. Если в течение 3-4 мес. лечение кортикостероидами будет неэффективно, показана спленэктомия, а при неэффективности последней показано назначение сочетания цитостатиков и кортикостероидов.

Задача 34.

Больная С., 25 лет. В течение четырех дней беспокоят кашель с мокротой, насморк, температура до $38,2$. Принимала парацетамол. На пятый день появились кровоизлияния на коже груди, конечностях, были повторные носовые кровотечения. Объективно: множественные петехиальные подкожные кровоизлияния. Положительный симптом щипка и жгута, в остальном без особенностей. В ОАК: Нб - 115 г/л, лейкоциты - $6,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 80×10^9 /л.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какие ожидаются изменения в показателях свертывающей системы крови?
3. Лечебная тактика.

Ответ: 1. Тромбоцитопеническая пурпура, возможно в связи с приемом парацетамола. 2. Удлинение времени кровотечения, снижение ретракции кровяного сгустка. 3. Кортикостероиды (преднизолон), иммунодепрессанты.

Задача 35.

Больной К., 20 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до $38,8$ °С, геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность коленных и голеностопных суставов, болезненность при движении

Из истории заболевания известно, что 3 нед. назад заболел ОРВИ, лечился самостоятельно доксициклином и аспирином. На фоне приема лекарственных препаратов появилась мелкопятнистая сыпь на коже голеней, отечность коленных суставов, болезненность в них при движении. Вызванный из поликлиники врач-терапевт расценила симптомы как аллергическую реакцию на лекарственную терапию. Больному было рекомендовано прекратить прием противовоспалительных средств. Назначены антигистаминные препараты. Через 2-3 дня исчезли высыпания и отечность суставов, прекратилась артралгия. Неделю назад в связи с ринитом и субфебрильной температурой ($37,2$ °С) пациент самостоятельно возобновил прием аспирина. Однако состояние ухудшилось: повысилась температура тела до $38,8$ °С, появились геморрагические высыпания на нижних конечностях, бедрах, ягодицах, отеки и болезненность в коленных и голеностопных суставах при движении, усилились головная боль, слабость. Через 2 дня после госпитализации внезапно появились схваткообразные боли в животе, тошнота, повторная рвота и диарея с кровью.

Объективно: состояние больного тяжелое, температура тела - 38 °С. Кожные покровы бледные, сухие. На коже разгибательных поверхностей стоп, голеней, бедер геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны. Острая схваткообразная боль в животе каждые 5-7 мин, во время которой больной мечется и стонет. В легких дыхание везикулярное, ЧД - 20 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, тахикардия - 100 в минуту, ритм правильный, АД - 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при поверхностной пальпации болезненный, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Стул до 15 раз в сутки с примесью крови, почти без каловых масс; повторная рвота цвета «кофейной гущи».

Клинический анализ крови: Нб - 90 г/л, лейкоциты - $12,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные лейкоциты - 12 %, СОЭ - 34 мм/ч, тромбоциты - 180×10^9 /л.

Клинический анализ мочи: относительная плотность - 1015, белок - 0,33 мг/л, эритроциты - 0-1 в поле зрения. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - норма.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Определите тип кровоточивости у данного больного.
3. Какие провоцирующие факторы могли быть у больного.
4. Назначение какой группы препаратов показано в данной ситуации.

Ответ: 1. Геморрагический васкулит (пурпура Шенляйна-Геноха) с поражением кожи (пурпура), суставов (артрит коленных и голеностопных суставов), ЖКТ (ишемический энтерит, осложненный желудочно-кишечным кровотечением). 2. Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости. 3. В анамнезе ОРВИ, прием антибиотиков и аспирина. 4. Абдоминальный синдром - основное показание для назначения кортикостероидов (преднизолон).

Задача 36.

Пациент К., 16 лет предъявляет жалобы на частые носовые кровотечения, долго не останавливающиеся кровотечения при небольших порезах, а также появление обширных экхимозов после незначительных травм. Подобные жалобы есть и у родного брата. Объективно: температура $36,8$ °С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки бледные. Видны подкожные кровоизлияния, в носовых ходах - темно-коричневые корочки. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

При лабораторном обследовании обнаружено удлинение времени свертывания крови до 30 минут, время кровотечения по Дьюку, протромбиновое время, количество тромбоцитов, содержание протромбина, фибриногена и антитромбина III в пределах нормы.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите наиболее частые осложнения данного заболевания.
3. Определите лечебную тактику.

Ответ: 1. Гемофилия (на основе жалоб, объективного статуса, лабораторных исследований - удлинения времени свертывания крови при отсутствии других изменений). 2. Гемартрозы приводящие к инвалидизации, анемии, кровотечения. 3. Заместительная терапия препаратами фактора VIII, IX, XI в зависимости от типа гемофилии. В urgentных ситуациях при развитии кровотечения - внутривенное введение эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, ингибиторов фибринолиза (аминокапроновая кислота).

Задача 37.

Больная Д., 20 лет, поступила в клинику с профузным кровотечением из раны после удаления зуба, произведенного 5 часов назад. В анамнезе - частые

носовые кровотечения, длительно не останавливающиеся кровотечения при поверхностных повреждениях кожных покровов, меноррагии. Объективно: кожные покровы бледные, на ногах – петехиальные высыпания. ЧСС- 120 в мин; АД - 100/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Данные лабораторного исследования: Hb - 80 г/л, эритроциты - $3,6 \times 10^{12}/л$; цветовой показатель 0,62; тромбоциты - $40 \times 10^9/л$. Многие тромбоциты имеют атипичную форму (грушевидную, хвостатую), срок их жизни сокращен до нескольких часов. Время свертывания крови - 8 мин, длительность кровотечения (проба Дьюка) -15 мин, симптом жгута (+), ретракция кровяного сгустка резко замедлена. В крови повышен титр IgG.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Каковы причины данного заболевания?
2. Укажите тип кровоточивости.

Ответ: 1. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). В детском возрасте развивается при вирусных инфекциях, повреждающих Т-лимфоцитарную систему и при аутоиммунных заболеваниях, у взрослых преимущественно на фоне приема некоторых лекарственных препаратов. В результате дефектов в иммунной системе или изменения антигенных свойств тромбоцитов образуются цитолитические аутоантитела типа G против мембранных гликопротеидных рецепторов собственных тромбоцитов, которые адсорбируются на их поверхности и разрушают кровяные пластинки, обуславливая тромбоцитопению. 2. Петехиально-синячковый тип кровоточивости, вызванный повышенной проницаемостью и ломкостью капилляров.

Задача 38.

Больной В., 30 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в суставах, мелкоточечные высыпания по всему телу, повышение температуры тела до 38°C. Заболел 2 недели назад после ангины, по поводу которой не лечился и продолжал работать.

Объективно: голени и коленные суставы припухшие. На коже туловища, рук, ног мелкоточечные геморрагические высыпания, симметричные, несколько приподнимающиеся над поверхностью. В анализе крови СОЭ 40 мм/ч, в остальном без патологии. В общем анализе мочи – белок 1,15 г/л, множество эритроцитов.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ответ: 1. Геморрагический васкулит, кожно-суставно-почечная форма. 2. Кортикостероиды, дезагреганты, иммунодепрессанты, гепарины и свежезамороженная плазма.

Задача 39.

Больной В., 25 лет, поступил в клинику с жалобами на головокружение, шум в ушах, жидкий дегтеобразный стул, боли в коленных суставах и припухлость в них. Болен с детства: периодически бывают носовые кровотечения, гематурия, боли в коленных и локтевых суставах. Родители клинически здоровы. Объективно: кожа и видимые слизисты бледные. Коленные суставы увеличены в объеме, левый заметно напряжен. Систолический шум над всеми точками аускультации сердца.

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.

Ответ: 1. Гемофилия. Гемартроз левого коленного сустава. Желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия. 2. ОАК, ВСК, коагулограмма, определение уровня VIII, IX, XI факторов, ЭГДС.

Модуль 6. Лечение пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы.

Практическое занятие №1

Тема: Хронический пиелонефрит, лечение

Задача № 1

Больная 47 лет доставлена бригадой «Скорой помощи» с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, частое и болезненное мочеиспускание, тупые, ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость, периодическое познабливание. 20 лет назад, на сроке 30-36 недель беременности, наблюдались изменения в моче, исчезнувшие после родов. Около 12 лет назад выявлено повышение АД до 180/100 – 200/120 мм рт. ст.

При осмотре больной патологических изменений не обнаружено. При перкуссии – расширение левой границы относительной тупости сердца снаружки на 1 см. АД - 190/120 мм рт. ст. Положительный симптом Пастернацкого справа.

Общий анализ мочи: количество – 150,0; плотность – 1007, белок – 0,099 г/л, эпителий – большое количество, лейкоциты – 40-60 в п/зр, эритроциты – 3-4 в п/зр, цилиндры (гиалиновые) – 1-2 в п/зр.

Задания:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.
3. Сформулируйте предв. диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Гипертензия. Лихорадка. Почечный, мочевоы. Воспалительный, лейкоцитурия.
2. По мочевоому – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>Л, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>Л, Хр пиелонефрит. Л>Эр, бактериурия. По АД- диабетическая нефропатия, поражение почек при ГБ.. Цистит
3. Обострение хр. пиелонефрита.
4. УЗИ почек, проба Зимницкого, пробы Роберга-Тареева ОАМ, по Зимницкому сохранение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>Л,ОАК, б/х крови – снижение белка, проба Роберга-Тареева- снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии, Исследование глазного дна, биопсия почек. РГ
5. Диета. Уроантисептики.

Задача № 2

Больной 49 лет, инженер. Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы. Выяснено, что около 3-х месяцев назад стал отмечать отечность лица по утрам, затем появилась слабость, снижение работоспособности. За последние 3 недели после перенесенного ОРВИ, появились отеки голеней, стоп, жажда, головокружение, одышка при физической нагрузке. Десять лет назад – открытый перелом бедра слева, неоднократно госпитализировался в хирургический стационар по поводу посттравматического остеомиелита, перенес три операции на левом бедре.

Объективно: общее состояние средней тяжести, адинамичен, кожные покровы сухие, бледные, холодные на ощупь. Рыхлые отеки нижних конечностей, пастозность лица. Левая нога на 3 см короче правой, в средней трети бедра – послеоперационные рубцы. Отмечается притупление легочного звука в задне-нижних отделах легких с уровня VII ребра с обеих сторон. Дыхание везикулярное, в области притупления – ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/65 мм рт. ст., пульс – 82 уд. в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, несколько увеличен в

размерах. Определяется притупление в отлогих местах с обеих сторон от срединной линии.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,4 x 10¹²; Нв - 100 г/л, цв. показ. - 0,95; лейкоциты - 5,0 x 10⁹, э-1, п-4, с-61, л-29, м-5, СОЭ-60 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 100,0; цвет - светло-желтый, реакция - кислая; плотность - 1020, сахар - нет, белок - 5,3 г/л, эпителиальные клетки - 2-3 в п/зрения, эритроциты - 0, гиалиновые цилиндры 3-4 в п/зрения.

Креатин крови - 88 мкмоль/л (N 40-150), мочевины - 6,8 (3-7) мкмоль/л.

Задания:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Отечный, анемический, воспалительный, мочевого (нефротический).
2. По мочевому - ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериурия.
3. Амиллоидоз вторичный.
4. Биопсия слизистой прямой кишки, электрофорез и иммуноэлектрофорез сыворотки крови и мочи для выявления миеломной болезни. ОАМ, по Земницкому сохранение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови - снижение белка, проба Реберга-Тареева- снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии., Исследование глазного дна, УЗИ почек.
5. Постельный режим, исключить или ограничить соль, ограничить воду, белок. Диета. Лечение фонового заболевания. Ограничение синтеза предшественника амилоида: колхицин, аминоинолины (хлорохин по0,25-0,5 г в сут на ранних стадиях, диметилсульфоксид 1% -10 мл 3 р в сут), лечение ХПН: гемодиализ, лучше перитонеальный, трансплантация почек, трансплантация печени - устарания места синтеза предшественника амилоида - транстретина, спленэктомия при развитии геморрагического синдрома.

Задача № 3

Больной 35 лет. Жалобы на общую слабость, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, постоянные ноющие боли в поясничной области, появление отеков на лице по утрам. Болен в течение 1-1,5 лет, четких сроков начала заболевания указать не может.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы бледные. Отеки на лице, на нижних конечностях отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук, границы легких в пределах нормы, дыхание везикулярное. ЧДД - 15 в мин.

Прекардиальная область не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, ригидный разлитой.

Граница относительной сердечной тупости: левая совпадает с верхушечным толчком, правая - у правого края грудины, верхняя - край 3 ребра.

Сердечный ритм правильный, на верхушке короткий систолический шум, акцент II тона во II межреберье справа. ЧСС - 76 уд. в мин., АД - 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительн с обеих сторон.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная, плотность - 1010, белок - 0,4 г/л, лейкоциты - 4-5 в п/зр, эритроциты - 25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры 8-12 в п/зр. Общий анализ крови: эритроциты 4,0 x 10¹²; Нв - 127 г/л, цв. показ. - 0,9; лейкоциты - 8,9 x 10⁹, э-3, п-7, с-39, л-41, м-10, СОЭ-28 мм/час.

Креатин крови - 86 мкмоль/л, мочевины - 6,6 мкмоль/л.

Задания:

1. Выделите основные синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд заболеваний с учетом выявленных синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Гипертонический, почечный, отечный, мочевого.
2. По мочевому - ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериурия. По АД- диабетическая нефропатия, поражение почек при ГБ.
3. Хр.гломерулонефрит, гипертоническая форма
4. УЗИ почек, проба Зимницкого, пробы Роберга-Тареева ОАМ, по Земницкому сохранение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови - снижение белка, проба Реберга-Тареева- снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии., Исследование глазного дна, биопсия почек.
5. Диета малобелковая. Поваренную соль ограничить до 6-8 гр в сутки. Белок 1г/кг веса в сутки. Ограничительный режим: избегать переохлаждения, ОРЗ. Иммуносупрессивная терапия. Преднизолон 60 мг в сутки- 3-6 месяцев. Гепарин 10 тыс 4р/день. Курантил 400-600 мг в сутки. Цитостатики (имуран или циклофосфамид) Антигипертензивная терапия. Диуретики.

Задача № 4

Больной С 62 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на выраженные отеки ног, головные боли при повышении АД максимально до 190/110 мм рт ст., общую слабость.

Из анамнеза стало известно, что АД повышается около 15 лет, но пациент по этому поводу не обследовался, гипотензивные не получал. Отеки появились 3 месяца назад. Обратился по месту жительства, получал фуросемид, знам, эгилон без особого эффекта. Направлен к нефрологу ООКБ.

При поступлении состояние тяжелое. Бледный. Кожные покровы чистые, суховаты на ощупь. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца ритмичны, глухие. ЧСС 90 в мин, АД 180/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, определяется жидкость. Симптом Пастернацкого положит с обеих сторон. Отеки стоп, голеней, бедер, нижней части живота.

Обследование:

ОАК: Нв -72 г/л, ЦП 0,88, эритроциты - 2.85 *10¹²/л, лейкоциты - 13.4- 8,7*10⁹/л, тромбоциты- 258 *10⁹/л, СОЭ-28-61 мм/ч, п/я-1 % с/я-74%, лимфоциты - 20 %, моноциты - 4%, эоз-1%.

БАК: сахар крови-4.51 , ммоль/л; мочевины 24 ммоль/л; креатинин - 519 мкмоль/л, общ.белок - 42 г/л; РМП на сифилис, гепатиты отрицат, билирубин общ-8.3 мкмоль/л, холестерин 6,4 ммоль/л. Ревмат. ф-р-отр.С реакт белок- отр., АЛАТ-6, АСАТ-14, гаммаТ-16.1,АБР-68.8,АФП-6.8,СА19.9-Оед(мл,СА-15.3-8.7ЕД/МЛ. онкомаркеры в норме.

РМП на сиф отр.

Протромбиновое время-13.1, протром. индекс-104, фибриноген-5.6,

LE клетки не обнар.

ПСА-0.7 НГ/мл,

Аутоантител к денатуриров ss днк в крови положит, аутоантитела к денатуриров ds днк ig Остриц, прямая проба Кумбса отриц.

Ревм фактор 3,5 норма, антитела к модифицированному цитруллинированному

виментину не обнаружены.

ОАМ : уд.вес-1006 , белок-4,2 , эпителий поч-0-1 лейкоциты 30-40 в п/зр, эритроциты нет в п/зр., цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/зр, зер-0-1в п/зр

Исследование стерильного пунктата: костный мозг содержит повышенное количество ядерных элементов, неравномерно распределённых по препарату.

Бласты 1 % ядерного сое тава Зернистый росток составляет 71 % преобладают молодые формы нейтрофилов (ПСИ 1,02) Лимфоциты 13.0 % ядерного состава. Красный росток сужен, сосавляет 13,1% ИСАО, 88. Кровотворение по нормобластическому типу. Мегакариоцитарный росток активно

функционирует.

Гематолог: В настоящее время данных за заболевание крови нет. Лейкемоидная реакция миелоидного типа.

Патогистологическое исследование полипа сигм. кишки: кусочки железистого полипа толстой кишки. Окраска на амилоид отрицательная.

Посев мочи: Рост бакфлоры не обнаружен.

УЗИ почек : правая 119 х 62 х 22-23 мм, левая 124 х 60 х 22-23 мм, контуры неровные положение типичное, паренхима выражено неоднородна, синусы расширены, пирамидки набухшие.

Узи внутренних органов: признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы, признаки гепатомелии, признаки реактивных изменений стенок желчного пузыря, двустороннего гидроторакса.

Рентгеноскопия легких: Эмфизема легких. Пневмосклероз. Выпот в синусы.

Рентгеноскопия пищевода, желудка: Признаки гастрита, бульбита. Рентгеноскопия органов грудной полости: лёгочные поля без добавочных теней. В пределах синусов сохраняется жидкость. аклоч: эмфизема лёгких. Пневмосклероз. Выпот в синусы.

Рнтгеноскопия желудка, пищевода и 12 п кишки: акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим, контуры его ровные.Ампула формируется, кардия смыкается. Свод и газовый пузырь желудка не изменён. В положении лёжа расположен под куполом диафрагмы. Желудок обычно расположен, содержит слизь и жидкость .Перистальтика обычной глубины, симметричная . Эвакуация своевременная, привратник проходим.Луковица 12п кишки с розовыми контурами. Отмечается с-м воздуха в ловушке: пассаж по 12 п кишке не нарушен.

ЭГДС: без патологии.

УЗИ предстательной железы: Эхографические признаки ДГПЖ небольших размеров, задержки мочи.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 80 в мин., ЭОС горизонтальная, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКС: Склероз аорты. Умеренная концентрическая гипертрофия стенок левого желудочка. Нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка по модели аномальной релаксации. Краниограмма: без патологии. Колоноскопия: полип сигмовидной кишки.

Лор: Без видимой патологии.

Окулист: ангиопатия сетчатки.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответ:

Хронический нефрит, смешанная форма, обострение. Атеросклероз аорты, хронический простатит. Хроническая анемия средней степени тяжести (железодефицитная, эритропоэтинзависимая). ХПН III ст. ХБП 5 ст.

Задача № 5

У больной Л., 37 лет, внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадирующая в бедро: поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анализе мочи свежие эритроциты.

Задание

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

Ответы

1. Почечная колика справа.
2. Для уточнения диагноза целесообразны УЗИ и обзорный снимок мочевых путей, хромоцистоскопия.

Задача № 6

Больная И., 30 лет, поступила в клинику с жалобами на боль в поясничной области, повышение температуры тела до 39°C, озноб. Больна 2-й день. Правильного телосложения. Температура тела 39°C. Пульс 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Положителен бимануальный симптом острого пиелонефрита. Дизурии нет. Микрогематурия, лейкоцитурия.

При УЗИ отмечается дилатация чашечно-лоханочной системы слева. Подвижность левой почки ограничена. Ультразвуковая картина правой почки не изменена.

На обзорном снимке мочевой системы на уровне поперечного отростка L3 слева – тень, подозрительная на конкремент, размерами 9х4 мм. На экскреторных урограммах патологических образований в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелоктазия. В вышеописанной тени конкремента выявляется расширение мочеточника. Положительный симптом Лихтенберга. При обзорной урографии тень конкремента совпадает с тенью контрастированного мочеточника при экскреторной урографии.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия показаны?

Ответы:

1. Камень левого мочеточника. Острый обструктивный левосторонний пиелонефрит.
2. Катетеризация левого мочеточника. В случае непреодолимого препятствия (камень мочеточника) показана пункционная нефростомия. После восстановления оттока мочи из левой почки – назначение антибактериального противовоспалительного лечения.

Практическое занятие №2

Тема: Гломерулонефрит, лечение

Задача № 7

Больная 47 лет доставлена бригадой «Скорой помощи» с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, частое и болезненное мочеиспускание, тупые, ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость, периодическое познабливание. 20 лет назад, на сроке 30-36 недель беременности, наблюдались изменения в моче, исчезнувшие после родов. Около 12 лет назад выявлено повышение АД до 180/100 – 200/120 мм рт. ст.

При осмотре больной патологических изменений не обнаружено. При перкуссии – расширение левой границы относительной тупости сердца снаружи на 1 см. АД - 190/120 мм рт. ст. Положительный симптом Пастернацкого справа.

Общий анализ мочи: количество – 150,0; плотность – 1007, белок – 0,099 г/л, эпителий – большое количество, лейкоциты – 40-60 в п/зр, эритроциты – 3-4 в п/зр, цилиндры (гиалиновые) – 1-2 в п/зр.

Задания:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.
3. Сформулируйте предв диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Гипертензия. Лихорадка. Почечный, мочевой. Воспалительный, лейкоцитурия.
2. По мочевому – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериурия. По

АД- диабетическая нефропатия, поражение почек при ГБ.. Цистит

3. Обострение хр. пиелонефрита.

4. УЗИ почек, проба Зимницкого, пробы Роберга-Тареева ОАМ, по Земницкому сохранение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови – снижение белка, проба Реберга-Тареева- снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии., Исследование глазного дна, биопсия почек. РГ

5. Диета. Уроантисептики.

Задача № 8

Больной 49 лет, инженер. Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы. Выяснено, что около 3-х месяцев назад стал отмечать отечность лица по утрам, затем появилась слабость, снижение работоспособности. За последние 3 недели после перенесенного ОРВИ, появились отеки голеней, стоп, жажда, головокружение, одышка при физической нагрузке. Десять лет назад – открытый перелом бедра слева, неоднократно госпитализировался в хирургический стационар по поводу посттравматического остеомиелита, перенес три операции на левом бедре.

Объективно: общее состояние средней тяжести, адинамичен, кожные покровы сухие, бледные, холодные на ощупь. Рыхлые отеки нижних конечностей, пастозность лица. Левая нога на 3 см короче правой, в средней трети бедра – послеоперационные рубцы. Отмечается притупление легочного звука в задне-нижних отделах легких с уровня VII ребра с обеих сторон. Дыхание везикулярное, в области притупления – ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/65 мм рт. ст., пульс – 82 уд. в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, несколько увеличен в размерах. Определяется притупление в отлогах местах с обеих сторон от срединной линии.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,4 x 10¹²; Нв – 100 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 5,0 x 10⁹, э-1, п-4, с-61, л-29, м-5, СОЭ-60 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; цвет – светло-желтый, реакция – кислая; плотность – 1020, сахар – нет, белок – 5,3 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, эритроциты – 0, гиалиновые цилиндры 3-4 в п/зрения.

Креатин крови – 88 мкмоль/л (N 40-150), мочевины – 6,8 (3-7) мкмоль/л.

Задания:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Отечный, анемический, воспалительный, мочевого (нефротический).

2. По мочевому – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериурия.

3. Амиллоидоз вторичный.

4. Биопсия слизистой прямой кишки, электрофорез и иммуноэлектрофорез сыворотки крови и мочи для выявления миеломной болезни. ОАМ, по Земницкому сохранение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови – снижение белка, проба Реберга-Тареева- снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии., Исследование глазного дна, УЗИ почек.

5. Постельный режим, исключить или ограничить соль, ограничить воду, белок. Диета. Лечение фонового заболевания. Ограничение синтеза предшественника амилоида: колхицин, аминохинолины (хлорохин по 0,25-0,5 г в сут на ранних стадиях, диметилсульфоксид 1% -10 мл 3 р в сут), лечение ХПН: гемодиализ, лучше перитонеальный, трансплантация почек, трансплантация печени – устаревания места синтеза предшественника амилоида – транстретина, спленэктомия при развитии геморрагического синдрома.

Задача № 9

Больной 35 лет. Жалобы на общую слабость, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, постоянные ноющие боли в поясничной области, появление отеков на лице по утрам. Болен в течение 1-1,5 лет, четких сроков начала заболевания указать не может.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы бледные. Отеки на лице, на нижних конечностях отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук, границы легких в пределах нормы, дыхание везикулярное. ЧДД – 15 в мин.

Прекардиальная область не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, ригидный разлитой. Граница относительной сердечной тупости: левая совпадает с верхушечным толчком, правая – у правого края грудины, верхняя – край 3 ребра.

Сердечный ритм правильный, на верхушке короткий систолический шум, акцент II тона во II межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная, плотность – 1010, белок – 0,4 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – 25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры 8-12 в п/зр. Общий анализ крови: эритроциты 4,0 x 10¹²; Нв – 127 г/л, цв. показ. – 0,9; лейкоциты – 8,9 x 10⁹, э-3, п-7, с-39, л-41, м-10, СОЭ-28 мм/час.

Креатин крови – 86 мкмоль/л, мочевины – 6,6 мкмоль/л.

Задания:

1. Выделите основные синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд заболеваний с учетом выявленных синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Гипертонический, почечный, отечный, мочевого.

2. По мочевому – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериурия. По АД- диабетическая нефропатия, поражение почек при ГБ.

3. Хр.гломерулонефрит, гипертоническая форма

4. УЗИ почек, проба Зимницкого, пробы Роберга-Тареева ОАМ, по Земницкому сохранение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови – снижение белка, проба Реберга-Тареева- снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии., Исследование глазного дна, биопсия почек.

5. Диета малобелковая. Поваренную соль ограничить до 6-8 гр в сутки. Белок 1г/кг веса в сутки. Ограничительный режим: избегать переохлаждения, ОРЗ. Иммуносупрессивная терапия. Преднизолон 60 мг в сутки- 3-6 месяцев. Гепарин 10 тыс 4р/день. Курантил 400-600 мг в сутки. Цитостатики (имуран или циклофосфамид) Антигипертензивная терапия. Диуретики.

Задача № 10

Больной С 62 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на выраженные отеки ног, головные боли при повышении АД максимально до 190/110 мм рт ст., общую слабость.

Из анамнеза стало известно, что АД повышается около 15 лет, но пациент по этому поводу не обследовался, гипотензивные не получал. Отеки появились 3 месяца назад. Обратился по месту жительства, получал фуросемид, знам, эгилек без особого эффекта. Направлен к нефрологу ООКБ.

При поступлении состояние тяжелое. Бледный. Кожные покровы чистые, суховаты на ощупь. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца ритмичны, глухие. ЧСС 90 в мин, АД 180/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, определяется жидкость. Симптом Пастернацкого положит с обеих сторон. Отеки стоп, голеней, бедер, нижней части живота.

Обследование:

ОАК: Нв -72 г/л, ЦП 0,88, эритроциты - $2.85 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты - $13.4 \cdot 8,7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты- $258 \cdot 10^9$ /л, СОЭ-28-61 мм/ч , п/я-1 % с/я-74%, лимфоциты - 20 %, моноциты - 4%, эоз-1%.

БАК: сахар крови-4.51 , ммоль/л; мочевина 24 ммоль/л; креатинин - 519 мкмоль/л, общ.белок - 42 г/л; РМП на сифилис, гепатиты отрицат, билирубин общ-8.3 мкмоль/л, холестерин 6,4 ммоль/л. Ревмат. ф-р-отр.С реакт белок- отр., АЛАТ-6, АСАТ-14, гаммаТ-16.1,АбР-68.8,АФП-6.8,СА19.9-Оед(мл,СА-15.3-8.7ЕД/МЛ. онкомаркеры в норме.

РМП на сиф отр.

Протромбиновое время-13.1, протром. индекс-104, фибриноген-5.6,

LE клетки не обнар.

ПСА-0.7 НГ/мл,

Аутоантител к денатуриров ss днк в крови положит,аутоантитела к денатуриров ds днк ig Остриц, прямая проба Кумбса отриц.

Ревм фактор 3,5 норма, антитела к модифицированному цитруллинированному виментину не обнаружены.

ОАМ : уд.вес-1006 , белок-4,2 ,эпителий поч-0-1 лейкоциты 30-40 в п/зр, эритроциты нет в п/зр., цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/зр,зер-0-1в п/зр
Исследование стernalного пунктата: костный мозг содержит повышенное количество ядерных элементов,неравномерно распределённых по препарату. Бласты 1 % ядерного сое тава Зернистый росток составляет 71 % преобладают молодые формы нейтрофилов (ПСИ 1,02) Лимфоциты 13.0 % ядерного состава. Красный росток сужен, сосавляет 13.1% ИСАО, 88. Кровотворение по нормобластическому типу. Мегакариоцитарный росток активно функционирует.

Гематолог: В настоящее время данных за заболевание крови нет. Лейкемоидная реакция миелоидного типа.

Патогистологическое исследование полипа сигм. кишки: кусочки железистого полипа толстой кишки. Окраска на амилоид отрицательная.

Посев мочи: Рост бакфлоры не обнаружен.

УЗИ почек : правая 119 x 62 x 22-23 мм, левая 124 x 60 x 22-23 мм, контуры неровные положение типичное, паренхима выражено неоднородна, синусы расширены, пирамидки набухшие.

Узи внутренних органов: признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы, признаки гепатомелии, признаки реактивных изменений стенок желчного пузыря, двустороннего гидроторакса.

Рентгеноскопия легких: Эмфизема легких. Пневмосклероз. Выпот в синусы.

Рентгеноскопия пищевода, желудка: Признаки гастрита, бульбита. Рентгеноскопия органов грудной полости: лёгочные поля без добавочных теней. В пределах синусов сохраняется жидкость.акпоч: эмфизема лёгких. Пневмосклероз. Выпот в синусы.

Рнтгеноскопия желудка, пищевода и 12 п кишки: акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим, контуры его ровные.Ампула формируется, кардия смыкается. Свод и газовый пузырь желудка не изменён. В положении лёжа расположен под куполом диафрагмы. Желудок обычно расположен, содержит слизь и жидкость .Перистальтика обычной глубины, симметричная . Эвакуация своевременная, привратник проходим.Луковица 12п кишки с розовыми контурами. Отмечается с-м воздуха в ловушке: пассаж по 12 п кишке не нарушен.

ЭГДС: без патологии.

УЗИ предстательной железы: Эхографические признаки ДГПЖ небольших размеров, задержки мочи.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 80 в мин., ЭОС горизонтальная, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКС: Склероз аорты. Умеренная концентрическая гипертрофия стенок левого желудочка. Нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка по модели аномальной релаксации. Краниограмма: без патологии. Колоноскопия: полип сигмовидной кишки.

Лор: Без видимой патологии.

Окулист: ангиопатия сетчатки.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответ:

Хронический нефрит, смешанная форма, обострение. Атеросклероз аорты, хронический простатит. Хроническая анемия средней степени тяжести (железодефицитная, эритропоэтинзависимая). ХПН III ст. ХБП 5 ст.

Задача № 11

У больной Л., 37 лет, внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадирующая в бедро: поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анализе мочи свежие эритроциты.

Задание

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

Ответы

1. Почечная колика справа.
2. Для уточнения диагноза целесообразны УЗИ и обзорный снимок мочевых путей, хромоцистоскопия.

Задача № 12

Больная И., 30 лет, поступила в клинику с жалобами на боль в поясничной области, повышение температуры тела до 39°C, озноб. Больна 2-й день. Правильного телосложения. Температура тела 39°C. Пульс 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Положителен бимануальный симптом острого пиелонефрита. Дизурии нет. Микрогематурия, лейкоцитурия.

При УЗИ отмечается дилатация чашечно-лоханочной системы слева. Подвижность левой почки ограничена. Ультразвуковая картина правой почки не изменена.

На обзорном снимке мочевой системы на уровне поперечного отростка L3 слева – тень, подозрительная на конкремент, размерами 9x4 мм. На экскреторных урограммах патологических образований в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная выявляется тени конкремента расширяется мочеточника. Положительный симптом Лихтенберга. При обзорной урографии тень конкремента совпадает с тенью контрастированного мочеточника при экскреторной урографии.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия показаны?

Ответы:

1. Камень левого мочеточника. Острый обструктивный левосторонний пиелонефрит.
2. Катетеризация левого мочеточника. В случае непреодолимого препятствия (камень мочеточника) показана пункционная нефростомия. После восстановления оттока мочи из левой почки – назначение антибактериального противовоспалительного лечения.

Практическое занятие №3

Тема: Острая и хроническая почечная недостаточность.

Задача № 13

Больной 28 лет, рабочий, жалоб не предъявляет. Поступил в клинику для обследования в связи с выявленным на проф. осмотре повышением артериального давления. В анамнезе: частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/110 мм рт. ст., пульс 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный; живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты 4,2 x 10¹²; Нв – 120 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 6,0 x 10⁹, э-1, п-4, с-64, л-26, м-5, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; реакция – кислая, цвет – светло-желтый; плотность – 1012, белок – 0,8 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, лейкоциты – 5-6 в п/зрения, эритроциты – 8-10 в п/зрения.

Консультация окулиста: ретинопатия.

Креатин крови – 283 мкмоль/л, мочевина – 11,4 мкмоль/л.

Задания:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Гипертензивный, мочевого синдром, синдром почечной недостаточности.
2. По мочевому – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериурия.
3. Хр гломерулонефрит, гипертоническая форма, хпн, консервативная стадия (повышен креатинин)
4. ОАК (лейкоцитоз, СОЭ), б/х (гипопротеинемия), электролиты (гиперкалиемия) крови, ОАМ, по Земницкому – никтурия, гипостенурия, полиурия, снижение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови – снижение белка, проба Реберга-Тареева - снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии. Биопсия почек. Исследование глазного дна, УЗИ почек.

Укажите ожидаемые результаты лабораторных и инструментальных обследований. См п 4

5. Режим, избегать ОРЗ, переохлаждения, диета (малобелковая), иммуносупрессивная терапия. Комбинированная терапия (цитостатики, ГК, антиагреганты, гепарин, антигипертензивная терапия, диуретики).

Задача № 14

Больной 38 лет поступил с жалобами на общую слабость, сонливость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, зуд кожных покровов, одышку при физической нагрузке, постоянные головные боли и отечность лица. Год назад начали беспокоить головные боли, общая слабость. К врачу не обращался. Последние 2 месяца усилилась общая слабость, появился кожный зуд, одышка, сонливость, тошнота, снижение аппетита, ноющие боли в животе, склонность к поносам.

Объективно: Общее состояние ср. тяжести, сонливость. Положение тела активное. Геморрагические высыпания на голенях. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, отеки лица, голеней. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в V м/р слева на 2,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии, границы отн. сердечной тупости: верхняя – край 3 ребра, правая – правый край грудины, левая совпадает с верх. толчком. Серд. ритм правильный, акцент II тона во 2 межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 210/120 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Печень и селезенка не увеличены. С-м поколачивания «-» с обеих сторон.

ОАК: эр- 3,1x 10¹²; Нв – 94 г/л, цв. показ. – 0,8; Л – 7,4 x 10⁹, э-2, п-9, с-41, л-39, м-9, СОЭ-15 мм/час.

ОАМ: цвет – светло-желтый, сахара нет, белок – 0,1 г/л, плотность 1006, лейкоциты – 3-4 в п/зр, эритроциты – 5-8 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

Креатинин крови – 915 мкмоль/л, мочевина – 24,2 мкмоль/л.

ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка, метаболические изменения в миокарде.

Задания:

1. Выделите осн. синдромы.
2. Укажите диф-диагн. ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования целесообразно провести больному.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Интоксикационный, гипертонический, отечный, анемический, мочевого, ПН.
2. По мочевому – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериурия. По АД- диабетическая нефропатия, поражение почек при ГБ.
3. Хр гломерулонефрит, ХПН, терминальная стадия, на терминальной стадии ХПН различия между заболеваниями, вызвавшими ее развитие, стираются.
4. УЗИ почек, проба Зимницкого, пробы Роберга-Тареева ОАМ, по Земницкому сохранение концентр. функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови – снижение белка, проба Реберга-Тареева- снижение скорости клубочковой фильтрации, опр. суточной протеинурии. Иссл. гл. дна, биопсия почек.
5. Диета малобелковая. Соль до 6-8 гр/сут. Белок 1г/кг веса в сутки. Огранич. жидкости: сут. диурез + 500. Ограничительный режим: избегать переохлаждения, ОРЗ. Иммуносупрессивная терапия. Гепарин 10 тыс 4р/день. Курантил 400-600 мг в сутки. Антигипертензивная терапия. Коррекция гиперкалиемии: Диуретики (Фуросемид). Гемодиализ, ионообменные полистереновые смолы. Коррекция метаболического ацидоза 4,2% р-р гидрокарб. Na, коррекция Са–Р обмена. Плановый гемодиализ. Лечение анемии: чел рекомбинантный эритропоэтин. Пересадка почек.

Задача № 15.

40-летний бизнесмен обратился с жалобами на отеки лица и нижних конечностей, головную боль, слабость. 10 мес назад лечился по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением; проводилось переливание крови. В настоящее время принимает ранитидин в поддерживающей дозе. При осмотре выявлены отеки голеней, периорбитальные отеки. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в минуту. АД 160/100 мм рт.ст. Печень плотноэластической консистенции, пальпируется на 5 см ниже правой реберной дуги. Перкуторные размеры селезенки 7x9см.

Общий анализ крови: содержание Нв 122 г/л, лейкоциты 4,4 • 10⁹ /л; лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 32 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,018, содержание белка 1,22 г/л, лейкоциты 9—10 в поле зрения, эритроциты 1—2 в поле зрения. Концентрация в крови АЛТ 2,8 ммоль/л, АСТ 2,8 ммоль/л, креатинин 200 мкмоль/л. Тест на HBsAg отрицательный; обнаружены АТ к вирусу гепатита С; АТ к ВИЧ не обнаружены. Выберите заболевание, в рамках которого развилось поражение почек.

Задание:

- а. Гепаторенальный синдром.
- б. Синдром Гудпасчера.
- в. Гломерулонефрит, вызванный вирусом гепатита С.
- г. Системная красная волчанка.
- д. Лекарственная нефропатия, вызванная приёмом ранитидина.

Ответ:

Гломерулонефрит, вызванный вирусом гепатита С.

Задача № 16

Женщина 23 лет, заболела месяц назад после путешествия по Африке: появились отёки на лице и нижних конечностях. В настоящее время жалобы на головные боли. Объективно: температура тела 37°C. Кожа имеет желтушный оттенок. Несколько мелких безболезненных язв обнаружено на слизистой оболочке полости рта. В лучезапястных и коленных суставах отмечают экссудативные изменения. В лёгких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 68 в минуту. АД 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, се-лезёнка 6x10 см. При исследовании глазного дна обнаружены признаки угрозы отслойки сетчатки. Общий анализ крови: содержание Нб 102 г/л, эритроциты 3 • 10¹²/л, ретикулоциты 2%, лейкоциты 3,5 • 10⁹/л. Лейкоцитарная формула: 3% палочкоядерных, 79% сегментоядерных нейтрофилов, 10% лимфоцитов, 4% эозинофилов, 4% моноцитов. СОЭ 42 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,010, содержание белка 2,66 г/л, эритроциты 8—10 в поле зрения, лейкоциты 5—6 в поле зрения, единичные гиалиновые и эритроцитарные цилиндры. Суточная протеинурия 1,8 г. Концентрация в крови креатинина 430 мкмоль/л, непрямого билирубина 40 мкмоль/л, прямого билирубина 4,7 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации 45 мл/мин. Обнаружены LE-клетки в периферической крови. АТ к ВИЧ, маркёры вирусов гепатита не обнаружены. Исследование толстой капли на плазмодии дало отрицательный результат.

Задание:

Выберите вариант иммунодепрессивной терапии.

- а. Монотерапия преднизолоном.
- б. Монотерапия циклофосфамидом.
- в. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом.
- г. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом с ежемесячным повторением курса.
- д. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом с ежемесячным повторением курсов, между которыми продолжают лечение преднизолоном внутрь и еженедельным назначением циклофосфамида.

Ответ: Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом с ежемесячным повторением курсов, между которыми продолжают лечение преднизолоном внутрь и еженедельным назначением циклофосфамида.

Задача № 17

Больной М., 50 лет, поступил с жалобами на резкую слабость, головные боли, тошноту, кожный зуд. Болен более 20 лет, когда был поставлен диагноз хронического пиелонефрита. Периодически отмечал боли в поясничной области, находили изменения в анализе мочи (характер изменений не знает). Регулярно у врача не наблюдался и не

лечился. Ухудшение состояния отмечает последний год, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, следы расчесов на туловище и конечностях. Границы сердца расширены влево, тоны ясные, акцент II тона на аорте, АД - 250/130 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Нб - 82 г/л, эритроциты - 2,6x10¹²/л, лейкоциты - 5,6x10⁹, СОЭ - 12 мм/ч, гематокрит - 26 %.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1005, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 300 мл, ночной диурез - 480 мл, колебания относительной плотности - 1002-1007.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации - 15 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 95 %.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному для подтверждения диагноза?
3. Какие изменения вы предполагаете обнаружить в биохимическом анализе крови у больного?
4. Определите наиболее подходящую терапевтическую тактику

Ответ:

1. Хронический пиелонефрит в анамнезе, отсутствие системных проявлений, олигурия, никтурия, гипозостенурия, снижение скорости КФ до 15 мл/мин - все перечисленное позволяет предположить диагноз: хронический пиелонефрит, ХПН, терминальная стадия.
2. Любые инструментальные методы исследования почек для подтверждения уменьшения их размера.
3. Нарушение азотистого обмена: повышение уровня креатинина и мочевины. Возможны нарушения электролитного баланса.
4. Заместительная терапия, коррекция артериальной гипертензии и анемии.

Задача № 18

Больной К., 35 лет, поступил с жалобами на головную боль, легкую слабость и утомляемость. В анамнезе частые ангины в детстве и юношеском возрасте. Со слов больного, 8 лет назад в моче обнаружили гематурию. Так как в последующем количество эритроцитов в анализе мочи уменьшилось, больной далее не обследовался.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие, веки отечны. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД - 180/10 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Нб - 94 г/л, эритроциты - 3,6x10¹²/л, гематокрит - 28 %, лейкоциты - 4,6x10⁹, СОЭ - 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1008, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты - 1-3 в поле зрения.

Суточная протеинурия - 1,1 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 950 мл, ночной диурез - 1500 мл, колебания относительной плотности - 1004-1010.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации - 40 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98 %.

Биохимический анализ крови: креатинин - 305 мкмоль/л, мочевина - 19 ммоль/л, холестерин - 5,4 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое исследование позволит установить окончательный диагноз и определить тактику лечения больного?
3. Имеются ли у больного показания к гемодиализу?
4. Имеются ли показания к лечению анемии эритропоэтином?

Ответ: 1. Хронический пиелонефрит в анамнезе, отсутствие системных проявлений, олигурия, никтурия, гипозостенурия, снижение скорости КФ до 15 мл/мин - все перечисленное позволяет предположить диагноз: хронический пиелонефрит, ХПН, терминальная стадия.

2. Любые инструментальные методы исследования почек для подтверждения уменьшения их размера.

3. Нарушение азотистого обмена: повышение уровня креатинина и мочевины. Возможны нарушения электролитного баланса.

4. Заместительная терапия, коррекция артериальной гипертензии и анемии.

Задача №19

Больной Ю., 39 лет, доставлен из дома в коматозном состоянии. Кожа больного бледно- серо-желтая, со следами расчесов. Рвота. Амниачный запах изо рта. При осмотре обращает на себя внимание асимметрия мимической мускулатуры. Зрачки узкие, их реакция на свет вялая. Корниальные и конъюнктивальные рефлексы не вызываются. Имеются фибриллярные подергивания мышц туловища и конечностей. Симптомы Кернига, Брудзинского, Ригидность мышц затылка положительные. Дыхание шумное, типа Чейн-Стокса, АД - 150/90мм.рт.ст. Пульс 90 уд/мин., ритмичный. Диурез 300 в сутки.

В ОАК Нб – 90 г/л., Эр – 2.0 млн. Остаточный азот 35 ммоль/л, мочевины – 26 ммоль/л, креатинин – 0.3 ммоль/л. ОАМ : УВ – 2008, белок - 1.8%, сахара нет, 10 - 15 Эр в п/з. Осмолярность плазмы крови – 225 мосмоль/л. После введения бикарбоната натрия 200.0 в/в развились тонические судороги. Задание: 1. Поставьте клинический диагноз? 2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать это состояние? 3. Лечебная тактика? Ответ: 1. Диагноз: Острая почечная недостаточность. Уремическая кома. Менингеальный синдром. Судорожный синдром. 2. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с менингитом, субарахноидальным кровоизлиянием, ишемическим или геморрагическим инсультами, острой почечной недостаточностью. 3. При установлении причины данного состояния – прекращение воздействия этиологического фактора. Скорейшее восстановление функции почек – гемодиализ. Борьба с водно-электролитными нарушениями, изменениями кислотно-щелочного равновесия; коррекция реологических свойств крови. Противосудорожная терапия. Стабилизация гемодинамики

Модуль 7. Лечение пациентов с заболеваниями суставов.

Практическое занятие №1.
Тема: Остеоартроз, лечение

Задача №1

Больная 19 лет, беременность 7-8 недель, поступила в клинику с жалобами на боли в мелких суставах кистей, стоп, их отечность. Беспокоит утренняя скованность до 30 минут. Проживает в сельской местности, часто употребляет в пищу речную рыбу. С 11 лет страдает узловатой эритемой. Заболела 5 лет назад, когда впервые появились боли в кистях рук. Затем с течением времени начали болеть другие суставы. При осмотре выявлена отечность кистей рук и нарушение их функции. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 74 уд. в мин, АД – 120/70. Живот спокоен. Отеков нет.

ОАК: гемоглобин 100 г/л, СОЭ – 30

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “+”, РФ “-”

Рентгенография суставов – без патологии.

Дуоденальное зондирование – обнаружены описторхии в трех порциях желчи.

Вопрос:

предположительный диагноз, с какими заболеваниями необходимо проводить дифф. диагноз, лечебная тактика.

Ответы:

Паразитарный артрит, вызванный описторхозом. Дифф. диагноз – с ревматоидным артритом. После родоразрешения, проводить лечение описторхоза и если суставной синдром будет сохраняться, то проводить дальнейшее обследование.

Задача №20.

Больной 29 лет поступил в клинику с жалобами на боли в левом голеностопном суставе, отечность сустава, боли при ходьбе. Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес гонорею, отец страдает ревматоидным артритом. При осмотре голеностопный сустав отечный, подвижность ограничена из-за болевых ощущений. При ходьбе пациент прихрамывает. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 84 уд. в мин, АД – 110/70. Живот спокоен. Отеков нет.

ОАК: незначительный лейкоцитоз, СОЭ – 7.

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “-”, РФ “-”

В мазке гонококки не обнаружены

ПЦР на хламидии “-”

Рентгенография сустава – без патологии.

Конс. лор врача – хронический гайморит, вне обострения

Конс. стоматолога – ротовая полость санирована.

Вопрос:

предположительный диагноз, дополнительные методы обследования, тактика лечения.

Ответы:

Реактивный артрит неясной этиологии, возможно на фоне хр. гайморита. Или в дальнейшем он перейдет в ревматоидный артрит. Необходимо провести полное обследование, для выявления других возможных очагов инфекции. Лечение симптоматическое и повторное обследование через 6 месяцев.

Задача №3

Больная 69 лет поступила в клинику с жалобами на боли в коленных, тазобедренных суставах, их деформацию, головные боли. Ходит с помощью костылей. Из анамнеза известно, что 25 лет отмечает боли в суставах, неоднократно лечилась в стационарах и амбулаторно. При осмотре суставы деформированы, отека нет, кожные покровы над суставами обычной окраски. Движения в коленных и тазобедренных суставах невозможны, из-за выраженной деформации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 64 уд. в мин, АД – 150/90. Живот спокоен. Отеков нет.

ОАК: СОЭ – 11.

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “-”, РФ “+”

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС – 78, ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка. Блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопрос:

предположительный диагноз, дифф. диагноз, дополнительные методы обследования, лечение.

Ответы:

Остеоартроз, локальная форма. Гипертоническая болезнь, 2 стадии. Дифф. диагноз с ревматоидным артритом. Дополнительные методы обследования – рентгенография коленных и тазобедренных суставов, ЭХО – КГ. Лечение: НПВС, гипотензивная терапия

Задача №4

Больной 43 лет поступил в клинику с жалобами на боли в суставах кистей (II и III пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые), а также в плюснефаланговых, коленных, лучезапястных, голеностопных суставах. При осмотре суставы отечные, при движении резкая болезненность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 96 уд. в мин, АД – 120/70. Живот спокоен. Отеков нет.

ОАК: лейкоцитоз, СОЭ – 20

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “+”, РФ “-”

ИФА на хламидии “+”

Был поставлен диагноз реактивного артрита и назначено лечение. После окончания курса лечения хламидийной инфекции, суставной синдром сохранялся. Был поставлен диагноз ревматоидного артрита и назначено лечение.

При дополнительном обследовании в крови было выявлено

LE-клетки “+”

Вопрос:

какой природы суставной синдром у данного больного, проведите дифференциальный диагноз.

Ответы:

У больного системная красная волчанка, но необходимо провести дифференциальный диагноз с хламидийной инфекцией.

Задача №5.

Больной 57 лет поступил в клинику с диагнозом гипертонической болезни. На 4 сутки госпитализации появилась температура 38, боли и сильный отек левой голени. Был заподозрен тромбоз глубоких вен голени. При осмотре левая голень равномерна отечна. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 96 уд. в мин, АД – 140/70. Живот спокоен.

ОАК: выраженный лейкоцитоз, СОЭ – 28

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “++”, РФ “-”

Доплер сосудов нижних конечностей – без патологии.

Пункция левого коленного сустава – получен гной

Вопрос:

предположительный диагноз, лечение.

Ответы:

Гнойный артрит, перевод больной в травматологию, антибиотики, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.

Задача № 6

В поликлинику обратилась женщина 24 лет, у которой через 3 мес. после родов появились артриты мелких суставов кисти, непродолжительная утренняя скованность, слабость, утомляемость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр во 2-й половине дня, усиленное выпадение волос. Давность вышеперечисленных жалоб – около 1 мес. Похудела на 5 кг.

Задание:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие методы необходимо использовать для обследования пациентки?
3. Какова будет лечебная тактика в данном случае?

Ответы

1. Молодой возраст пациентки, связь дебюта заболевания с беременностью и родами, клиническая картина в первую очередь позволяют предположить дебют ревматического заболевания – ревматоидный артрит или системную красную волчанку (СКВ).
2. В первую очередь следует подробно проанализировать анамнестические данные и провести тщательное физикальное обследование. Обязательным является рутинное лабораторное обследование: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, при показаниях – рентгенография органов грудной клетки. Для верификации диагноза необходимы специальные лабораторные тесты – определение уровней С-реактивного белка высокочувствительным методом, антител к циклическому цитруллинированному пептиду, анти-ДНК, антинуклеарного фактора, ревматоидного фактора. Рентгенография заинтересованных суставов может оказаться малоинформативной ввиду небольшой давности болезни.
3. Лечебная тактика зависит от предполагаемого диагноза. При невозможности верификации (отсутствуют убедительные данные в пользу достоверного диагноза ревматоидного артрита или СКВ) целесообразны наблюдение, назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, аминоинолиновых производных.

Задача №7

Больная Е., 31 год, почтальон.

Жалобы при поступлении: на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов, на боли при жевании, на утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14–15 ч дня, на субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние 4 мес., выраженную общую слабость.

Из анамнеза: около 7 мес. назад впервые в жизни возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала метамизол натрия без существенного эффекта. Состояние ухудшилось в последние 4 мес. (скованность, субфебрилитет, похудание), значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы. По совету соседки принимала ацетилсалициловую кислоту, индометацин с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5x0,5 см. Отмечаются припухлость и гиперемия пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставов, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы деформированы, увеличены в объеме, определяются гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД – 17/мин. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС – 78/мин. АД – 132 и 80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне.

Печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин – 99,4 г/л, лейкоциты – 9,1 тыс., тромбоциты – 519 тыс., СОЭ – 46 мл/ч. Электрофорез белков: альбумины – 43,7%, глобулины:

α_1 – 4,9%, α_2 – 12,8%, β – 12,4%, γ – 26,2%. С-реактивный белок +++, фибриноген – 4,38 мг/дл, реакция Ваалера – Роуза – 1:1028. Железо – 152 мг/дл.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II–III пястных костей справа, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II–IV слева и II–III пястно-фаланговых суставов справа.

Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка, складки слизистой утолщены. Эрозий и язв не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ответ:

Клинический диагноз: ревматоидный артрит:

серопозитивный полиартрит II рентгенологической стадии, III степени активности с системными проявлениями (ревматоидные узелки), функциональная недостаточность II ст. НПВП-ассоциированная гастропатия.

План лечения: учитывая высокую активность процесса и наличие системных проявлений, целесообразно назначить преднизолон 10 мг/сут внутрь и метотрексат 10 мг/нед. в/м. Учитывая наличие гастропатии, в качестве НПВП следует предпочесть селективные ингибиторы ЦОГ-2: мелоксикам, нимесулид или целекоксиб в комбинации с ингибитором протонной помпы омепразолом в дозе 20–40 мг/сут.

Задача № 8

Больная А., 32 года, домохозяйка, обратилась к терапевту с жалобами на боли в пястно-фаланговых суставах, «припухание» пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, затруднения при попытке сжать кисти в кулаки, длящиеся до середины дня, общую слабость, периодическую потерю чувствительности кончиков пальцев рук на холоде. Вышеуказанные симптомы появились около 4 нед. назад.

При осмотре: температура тела 36,7°C. Симметричное увеличение в объеме всех пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, боли при пассивных движениях в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, положительный симптом сжатия стопы, побеление дистальных фаланг пальцев кистей на холоде, сменяющееся их посинением в тепле. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16

уд./мин. ЧСС 76/мин. АД 115 и 75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин – 14,7 мг/дл, лейкоциты – 6,2 тыс., тромбоциты – 210 тыс., СОЭ – 29 мм/час. Креатинин – 1,0 мг/дл, глюкоза – 101 мг/дл, АСТ – 18 ед./л, АЛТ – 20 ед./л. С-реактивный белок – 1,5 мг/дл. АНФ – отрицательно. РФ в реакции Ваалера – Роуза – 1:160.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ответы:

Клинический диагноз: ревматоидный артрит: суставная форма, серопозитивный, (?) рентгенологической стадии, II степени активности, функциональная недостаточность I ст. Синдром Рейно.

План лечения: учитывая умеренную активность процесса, целесообразно назначить метотрексат 10 мг/нед. в/м под контролем уровня лейкоцитов и тромбоцитов. Для лечения проявлений синдрома Рейно необходимо использовать ангиопротекторы с курсовым приемом, курсы гипербарической оксигенации

Задача 9

Пациентка А., 38 лет, технолог. Жалобы на сильные и умеренные боли и припухлость в суставах кистей и плечевых суставах, не зависящие от физической нагрузки, ощущение «ломоты» во всем теле, мышечные боли, слабость, потливость, повышенную утомляемость, скованность по утрам в течение 1,5-2 часов, периодически – повышение температуры до 37–37,40С.

Анамнез заболевания. Четко начало заболевания вспомнить не может. Боли в суставах кистей и плечевых беспокоят около 9-10 месяцев с постепенным нарастанием интенсивности за прошедший период. Самостоятельно принимала диклофенак с частичным положительным эффектом (на некоторое время уменьшались боли и припухлость в суставах). За 5-6 месяцев до начала болевого синдрома перенесла стрессовую ситуацию в семье, за 3-4 недели – простудное заболевание (ОРВИ). Похудела на 6 кг за истекший период.

Объективно. Общее состояние пациентки удовлетворительное. Температура 37,00С. Нормостенического телосложения, достаточного питания, рост 163 см., вес 56 кг. Кожные покровы влажные, склеры и видимые слизистые без патологических знаков. Грудная клетка правильной формы, симметрична в акте дыхания. Аускультативно над лёгкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, 94 в минуту. АД 115/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом раздражения брюшины нет. Печень не выходит за край рёберной дуги, перкуторно в поперечнике 10 см. Селезенка и почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Мочиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Отмечается болезненность и ограничение подвижности в деформированных (отёчных) пястно-фаланговых суставах II-IV пальцев кисти слева и справа с ограничением полного сгибания и разгибания в них, незначительная гипертермия над ними на ощупь. Болезненность и ограничение подвижности проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев кисти слева и справа с незначительной деформацией. Положительный тест бокового сжатия. Болезненность и ограничение подвижности в лучезапястных суставах с обеих сторон. Болезненность, отёчность, незначительная гипертермия и болевое ограничение подвижности (активных и пассивных движений) в плечевых суставах (более выражено справа). Болезненность по ходу позвоночника без чёткой локализации и без ограничения подвижности. Движения в остальных суставах в полном объёме. Отмечается также некоторая болезненность в коленных суставах без их деформации и гипертермии. DAS28=6,25.

Данные обследований:

ОАК: Нб 118 Г/л, Эр. 3,18 x1012/л, ЦП 0,8, лейкоциты 8,0x109/л, п/я 6%, с/я 67%, э 5%, лф 22%, СОЭ 31 мм/час.

ОАМ: сол. жёлтая, прозрачная, 1012, белок – отр., сахар – отр., эр. 0-1 п/зр, лейкоц. 1-2 п/зр., слизь – незн. кол-во.

Биохимические исследования: общий холестерин 5,2, билирубин 12,5, АлТ 36, АсТ 31, глюкоза 4,5, фибриноген 3,6.

Иммунологические исследования: АЦЦП 26 Ед/мл (N 0-25). СРБ «+++». Антистрептолизин О 1:100, ревматоидный фактор 28 МЕ/мл (N до 10).

ЭКГ: Нормальное положение ЭОС. Синусовая тахикардия 94 в минуту.

ЭХО-КГ: ФВ 60%. Клапаны не изменены.

Рентгенологически: Околосуставной остеопороз видимых костей, сужение суставной щели, единичные эрозии и псевдокисты.

Задание:

1. Сформулируйте полный диагноз.

2. Тактика терапевта:

- А. В экстренном порядке госпитализировать пациентку в общетерапевтический стационар.
- Б. Незамедлительно отправить пациентку к специалисту ревматологу.
- В. Не теряя времени самостоятельно назначить амбулаторное лечение выявленного заболевания.
- Г. Продолжить обследования для более точной верификации диагноза.

3. Наиболее целесообразно с Вашей точки зрения было бы назначить:

- А. НПВП + Глюкокортикостероидные гормоны (ГКС)
- Б. Антибиотики группы макролидов + НПВП + альфакальцидол
- В. Метотрексат + НПВП + рассмотреть вопрос о биологической терапии
- Г. ГКС + Кальций D3-никомед
- Д. Монотерапия ремикейдом

Ответы:

- 1.. Серопозитивный ревматоидный артрит, ранняя стадия, высокая активность, эрозивный, рентгенологическая стадия II, АЦЦП +, II ФК.
2. Незамедлительно отправить пациентку к специалисту ревматологу.
3. Наиболее целесообразно с Вашей точки зрения было бы назначить:
В. Метотрексат + НПВП + рассмотреть вопрос о биологической терапии

Задача №10

Пациентка В., 27 лет. Жалобы на выраженную слабость, недомогания, субфебрилитет неясного генеза в течение 2-3 месяцев, боли в суставах обеих кистей и коленных суставах «летучего характера», ощущение скованности в суставах и мышцах по утрам в течение примерно получаса после подъёма, ломкость ногтей, выпадение волос, периодически – отёки на нижних конечностях и на лице, боли в мышцах, быструю утомляемость, головную боль.

Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение 3-4 месяцев. Сама пациентка связывает появление жалоб с «затянувшейся» реконвалесценцией после перенесенной в марте простуды. В то время пациентка стала отмечать слабость, недомогание, появилась припухлость коленных суставов.

Вышеуказанные симптомы сохранялись в течении 3-х дней. Затем присоединилась припухлость и стали чесаться подушечки пальцев. Больная отметила появление проходящего покраснения на лице и в области спинки носа в виде. За врачебной помощью в то время не обращалась в виду достаточно хорошего общего состояния, а все эти жалобы были расценены как аллергическая реакция. Через некоторое время у больной стали отмечаться суставные боли умеренной интенсивности в коленных суставах, которые сопровождалась болезненным отеком и ограниченным покраснением. Несколько позже присоединились неинтенсивные мышечные боли в мышцах голени. Больная стала отмечать появление отеков по утрам на лице и ногах. Общее состояние больной значительно ухудшилось, стала беспокоить головная боль, чувство пульсации в голове. После физической нагрузки стала отмечать покалывания за грудиной, неприятные ощущения в области сердца. Отмечает, что возникла плохая переносимость солнечной инсоляции – появляются высыпания на коже в открытых зонах (зона декольте, шея, кисти).

Анамнез жизни без особенностей. 6 месяцев назад – физиологические роды, ребёнок здоровый.

Общее состояние пациентки средней степени тяжести. Температура 37,00С. Нормостенического телосложения, достаточного питания, рост 163 см., вес 56 кг. Кожные покровы суховаты на ощупь. Склеры и видимые слизистые без патологических знаков. Грудная клетка правильной формы, симметрична в акте дыхания. Аускультативно над лёгкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, 94 в минуту. АД 115/75

мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выходит за край рёберной дуги, перкуторно в поперечнике 10 см. Селезёнка и почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отёков нет. Мочиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Отмечается болезненность в несколько отёчных пястно-фаланговых суставах II-IV пальцев кисти слева и справа. Болезненность и ограничение подвижности проксимальных и дистальных межфаланговых суставов пальцев кисти слева и справа с незначительной деформацией. Болезненность, отёчность, и незначительное болевое ограничение подвижности в плечевых и коленных суставах.

Данные обследований:

ОАК: Эритроциты - $4,23 \cdot 10^{12}/л$, Hb - 95 г/л, ЦП 0,9, Ht 28,3%, WBC 3400/л, СОЭ - 26 мм, Тромбоциты $288 \cdot 10^3/л$.

ОАМ: светло-желтая прозрачная, плотность - 1013, белок - 0,33%, сахар - отриц., ацетон - отсутствует, желчные пигменты - отриц., лейкоциты 2-3 в п.зр., эр. 0-1 в п. зр.

Биохимические исследования: общий холестерин 4,2, билирубин 12,5, АлТ 36, АсТ 31, глюкоза 4,5, фибриноген 3,6.

Иммунологические исследования: АЦЦП 25 Ед/мл (N 0-25), .

Рентгенологически: Костно-деструктивных изменений не выявлено.

Задание:

1. Каков дифференциально-диагностический ряд?

2. Наиболее вероятный диагноз?

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.

4. Дальнейшая тактика терапевта:

А. В экстренном порядке госпитализировать пациентку в общетерапевтический стационар.

Б. Незамедлительно отправить пациентку к специалисту ревматологу

В. Не теряя времени самостоятельно назначить амбулаторное лечение выявленного заболевания.

Г. Продолжить обследования для более точной верификации диагноза.

Ответы:

СКВ, РА, ССД, overlap-syndromy, 6-нь Рейно...

СКВ, подострое течение (с преимущественным поражением кожи и суставов в дебюте)

АНФ, АТ к нативной ДНК, АТ к Smith, АТ к ФЛ.

Б - Незамедлительно отправить пациентку к специалисту ревматологу

Задача 11

Больная А., 31 г., поступила в ревматологическое отделение с жалобами на зябкость и онемение пальцев кистей и стоп, отечность тыла кистей, изменение цвета кожных покровов кистей под влиянием холода или волнения (посинение дистальных фаланг пальцев рук сменяется их покраснением), боли в лучезапястных и мелких суставах кистей, преимущественно в утренние часы и сопровождающиеся утренней скованностью в течение 1 ч, затруднение проглатывания твердой пищи (вторые блюда заливает водой), периодическое ощущение сухости во рту, выраженную общую слабость.

Анамнез. Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда впервые стала отмечать зябкость и онемение пальцев кистей, боли в ногтевых фалангах пальцев рук, провоцируемые воздействием холода. При проведении рентгенографического исследования кистей в прямой проекции были обнаружены остеопороз суставных концов фаланг пальцев и головок II-V пястных костей, сужение щелей проксимальных и дистальных межфаланговых суставов, кистовидные просветления оснований II-IV пястных костей и костей запястья. На основании клинико-рентгенологических данных больной выставлен диагноз ревматоидного артрита и назначены диклофенак в дозе 150 мг/сут. и гидроксихлорохин 400 мг/сут., после 4 месяцев лечения состояние пациентки оставалось прежним.

В этой связи была консультирована ревматологом, который при объективном осмотре выявил гиперпигментацию кожи лица, туловища и конечностей, «маскообразность» лица с утолщением кожи лба, щек и истончением губ, затруднение при нахмуривании лба, формирующийся «кисет» вокруг рта, «плотный» отек пальцев и тыла кистей (кожа в складку не собирается), кисти синюшные, холодные на ощупь, с большим трудом сжимаются в кулак, сгибательные контрактуры дистальных межфаланговых суставов кистей, дигитальные рубчики на подушечках пальцев рук, деформация ногтевых пластинок с поперечной исчерченностью.

Задания:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие лабораторно-инструментальные методы исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза?

3. Развитие какого синдрома наблюдалось у пациентки в дебюте заболевания? Какой патогенетический механизм лежит в основе этого синдрома?

4. Какие лекарственные препараты могут быть назначены с учетом клинических проявлений заболевания?

Ответ 1. Системная склеродермия, лимитированная форма.

2. Необходимый лабораторно-инструментальный минимум для подтверждения клинического диагноза ССД, кроме стандартных методов (общеклинических анализов крови и мочи, биохимического анализа крови, протениограммы, коагулограммы), включает в себя: 1) капилляроскопию ногтевого ложа; 2) серологические тесты – наличие аутоантител: антинуклеарных (АНФ), антицентромерных, к топоизомеразе (ScI-70); 3) рентгенографию органов грудной клетки, по возможности – проведение компьютерной томографии высокого разрешения; 4) манометрия пищевода или другие методы визуализации поражения пищеводного сфинктера.

3. Синдром Рейно. Выделяют три фазы: ишемии, цианоза и гиперемии. В первой фазе имеет место констрикция дистальных артериол и метаартериол с полным опорожнением капилляров от эритроцитов (побледнение кожных покровов). Вторая фаза обусловлена стазом крови в венах, капиллярах, артериовенозных анастомозах (цианоз). Третья фаза проявляется реактивной гиперемией. В патогенезе имеют значение симпатическая гиперактивность; дисбаланс между синтезом простаглицина и тромбосана А2 (который усиливает агрегацию тромбоцитов и вызывает спазм сосудов); дефект гистаминергической вазодилатационной системы; повышение агрегации тромбоцитов. Кроме того, при ССД имеет место микроангиопатия.

4. Комплекс лечебных мероприятий должен включать назначение НПВП, сосудистых препаратов (дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов, дезагреганты); вопрос о подключении антифибротических препаратов (в частности, Д-пеницилламина), ГКС и цитостатиков решается после уточнения характера течения и степени активности ССД, а также с учетом вовлечения в процесс внутренних органов и систем.

Задача 12.

Больная К., 18 лет поступила в клинику с жалобами на интенсивные боли в животе, задержку стула, повышение t до 39° , общую слабость, повышение АД до 160/100, головные боли, боли в лучезапястных и коленных суставах, эритему в области носа, бровей и скул.

Заболела неделю назад, когда после перенесенной ОРВИ повысилась t до 38. Больная обратилась в поликлинику, где была заподозрена пневмония и назначен бисептол по 2 т. х 2 р в день. Через день на фоне приема бисептола у больной появились эритематозные высыпания на лице, затем присоединились боли в суставах. Продолжала лечение, самостоятельно принимала диазолин. Самочувствие не улучшилось, сохранялась t до 38 - 39, появились головные боли, головокружения, врач поликлиники зафиксировал АД 160/100. Присоединилась тошнота, боли в животе без четкой локализации. Госпитализирована бригадой скорой мед. помощи.

Из перенесенных заболеваний - частые ОРВИ. Аллергоanamнез: отмечает аллергическую реакцию в виде крапивницы на антибиотики пенициллинового ряда.

Бледность кожных покровов, эритема на лице ("бабочка"). Больная лежит на правом боку, согнув ноги в коленях. Пальпируются увеличенные, безболезненные шейные, подчелюстные, подмышечные л/узлы. ЧДД 28 в мин. Дыхание в легких везикулярное усиленное, в н/отделах единичные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 88 в мин., АД 145/80. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области, правом подреберье, печень по Курлову 12-10-10 см. Выявляется пастозность голеней. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон.

Лабораторные данные:

1. Антинуклеарный фактор в титре 1:100.
2. Общий анализ крови: Ег - 2,7 x 10¹²/л, НЬ - 106 г/л, цв. показ.- 0,28, L -2,1 x 10⁹/л, СОЭ - 56 мм/ч, Тг - 50 x 10⁹/л.
3. Биохимический анализ крови: 90 г/л, билирубин 21 ммоль/л, креатинин 128 мкг/л, мочевина 10,6 ммоль/л, глюкоза -6,5 ммоль/л, АСТ 102 ЕД/л, АЛТ 120 ЕД/л, холестерин 6,8 ммоль/л.
4. Общий анализ мочи: плотность - 1026, белок - 1,3 г/л, L - 2 - 4 в п/зрения, Ег - 5-6 в п/зрения.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Объясните, чем обусловлен абдоминальный синдром у пациентки.
3. Какие морфологические изменения выявляются в почках при данном заболевании?
4. С какой хирургической патологией необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
6. Назначьте терапию. Расскажите о фармакодинамике и фармакокинетики метилпреднизолон, его побочные эффекты.
7. Что такое пульс-терапия, каковы показания к ее проведению?
8. Какие вы знаете экстракорпоральные методы лечения, на чем основана их эффективность, показания к проведению.

Ответы:

1. Диагноз: Осн.: Системная красная волчанка, острое течение, 3 ст. активности (артрит, эритема, абдоминальный синдром, субфебрилитет, антинуклеарный фактор, гематологические проявления - анемия, лейкопения, тромбоцитопения).
2. Артрит, поражающий мезентериальные сосуды, является основной причиной абдоминального криза при СКВ. Кризы возникает в период высокой активности в сочетании с другими признаками васкулита.
3. Помимо гистологических изменений, свойственных гломерулонефриту вообще (пролиферация *мезангиальных и эпителиальных клеток, расширение мезангиума, изменения базальных мембран капилляров), отмечают изменения, специфичные для СКВ: фибриноидный некроз капиллярных петель, кариопикноз и кариорексис, гематоксилиновые тельца, гиалиновые тромбы, "проволочные петли".
4. С острым аппендицитом, желчной коликой, прободной язвой желудка или 12-перстной кишки, почечной коликой.
5. 1) эритема на щеках , скулах ; 2) дискоидные очаги ; 3) фотосенсибилизация ; 4) язвы в полости рта или носа ; 5) неэрозивный артрит ; 6) полисерозит (плеврит или перикардит) ; 7) персистирующая протеинурия или изменения мочевого осадка ; 8) энцефалополиневропатии, психозы ; 9) гемолитическая анемия или лейкоцитопения, или тромбоцитопения ; 10) LE-клетки, антитела к ДНК, Sm-антитела ; ложноположительный люэс-тест (реакция Вассермана) ; 11) наличие антинуклеарного фактора.

Лечение:

- 1) ст. № 10 с ограничением белка, соли ;
- 2) Р.- постельный ;
- 3) Метилпреднизолон 1 мг/кг/сут per os, 2/3 утром, 1/3 днем
- 4) Циклофосфан 500 мг в/в капельно на 200 мл физ. р -ра 1 раз в неделю
- 5) Пульс-терапия: метилпреднизолон 1000 мг на 200 мл физ. Р-ра в/в в течение 40 минут 1 раз в день в течение 3-х дней или через день
- 6) Плазмаферез

Метилпреднизолон - синтетический глюкокортикоидный препарат. Оказывает противовоспалительное, иммунодепрессивное действие. Уменьшает количество иммунокомпетентных клеток в очаге воспаления, уменьшает вазодилатацию, снижает выработку простагландинов и лейкотриенов. Более выражено противовоспалительное и менее выражено минералокортикоидное действие. Метилпреднизолон хорошо всасывается из ЖКТ, выделяется в виде метаболитов с мочой. Период полувыведения составляет 2 часа. Побочные действия: 1) со стороны эндокринологического статуса: синдром Кушинга, атрофия коры надпочечников ; 2) со стороны процессов обмена: нарушение углеводного обмена, увеличение массы тела, остеопороз ; 3) со стороны ЖКТ: язвы желудка и кишечника ; 4) со стороны ЦНС: психические расстройства, повышение внутриглазного давления ; 5) со стороны сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертония ; 6) со стороны иммунного статуса: снижение устойчивости к инфекционным заболеваниям

7. Пульс-терапия - это в/венное введение сверхвысоких доз метилпреднизолон в течение короткого периода (по 40 iv^г 3-5 дней). Комбинированная пульс-терапия - введение 1000 мг циклофосфана + 1000 мг метилпреднизолон в один день ; затем по 1000 мг метилпреднизолон ежедневно. Показания к пульс-терапии: а) высокая активность процесса с развитием нефрита ; б) нефротический синдром ; в) прогрессирующий васкулит с поражением ЦНС ; г) неэффективность проводимой пероральной терапии.

8. Применение плазмафереза и гемосорбции основано на возможности удаления из крови биологически активных веществ: медиаторов воспаления, циркулирующих иммунных комплексов, крипреципитинов, антител. Происходит изменение состава сывороточных иммуноглобулинов, уменьшение массы иммунных комплексов, что облегчает их удаление из кровяного русла. Иммунные комплексы, проходя через сорбент, меняют свой заряд на (-), при этом отмечается улучшение у больных с поражением почек, так как только (+) заряженные иммунные комплексы способны оседать на базальной мембране почечных клубочков. Плазмаферез и гемосорбция проводится на фоне приема кортикостероидов и цитостатиков.

Задача №13

Больной 37 лет, инженер. Жалобы на боли в спине постоянного характера, больше утром, уменьшаются после разминки, утреннюю скованность в спине, боли и ограничение подвижности в плечевых, тазобедр. суставах.

Болен в течение 7 лет. Болезнь началась с болей в поясничной области и ягодицах с иррадиацией то в одну, то в другую ногу по задней поверхности бедра. Лечился амбулаторно с диагнозом пояснично-крестцовый радикулит. С годами боли в поясничной области приобрели постоянный характер, распространились на грудной и шейный отделы позвоночника, развились ограничения подвижности в позвоночнике.

Объективно: при осмотре «поза просителя», напряжение прямых мышц спины, болезненность остистых отростков в грудном отделе позвоночника, сглаженность поясничного лордоза, симптом Отта – 1 см., симптом Шобера –1,5 см. Положительные симптомы Форестье, Томайера Кушелевского. Ограничение подвижности плечевых и тазобедренных суставов.

В общем анализе крови: СОЭ – 55 мм/час.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить, предполагаемые результаты.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Дайте краткую характеристику поражения периферических суставов при данном заболевании.
5. Составьте план лечения и дайте характеристику назначенных лекарственных препаратов.

Ответы:

1. Болезнь Бехтерева, ризомиелическая форма. Главный критерий: сакроилет, подтвержден симптомом Кушелевского - боль при надавливании на крылья подвздошных костей, на spina iliaca anterior superior (разные варианты). Активность III, ФНС II-III.
2. Биохимический анализ крови. Исследование крови на наличие антигена B27 по системе HLA. Исследование синовиальной жидкости, СРБ,

Рентгенография – двухсторонний сакроилеит, синдесмофиты, бамбуковая палка, передний спондилит.

3. Остеохондроз, миеломная болезнь, болезнь Рейтера.

4. Поражаются у 10% больных. Чаще крупные и средние суставы ног по типу олиго- или моноартрита. Может также поражаться грудинно-ключичное, акромиально-ключичное сочленение, височно-нижнечелюстной сустав.

5. НПВС индометацин, диклофенак, мелоксикам, ГК при неэффективности НПВС, можно В/с Дипроспан, метопред. Миорелаксанты, ЛФК.

Задача 14.

Больная М, 28 лет, поступила в клинику с жалобами на боли и скованность в лучезапястных, пястно - фаланговых, локтевых суставах, отек и гиперемию суставов, повышение t до $37,5^{\circ}$, общую слабость, похудание. Больна в течение 3-х месяцев, когда после перенесенной ОРВИ появились боли в пястно-фаланговых суставах, скованность, отечность суставов. Принимала индометацин 75 мг/сут, боли несколько уменьшились, но зат*ем повысилась t тела до $37,5^{\circ}$, присоединились боли и скованность в лучезапястных и локтевых суставах. Госпитализирована для уточнения диагноза и лечения.

Пониженного питания. Отечность мелких суставов кистей, лучезапястных и локтевых суставов, гипотрофия мышц предплечья. В области локтевых суставов выявляются безболезненные образования до 0,5см в диаметре. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Рс 96 в мин. АД 120/80. Живот мягкий, безболезненный.

1. Общий анализ крови: Ег- 3,2 x 10¹²/л, НЬ - 110 г/л, цв. показ. - 0,86, L -5,6 x 10⁹/л, СОЭ-52мм/ч.

2. Б/х анализ крови: общий белок 65 г/л, СРБ + + +.

3. R-грамма кистей: сужение суставных щелей лучезапястных и пястно-фаланговых суставов, остеоороз, единичные узурации в области 2 и 3-го пястно-фаланговых суставов справа.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания. Обоснуйте Ваш диагноз.

3. Что такое паннус?

4. Какие существуют типы Т-клеток? Чем они отличаются?

5. Опишите наиболее частые деформации кистей рук при данном заболевании.

6. Что такое ревматоидный фактор?

7. У каких пациентов чаще развиваются внесуставные проявления заболевания?

8. Какие особенности течения заболевания свидетельствуют о его возможном тяжелом течении и неблагоприятном прогнозе?

9. Составьте схему лечения данной пациентки.

10. Каков прогноз у пациентки?

Ответы:

1. Ревматоидный полиартрит, суставная форма, степень активности III, R-стадия II (остеопороз, сужение суставных щелей, узурация), Н.Ф. II ст.

2. 1) Утренняя скованность не менее 1 часа

2) Симметричность артрита

3) Подкожные узелки

4) Отечность мелких суставов кисти

5) Присоединение в течение 3-х месяцев хотя бы одного мелкого сустава кистей

6) Ревматоидный фактор в сыворотке крови

7) R-логические изменения

3. Первичный очаг воспаления при ревматоидном артрите локализован в синовиальной оболочке сустава. Воспалительный инфильтрат состоит из мононуклеарных клеток, в основном Т-лимфоцитов, активированных макрофагов, плазматических клеток, некоторые вырабатывают ревматоидный фактор. Синовиальные клетки сильно пролиферируют, синовиальная оболочка утолщается, образуются выросты в подлежащие ткани. Эта синовиальная оболочка называется паннус, она способна прорастать в костную и хрящевую ткани, приводя к разрушению структуры сустава.

4. Т-клетки подразделяются на следующие подтипы: хелперы, супрессоры и цитотоксические. Большинство хелперов экспрессируют на поверхности Т-клетки маркер СД 4. Цитотоксические Т-клетки экспрессируют маркер СД 8. Т-супрессоры также экспрессируют маркер СД 8 на своей поверхности; их существование как отдельного подтипа Т-клеток оспаривается.

5.1) Веретенообразная припухлость - синовит проксимальных межфаланговых суставов.

2) Деформация типа "бутоны" ("петли") - стойкое сгибание проксимального межфалангового сустава и разгибание дистального, вызванные слабостью центральных волокон сухожилия разгибателя.

3) "Лебединая шея" - развившаяся за счет стойкого сокращения мышц-сгибателей пястно-фаланговых суставов, их контрактура, а также переразгибание в проксимальных межфаланговых и сгибание в дистальных межфаланговых суставах.

4) Ульнарная девиация пальцев с неполными вывихами в пястно-фаланговых суставах

6. Р.Ф.-это набор антител к Fc-фрагменту молекулы Ig G. Р.Ф. может принадлежать к любому изотипу (Ig M, Ig G, Ig A, Ig E), но все они воспринимают Ig G в качестве антигена. Большинство Р.Ф. относится к изотипу Ig M. Р.Ф. направлен на удаление иммунных комплексов, циркулирующих в крови. 70% больных Р.А. имеют Р.Ф. в начале заболевания.

7. У пациентов, имеющих HLA - DR4 или Р.Ф.

8.

• Генерализованный полиартрит с поражением крупных и мелких суставов (10-20 суставов)

• Внесуставные проявления заболевания (узелки, васкулиты)

• Постоянно ускоренная СОЭ или повышенная концентрация СРВ в сочетании с синовитом.

• Наличие Р.Ф.

• Выявление костных эрозий на R-грамме в течение первых двух лет болезни.

• Наличие HLA - DR4

9.

1) Преднизолон 15 мг в 8.00 и 15 мг в 10.00 (т.к. у больной синовит, не эффективна НПВС-терапия)

2) Метотрексат 7,5мг/неделю: по 2,5мг через 12 часов.

3) Трентал 5мл на 200 мл физ. р-ра в/в капельно № 10

4) Препараты кальция - минакальдик (кальцитонин) в/м по 1мл (100 МЕ) два раза в сутки длительно. - *

10. Быстрая инвалидизация. Раннее появление внесуставных проявлений. Сокращение продолжительности жизни в среднем на 5 - 10 лет.

Практическое занятие №2

Тема: Ревматоидный артрит, лечение

Задача №15.

68-летний мужчина жалуется на сильные головные боли, скованность в шейном отделе позвоночника, боли и слабость мышц плечевого пояса, боли в мышцах тазового пояса и затруднение при вставании со стула. Головные боли возникли около 2 месяцев назад, мало поддавались действию анальгетиков и НПВС. Температура тела 37,4. При внешнем осмотре извитой болезненный тяж в области левого виска, АД 130/80 мм рт.ст. Внешне суставы не изменены, сила проксимальных мышц конечностей снижена. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила признаки остеохондроза. В общем анализе крови Нв 140г/л; лейкоциты - 8,0 тыс; СОЭ 48 мм/час. Анализ на ревматоидный фактор отрицательный, антинуклеарные антитела не обнаружены.

Задание:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ответ:

1. Гигантоклеточный темпоральный артериит (болезнь Хортана).
2. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, ферменты, щелочная фосфагаза, ЭКГ, ЭХОКГ, биопсия височной артерии не менее 1 см. Рентгенологическое исследование легких.
3. Кортикостероиды (преднизолон по 40 - 80 мг/сут). При остром течении показана внутривенная пульсовая терапия большими дозами урбазона (6-метилпреднизолона) с последующим переводом на пероральный прием больших доз преднизолона. Затем длительное применение поддерживающих доз ГКС и аминохинолиновых препаратов. Препараты, направленные на развитие коллатерального кровообращения (продектин).
4. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаюсу), узелковый периартериит, ревматоидный артрит, протекающий с васкулитом, диффузные заболевания соединительной ткани.
5. Клиника обусловлена поражением того или иного бассейна, чаще височных артерий. Жалобы на пульсирующую головную боль, усиливающуюся при жевании, припухлость в височной области, очаговое покраснение по ходу височной артерии, болезненностью при их пальпации, гиперестезии кожных покровов головы, лица. В последующем височные артерии уплотняются, становятся извитыми. Ухудшение зрения вплоть до слепоты. При поражении аорты развивается синдром дуги аорты болезни Такаюсу, поражения коронарных артерий с инфарктом миокарда. Общие признаки: волнообразная лихорадка, общая слабость, утомляемость, снижение аппетита, быстрое и значительное похудание, депрессия. Боли при движении и скованность в мышцах плечевого и тазового пояса, шеи.

Задача №16

Больной 27 лет доставлен в стационар с жалобами на кашель с выделением мокроты, диффузно окрашенной алой кровью, одышку в покое, зуд кожи, сухость во рту, жажду, резкую общую слабость. В течение нескольких лет наблюдается у терапевта по поводу артериальной гипертонии, постоянно определяются патологические изменения в моче. В течение последнего месяца отметил ухудшение общего состояния, прогрессивно нарастала общая слабость, многократно повторялась рвота, жаловался на резкие головные боли и отсутствие аппетита. Постепенно нарастала одышка, появился кашель и в течение последних двух дней обильное кровохарканье. Доставлен с подозрением на крупозную пневмонию.

Объективно - состояние тяжелое. Кожа сухая, бледная, со следами расчесов. Пастозность лица, небольшие отеки на голенях и пояснице. В легких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах с обеих сторон - мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 28 в минуту. Границы сердца расширены влево, ритм сердечных сокращений правильный, тоны глухие, акцент 2-го тона на аорте, короткий систолический шум во всех точках. Пульс 96 в минуту. АД 200/110 мм. рт. ст. Живот мягкий, небольшая болезненность при пальпации без четкой локализации.

Анализ крови: эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 93 г/л, лейкоциты $9,6 \times 10^9/л$, СОЭ- 32 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес 1006, белок 1,32 г/л, в осадке 2-3 лейкоцита и 10-12 эритроцитов в поле зрения, гиалиновые цилиндры. Мочевина крови 25,8 ммоль/л, креатинин- 1,23 ммоль/л. На рентгенограмме легких усиление легочного рисунка, снижение прозрачности легочной ткани в нижних отделах с обеих сторон.

Задание:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ответ:

1. Гранулематоз Вегенера (ГВ). ХПН.
2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, ревматоидный фактор. Циркулирующие иммунные комплексы, IgG и IgA. Биопсия пораженных тканей верхних дыхательных путей или почек. Рентгенологическое исследование легких.
3. Терапия циклофосфамидом. При остром течении - внутривенно (5-10 мг/кг в течение 2-3 дней) с последующим переходом на прием внутрь (по 12 мг/кг на 2 недели). Затем в поддерживающей дозе 25-50 мг в течение года. Обильное питье не менее 2,5-3 литров в сутки. Гепарин 20000-30000 ЕД/сут в течение 2 месяцев. При развитии почечной недостаточности обычная терапия малоэффективна. Показаны спленэктомия и двусторонняя нефрэктомия с пересадкой донорской почки.
4. С другими системными васкулитами (узелковый периартериит, геморрагический васкулит, болезнь Гудпасчера), диффузными болезнями соединительной ткани, гранулематозными процессами (саркоидоз, бериллиоз, эозинофильная пневмония, синдром Леффлера), инфекционными гранулемами (туберкулез, сифилис, микозы), злокачественными опухолями.
5. ГВ развивается постепенно с острою или хроническою ринита с язвенно-некротическими изменениями на слизистой оболочке придаточных пазух (синусит), гортани и трахен. Нарастает лихорадка, развивается клиника трахеобронхита, пневмонии со склонностью к распаду и образованию полостей в легких. В этот период развиваются язвенно-некротические поражения кожи, костнохрящевое скелета лица, перфорация носовой перегородки, артралгии, полиморфная кожная сыпь. Наиболее постоянный признак ГВ - поражение легких (боли в грудной клетке, одышка, кашель с кровянистой мокротой или кровохарканье). Характерным для ГВ являются множественные двусторонние инфильтраты, временами с просветлением (полости). Особенность болезни - развитие быстро прогрессирующего гломерулонефрита со значительной протениурией, гематурией. Быстрое прогрессирование почечной патологии с развитием олигурии и почечной недостаточности.

Задача №17

Больной М., 36 лет, жалуется на подъемы температуры до $38^{\circ}C$ с ознобом, припухлость мелких суставов кистей, боли в мышцах нижних конечностей. Заболел остро, 4 мес. назад. Получал аспирин, антибиотики по поводу инфекционно-аллергического полиартрита. Постепенно исчезла припухлость суставов, однако оставались боль, высокая лихорадка, потливость, стал отмечать снижение болевой чувствительности и слабость в левой ноге.

Прогрессивно худел. При осмотре: больной пониженного питания; кожные покровы бледные, суставы внешне не изменены, слегка свисает левая стопа, патологии внутренних органов не выявлено. АД - 150/98 мм.рт.ст.

Анализ крови: Нб 120 г/л, лейкоц. 12×10^9 , эритроц. $4,2 \times 10^{12}/л$, СОЭ.42 мм/ч.

Задание:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ответ:

1. Узелковый периартериит с развитием суставного синдрома и мононейропатией. Вторичная артериальная гипертония, III ст.
2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, ревматоидный фактор, мочевина, креатинин. Циркулирующие иммунные комплексы, IgG и IgA. Антитела к вирусу гепатита В в сыворотке крови и ИВsAg. Биопсия мышц голени слева. УЗДГ аорты, сосудов нижних и верхних конечностей, почек, глазного дна. ЭХОКГ. МСКТ сердца и коронарных сосудов. Рентгенологическое исследование легких.

Функция внешнего дыхания с лекарственной пробой (исключить вторичную бронхиальную астму).

3. Терапия циклофосфамидом. При остром течении - прием внутрь - по 1-2 мг/кг в сут. на неделю, совместно с преднизолоном 40 мг/сут (до 3-4 нед по 10 мг/сут). Затем в поддерживающей дозе циклофосфамид 25-50 мг в течение года. Препараты интерферона при выявлении маркеров вируса гепатита В. Пентоксифиллин 600 мг в/в кап. 2 раза в день в течении 5 дней, в дальнейшем 400 мг х 3 раза в день внутрь. Гипотензивная терапия - антагонисты кальция, ингибиторы АПФ.
4. С другими системными васкулитами (геморрагический васкулит, артериит Такаясус, синдром Чердж-Стросса, Гранулематоз Вегенера), диффузными болезнями соединительной ткани, ревматоидным полиартритом.
5. Подъемы температуры до 38°C с ознобом, потливость, слабость в левой ноге, похудание, боли в мышцах нижних конечностей.

Задача №18.

Больной, 18 лет. Месяц назад перенес острое респираторное заболевание. Принимал тетрациклин. При этом отмечал боль в коленных суставах с припуханием, геморрагические высыпания на коже голени, которые исчезли после отмены тетрациклина. Через 2 нед. в связи с субфебрилитетом возобновил прием тетрациклина, после чего состояние резко ухудшилось: повысилась температура до 38,5°C, появились сливные геморрагические высыпания на голени, бедрах, ягодицах, головная боль. Через 2 дня присоединились резкие схваткообразные боли в животе. Стул 30 раз с примесью крови, повторная рвота цвета "кофейной гущи". Объективно: бледен, истощен. На коже множественные сливные геморрагические высыпания. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения болезненны. Живот втянут, резкая болезненность при пальпации, имеются симптомы раздражения брюшины. Анализ крови: Нв-80 г/л, Лейкоциты-27,6x10⁹, п/я-17%, СОЭ 54 мм/ч. Анализ мочи- уд. вес 1015, белок. 0,9 г/л, эритроциты- 50-60 в поле зрения.

Задание:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Как объяснить рвоту цвета "кофейной гущи"?

Ответ:

1. Лекарственный геморрагический васкулит Шёнлейн-Геноха, с абдоминальным синдромом и гематурическим гломерулонефритом. Кровоизлияние в желудке и кишечнике с развитием кровопотери. Анемия.
2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, ревматоидный фактор, мочевины, креатинин. Циркулирующие иммунные комплексы, IgG и IgA. Биопсия кожи и мышц, обнаружение гранулоцитов, гранулоцитарная инфильтрация стенок артериол и венул. УЗДГ аорты, сосудов нижних и верхних конечностей, почек, глазного дна. ЭХОКГ. УЗИ брюшной полости. Рентгенологическое исследование легких. Колоноскопия. ЭГДС.
3. Лечение преднизолоном 1 мг/кг/сут в течении недели (до 3-4 нед по 10 мг/сут). Пульс - терапия - в/в кап. метилпреднизолон 1000 мг/сут в теч.30 мин. до 3-х дней. Терапия циклофосфамидом. При остром течении – прием внутрь - по 1-2 мг/кг в сут. на неделю. Затем в поддерживающей дозе 25-50 мг в течение года или азотиоприн по 1-3 мг/кг в сут., поддерживающая доза 50 мг/сут. Препараты железа, переливание эритроцитарной массы, введение в/в кап. эпислон-аминокапроновой кислоты. Хирургическое лечение при сильном кровотечении.
4. С другими системными васкулитами (узелковый периартериит, артериит Такаясус, синдром Чердж-Стросса, гранулематоз Вегенера, гигантоклеточный артериит, макроглобулинемическая пурпура Вальденстрема), тромбоцитопенической пурпурой, диффузными болезнями соединительной ткани, ревматоидным полиартритом.
5. Кровоизлиянием в желудке.

Задача № 19

Женщина 29 лет проходит обследование по поводу артериальной гипертензии. Жалобы на слабость, ухудшение зрения на левый глаз, «летучие» боли в крупных суставах. Во время письма возникает ощущение слабости и дискомфорта в руке, требующее отдыха. Объективно: обнаружена асимметрия пульса (слева пульс слабее) и АД (справа АД 180/100 мм рт.ст., слева 160/90 мм рт.ст.). Над брюшным отделом аорты выслушивается систолический шум. Анализ крови: Нв - 113 г/л, лейкоц. - 5,410⁹/л, в формуле - 65 % нейтрофилов, СОЭ - 28 мм/ч. Антиядерные антитела не выявлены. В б/х анализе крови - холестерин - 4,2 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как объяснить слабость и дискомфорт в руке.
3. Какие инструментальные методы исследования наиболее информативны.
4. Дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз артериальной гипертензии
5. Тактика лечения.

Ответ:

1. Неспецифический аортоартериит с сочетанным поражением дуги и брюшного отдела аорты.
2. Поражение левой подключичной артерии (отходит от дуги аорты).
3. Аортография и селективная ангиография поражённых сосудов – наиболее информативные методы диагностики. Выявляют участки стеноза и постстенотического расширения, мешотчатые аневризмы, неполные и полные окклюзии ветвей дуги аорты, различные по локализации и протяжённости. Для наглядной визуализации артериальных стенозов применяют ультразвуковое сканирование сосудов.
4. Необходимо дифференцировать с врождёнными аномалиями сосудистой системы и тромбоэмболиями. Реноваскулярная гипертензия развивается не только при неспецифическом аортоартериите, но и при атеросклерозе почечных сосудов, фибромускулярной дисплазии.
5. Преднизолон по 40-60 мг/сут до достижения клинического эффекта (1-3 месяца), затем постепенно снижают дозу до 5-10 мг/сут. Если ремиссия не достигнута добавляют метотрексат в средней дозе 15 мг/нед.

Задача №20

1. Мужчина 43 года, жалуется на быстрое похудание на 8 кг за 3 месяца, лихорадку до 38,0, боли в икроножных мышцах, боли в яичках, появление мелкоочаговой сыпи на ногах, боли в суставах. Заболел после переохлаждения. При осмотре: рост 187 см, вес – 62 кг. Пальпируются лимфатические узлы в подмышечных областях, безболезненные, подвижные. Кожа на ногах имеет «мраморную» окраску. Суставы без видимых изменений. Имеются ... петехиально геморрагической сыпи без склонности к изъязвлению. По ходу сосудов нижних конечностей прощупываются узелки размером с горошину. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны ясные, звучные. АД на обеих руках – 190/120 мм.рт.ст. ЧСС – 86 в мин. Живот мягкий, разлитая болезненность по всей брюшной полости. Печень не увеличена. Отеков на ногах нет. Физиологические отправления в норме.

Данные обследования:

- 1) Общий анализ крови:
Эритроциты – 3,4 x 10¹²/л, НВ – 109 г/л, ЦП – 0,87, лейкоц – 20,5 x 10⁹/л, эоз – 17%, СОЭ – 56 мм/ч
- 2) Общий анализ мочи:
Кол-во – 200,0, уд. вес – 1009, белок – 0,8 г/л, эр-ты – 12-13 в п/зр, лейкоц – 7-8 в п/зр
- 3) НВsAg – положительный
- 4) АСТ – 0,43 ммоль/л, АЛТ – 0,52 ммоль/л
- 5) Ревматоидный фактор – 1:64 (реакция Ваалер-Роузе)

- 6) СРБ – 34,5 мЕ/мл
- 7) Антинуклеарный фактор – отрицательный
- 8) Антитела к двухспиральной ДНК не обнаружены.
- 9) Осмотр глазного дна: очаги кровоизлияний сосудов сетчатки, явления хориоидита, аневризматические изменения сосудов сетчатки
- 10) УЗИ сосудов нижних конечностей – проходимость сосудов не нарушена
- 11) ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС – 81 в мин, отклонение электрической оси сердца влево, ишемические изменения по передней стенке и перегородке
- 12) Контрастная висцеральная ангиография бассейнов чревной и почечной артерии: множественные артериальные аневризмы чревных артерий
- 13) Биопсия кожно-мышечного лоскута – выраженная лимфоцитарная инфильтрация, некротические изменения артерий среднего калибра.

Задание:

- 1) Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
- 2) На основании каких клинических и лабораторно-инструментальных данных выставлен диагноз?
- 3) Обоснуйте тактику лечения пациента
- 4) Какие осложнения наблюдаются при данном заболевании?

Ответ:

Узелковый периартериит

Задача №21

Женщина 25 лет, жалуется на онемение левой половины туловища, левой руки, головокружение, обморочные состояния, ухудшение зрения, слабость, похудание, боли в крупных и мелких суставах без определенного ритма. Заболела постепенно.

При осмотре: рост 163 см, вес 52 кг, румянец на щеках, лимфаденопатия за счет увеличения подмышечных лимфоузлов. Суставы без экссудативных явлений. Снижена пульсация на левой сонной, левой лучевой, левой тыльной артерии стопы. При поднятии левой руки пульс исчезает полностью. АДс – 130/75 мм.рт.ст., АДд – 90/60 мм.рт.ст. Систолический шум в области левой сонной артерии. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, дуоцистый систолический шум на верхушке, диастолический шум во втором межреберье справа. ЧСС 83 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Данные обследований.

- 1) ОАК - Эритроциты – 2,9 x 10¹²/л, НВ – 76 г/л, ЦП – 0,7, лейкоц – 7,8 x 10⁹/л, СОЭ – 57 мм/ч
- 2) ОАМ - уд. вес – 1021, белок – 0,066 г/л, эр-ты – 8-9 в п/зр, лейкоц – 5-7 в п/зр
- 3) АСТ – 0,43, АЛТ – 0,36 ммоль/л, билирубин – 17 мкмоль/л
- 4) УЗИ сосудов шеи, головы, верхних конечностей – лоцируется стенозирование левой сонной артерии на 30%, левой подключичной, левой лучевой артерии – на 50%
- 5) Осмотр глазного дна – участки ишемии сетчатки, спазм артериол, ишемия диска зрительного нерва
- 6) ЭхоКГ – регургитация на аортальном клапане, признаки недостаточности аортального клапана ФИ – 67%
- 7) СРБ – 23,6 мг/мл
- 8) Ревматоидный фактор отрицательный
- 9) Антитела к нативной и двухспиральной ДНК не обнаружены

Задание:

- 1) Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
- 2) На основании каких клинических и лабораторно-инструментальных данных выставлен диагноз?
- 3) Обоснуйте тактику лечения пациента
- 4) Какие осложнения наблюдаются при данном заболевании?

Ответ:

Неспецифический аортоартериит

Задача №22

Мужчина 58 лет, жалуется на заложенность носа, слизисто-гнойные выделения с корочками из носовых путей не проходящие от эффекта антибиотиков, лихорадку, похудание, боли в крупных суставах, кашель, боль в груди, отдышка, кровохарканье. Болеет 3 месяца.

При осмотре: затруднено носовое дыхание, у крыльев носа – язвенно-некротические корочки. В легких в нижних отделах крупнопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. ЧД – 23 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 98, АД на обеих руках – 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Данные обследований.

- 1) ОАК - Эритроциты – 2,9 x 10¹²/л, НВ – 76 г/л, ЦП – 0,7, лейкоц – 13,5 x 10⁹/л, СОЭ – 65 мм/ч
- 2) ОАМ - уд. вес – 1012, белок – 0,033 г/л, эр-ты – 12-14 в п/зр, лейкоц – 5-7 в п/зр
- 3) R – графия легких – множественные инфильтраты, тени в обоих легких, склонные к распаду и образованию полостей. Слева – жидкость в плевральной полости до уровня 5-го ребра
- 4) Осмотр ЛОР-врача: грануломатозные изъязвляющиеся разрастания в области носоглотки, носовой перегородки, слизистой оболочки синусов, мягкого и твердого неба
- 5) АНФ – положительный
- 6) РФ – (реакция Ваалер-Роузе) 1:128
- 7) АНЦА – положительный
- 8) ЦИК – 110 ед. опт. плотности (N до 50 ед. опт. плотности)

Задание:

- 1) Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
- 2) На основании каких клинических и лабораторно-инструментальных данных выставлен диагноз?
- 3) Обоснуйте тактику лечения пациента
- 4) Какие осложнения наблюдаются при данном заболевании?

Ответ:

3. Гранулематоз Вегенера

Задача № 23

Мужчина 76 лет, жалуется на интенсивные диффузные пульсирующие боли в правой височной области, приступообразные боли в языке, нижней челюсти при разговоре, жевании, двоение в правом глазу, нарушение зрения, боли в крупных суставах, боли в мышцах конечностей и спины, слабость, лихорадку, похудание. Заболел постепенно, симптомы нарастали в течение года.

При осмотре: в правой височной области пальпируется извитая, уплотненная, болезненная височная артерия, пальпаторная болезненность кожных покровов головы в височной области слева, кожа слабоэритематозна. Пальпация мышц спины и плечевого пояса болезненна, мышцы напряжены. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, звучные. В проекции правой сонной артерии выслушивается систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

Обследования:

1. ОАК - эритроциты – 3,2 x 10¹²/л, НВ – 106 г/л, ЦП – 0,9, лейкоц – 7,3 x 10⁹/л, СОЭ – 70 мм/ч, тромбоциты-410 x 10⁹/л
2. ОАМ - уд. вес – 1023, белка, сахара нет, реакция кислая, эр-ты – 0-1 в п/зр, лейкоц – 5-7 в п/зр

1. ЩФ – 250 МЕ/л (норма-120), АСТ – 0,84 мкмоль/л (норма 0,45), АЛТ – 0,96 мкмоль/л (норма 0,68)
2. СРБ – отр.
3. РФ – отр. Ваалер-Роузе 1:16
4. АНФ, антитела к двуспиральной ДНК не обнаружены.
5. УЗИ сосудов головы: сегментарная окклюзия правой височной артерии.

Задание:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. На основании каких клинических и лабораторно-инструментальных данных выставлен диагноз?
3. Обоснуйте тактику лечения пациента
4. Какие осложнения наблюдаются при данном заболевании?

Ответ:

Гигантоклеточный артериит

Задача № 24.

Женщина 42 года, жалуется на появление мелкоточечной петехиальной сыпи на ногах, животе, не сопровождающуюся зудом, болью, изъязвлениями, боли и припухлость коленных и голеностопных суставов, повышение АД, мутный цвет мочи. Заболела через 10 дней после перенесенной вирусной инфекции.

При осмотре: состояние средней тяжести. На коже голеней, бедер, живота, непальпируемая петехиальная геморрагическая сыпь, без склонности к изъязвлению, без корочек, расчесов. Коленные суставы деформированы за счет незначительных экссудативных явлений. Болезненные при пальпации, объем активных и пассивных движений сохранен.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД 170/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Обследования:

1. ОАК - Эритроциты – 3,2 x 10¹²/л, НВ – 92 г/л, ЦП – 0,8, лейко – 5,6 x 10⁹/л, СОЭ – 32 мм/ч, тромбоциты-232 x10⁹/л
2. ОАМ - уд. вес – 1023, белка, сахара нет, реакция кислая, эр-ты – 13-15 в п/зр, лейко – 5-7 в п/зр
1. IgA – 12,0 (N – 0,5-2,0) МЕ/ml, IgM – 2,0 (N – 0,5-2,5) МЕ/ml, IgJ – 8,3 (N – 14), IgE – 73 (N – 100) МЕ/ml
2. Креатинин – 90 мкмоль/л
3. АСТ – 0,34 ммоль/л, АЛТ – 0,45 ммоль/л, билирубин – 17 мкмоль/л, тимоловая проба – 1,2 ед
4. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС – 84 в мин, вертикальное положение электрической оси сердца. Дистрофические диффузные изменения в миокарде

5. Рентгенография органов грудной клетки – органы грудной клетки без патологии, легочные поля прозрачны, тень сердца не увеличена

Задание:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. На основании каких клинических и лабораторно-инструментальных данных выставлен диагноз?
3. Обоснуйте тактику лечения пациента
4. Какие осложнения наблюдаются при данном заболевании?

Ответ:

Геморрагический васкулит

Задача №25

Больная Д., 18 лет, студентка.

Жалобы при поступлении: на боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей, чувство «скованности» в них, боли под лопатками при глубоком дыхании, чувство нехватки воздуха, общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Из анамнеза: заболела остро 3 мес. назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство «скованности» в них, слабость в руках и ногах, боли в пояснице, повышение температуры тела до 38°C. Вскоре появились эритематозные высыпания на спинке носа и щеках.

Лечилась в местной больнице, где состояние расценивалось как ревматизм в активной фазе, ревмокардит, полиартрит, поражение почек. В анализах крови были выявлены анемия (гемоглобин – 90 г/л), увеличение СОЭ до 35 мм/ч. Проводилось лечение пенициллином, индометацином, антигистаминными средствами, на фоне чего температура тела снизилась до субфебрильных значений. Однако сохранялись артралгии, распространившиеся на коленные суставы и межфаланговые суставы кистей, стало возникать чувство нехватки воздуха, затем появились боли под лопатками при глубоком дыхании. При осмотре: температура тела 38,3°C. Кожные покровы бледные, капилляриты ладоней, лимфаденопатия, увеличение в объеме и гипертермия левого коленного сустава. На коже щек и спинки носа яркая эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД – 17/мин. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается ритм галопа, слабый систолический шум на верхушке. Пульс – 100 уд./мин, ритмичный. АД – 120 и 70 мм рт. ст. Печень выступает на 2,5 см из-под края правой реберной дуги, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная. Пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В анализах крови: гемоглобин – 66 г/л, гематокрит – 33%, ЦП – 0,80, лейкоциты – 2,9 тыс., тромбоциты – 112 тыс., СОЭ – 59 мм/ч. Общий белок – 7,2 г/дл, альбумин – 2,9 г/дл, креатинин – 1,4 мг/дл. IgM – 140 мг%, IgA – 225 мг%, IgG – 1800 мг%, комплемент – 0. Титр АСЛ-О – ниже 250 ед. Латекс-тест – отрицательно, реакция Ваалера – Роуза – отрицательно, антинуклеарные антитела – 1:160, LE-клетки – найдены.

В анализах мочи: уд. вес – 1010, рН – 5, белок – 1,75%, сахара нет, лейкоциты – 4–6 в поле зрения, эритроциты – 7–10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые – 3–4 в поле зрения, цилиндры зернистые – 1–2 в поле зрения.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отриц. зубцы Т в I, III, aVF, V3–V5 отведениях.

Рентгенография органов грудной клетки: умеренное усиление легочного рисунка, утолщение и уплотнение междолевой плевры.

УЗИ брюшной полости и почек: печень и селезенка несколько увеличены, нормальной эхогенности. Почки не изменены.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ответы: Клинический диагноз: системная красная волчанка острого течения с поражением кожи (эритема в зоне «бабочки», капилляриты), сердца (миокардит), серозных оболочек (плеврит), почек (нефрит), суставов (артралгии, артрит левого коленного сустава), гематологическими нарушениями (анемия, лейкопения, тромбоцитопения), III степени активности. План лечения: больной показана терапия преднизолоном перорально в дозе 60 мг/сут. Учитывая наличие лупус-нефрита, а также острое течение заболевания, к терапии целесообразно добавить цитостатические иммуносупрессанты – азатиоприн 100 мг/сут.

База тестовых заданий по дисциплине «Лечение пациентов терапевтического профиля».

Тесты для входного контроля знаний студентов

Модуль 1. Лечение пациентов с заболеваниями дыхательной системы.

Лечение острых и хронических бронхитов

Лечение хронической обструктивной болезни легких

Лечение бронхиальной астмы

Лечение нагноительных заболеваний легких

Лечение пневмоний

Лечение легочного сердца

Модуль 2. Лечение пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Артериальная гипертония, лечение

1. Сколько степеней АГ выделяют по уровню повышения АД?
 - а. 2
 - б. +3
 - в. 4
 - г. 5

2. Выберите из вышеперечисленных состояний факторы риска ССО при АГ.
 - а. Боли в сердце
 - б. +Курение
 - в. Алкоголизм
 - г. Частые стрессы

3. Выберите из вышеперечисленных состояний признаки поражения органов – мишеней при АГ.
 - а. +Микроальбуминурия
 - б. Курение
 - в. Алкоголизм
 - г. Инфаркт миокарда

4. Выберите из вышеперечисленных состояний ассоциированное клиническое состояние при АГ.
 - а. Микроальбуминурия
 - б. Курение
 - в. +Мозговой инсульт
 - г. Абдоминальное ожирение

5. Сколько групп лекарственных препаратов рекомендовано для лечения АГ?
 - а. 3
 - б. 4
 - в. +5
 - г. 7

6. Гипертоническая болезнь является фактором риска развития следующих заболеваний:
 - а. ИБС.
 - б. Инсульта.
 - в. +И того, и другого.
 - г. Ни того, ни другого.

7. Какой препарат относится к группе β-адреноблокаторов?
 - а. сальбутамол
 - б. +бисопролол
 - в. нифедипин
 - г. индопамид

8. Какой препарат относится к группе ингибиторов АПФ?
 - а. телмисартан
 - б. бисопролол
 - в. нифедипин
 - г. +периндоприл

9. Выберите препарат, не применяемый при сочетании АГ с бронхиальной астмой.
 - а. +метопролол
 - б. нитроглицерин
 - в. нифедипин
 - г. рамиприл

Гипертонические кризы, принципы лечения

Синкопальные состояния, лечение

97. Признаками нейрокардиогенных обмороков является:
 - а. +наличие предобморочного состояния
 - б. отсутствие предобморочного состояния

98. Являются ли коллапс и обморок синонимами:
 - а. да
 - б. +нет

99. Могут ли синкопальные состояния возникать у вполне здоровых лиц:
 - а. +да
 - б. нет

100. Признаками аритмических кардиогенных обмороков является:
 - а. наличие предобморочного состояния
 - б. +отсутствие предобморочного состояния

101. У пациента, жалующегося на слабость, вялость, головные боли, эпизоды потери сознания при регистрации ЭКГ выявляют полную АВ-блокаду

III степени, частота сокращения желудочков - 35 уд/мин (во время бодрствования). Ваша тактика:

- а. +рекомендация имплантации электрокардиостимулятора
- б. назначение дигидропиридиновых антагонистов кальция

102. При каком нарушении ритма чаще встречается идиовентрикулярный ритм:

- а. фибрилляция предсердий
- б. +полная атриовентрикулярная блокада

103. Основным электрокардиографическим признаком атриовентрикулярной блокады первой степени:

- а. +увеличение продолжительности интервала P-Q более 0,20 секунды
- б. сокращение продолжительности интервала P-Q менее 0,10 секунды

104. Почему при отравлении сердечными гликозидами не следует вызывать рвоту у пострадавшего?

- а. +опасность возникновения брадиаритмии
- б. риск наступления фибрилляции желудочков

105. У ребенка после кратковременной потери сознания отмечаются признаки удушья, на расстоянии слышен хлопающий шум при дыхании. Чем обусловлен данный звуковой феномен?

- а. просачиванием воздуха между инородным телом и стенкой ротоглотки
- б. +баллотирующим движением инородного тела в трахее

106. Терапия, которая при черепно-мозговой травме скорее наносит вред, чем приносит пользу:

- а. +седативная
- б. дезагрегационная

ИБС. Стабильная и нестабильная стенокардия, лечение

66. Боль в грудной клетке во время физической нагрузки и при выходе на холод характерна для:

- а. +стенокардии;
- б. пневмонии;
- в. остеохондроза;
- г. рефлюкс-эзофагита;
- д. миокардита

67. Для ангинозных болей в груди характерно всё, кроме:

- а. локализация за грудиной или в области сердца;
- б. +усиление при глубоком дыхании;
- в. иррадиация в левую руку или лопатку;
- г. купирование нитроглицерином;
- д. сопровождение чувством нехватки воздуха.

68. Причиной жгучей боли в нижней трети грудины, возникающей после еды, сопровождающейся отрыжкой кислым, могут быть:

- а. язвенная болезнь желудка;
 - б. рефлюкс-эзофагит;
 - в. эзофагоспазм;
 - г. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- +все перечисленное

69. Для кардиалгии при заболеваниях пищеварительного тракта, не характерно:

- а. Жгучий, загрудинный характер болей
- б. Связь боли с приемом пищи
- в. Уменьшение боли после приема антацидов или нескольких глотков воды
- г. +Связь возникновения боли с физической нагрузкой
- е. Наличие дисфагии

70. Для кардиалгии при заболеваниях костно-мышечной системы и нервных структур характерно все, кроме:

- а. Связь с определенными движениями плечевого пояса и туловища
- б. Боль острая колющая или тупая ноющая длительная (часы, дни)
- в. Наличие локальной пальпаторной болезненности
- г. +Купирование боли приемом нитроглицерина
- д. Частая иррадиация боли в левое плечо, руку, сопровождающееся нарушением ее чувствительности
- е.

71. Диагноз спонтанного пневмоторакса слева позволяют поставить:

- а. +Сочетание коробочного перкуторного тона с резким ослаблением дыхания
- б. Связь боли с дыханием и кашлем
- г. Смещение органов средостения вправо
- д. Связь боли с одышкой
- е. Острое начало заболевания

72. Для массивной ТЭЛА не характерно:

- а. Загрудинный характер болей
- б. +Отсутствие одышки
- в. Повышении ЦВД

- г. Снижение АД
 - д. Кровохарканье
73. Наиболее информативным методом диагностики расслаивающейся аневризмы грудного отдела аорты является:
ЭКГ
- а. Активность ферментов
 - б. Суточное мониторирование АД
 - в. Рентгенография
 - г. +Чреспищеводная эхокардиография
74. Для острого перикардита не характерно:
- а. Локализация боли за грудиной
 - б. +Продолжительность боли не более 3-5 минут
 - в. Отсутствие эффекта от приема нитроглицерина
 - г. Тупой, давящий характер боли
 - д. Шум трения перикарда
75. Причиной острой нестерпимой боли в области сердца могут быть:
- а. Стенокардия Принцметала
 - б. Инфаркт миокарда
 - в. Расслаивающаяся аневризма аорты
 - г. ТЭЛА
 - д. Спонтанный пневмоторакс
 - е. +Все перечисленное
76. Для кардиалгии при нейро-циркуляторной дистонии не характерно:
- а. Тупая ноющая либо острая колющая боль слева от грудины
 - б. + Сжимающая жгучая боль за грудиной
 - в. Продолжительность боли секунды или часы
 - г. Купирование боли валидолом
 - д. Возникновение боли в покое или спустя время после физической нагрузки

Инфаркт миокарда, лечение острой и подострой стадии, реабилитация больных с инфарктом миокарда. лечение

13. Какие причины развития ИМ не связаны с атеросклерозом венечных артерий?
- а. Травма сердца.
 - б. Эмболия интактной коронарной артерии.
 - в. Диссекция коронарной артерии при коронароангиографии.
 - г. Аномалии развития (атрезия) коронарной артерии.
 - д. +Все вышеперечисленные причины.
14. Какие из указанных изменений на ЭКГ характерны для инфаркта миокарда?
- а. +патологический зубец Q;
 - б. конкордантный подъем сегмента ST;
 - в. низкий вольтаж зубца Р в стандартных отведениях.
15. Повышение каких сывороточных ферментов наблюдается в первые 6-12 часов инфаркта миокарда?
- а. +креатинфосфокиназы;
 - б. лактатдегидрогеназы;
 - в. аминотрансферазы;
 - г. щелочной фосфатазы.
16. Какие эхокардиографические признаки характерны для инфаркта миокарда?
- а. диффузный гиперкинез;
 - б. диффузный гипокинез;
 - в. +локальный гипокинез;
 - г. локальный гиперкинез.
17. Какое лечение показано в первые 6 часов инфаркта миокарда?
- а. +тромболитическая терапия;
 - б. дигитализация;
 - в. терапия антагонистами кальция.
18. Какие осложнения возможны при проведении тромболитической терапии в остром периоде инфаркта миокарда?
- а. гипотензия;
 - б. анафилактический шок;
 - в. геморрагический шок;
 - г. гематурия;
 - д. +все перечисленное.
19. Какие признаки характерны для кардиогенного шока?
- а. артериальная гипотензия;
 - б. пульсовое давление больше 30 мм рт.ст.;
 - в. брадикардия;
 - г. олигурия;
 - д. +правильно 1 и 4.

20. Какие лекарственные препараты применяют для лечения кардиогенного шока?
а. мезатон;
б. допамин;
в. преднизолон;
г. бикарбонат натрия;
д. +правильно 2,3,4.
21. Длительность острейшего периода инфаркта миокарда:
а. до 6 часов;
б. +до двух часов;
в. до 30 минут;
г. до 12 часов;
д. до 24 часов.
22. Длительность острого периода инфаркта миокарда:
а. до двух часов;
б. до 1 месяца;
в. +до 10 дней;
г. до двух дней;
д. до 18 дней.
23. Для болевого синдрома при инфаркте миокарда характерно:
а. локализация за грудиной;
б. длительность боли более 30 минут;
в. иррадиация в левую ключицу, плечо, шею;
г. сжимающе-давящий характер;
д. +все перечисленное.
24. К осложнениям инфаркта миокарда не относятся:
а. синдром Дресслера
б. кардиогенный шок
в. + синдром Жильбера
г. нарушения ритма и проводимости
25. Абсолютным противопоказанием для тромболитической терапии является:
а. +инсульт
б. беременность
в. перенесенная операция год назад
г. рефрактерная артериальная гипертензия (АД>180/100 мм рт ст)
26. К некорректируемым факторам риска ИБС относятся:
а. сахарный диабет
б. ожирение
в. +пол
г. артериальная гипертензия
27. Резорбционно - некротический синдром при инфаркте называется синдромом:
а. +Виноградова А.В.
б. Бругада
в. Вольфа-Паркинсона-Вайта
г. Лайма
28. Купирование болевого синдрома в остром периоде проводится:
а. нитратами
б. анальгином
в. наркотическим
29. Лейкоцитоз в остром периоде инфаркта миокарда выявляется:
а. +Через несколько часов от начала заболевания
б. К концу первых суток
в. На вторые-третьи сутки
г. К концу первой недели
д. Не выявляется вовсе
30. При неосложненном инфаркте миокарда СОЭ начинает увеличиваться:
а. Через 1-2 часа от начала заболевания
б. Через 3-4 часа от начала заболевания
в. Через 6-8 часов от начала заболевания
г. +На 2-3-и сутки
д. На 4-5-е сутки

Нарушения ритма, виды лечения

31. Характерный электрокардиографический признак желудочковой экстрасистолы:
а. +уширение и деформация желудочкового комплекса.
б. нормальный желудочковый комплекс
в. наличие предсердного комплекса перед экстрасистолой

- г. отсутствие компенсаторной паузы
32. Важнейший ЭКГ-признак трепетания предсердий:
- неритмичность QRS
 - удлинение PQ
 - +наличие 2 или 3 предсердных комплексов перед одним желудочковым.
33. При пароксизмальной желудочковой тахикардии противопоказаны:
- +атропин.
 - атенолол
 - препараты калия
 - электроимпульсная терапия
34. Электроимпульсная терапия не показана только при:
- фибрилляции желудочков
 - пароксизмальной тахикардии при отсутствии эффекта от антиаритмической терапии
 - +полной атриовентрикулярной блокаде.
35. К блокаторам натриевых каналов относятся все препараты, кроме:
- ритмилен
 - +верапамил.
 - новокаинамид
 - лидокаин
36. Для сохранения синусового ритма у лиц с ИМ и пароксизмами мерцательной аритмии на фоне сердечной недостаточности предпочтение следует отдавать:
- соталолу
 - +кордарону.
37. При приступе пароксизмальной желудочковой тахикардии применять нельзя:
- +строфантин.
 - лидокаин
 - новокаинамид
 - электроимпульсная терапия
 - кордарон
38. Применение сердечных гликозидов и изоптина противопоказано:
- при АВ рецепторной пароксизмальной тахикардии с узкими комплексами QRS
 - +при АВ рецепторной пароксизмальной тахикардии с широкими комплексами QRS.
 - Какие градации желудочковой экстрасистолии опасны развитием ЖТ или ФЖ:
 - II – V
 - +III – V
 - IV – V

Острая и хроническая сердечная недостаточность, лечение

56. К ОЧН следует отнести:
- отек головного мозга;
 - +отек легких.
57. Наиболее частой причиной развития хсн является ишемическая болезнь сердца:
- +верно;
 - неверно.
58. К клиническим проявлениям сердечной недостаточности относят:
- +одышку, отеки нижних конечностей, слабость;
 - нарушения ритма сердца, боль за грудиной.
59. Систолическая сердечная недостаточность – это:
- +СН, в основе которой – нарушение насосной функции сердца;
 - СН, в основе которой – нарушение расслабления миокарда желудочков.
60. Ингибиторы апф в лечении хсн с фв < 40%:
- применяются в особых клинических ситуациях;
 - +применяются у всех пациентов.
61. Обострение хронического заболевания легкого с легочной гипертензией, острое тяжелое заболевание легких (пневмония, тэла) могут быть причиной:
- +правожелудочковой ОЧН;
 - левожелудочковой ОЧН.
62. Различают интерстициальный и альвеолярный типы отека легких:
- +верно;
 - неверно.
63. К специфичным признакам сердечной недостаточности относятся:
- +Набухание шейных вен, третий тон сердца (ритм галопа), смещение верхушечного толчка влево, систолический шум;
 - Одышка, плохая переносимость физической нагрузки, утомляемость

64. Диастолическая сердечная недостаточность – это:
а. СН, в основе которой – нарушение насосной функции сердца;
б. +СН, в основе которой – нарушение расслабления миокарда желудочков.
65. Сердечные гликозиды в лечении хсн с фв < 40%:
а. +применяются в особых клинических ситуациях;
б. применяются у всех пациентов.

Перикардиты, лечение

1. В норме полость перикарда содержит:
а. Около 5 мл жидкости.
б. +До 50 мл жидкости.
в. 100-200 мл жидкости.
г. 300-500 мл жидкости.
2. В норме толщина перикарда составляет:
а. До 0,5 мм.
б. 1-1,5 мм.
в. +5-10мм
3. В кровоснабжении перикарда принимают участие:
а. Внутренние грудные артерии и артерии, снабжающие кровью диафрагму.
б. Артерии, кровоснабжающие щитовидную железу.
в. Бронхиальные артерии.
г. Пищеводные и медиастиальные артерии.
д. +Все перечисленные
4. Основными функциями перикарда являются:
а. Предохранение сердца от чрезмерного растяжения.
б. Фиксация сердца
в. Обеспечение свободного движения сердца в определенном объеме.
г. Защита сердца от проникновения инфекции со стороны легких и средостения.
д. +Все перечисленное
5. Наиболее частой причиной сдавливающего (констриктивного) перикардита у лиц молодого возраста является:
а. Туберкулез.
б. Сифилис.
в. Ревматизм.
г. Ранения перикарда.
д. +Системные заболевания соединительной ткани
6. К асептическим поражениям перикарда следует отнести:
а. Перикардиты при заболеваниях крови.
б. Перикардиты при злокачественных опухолях.
в. Аллергическое или аутоиммунное поражение миокарда.
г. Все перечисленные формы.
д. +Ничего из перечисленного
7. В острой стадии перикардита происходит:
а. Выпадение нитей фибрина.
б. Накопление экссудата.
в. Ничего из перечисленного.
г. +Все перечисленное
8. При хроническом перикардите:
а. Происходит разрастание грануляционной ткани.
б. Формируются спайки между листками перикарда.
в. Происходит облитерация полости перикарда.
г. +Имеет место все перечисленное
9. "Парадоксальный пульс" - это:
а. Исчезновение пульса или уменьшение его наполнения при вдохе.
б. Низкая амплитуда пульсовой волны на периферических артериях при высокой амплитуде его на магистральных сосудах.
в. И то, и другое.
г. +Ни то, ни другое
10. Причиной "парадоксального пульса" при перикардите является:
а. Резкое снижение сердечного выброса на вдохе.
б. Повышение сердечного выброса на выдохе.
в. Нарушения ритма.
г. Все перечисленное.
д. +Правильного ответа нет
11. Шум трения перикарда при фибринозном перикардите:
а. Лучше выслушивается в положении сидя.
б. Не связан с дыханием.
в. Усиливается при надавливании стетоскопа.

- г. Выслушивается в систолу и диастолу.
 - д. +Все ответы правильные
12. Шум трения перикарда можно выслушать:
- а. В межлопаточном пространстве.
 - б. Над всей зоной абсолютной тупости сердца
 - в. На небольшом участке в IV межреберье слева.
 - г. Все ответы правильные.
 - д. +Правильного ответа нет

Нейроциркуляторная дистония, лечение

Пороки сердца, лечение

- а. ослабление 1 тона,
 - б. +хлопающий 1 тон
 - в. систолический шум на верхушке и в т.Боткина
 - г. акцент 2 тона над легочной артерией
78. Аускультативная картина при митральном стенозе не включает в себя признаки:
- а. усиленный (хлопающий) I тон
 - б. следующий за II тоном тон открытия митрального клапана
 - в. диастолический шум с максимумом на верхушке
 - г. +систолический шум с максимумом на верхушке
79. В норме площадь митрального отверстия составляет кв. см.
- а. +4-6 ,
 - б. 3-4
 - в. 6-8
 - г. 1-2
80. Причинами легочной гипертензии при митральных пороках, в том числе митральном стенозе, служат:
- а. пассивная передача давления из левого предсердия в систему легочных вен;
 - б. спазм легочных артериол в ответ на повышение давления в легочных венах;
 - в. отек стенок мелких легочных сосудов;
 - г. облитерация легочных сосудов с повреждением эндотелия
 - д. +все вышеперечисленное
81. Для стеноза устья аорты не характерно:
- а. +Хлопающий 1 тон
 - б. Грубый систолический шум в точке Боткина и втором межреберье справа от грудины
 - в. Систолическое дрожание в точке Боткина и втором межреберье справа от грудины
 - г. Иррадиация шума на сосуды шеи
82. Диастолическое дрожание в третьем-четвертом межреберье слева от грудины характерно для
- а. аортального стеноза
 - б. +митрального стеноза
 - в. ДМЖП
 - г. недостаточности трехстворчатого клапана;
 - д. недостаточности митрального клапана;
83. Пульс tardus, parvus характерен для:
- а. недостаточности трехстворчатого клапана;
 - б. недостаточности митрального клапана;
 - в. недостаточности аортального клапана;
 - г. +стеноза устья аорты;
 - д. митрального стеноза.
84. Наличие у больного положительного венного пульса характерно для:
- а. недостаточности митрального клапана;
 - б. митрального стеноза;
 - в. недостаточности аортального клапана;
 - г. стеноза устья аорты;
 - д. +недостаточности трехстворчатого клапана.
85. Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца:
- а. дилатация правого предсердия;
 - б. +дилатация правого желудочка;
 - в. гипертрофия правого желудочка;
 - г. дилатация левого желудочка;
 - д. гипертрофия левого желудочка.
86. Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации:
- а. правого предсердия;
 - б. правого желудочка;
 - в. левого предсердия;
 - г. +левого желудочка;
 - д. левого предсердия и правого желудочка.
87. Кровохарканье чаще всего наблюдается при:

- а. недостаточности митрального клапана;
 - б. +митральном стенозе;
 - в. недостаточности аортального клапана;
 - г. стенозе устья аорты;
 - д. недостаточности трехстворчатого клапана.
88. Систолическое дрожание над верхушкой сердца характерно для:
- а. +недостаточности митрального клапана;
 - б. недостаточности аортального клапана;
 - в. митрального стеноза;
 - г. стеноза устья аорты;
 - д. недостаточности трехстворчатого клапана.
89. Усиление систолического шума в области нижней трети грудины в конце форсированного вдоха типично для:
- а. недостаточности митрального клапана;
 - б. митрального стеноза;
 - в. недостаточности аортального клапана;
 - г. стеноза устья аорты;
 - д. +недостаточности трехстворчатого клапана;
90. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка наблюдаются при всех перечисленных пороках, кроме:
- а. недостаточности митрального клапана;
 - б. недостаточности аортального клапана;
 - в. +митрального стеноза;
 - г. стеноза устья аорты;
91. Основными этиологическими факторами митрального стеноза являются:
- а. Ревматизм
 - б. Инфекционный эндокардит
 - в. Хронический вальвулит
 - г. Дегенеративная кальцификация фиброзного кольца
 - д. Обструкция левого атриовентрикулярного отверстия опухолью
 - е. +Все вышеперечисленное
92. Причинами приобретенной митральной регургитации являются:
- а. Воспалительные поражения створок митрального клапана(ревматизм,СКВ)
 - б. Дегенеративные изменения створок(кальцификация фиброзного кольца, миксоматозная дегенерация)
 - в. Инфекционный эндокардит
 - г. Нарушение целостности хордального аппарата
 - д. Дилатация фиброзного кольца митрального клапана
 - е. Гипертрофическая кардиомиопатия
 - ж. Дисфункция протеза
 - з. +Все вышеперечисленное
93. Наиболее информативным методом выявления митральной, аортальной и трикуспидальной регургитации и ее выраженности является:
- а. Электрокардиография
 - б. Рентгенография грудной клетки в 3 проекциях с контрастированием пищевода
 - в. +Допплерография
 - г. Одномерная и двухмерная эхокардиография
 - д. фонокардиография
94. Для определения степени выраженности митрального стеноза оценивают:
- а. Площадь отверстия митрального отверстия
 - б. Максимальный градиент давления между левым предсердием и желудочком в диастолу
 - в. Средний градиент давления между левым предсердием и желудочком в диастолу
 - г. +Все вышеперечисленное
95. К периферическим симптомам недостаточности аортального клапана не относится:
- а. Низкое диастолическое давление
 - б. +Высокое диастолическое давление
 - в. Двойной тон Траубе
 - г. Двойной тон Дюрозье
 - д. Капиллярный пульс
96. На каких клапанах сердца при проведении эхокардиографического исследования можно зарегистрировать физиологическую регургитацию на:
- а. аортальном клапане
 - б. аортальном и трикуспидальном клапанах
 - в. аортальном и митральном клапанах
 - г. +митральном, трикуспидальном и легочном клапанах
 - д. легочном клапане

Модуль 3. Лечение пациентов с заболеваниями пищеварительной системы.

Функциональные заболевания желудка, пищевода, кишечника, лечение.

1. К вариантам функциональной диспепсии по современной классификации относятся:
 - а. постпрандиальный дистресс-синдром;
 - б. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;

- в. синдром боли в эпигастральной области;
г. +Все ответы правильные
д. Все ответы неправильные
2. Невротические нарушения пищевода характеризуются:
а. чувством жжения за грудиной при наклоне вперед, поднятии тяжести;
б. +ощущением сжатия, инородного тела в пищеводе перед приёмом пищи;
в. тревогой, страхом перед едой, ипохондричностью больного;
г. +спазмом пищевода с задержкой пищевой массы,
д. неприятными ощущениями за грудиной.
3. Невротические нарушения функции желудка проявляются:
а. анорексией с аппетитом перед едой и быстрым появлением чувства насыщения после её начала;
б. аэрофагией;
в. "произвольной" рвотой в форме отрыжки после еды;
г. +Все ответы правильные
д. Все ответы неправильные
4. Невротические нарушения функции кишечника характеризуются:
а. +психогенными диареями при эмоциональном напряжении;
б. убежденностью в насмешках со стороны окружающих в связи с неправильной работой кишечника;
в. +"кишечными кризами", "перистальтическими бурями";
г. постоянными запорами.
5. В лечении гиперкинетической формы дискинезий желчного пузыря используют:
а. H2-блокаторы гистамина;
б. сукралфат и его аналоги;
в. +спазмолитические средства;
г. беззондовые тюбажи;
д. хирургическое лечение.
6. В лечении гипокинетической формы дискинезий желчного пузыря используют:
а. +холекинетики;
б. спазмолитики;
в. +прокинетики;
г. антациды;
д. ферменты.
7. К функциональным постгастрорезекционным расстройствам относятся:
а. демпинг-синдром;
б. гипогликемический синдром;
в. постгастрорезекционная дистрофия;
г. функциональный синдром приводящей петли;
д. +Все вышеперечисленное.
8. Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются:
а. +ощущением комка в горле;
б. +дисфагией при употреблении жидкой пищи;
в. +дисфагией при употреблении плотной пищи;
г. +Все ответы правильные
д. Все ответы неправильные
9. Этиологическими факторами дискинезии пищевода являются:
а. нарушение иннервации пищевода;
б. рефлекторное влияние с соседних органов;
в. заболевания центральной нервной системы;
г. инфекционные заболевания (ботулизм, дифтерия);
д. +Все вышеперечисленное.
10. Гипокинетическая форма дискинезии пищевода проявляется в виде:
а. +гипотонии пищевода;
б. +атонии пищевода;
в. ахалазии кардии;
г. укорочения пищевода.
11. Дисфагия может наблюдаться при:
а. грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
б. ахалазии кардии;
в. склеродермии;
г. раке пищевода;
д. +Все вышеперечисленное.
12. Основными методами диагностики ахалазии кардии являются:
а. рентгенологический метод;
б. эзофагоскопия;
в. эзофаготономография;

г. +Все вышеперечисленное.

13. Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены недостаточностью кардии;

- а. рефлюксом желудочного содержимого в пищевод;
- б. пептическим эзофагитом;
- в. +Все ответы правильные
- г. Все ответы неправильные

14. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, относятся:

- а. нарушения проходимости комка пищи;
- б. растяжение грыжевого мешка;
- в. рефлюкс в пищевод;
- г. спазм пищевода;
- д. ничего из перечисленного.

Гастриты, язвенная болезнь, лечение.

1. Для постбульбарной язвы характерно

- а) боли через 3-4 часа после еды
- б) боли с иррадиацией в левое и/или правое подреберье
- в) "пульсирующие" боли
- г) кровотечения
- д) +все перечисленное

2. Подтвердить пенетрацию язвы могут все перечисленные симптомы, кроме

- а) +появления ночных болей
- б) уменьшения ответной реакции на антациды
- в) появления болей в спине
- г) усиления болей
- д) изменения характерного ритма язвенных болей

3. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается

- а) + активность амилазы
- б) активность липазы
- в) уровень глюкозы
- г) активность щелочной фосфатазы
- д) ничего из перечисленного

4. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастриальной области, похудание.

В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни

- а) стенозе выходного отдела желудка
- б) +малигнизации язвы
- в) пенетрации язвы
- г) микрокровоотечении из язвы
- д) перфорации язвы

5. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются

- а) локализация язвы
- б) величина язвы
- в) +отсутствие хронического рецидивирующего течения
- г) кровотечение
- д) частая пенетрация

6. Из противоязвенных средств в лечении пилородуodenальных язв могут использоваться

- а) гастропептин
- б) ранитидин
- в) циметидин
- г) венгер
- д) +все перечисленное

7. Цитопротективным действием в отношении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки обладают

- а) де-нол
- б) сукралфат
- в) солкосерил
- г) витамины группы В
- д) +верно а) и б)

8. Язва желудка на фоне четырехнедельного лечения не зарубцевалась, сохраняются боли постоянного характера в эпигастрии, сниженный аппетит, продолжается потеря массы тела. Дальнейшая тактика ведения больного включает

- а) продолжение прежнего лечения
- б) внесение коррекции в лечение
- в) + проведение эндоскопии с прицельной биопсией и гистологическим исследованием
- г) постановка вопроса о хирургическом лечении

9. К симптоматическим гастродуodenальным язвам относятся

- а) стрессовые
- б) эндокринные
- в) медикаментозные
- г) язвы при патологических состояниях других внутренних органов
- д) + все перечисленные язвы

10. Медикаментозные язвы вызываются следующими лекарственными препаратами

- а) кортикостероидами
- б) ацетилсалициловой кислотой
- в) индометацином
- г) резерпином
- д) +всеми перечисленными

ГЭРБ, заболевания пищевода, лечение.

1. Заброс желудочного содержимого в пищевод:

- А. всегда является патологией
- Б. является нормой
- В. может быть как у здоровых людей так и при патологии

2. Нормальное значение рН в пищеводе составляет:

- А. 5,5-7,0
- Б. 4,0
- В. 2,0

3. Пищеводный рефлюкс следует считать патологическим, если общее количество эпизодов в течение суток составляет:

- А. 20
- Б. 50
- В. 70

4. Давление в желудке:

- А. ниже, чем в пищеводе
- Б. равно давлению в пищеводе
- В. выше давления в пищеводе

5. К причине, приводящей к развитию ГЭРБ относят:

- А. недостаточность запирающего механизма кардии
- Б. погрешности в диете и режима приема пищи
- В. нарушение моторной функции пищевода

6. Нижний пищеводный сфинктер имеет:

- А. внутрибрюшинное расположение
- Б. наддиафрагмальное расположение
- В. на уровне диафрагмы

7. Главная роль в запирающем механизме кардии принадлежит:

- А. круговым мышечным волокнам кардиального отдела
- Б. нижнему пищеводному сфинктеру
- В. диафрагмально-пищеводной связке

8. Тонус нижнего пищеводного сфинктера снижается под влиянием:

- А. нитратов
- Б. ингибиторы АПФ
- В. блокаторов рецепторов к ангиотензину

9. Пищевод Баррета:

- А. метаплазия многослойного плоского эпителия на цилиндрический в дистальном отделе
- Б. метаплазия однослойного плоского эпителия на бокаловидные клетки в дистальном отделе
- В. метаплазия многослойного плоского эпителия на железистые клетки

10. Среди симптомов ГЭРБ основное место занимает:

- А. ретрокардиальная боль
- Б. рвота
- В. изжога

11. Основным методом диагностики рефлюкс-эзофагита является:

- А. рН метрия
- Б. рентгенографическое исследование с контрастированием
- В. эндоскопический метод

12. Z линия – это:

- А. анатомический переход пищевода в кардию
- Б. условная линия выше нижнего пищеводного сфинктера
- В. соответствует среднему анатомическому сужению пищевода

Хронический гепатит, лечение.

1. Что не является причиной гепатоспленомегалии?

- а. +хронический гастрит
- б. Болезнь Бада-Киари
- в. Метастатический рак печени
- г. острый лейкоз

2. Наиболее частая причина развития гепатоспленомегалии?

- а. заболевания крови
- б. +заболевания печени
- в. Болезни крови и кроветворных органов:
- г. сердечная недостаточность

3. Препарат не относящийся к группе гепатопротекторов?
 - а. +метронидазол
 - б. карсил
 - в. эссенциале
 - г. гептрал
4. Препараты снижающие давление в воротной вене?
 - а. бета б блокаторы
 - б. +нитраты
 - в. ингибиторы АПФ
 - г. диуретики
5. Наиболее информативный метод диагностики рака печени?
 - а. УЗИ печени
 - б. +биопсия печени
 - в. сцинтиграфия печени
6. Наиболее информативный метод диагностики заболеваний крови?
 - а. ОАК
 - б. +стерильная пункция
 - в. УЗИ печени и селезёнки
7. Для выявления развития объёмного процесса в печени наиболее информативным методом будет?
 - а. УЗИ печени
 - б. сцинтиграфия
 - в. +компьютерная томография
8. Для выявления варикозного расширения вен пищевода необходимо провести:
 - а. рентгеноскопию желудка
 - б. +ФГДС
 - в. УЗИ внутренних органов
9. Для выявления синдрома цитолиза определяю следующие показатели
 - а. ЩФ
 - б. +АЛТ, АСТ
 - в. ГГТП
 - г. Общий белок крови
10. Для выявления синдрома холестаза определяю следующие показатели
 - а. +ЩФ
 - б. АЛТ, АСТ
 - в. ГГТП
 - г. Креатинин

Цирроз печени, лечение.

1. В норме емкость желчного пузыря составляет:
 - а. +Около 5 мл.
 - б. До 50 мл.
 - в. 70-100 мл.
 - г. 300-500 мл.
2. В норме толщина стенки желчного пузыря (измеренная при УЗИ) составляет:
 - а. До 0,5 мм.
 - б. +До 3 мм.
 - в. 5-10мм
3. В пузырной желчи не содержатся:
 - а. Желчные кислоты.
 - б. Фосфолипиды.
 - в. Белки (иммуноглобулины)
 - г. Холестерин.
 - д. +Бактерии, паразиты
4. Основными функциями желчи являются:
 - а. Активизация моторной функции ЖКТ
 - б. Стимуляция выделения гастроинтестинальных гормонов (холецистокинина, секретина)
 - в. Стимуляция секреции слизи
 - г. Бактериостатический эффект
 - д. +Все перечисленное
5. Наиболее часто боли при заболеваниях желчевыводящих путей иррадируют:
 - а. в область пупка.
 - б. +в спину на уровне Т6-Т9справа.
 - в. в левую лопатку

- г. в левое подреберье
6. Не характерна иррадиация боли для:
а. хронического некалькулезного холецистита.
б. +дискинезии ЖВП
в. ЖКБ.
г. Все перечисленные заболевания.
д. Ничего из перечисленного
7. Лихорадка чаще всего свидетельствует о:
а. остром холецистите.
б. обострении хронического холецистита.
в. приступа желчнокаменной болезни.
г. +Все перечисленное
8. Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для:
а. подпеченочной желтухи;
б. надпеченочной (гемолитической) желтухи;
в. +печеночной желтухи;
г. застойной почки;
д. инфаркта почки.
9. Выраженная билирубинуря характерна для
а. +подпеченочной желтухи;
б. надпеченочной (гемолитической) желтухи;
в. почечно-каменной болезни;
г. застойной почки;
д. хронического нефрита.
10. Характерные признаки функциональных расстройств моторики желчевыводящей системы - это:
а. Преобладание в клинической картине невротического синдрома.
б. Связь болевого синдрома со стрессами, эмоциональными перегрузками.
в. Кратковременность, периодичность боли.
11. Незначительная выраженность пальпаторной болезненности области желчного пузыря в период обострения и отсутствие боли в период ремиссии
а. Отсутствие лихорадки во время появления болевого синдрома.
б. Отсутствие изменений со стороны крови (лейкоцитоза, ускорения СОЭ).
в. Отсутствие воспалительных элементов в желчи (лейкоцитов, слизи, эпителия).
г. Отсутствие признаков органического поражения желчного пузыря
д. Лабильность пузырного рефлекса,
е. +Все вышеперечисленное
12. При обострении хронического холецистита не характерны симптомы:
а. симптом Ортнера(Грекова) .
б. Симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом).
в. Симптом Казенбека
г. симптом Захарьина(Лепена)
д. симптом Керра
13. При обострении хронического холецистита не характерны симптомы:
а. симптом Ортнера(Грекова) .
б. Симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом).
в. +Симптом Казенбека
г. симптом Захарьина(Лепена)
д. симптом Керра
14. Застоем желчи в желчном пузыре способствуют
а. беременность
б. малоподвижный образ жизни и) частые приемы пищи
в. опущение внутренних органов
г. ожирение
д. +все вышеперечисленное
15. Причиной застоя желчи в желчном пузыре могут быть
а. сдавления и перегибы желчных протоков
б. дискинезии
в. +все перечисленное
г. анатомические особенности строения желчного пузыря и протоков
16. Этиологические факторы хронического холецистита
а. бактерии
б. лямблии
в. вирусы
г. токсические факторы
д. +все перечисленное
17. Выберите наиболее достоверный тест, отражающий состояние экзокринной функции поджелудочной железы?
а. D-ксилозный тест.

- б. Секретин-панкреозиминный тест.
 - в. Показатели активности трипсина, липазы и амилазы в сыворотке крови.
 - г. Амилазо-креатиновый коэффициент
 - д. +Копрологическое исследование
18. У больного тупые боли в эпигастрии после еды, изжога, отрыжка кислая, запоры. Ваш диагноз?
- а. +Хронический панкреатит
 - б. Хронический энтероколит
 - в. Хронический гастрит с сохранной секрецией
 - г. Язвенная болезнь желудка
 - д. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью
19. У больного ночные боли, изжога, тошнота, рвота, облегчающая боли. Чем это обусловлено?
- а. +Панкреатит
 - б. Язва тела желудка
 - в. Хронический холецистит
 - г. Язва пилородуоденальной зоны
 - д. Субкардинальная язва
20. Методом диагностики заболеваний поджелудочной железы является:
- а. ОАК
 - б. ОАМ
 - в. Определение уровня билирубина
 - г. +Копрологическое исследование*
21. К осложнениям хронического панкреатита относится:
- а. Механическая желтуха
 - б. Признаки мальабсорбции
 - в. Локальные инфекции
 - г. + Все вышеперечисленное *
22. Укажите лекарственное средство, которое может вызвать "лекарственный" панкреатит:
- а. Фуросемид
 - б. +Азатиоприн*
 - в. Тетрациклин
 - г. Все вышеперечисленное
23. Оперативное лечение хронического панкреатита показано при всех состояниях, кроме:
- а. Подозрение на рак поджелудочной железы
 - б. Рубцовый стеноз протока поджелудочной железы
 - в. +Рецидивирующее течение *
 - г. Холелитиаз
 - д. Резистентность к консервативному лечению
24. Какой из нижеперечисленных симптомов нехарактерен для хронического панкреатита?
- а. Абдоминальные боли
 - б. Стеаторея
 - в. Креаторея
 - г. +Водная диарея *
 - д. Диабет
25. Боли в эпигастриальной области через 20 мин после еды, изжога, тошнота, рвота, облегчающая боль. Чем это обусловлено?
- а. +Язва тела желудка
 - б. Язва пилородуоденальной зоны
 - в. Панкреатит
 - г. Холецистит хронический
 - д. Хронический

Модуль 4. Лечение пациентов с заболеваниями эндокринной системы.
Сахарный диабет, лечение
Диабетическая, гипогликемическая кома, лечение
Заболевания щитовидной железы

Модуль 5. Лечение пациентов с заболеваниями кровяной системы.
Анемии, лечение

1. Железодефицитные анемии чаще бывают:
- а. +гипохромные;
 - б. гиперхромные
2. У здорового человека показатель общей железосвязывающей способности сыворотки составляет
- а. +90-110 мкмоль/л;
 - б. 46-90 мкмоль/л.
3. Сидеропенический синдром включает:
- а. +сухость и атрофичность кожи, ломкость ногтей и волос;
 - б. слабость, головокружение.
4. Сидероахрестические анемии – это:
- а. +анемии, связанные с нарушением синтеза порфиринов;

- б. анемии, связанные с подавлением функции красного костного мозга.
5. Патогенетической терапией в-12 дефицитной анемии является применение цианкобаламина:
а. +верно;
б. неверно.
6. У здоровых людей в плазме крови содержание железа составляет
а. +10-30 мкмоль/л;
б. 32-40 мкмоль/л.
7. Среднее содержанием гемоглобина в эритроците повышено при:
а. Железодефицитных анемиях;
б. +Мегалобластных анемиях.
8. Неврологические расстройства встречаются при:
а. железодефицитной анемии;
б. +В12-дефицитной анемии.
9. Талассемии – это группа заболеваний, в основе которых лежит нарушение синтеза глобина:
а. +верно;
б. неверно.
10. Предпочтение в лечении больных железодефицитной анемией отдается:
а. железосодержащим препаратам для парентерального введения;
б. +препаратам железа для приема внутрь.
11. Что является причиной анемии?
а. аппендицит
б. холецистит
в. +язва желудка
г. почечная колика
12. Что не приводит к развитию анемии?
а. голодание
б. +острый аппендицит
в. глистная инвазия
г. острая кровопотеря
13. Препарат относящийся к группе содержащих железо?
+фенюльс
а. карсил
б. нош-па
в. гентрал
14. Препараты используемые для лечения В12-дефицитной анемии?
а. бета - блокаторы
б. +витамин В12
в. фенюльс
15. Рутинный метод диагностики анемии?
а. пункция костного мозга
б. сывороточное железо
анализ мочи
16. Значение цветного показателя (ЦП) при мегалобластных анемиях?
а. ЦП-норма
б. +ЦП-повышен
в. ЦП-снижен

Лекозы, лечение

17. Так называемый «волосатоклеточный лейкоз», характеризующийся спленомагалией, цитопенией и характерными выростами цитоплазмы опухолевых клеток, является вариантом:
а. острого лейкоза;
б. +хронического лимфолейкоза;
в. лимфогранулематоза;
г. миеломной болезни.
д. хронического миелолейкоза;
18. Больным хроническим миелолейкозом свойственны жалобы:
а. на кожный зуд, головные боли, повышенную кровоточивость;
б. слабость, лихорадку, тяжесть и боли в левом подреберье;
в. +слабость, потливость, частые инфекционно-воспалительные заболевания;
г. боли по ходу позвоночника;
д. головокружения, сухость во рту.
19. Для хронического миелолейкоза наиболее характерны:
а. значительная спленомагалия, панцитопения;
б. +гепатоспленомагалия, часто значительная, лейкоцитоз с повышенным содержанием молодых клеток гранулоцитарного ряда эозинофилов и

базофилов;

- в. выраженная гепатоспленомегалия, глубокая анемия, гипертромбоцитоз;
 - г. переменные размеры печени и селезенки, повышенное число эритроцитов и лейкоцитов, преимущественно за счет зрелых форм;
 - д. выраженная лимфаденопатия
20. Филадельфийская хромосома:
- а. обязательный признак хронического миелолейкоза
 - б. определяется только в клетках гранулоцитарного ряда
 - в. +Определяется в клетках-предшественниках мегакариоцитарного ряда.
21. Назовите базисный препарат применяемый при лечении Rh-негативного хронического миелолейкоза.
- а. Алкеран
 - б. Лейкеран
 - в. +Гидроксимочевина (гидреа)
 - г. Циклофосфан
22. Назовите оптимальный цитостатический препарат для лечения эритремии.
- а. +Гидроксимочевина (гидреа)
 - б. Цитозар
 - в. Метотрексат
23. Опухолевые заболевания каких локализаций могут сопровождаться вторичным эритроцитозом?
- а. Толстого кишечника
 - б. +Почек
 - в. +Печени
 - г. Желудка
 - д. +Мозжечка
24. Исход эритремии:
- а. Хронический лимфолейкоз
 - б. +Острый лейкоз
 - в. Агранулоцитоз
 - г. Ничего из перечисленного

Геморрагические васкулиты, лечение

25. Для гемофилии А характерен дефект следующего фактора свертывающей системы:
- а) +VIII;
 - б) IX.
26. Для гемофилии В характерен дефект следующего фактора свертывающей системы:
- а) VIII;
 - б) +IX.
27. В основе развития гемофилии лежит дефект фибринообразования:
- а) +верно;
 - б) неверно.
28. Болезнь Ослера-Рондю-Вебера обусловлена:
- а) +дефектом сосудов;
 - б) дефектом фибринообразования.
29. Каким типом кровоточивости проявляется количественный или качественный дефект тромбоцитов:
- а) +петехиально-пятнистый;
 - б) васкулярно-пурпурный.
30. Какой тип кровоточивости наблюдается при гемофилиях:
- а) петехиально-пятнистый;
 - б) +гематомный.
31. Какого происхождения наиболее часто бывает тромбоцитопения:
- а) врожденная;
 - б) +приобретенная.
32. При ДВС-синдроме развивается:
- а) +тромбоцитопения потребления;
 - б) тромбоцитопения перераспределения.
33. Сосуды какого калибра поражаются при болезни Шенлейн-Геноха:
- а) крупные (аорта и ее ветви);
 - б) + мелкие (артериолы, капилляры).
34. При дефиците фибринообразования можно выявить:
- а) увеличение времени кровотечения;
 - б) + увеличение АЧТВ.
- Модуль 6. Лечение пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы.
Пиелонефрит, лечение
1. «Мочевой синдром» включает
- а. протеинурию(до 3-3,5 г сут),

- б. гематурию,
 - в. лейкоцитурию,
 - г. цилиндрурию
 - д. +Все ответы верны
2. ПРОТЕИНУРИЯ- выделение с мочой белка в количестве:
- а. +Более 50 мг/ сут
 - б. От 30 до 50 мг/сут
 - в. Менее 30 мг/ сут
3. преходящая протеинурия может быть при:
- а. охлаждение
 - б. длительная инсоляция
 - в. физическое или нервное напряжение
 - г. +Все ответы верны
4. К физиологическим протеинуриям относятся:
- а. Пальпаторная, идиопатическая, протеинурия напряжения
 - б. Лихорадочная, алиментарная, эмоциональная
 - в. Центрогенная, ортостатическая, постренальная
 - г. +Верно а и б
 - д. Верно все
 - е. Нет правильного ответа
5. Внепочечные причины развития гематурии:
- а. +болезнь Верльгофа,
 - б. ЯБЖ
 - в. Сальпингоофарит
 - г. Все ответы верны
6. Для оценки степени гематурии необходимо применение:
- а. +анализ по Нечипоренко, Каковскому — Аддису
 - б. Амбюрге, ОАМ
 - в. ОАК, анализ по Нечипоренко
7. Миоглобин появляется в моче при
- а. распаде мышечной ткани
 - б. длительной гипотермии
 - в. семейной миоглобинурии
 - г. +Верно а и в
 - д. Все ответы верны
8. Под лейкоцитурией понимают экскрецию с мочой лейкоцитов, количество которых превышает норму при ОАМ
- а. более 4-6 в п/з
 - б. +более 6—8 в п/з
 - в. более 2 в п/з
9. Цилиндры образуются в:
- а. Клубочках
 - б. +Канальцах
 - в. Восходящей петле Генле
 - г. Все ответы верны
10. Виды цилиндров:
- а. гиалиновые,
 - б. зернистые,
 - в. восковидные,
 - г. эритроцитарные
 - д. лейкоцитарные
 - е. +все ответы верны

Гломерулонефрит, лечение

1. Для нефротического синдрома характерны все перечисленные признаки, кроме:
- а. массивные отеки, гиперхолестеринемия
 - б. гиперхолестеринемия, гиперпротеинурия
 - в. гипопротеинурия, массивные отеки
 - г. +массивная лейкоцитурия, незначительная протеинурия
 - д. массивная протеинурия
2. Для хронической почечной недостаточности не характерно:
- а. повышенный уровень мочевины
 - б. +выраженная эритроцитурия
 - в. снижена клубочковая фильтрация <30 мл/мин
 - г. повышенный уровень креатинина крови
 - д. повышенный уровень креатинина мочи

3. Один из перечисленных механизмов не имеет места в патогенезе хронического гломерулонефрита:
- аутоиммунный
 - иммунокомплексный
 - +дегенеративный
 - неиммунный (радиационный)
 - гипокомплементарный
4. Системное заболевание соединительной ткани, которое при классическом варианте не сопровождается поражением почек с нефротическим синдромом
- +узелковый периартериит
 - склеродермия
 - красная волчанка
 - дерматомиозит
5. При этом заболевании в моче могут определять клетки Штенгеймера-Мальбина:
- +пиелонефрите
 - гломерулонефрите
 - поликистозе почек
6. Наиболее важной причиной анемического синдрома при хронической почечной недостаточности является дефицит
- витамина В12
 - +эритропоэтина
 - железа
7. Какой фактор не определяет патогенез хронического пиелонефрита
- нарушение почечной уродинамики (стриктура мочеточника)
 - уролитиаз
 - +отложения иммунных комплексов
 - поликистоз почек
 - переохлаждение
8. Какой признак не характерен для хронического пиелонефрита:
- +отеки и массивный трансудат
 - артериальная гипертензия
 - лейкоцитурия, бактериурия
 - монотонное снижение удельного веса мочи при пробе по Зимницкому
 - асимметричное нарушение функции почек при ренографии
9. Для лечения хронического пиелонефрита не применяется:
- фторхинолоны
 - нитрофурановые препараты
 - +кортикостероиды
 - производные налидиксовой кислоты
10. Укажите нехарактерный ЭКГ-признак для гиперкалиемии:
- увеличение вольтажа зубцов
 - +снижение вольтажа зубцов
 - удлинение интервала QT
 - высокий «готический» зубец Т
 - урежение ритма

Острая и хроническая почечная недостаточность

1. К развитию ХПН могут приводить:
- Хронический гломерулонефрит.
 - . Диабетическая нефропатия.
 - Хронический пиелонефрит.
 - Поликистоз почек.
 - +Все вышеуказанные заболевания.
2. Что не входит в число наиболее частых причин ХПН:
- Амилоидоз почек.
 - Гипертоническая болезнь.
 - Гипоплазия почек.
 - Диабетическая нефропатия.
 - +Опухоли почек.
3. Выберите наиболее ранние лабораторные проявления ХПН:
- +Изменения скорости клубочковой фильтрации.
 - +Изменения уровня калия в сыворотке крови.
 - Изменения уровня креатинина.
 - Изменения уровня гемоглобина.
 - Изменения уровня мочево́й кислоты.
4. Выберите основной патогенетический механизм анемии при ХПН:
- Дефицит железа.
 - Дефицит фолиевой кислоты.
 - Гемолиз.
 - Сидероахрезия.
- 15.

- д. + Угнетение активности эритроидного ростка костного мозга.
5. Выберите скорость клубочковой фильтрации, характерную для терминальной стадии ХПН:
- б. 80-120 мл/мин.
в. Б. 60-80 мл/мин.
г. В. 40-60 мл/мин.
д. Г. 20-40 мл/мин. Д. +0-20 мл/мин.
6. Выберите наиболее характерные сердечно-сосудистые осложнения ХПН:
- а. Артериальная гипотония.
б. +Артериальная гипертензия.
в. Уремический миокардит.
г. +Уремический перикардит.
д. +Нарушения ритма сердца.
7. Выберите наиболее характерные желудочно-кишечные нарушения у больных с ХПН:
- а. + Анорексия.
б. Уремический гепатит.
в. Уремический панкреатит.
г. +Уремический гастроэнтерит.
д. Уремический перитонит.
8. Выберите диуретики, противопоказанные в терминальной стадии ХПН:
- а. +. Спиринолактон.
б. Фуросемид.
в. +Триамтерен.
г. +Амилорид.
д. +Триампур*.

Критерии оценивания выполнения тестовых заданий

Оценка «отлично» - выставляется при наборе 95% и более правильных ответов

Оценка «хорошо»- выставляется при наборе от 80% до 94% правильных ответов

Оценка «удовлетворительно» - выставляется при наборе от 60% до 79%

«неудовлетворительно» - выставляется при наборе от 59% и ниже правильных ответов

Критерии оценивания решения ситуационных задач

Отлично - студент понимает суть задания, находит правильное решение, использует правильную терминологию, четко изъясняет свои мысли.

Хорошо - студент понимает суть задания, находит правильное решение, использует правильную терминологию, но нечетко изъясняет свои мысли.

Удовлетворительно – студент затруднения с решением предложенной задачи, требуются наводящие вопросы педагога, ответ носит неполный характер.

Неудовлетворительно - студент неверно оценил ситуацию, неправильно выбрал тактику действий, которая привела к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента, не может ответить на наводящие вопросы педагога.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

- форма промежуточной аттестации - экзамен,

- форма проведения (письменно, устно)

ВОПРОСЫ промежуточной аттестации по дисциплине «лечение пациентов терапевтического профиля»

Кардиология

Ишемическая болезнь сердца. Социальное значение и эпидемиология. Классификация. Понятие о факторах риска.

Внезапная смерть. Факторы развития. Реанимационные мероприятия. Профилактика.

Стенокардия. Определение понятия. Этиология. Классификация. Патогенез болевого синдрома при различных вариантах. Клиника. Методы инструментальной диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Трудовая экспертиза.

Инфаркт миокарда. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические варианты течения острого периода. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

Лечение. Неотложная терапия острого периода. Реабилитация больных инфарктом миокарда.

Осложнения острого периода инфаркта миокарда. Неотложная помощь.

Кардиогенный шок при инфаркте миокарда. Патогенез. Классификация. Лечение.

Гипертоническая болезнь. Эпидемиология. Социальное значение проблемы. Этиология. Патогенез. Современная классификация. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Трудовая экспертиза. Профилактика.

Гипертонические кризы. Классификация. Неотложная помощь при кризах.

Симптоматические артериальные гипертензии. Классификация. Факторы развития. Схема обследования при артериальной гипертензии.

Дифференциальная диагностика. Основные подходы к лечению. Особенности терапии при отдельных видах симптоматических гипертензий.

Острая сердечная недостаточность. Этиология. Характер нарушений гемодинамики. Клиника. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь.

Профилактика.

Атеросклероз. Социальное значение проблемы. Эпидемиология. Современные представления о патогенезе. Роль нарушений липидного обмена в развитии. Наиболее частые локализации атеросклероза. Методы лабораторной и инструментальной диагностики. Основные подходы к лечению.

Первичная и вторичная профилактика.

Нарушения ритма сердца. Этиология. Общие механизмы развития аритмий. Классификация.

Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия). Причины развития. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение пароксизмальной и постоянной форм.

Профилактика.

Экстрасистолия. Этиология. Патогенез. Морфо-функциональные механизмы развития. Классификация. Клиника. Значение в прогнозе других осложнений. Неотложная терапия. Лечение. Профилактика.

Сердечные блокады. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. Неотложная терапия. Лечение.

Профилактика.

Пароксизмальные тахикардии. Классификация. Патогенетические факторы развития. Клиническая картина и диагностика. Неотложная терапия при различных вариантах. Лечение и профилактика.

Современные немедикаментозные методы антиаритмической терапии. Дефибрилляция. Электрокардиостимуляция. Показания. Возможные осложнения. Кардиомиопатии. Классификация. Клинические проявления основных вариантов. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Виды и показания к хирургическому лечению. Трудовая экспертиза. Профилактика.

Инфекционный эндокардит. Этиология и патогенез. Способствующие факторы. Патологическая анатомия. Классификация. Клиника. Диагностика.

Осложнения. Лечение. Профилактика обострений. Трудовая экспертиза.

Хроническая сердечная недостаточность. Этиологические факторы. Современные представления о патогенезе. Классификация (стадии, функциональные классы, гемодинамические варианты). Клиника. Методы диагностики.

Лечение хронической сердечной недостаточности. Режим. Диета. Медикаментозная терапия. Основные группы препаратов, используемых для лечения. Физическая реабилитация. Трудовая экспертиза. Прогноз. Профилактика.

Приобретенные митральные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Трудовая экспертиза.

Приобретенные аортальные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Трудовая экспертиза.

Перикардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины при различных вариантах. Методы инструментальной диагностики. Лечение с учетом этиологических факторов. Показания к хирургическому лечению.

Миокардиты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Варианты течения. Осложнения. Диагностика (роль инструментальных и лабораторных методов в диагностике). Основные принципы лечения. Трудовая экспертиза. Профилактика.

Врожденные пороки сердца у взрослых (открытый артериальный проток, дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, коарктация аорты). Этиология. Значение патологической наследственности и инфекционных заболеваний матери. Методы лечения.

Кардиалгический синдром. Этиологические факторы. Дифференциальная диагностика.

Вегето-сосудистая дистония. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Ревматология

Ревматическая лихорадка. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Первичная и вторичная профилактика.

Современная классификация и номенклатура ревматизма. Диагностические критерии. Понятие об острой ревматической лихорадке. Лечение.

Ревматический кардит (эндомиокардит, перикардит). Патологическая анатомия, клиника, лечение.

Профилактика ревматизма, ее виды.

Ревматоидный артрит. Определение понятия. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Особенности клинической картины при различных вариантах течения. Критерии диагностики. Лечение. Понятие о базисной терапии. Прогноз.

Системная красная волчанка. Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Критерии диагностики, лабораторные изменения. Лечение, прогноз и профилактика.

Деформирующий остеоартроз. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Системные заболевания соединительной ткани (системная склеродермия, узелковый периартериит, дерматомиозит). Определение понятий. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

Подагра. Этиология, патогенез, классификация. Основные клинические проявления. Критерии диагноза. Лечение.

Суставной синдром. Классификация заболеваний суставов. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.

Пульмонология

Внебольничные пневмонии. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Основные клинические проявления. Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Госпитальная пневмония. Этиология и условия возникновения. Особенности течения. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

Хронический бронхит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение. Понятие о базисной терапии. Трудовая экспертиза. Первичная и вторичная профилактика.

Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Современная классификация бронхиальной астмы. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Трудовая экспертиза.

Приступ бронхиальной астмы. Причины возникновения. Купирование приступа бронхиальной астмы.

Астматический статус. Причины его формирования. Классификация. Лечение.

Бронхообструктивные состояния. Дифференциальная диагностика. Неотложная терапия.

Тромбозомалия легочной артерии. Этиология. Патогенез. Диагностика. Основные клинические проявления. Неотложная помощь. Лечение. Профилактика.

Нагноительные заболевания легких (абсцесс легкого, бронхоэктатическая болезнь). Этиология и патогенез. Клиника. Лечение. Трудовая экспертиза.

Плевриты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Значение исследования характера экссудата. Диагностическая и лечебная плевральная пункция. Лечение.

Легочное сердце. Этиология и патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение.

Дыхательная недостаточность. Причины развития. Классификация. Диагностика.

Спонтанный пневмоторакс. Причины возникновения. Диагностика. Неотложная помощь.

Кровохарканье и легочное кровотечение. Причины возникновения. Неотложная помощь.

Гастроэнтерология

Хронический гастрит. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Классификация. Особенности клинической картины при различных формах гастрита. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение (диетическое, медикаментозное, санаторно-курортное). Трудовая экспертиза. Профилактика. Диспансеризация.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология и патогенез. Факторы риска. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения язвенной болезни. Методы лечения (диета, медикаментозное, немедикаментозные методы, санаторно-курортное). Показания к хирургическому лечению. Неотложная терапия при желудочном кровотечении. Профилактика. Диспансеризация.

Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные панкреатиты. Клиническая картина. Зависимость ее от локализации процесса. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение (диета, медикаментозное, санаторно-курортное). Показания к хирургическому лечению.

Желчно-каменная болезнь. Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Основные клинические синдромы. Особенности клинической картины в период обострения и ремиссии. Осложнения. Тактика врача-терапевта. Методы лечения. Профилактика.

Хронические холециститы и холангиты. Этиология и патогенез. Значение инфекции, нарушений моторики, холелитиаза. Клиника. Диагностика. Лечение (диетическое, медикаментозное, санаторно-курортное).

Дискинезия желчных путей. Диагностика. Лечение.

Хронический гепатит. Этиология. Патогенез. Роль персистенции вируса. Морфология. Классификация. Основные клинические синдромы. Особенности течения различных форм. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Циррозы печени. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение. Методы экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез). Трудовая экспертиза. Профилактика.

Дифференциальный диагноз желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии.

Печеночно-клеточная недостаточность. Причины развития. Патогенез. Различные виды лечения.

Функциональные заболевания кишечника (синдром раздраженной толстой кишки, синдром нарушенного всасывания, запор). Этиология и патогенез. Дифференциальный диагноз с органическими заболеваниями. Лечение (диетическое, медикаментозное, курортное).

Органические и функциональные заболевания пищевода. Рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Дифференциальный диагноз с раком пищевода.

Эндокринология

Сахарный диабет. Классификация. Этиология и патогенез различных типов диабета. Характер нарушения обмена веществ при сахарном диабете. Клиническая картина. Методы диагностики. Осложнения. Различные способы лечения. Прогноз. Профилактика.

Гипергликемические комы. Виды ком. Патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Диагностика и лечение гипогликемической комы.

Функциональная оценка состояния углеводного обмена при сахарном диабете.

Диффузный токсический зоб. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Инструментальная и лабораторная диагностика. Основные методы лечения (медикаментозное, хирургическое, радионуклидное). Прогноз. Профилактика.

Медикаментозное лечение диффузного токсического зоба.

Радикальные методы лечения диффузного токсического зоба. Показания и противопоказания.

Тиреотоксический криз. Диагностика. Неотложная терапия.

Тиреоидиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Методы диагностики. Лечение. Профилактика.

Гипотиреоз. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Лечение. Экспертиза трудоспособности.

Острая надпочечниковая недостаточность. Факторы, приводящие к развитию. Диагностика. Неотложная терапия.

Хроническая надпочечниковая недостаточность. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.

Акромегалия. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Патология гипоталамо-гипофизарной системы. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Методы лечения.

Трудовая экспертиза.

Ожирение. Виды ожирения. Причины развития. Роль ожирения как фактора риска других заболеваний. Лечение. Профилактика.

Нефрология

Нефриты. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Классификация. Основные клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Трудовая экспертиза. Профилактика.

Хронический пиелонефрит. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Методы исследования и диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Трудовая экспертиза. Профилактика.

Нефротический синдром. Этиология и патогенез первичных и вторичных форм нефротического синдрома. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Острая почечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Неотложная терапия.

Хроническая почечная недостаточность. Причины развития. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Различные методы лечения.

Гематология

Острый лейкоз. Классификация острых лейкозов. Этиология. Патогенез. Основные клинические синдромы. Лабораторно-морфологическая диагностика. Дифференциальный диагноз. Терапия отдельных вариантов заболевания. Прогноз и выживаемость.

Хронический лимфолейкоз. Этиологические факторы. Клиническая картина. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

Хронический миелолейкоз. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Бластный криз. Диагностика. Лечение. Прогноз.

Эритремии. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика с эритроцитозами. Лечение.

Железодефицитная анемия. Классификация. Этиологические факторы. Патогенез. Основные клинические проявления (анемический и сидеропенический синдромы). Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

V12-(фолиево)-дефицитные анемии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика.

Гемолитические анемии. Этиология и патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Гипо- и апластические анемии. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Трудовая экспертиза. Профилактика.

Геморрагические диатезы. Современная классификация геморрагических состояний. Общие клинические признаки, типы кровоточивости. Методы исследования. Дифференциальный диагноз различных геморрагических состояний. Принципы их дифференцированной терапии.

Агранулоцитоз. Этиология. Клиника. Лечение и профилактика.

Парапротеинемические гемобластозы. Основные формы. Клинические проявления миеломной болезни. Лечение.

Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

Задачи.

№1

Больной П., 41 год, учитель, предъявляет жалобы на кашель с трудно отделяемой мокротой слизистого характера, одышку при умеренной физической нагрузке, слабость, повышение температуры тела до 37,5°C. Больной курит на протяжении 30 лет. Заболеванием легких страдает около 20 лет, постоянно беспокоил кашель, особенно по утрам. Последнее обострение в течение недели. При осмотре: грудная клетка несколько расширена в переднезаднем размере, перкуторный звук с коробочным оттенком. Подвижность н/легочного края по лопаточной линии равняется 4 см с обеих сторон. Дыхание везикулярное с обеих сторон сухие рассеянные хрипы. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 84 уд/мин. АД - 120/80 мм рт.ст. Печень не пальпируется, периферических отеков нет. 75 Результаты функционального исследования: спирография: ОФВ1/ФЖЕЛ- 60%. Пневмотахометрия: МОСВД- 4,8 л/сек, МОСВД- 2,8 л/сек. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№2

Больной В., 45 лет, водитель, предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с кровянистой мокротой, боль в грудной клетке слева, связанную с дыханием. Заболел остро: 2 дня назад внезапно появились сильные боли в грудной клетке, одышка, день назад повысилась температура. При объективном обследовании: температура тела 37,5°, цианоз губ и кончиков пальцев, набухание шейных вен. Дыхание справа везикулярное. Слева дыхание жесткое, голосовое дрожание усиленное, по передне-подмышечной линии - шум трения плевры. ЧДД - 35 в мин. Тоны сердца учащены, ритмичны, акцент II тона - на легочной артерии. ЧСС - 126 уд. в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Правая голень отека, болезненна при пальпации. При дополнительном исследовании: рентгенограмма грудной клетки - слева в н/трети легочного поля в инфильтративное затемнение с нечеткими контурами. ЭКГ: синусовая тахикардия, синдром QIII, высокий зубец P во II, III стандартных отведениях, Qv1-v2 смещение сегмента ST ниже изолинии в V1-V2. Анализ крови общий: эр. - 4,3*10¹², лейкоц. - 9,8*10⁹, п - 5%, с - 65%, л - 25%, э - 3%, б - 2%, СОЭ - 21 мм/час. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№3

Больная Л., 38 лет, учитель, страдает бронхиальной астмой, принимает преднизолон до 20 мг в день, последние 2 месяца отмечает ухудшение: приступы удушья до 6-8 раз в сутки разной интенсивности, одышку, кашель с отделением слепков бронхов. Ранее в межприступный период отмечала утрами кашель, в морозные дни при быстрой ходьбе приступы кашля. Объективно: Положение вынужденное, больная сидит, опершись о спинку стула. Кожные покровы диффузно землисто-серого цвета. Больная отвечает на вопросы однозначно, медленно. ЧД - 34 в мин. Над н/легочными полями определяется укороченный перкуторный звук, ослабленное голосовое дрожание и дыхание, глухие сухие жужжащие хрипы только на выдохе. Однако при форсированном дыхании последние выслушивались в обе фазы дыхания. ЧСС - 132 в мин. АД - 180/100 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, синусовая аритмия. Из-под правого реберного края выступает на 2-3 см печень, при пальпации болезненная. Симптом Кернига положительный. Скорость выдоха - 100 л/сек. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№4

Больной М., 28 лет, учитель сельской школы, пожаловался на слезотечение, чихание, обильную ринорею на протяжении последних 5 лет, которые обычно развиваются в летние месяцы (май, июнь, июль). У матери - бронхиальная астма. Объективно от 20 июня: кожные покровы чистые. Дыхание через нос затруднено. Слизистая носа бледная, отечная. Дыхание везикулярное. При форсированном дыхании единичные сухие хрипы с обеих сторон ниже углов

лопатки. ЧСС - 76 в мин. АД - 130/60 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: Нв - 125 г/л, лейкоц. - 5,6109 /л, э - 3%, с/я - 72, л - 20, м - 4. СОЭ - 12 мм/ч. Цитология секрета носового - до 10-12 эозинофилов в п/зр. и слущенный кубический эпителий. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№5.

Больной С., 52 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в челюсть и левую лопатку. Заболел остро 2 часа назад, когда впервые появились боли за грудиной, боли постепенно усиливались и ничем не купировались. Ранее страдал хроническим холециститом, остеохондрозом. Объективно: общее состояние больного тяжелое, больной мечется, маска ужаса на лице. Кожные покровы бледные, холодные, повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное. Сердце - тоны приглушены, левая граница на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. ЧСС - 55 ударов в 1 мин., АД 80/40 мм рт.ст. Печень не увеличена. Сделана ЭКГ - в III, II, avF отведениях - монофазная кривая. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№6.

На медосмотре у водителя И., 30 лет, обнаружено повышенное АД. Больного ничего не беспокоит. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. ЧСС - 72 в мин., АД - 180/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Справа от средней линии живота, выше пупка выслушивается систолический шум. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№7.

Больная К., 39 лет, машинист, поступила в клинику с жалобами на появление приступов, сопровождающихся жгучими головными болями, сердцебиением, дрожью, полиурией. 67 Подобные приступы беспокоят в течение 1,5 лет. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, заметны пиломоторные реакции (гусиная кожа). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, ЧСС - 120 в мин., АД 190/110 мм рт.ст. В крови: Нв - 120 г/л, л. - 12*10⁹/л, СОЭ - 10 мм/ч, сахар крови - 7,2 ммоль/л. Ванилилминдальная кислота в суточной моче 52,6 ммоль/сут. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№8.

Больная П., 25 лет, разнорабочая, поступила в клинику с жалобами на боли в затылочной области. Впервые повышение АД обнаружено 3 года назад, раньше АД не измерялось. Объективно: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 80 уд. в мин., АД 160/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, почки не пальпируются. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, эр. - 4*10¹²/л, л. - 6*10⁹/л, п/я - 3%, с/я - 57%, э. - 2%, м. - 3%, л. - 35%, СОЭ - 12 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес 1012, белка нет, лейкоц. 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют. Креатинин крови 0,088 ммоль/л. Внутривенная урография - почки обычно расположены, размеры не изменены, полостная система не деформирована, отмечается запаздывание контрастирования правой почки. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№9.

Больная С., 28 лет, разнорабочая, поступила с жалобами на приступы сердцебиения, сопровождающиеся резкой слабостью, головокружением, мельканием "мушек" перед глазами, звоном в ушах, тошнотой, чувством распирания в грудной клетке, одышкой, потливостью. Приступы длятся 10-15 минут, плохо переносятся эмоционально, т.к. у больной возникает неуверенность, чувство страха. Приступ заканчивается самостоятельно, больная отмечает после этого отхождение большого количества мочи. Приступы стали беспокоить последние 3 недели, имеется тенденция к их учащению. Страдает хроническим тонзиллитом, в детстве ставился диагноз ревматического порока митрального клапана. Объективно: состояние удовлетворительное, красный румянец на щеках. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы, зев гиперемирован, миндалины выступают из-за дужек, рыхлые. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны ритмичные, ЧСС - 90 уд. в 1 мин. Тонус усилен, хлопающий, на верхушке выслушивается диастолический и короткий систолический шум. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена, отеков нет. Анализ крови: эр. - 3,8*10¹², гемоглобин - 120 г/л, лейкоц. - 9,8*10⁹, СОЭ - 18 мм/час, сахар крови - 5,3 ммоль/л, общ. белок - 68 г/л, серомукоид 0,3 ед., С-реактивный белок ++, антистрептолизин - 300 МЕ/мл. Во время осмотра развился вышеописанный приступ. На снятой ЭКГ: отсутствие зубца Р, наличие беспорядочных мелких волн f 68. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№10.

Больной Н., 53 лет, инженер, придя на прием в поликлинику, почувствовал головокружение, потерял сознание и упал в коридоре, развились тонические судороги, через 1,5-2 мин. пришел в сознание. Осмотрен невропатологом и терапевтом. Из анамнеза выяснено, что наблюдается у кардиолога по поводу перенесенного 2 месяца назад инфаркта миокарда, страдает перемежающейся хромотой. Отец умер от сердечного заболевания, мать страдала эпилепсией. При осмотре кожные покровы бледные, влажные. Конечности холодные. Губы и ногтевые ложа - цианотичные. Сознание ясное, но не помнит, что произошло с ним. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны приглушены, ритмичные. Систолический шум на верхушке и т.Боткина. АД - 95/65 мм рт.ст., ЧСС - 48 в 1 мин., пульс слабого наполнения и напряжения с трудом определяется на периферии. В легких дыхание жесткое, единичные влажные хрипы с обеих сторон. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. На нижних конечностях трофические нарушения, пастозность в области голеностопного сустава. Неврологический статус без грубой очаговой патологии. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№11.

Больная Е., 72 года, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 м и подъеме на один лестничный пролет, слабость, утомляемость, сердцебиение, боли и тяжесть в области правого подреберья, отеки голеней и стоп, плохой сон. Объективно: состояние средней тяжести. Рост 155 см, вес 102 кг. Акроцианоз, отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 18 в мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, сухие и незвучные хрипы, крепитация. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в 5 межреберье 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край 3 ребра. При аускультации сердца тоны приглушены, выслушивается акцент второго тона во 2 межреберье справа от грудины, шумы. Ритм сердца нарушен - мерцательная аритмия. ЧСС 300 в мин. АД 180/100 мм рт.ст. При пальпации печень плотная, малоболезненная, с ровной поверхностью, увеличена, выступает на 3 см из под края реберной дуги, край ее заостренный. Окружность живота 120 см - асцит. 6-минутный тест ходьбы - 150 метров. Из анамнеза известно, что около 22 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными подъемами цифр АД до 220/110 мм рт.ст. Регулярного лечения не получает. Страдает сахарным диабетом 2 типа. ОАК - лейкоциты 7,4*10⁹/л, СОЭ 14 мм/ч., ОАМ - реакция кислая, белок 0,075 мг/сут., БАК - уровень холестерина 8,3 ммоль/л, глюкоза 7,8 ммоль/л. ЭКГ - отсутствие зубца Р, наличие беспорядочных мелких волн f, неправильный желудочковый ритм. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№12.

Больной К., 40 лет, доставлен машиной "скорой помощи" с приступом интенсивных болей в левой половине грудной клетки, колющего, давящего характера, продолжающиеся более 30 мин., сердцебиение ("Сердце выскакивает из груди"), резкую слабость, беспокойство, одышку. Из анамнеза выяснено, что заболел несколько дней назад после стрессовой ситуации (поссорился с родственниками), когда появилась слабость, недомогание, разбитость, бессонница, ухудшилось настроение, появилось чувство тревоги, боль в области сердца, затем присоединились вышеописанные приступы. Дважды за последние сутки наблюдались аналогичные приступы, которые купировались самостоятельно. Из анамнеза жизни: наследственность не отягощена. Больной страдает радикулитом, полгода назад лечился в неврологическом отделении по поводу неврита лучевого нерва. Курит - до 1 пачки в день. Алкоголь употребляет «по праздникам», неделю назад в большом количестве - на свадьбе. Объективно: состояние средней тяжести, больной возбужден, мечется по комнате, просит срочно оказать ему помощь. Кожные покровы гиперемированы, влажные, стойкий красный дермографизм, инъекция сосудов склер, на крыльях носа телеангиоэктазии. На коже грудной клетки багрово-синюшные кровоизлияния, рубец от торокотомии ("Ножевое ранение 2 года назад"). В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 22 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, резко учащены до 140 в 1 мин.,

пульс слабого наполнения, дефицит пульса - 15. АД - 110/90 мм рт.ст. Живот мягкий, печень плотная, выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Отёков нет. В позе Ромберга устойчив, дрожание кистей. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№13.

Больная С., 45 лет, доставлена в приемное отделение машины «скорой помощи» с жалобами на выраженную одышку в покое, удушье, кашель с мокротой, боли в области сердца сжимающего характера, иррадирующие в левую руку, лопатку, заднюю поверхность шеи. Беспокоит также головная боль, головокружение, слабость в руках, пелена перед глазами. Из анамнеза выяснено, что страдает гипертонической болезнью в течение двадцати лет, последние месяцы стала намного хуже себя чувствовать, но регулярного лечения не принимала. Неделю назад перенесла стрессовую ситуацию. Все эти дни беспокоила головная боль, тошнота, колющие боли в сердце, ночью плохо спала. Сегодня после еды возникла рвота (больная связывает это с приемом недоброкачественной пищи), появилась слабость в руках и ногах, пелена перед глазами, стало не хватать воздуха, появился кашель и сжимающая боль за грудиной. Объективно: больная избыточного веса. Лицо одутловатое, сознание ясное, сидит на кушетке, держась за область грудины рукой. Границы сердца расширены вправо и влево, тоны ритмичные, тахикардия до 100 уд. в 1 мин, АД- 250/130 мм рт.ст. Дыхание в легких жесткое, в средних и нижних отделах влажные разнокалиберные хрипы, ЧДД - 28 в 1 мин. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, болезненность в эпигастрии. Перкуторно - печень не увеличена, пастозность голеней. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№14.

На прием к участковому терапевту в поликлинике обратилась пациентка 68 лет с жалобами на головную боль в теменной и затылочной области, шум в голове, бессонницу. 70 Головные боли беспокоят около 10 лет, лечилась с диагнозами: «Мигрень», "Атеросклероз сосудов головного мозга с периодическими улучшениями. Последние 2 недели боль стала более интенсивной и продолжительной, в это же время стал наблюдаться подъем АД до 180/100-170/90 мм рт.ст. (рабочее давление 130/80 или 140/80 мм рт.ст.). Объективно: состояние удовлетворительное. Больная выглядит старше своих лет. В височной области - ксантома. Границы сердца увеличены на 1 см от срединно-ключичной линии влево, тоны сердца ритмичные, небольшой систолический шум на верхушке и в точке Боткина, периодически выслушивается усиленный, громкий 1 тон. ЧСС 45 в минуту, АД: правая рука - 175/95, левая - 180/90 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень увеличена на 1 см, живот мягкий. На ногах трофические нарушения, пульс ослаблен на артериях стоп. ЭКГ - предсердия и желудочки возбуждаются независимо друг от друга. При учащенном сокращении предсердий в правильном ритме желудочки сокращаются в пределах 45 раз в 1 мин. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№15.

Больной С., 58 лет, работник автобензоколонки, предъявил жалобы на хроническую крапивницу, непереносимость анальгина, стрептомицина, новокаина, резерпина, гастропепина, многих продуктов питания, на слабость, горечь во рту по утрам, низкое АД. Болен около 5 лет, когда стал беспокоить кожный зуд в межлопаточной области. Последние 3 года периодически появлялись волдырные высыпания - обильные сливные, неправильной формы и значительных размеров («лепешки на ладонь»), параорбитальные отеки губ. Высыпания появлялись без внешней причины или на фоне медикаментозного лечения язвенной болезни 12-перстной кишки, головных болей, бронхита. Слабость утрами, горечь во рту отмечает лет 10. Перенес сывороточный гепатит в 38-летнем возрасте. В последний год 6 раз наблюдался рецидив крапивницы на многие продукты. Объективно: склеры и слизистая мягкого неба иктеричны. По всей поверхности тела огромных размеров сливные волдырные высыпания, отек губ, кистей. На коже груди - несколько печеночных звездочек и большое количество брусничных пятен. В надлопаточной области линейные рубчики - следы расчесов. Ладони гиперемированы. Дыхание везикулярное, перкуторно-легочный звук. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Нижний край печени острый, выступает на 2 см, безболезненный, плотной консистенции. Левая доля её увеличена. Симптом Ортнера положительный. Анализы крови и мочи без особенностей. УЗС: печень выступает на 2-3 см, эхогенность ее неравномерна. Желчный пузырь, селезенка нормальных размеров. Vena portae 1,3 см. Поджелудочная железа повышенной эхогенности. Билирубин - 28 ммоль/л, прямой - 8 ммоль/л. 76 Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№17.

Больной Б., 32 лет, шофер, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области, появляющиеся через 2 часа после приема пищи, рвоту, приносящую облегчение, похудание, потливость, слабость. Из анамнеза установлено, что больной страдает гастритом с повышенной кислотообразующей функцией в течение 6 лет. Ухудшение состояния в весенние и осенние периоды, 1-2 раза в год последние два года. Объективно: большой пониженный питания, кожные покровы влажные бледные. Язык обложен сероватым налетом. В легких: дыхание везикулярное. При аускультации сердца - тоны ясные, ритмичные, ЧСС 70 в минуту, АД -110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области, справа точно возле пупка. Рентгенологически выявляется симптом "пальца" и деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию живота и запишите результаты в историю болезни.

№18.

Больная К., 19 лет, студентка, поступила в приемное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, боли в суставах и мышцах, боли в правом подреберье тупого характера, тошноту, слабость, анорексию, желтуху с выраженным кожным зудом, носовые кровотечения до 3-4 раз в сутки. Из анамнеза выяснено, что 4 месяца назад после ОРЗ сохранился субфебрилитет, появилась слабость, сонливость, анорексия, интенсивная желтуха. Была госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом "Острый вирусный гепатит" (ОВГ). На фоне проводимого лечения и диеты состояние улучшилось, нормализовалась температура тела, желтуха уменьшилась, но оставались резко измененными осадочные пробы и повышение СОЭ до 50 мм/час. В течение последующих месяцев состояние больной оставалось удовлетворительным, сохранялась субиктеричность склер. Вышеперечисленные жалобы появились 2 дня назад. Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное, положение в постели активное. 78 Интенсивная желтушность кожи и слизистых. Эритема лица. Петехиальная сыпь на конечностях, "сосудистые звездочки", "печеночные ладони". Деформация коленных суставов за счет отека периартикулярных тканей. Дыхательная система без особенностей. Сердце - тоны приглушены, тахикардия 96-100 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Перкуторно увеличение размеров печени по Курлову: I-25 см, II-20 см, III-14 см. Край печени пальпируется на 15 см ниже реберной дуги по правой срединноключичной линии, ровный, плотноватой консистенции, резко болезненный. Пальпируется увеличенная селезенка, до 5-7 см из-под левой реберной дуги, слабо болезненная. Кал ахоличный, моча темная. Анализ крови: эр.-2,91012/л, Нв-90 г/л, ц.п.-0,9, п-2,5109/л, эоз-1%, п/я-7, с/я- 47, баз.-0, лимф.-45, СОЭ 60 мм/час. Сахар крови - 5,5 ммоль/л, АЛТ - 110 ед., АСАТ - 90 ед., тимоловая проба - 10 ед., СРБ +++ . Анализ мочи: кол-во 100 мл, цвет с/ж, реакция - кислая, уд.вес 1008, белок -0,033 г/л, эр. 1-2-1 в п/зр., лейкоц. 1-3-1 в п/зр. Электрофорез белков: общий белок 57 г/л, альбумины - 40%, а₂ - 16%, р - 8%, у - 32%. Общий билирубин - 120 мкмоль/л, прямой - 110 ед. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№19.

Больная А., 34 лет, инженер, поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, иррадирующие под лопатку и в надключичную область, непереносимость жирной пищи, чувство горечи во рту по утрам, однократно рвота, не приносящая облегчения. Из анамнеза установлено, что боли появились 2 года назад во время беременности, светлые промежутки бывают редко, сильных болевых приступов не отмечает. Объективно: повышенного питания, со стороны сердца и легких патологии не обнаружено. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, болезненный в точке Роже, печень не увеличена, положительные симптомы Мюсси, Кера, Василенко. В дуоденальном содержимом в порции "В" большое количество лейкоцитов, слизь, осадок, единичные лямблии. В посевах желчи выделен гемолитический стрептококк, чувствительный к тетрациклину. При рентгенологическом исследовании - тень желчного пузыря однородная, обычных размеров. После дачи пробного завтрака - сократилась менее чем на 1/3 объема. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№20.

Больной 54 лет, разнорабочий, страдает хроническим алкоголизмом, обратился к врачу по поводу болей в эпигастральной области, которые несколько уменьшаются в коленно-локтевом положении, задержки отхождения газов, слабости. Впервые боли появились 4 года назад, не лечился. За последнее время похудел на 3 кг. При осмотре: рост 180 см, вес 54 кг. Кожные покровы тела покрыты пятнами Воячека. Язык обложен белым налетом. Пальпаторно

определяется болезненность в эпигастральной области. Стул темный, разжиженный, плохо смывается. Анализ крови: эр. - 4,810/2/л, Нв - 120 г/л, ЦП - 1,0, лейкоц. - 9,4*10⁹, СОЭ - 30 мм/час. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№21.

Больная 50 лет, повар, доставлена в приемный покой с жалобами на приступ боли в 79 правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правую ключицу, тошноту, горечь во рту, отрыжку, слабость. Приступы болей в правом подреберье беспокоят периодически уже лет 10, связаны с приемом жирной и жареной пищи, алкоголем. При осмотре: рост 158 см, вес 90 кг. Иктеричность склер. Кожные покровы желтушные. Язык обложен налетом белого цвета. Живот вздут, болезненность в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул был вчера, обесцвеченный. Анализ крови: эр. - 4,8-Ю12, Нв - 120 г/л, ц.п. - 0,9, лейкоц. - 9,6109, п - 7, с - 74, э - 2, л - 11, м - 6, СОЭ - 22 мм/час. Общий билирубин - 90, прямого - 56 и непрямого - 34 ммоль/л. Анализ мочи без особенностей. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№22.

Больной Б., 17 лет, учащийся 11 класса, в течение 11 лет страдает инсулинозависимым сахарным диабетом, доставлен в хирургическую клинику (сопор). Больной в тяжелом состоянии, сознание сохранено. Частая рвота, сильные боли в животе. Объективно: состояние тяжелое. Сухая кожа, язык сухой, обложен желто-коричневым налетом. Гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Пульс 120 в мин., слабого 83 наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. В легких дыхание ослаблено. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№23.

Больная Ф., 55 лет, инвалид II группы, надомный труд. Доставлена дежурной бригадой в психиатрическую больницу. Со слов родственников 2 часа назад у больной появилось возбуждение, агрессивное настроение, ругала детей, пыталась поджечь дом. Два года больная страдает сахарным диабетом. Делает сама инсулин. В приемном покое у больной появились судороги, она потеряла сознание. При осмотре кожа бледная, влажная, ЧСС 52 уд. в мин. АД 80/60 мм рт.ст. Сухожильные рефлексы снижены, корнеальный вызывается слабо. Живот без особенностей. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№24.

К., 63 лет, жалуется на слабость, потливость, увеличение всех групп периферических лимфоузлов. Из анамнеза: впервые стал отмечать увеличение лимфоузлов 4 года назад, других жалоб не было. Обратился к врачу по месту жительства, который направил его на консультацию к гематологу. В то время уровень лейкоцитов в анализах крови был 45-10%, п 4, с 10, л 76, м 9, б 1, Нв - 140 г/л, эр. - 4,5-1012/л, ц.п. = 0,9. СОЭ - 15 мм/час. Учитывая общее удовлетворительное состояние и невысокий лейкоцитоз, цитостатическая терапия не была назначена. Рекомендовано было явиться к гематологу через 3 месяца. Однако пациент вновь обратился к врачу только через 4 года, когда отметил значительную потливость, прогрессирующую слабость в течение последнего года и быстрый рост лимфоузлов. В течение последнего года дважды болел правосторонней нижнедолевой пневмонией. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная. Питание удовлетворительное. Лимфоузлы шейные, подмышечные, паховые размером до 3-5 см, мягкие, подвижные, 80 безболезненные. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 80 в минуту. В легких в н/о справа ослабленное везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка выступает на 4 см из-под реберной дуги, плотная. В крови: Нв - 100 г/л, эр. - 3,1*1012/л, ц.п. = 0,9, тромбоц. - 186*10⁹ /л, лейкоц. - 150*10⁹ /л, э - 1%, с - 4%, л - 90%, б - 2%, м - 3%. В моче патологии не выявлено. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№25.

Больная О., 40 лет, юрист, обратилась с жалобами на повышенную утомляемость, потливость, неприятные ощущения в области левого подреберья, где случайно обнаружила какое-то плотное образование, кровь в кале. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, пальпируется увеличенная селезенка на 6 см ниже края реберной дуги, соответственно печень на 2 см, безболезненная. Анализ крови: Нв - 106 г/л, эр. - 3,4*1012/л, ц.п. - 0,9, лейкоц. - 140*10⁹ /л, б - 13%, э - 10%, м - 9%, юные - 12%, с - 31%, л - 5%, м - 4%, п - 16%, СОЭ - 14 мм/час, тромбоциты 240*10⁹ /л. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№26.

Больной С., 30 лет, слесарь, поступил в клинику с жалобами на слабость, потливость, повышение температуры до 37,5°C, кровотоочивость десен. Из анамнеза выяснено, что 2 недели назад заметил "язвочки" на деснах. Обратился к стоматологу, лечился по поводу стоматита без эффекта. После сдачи анализа крови был направлен на консультацию к гематологу. Объективно: состояние средней тяжести. Бледен, на коже груди и конечностей мелкие геморрагии. Отмечается кровотоочивость десен с участками язвенных дефектов до 0,5 см в диаметре. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 92 уд. в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка на 3 см выступает из-под края реберной дуги. Анализ крови: Нв - 90 г/л, эр. - 3,0-1012/л, ц.п. = 0,9, тромбоциты - 90109 /л, лейкоц. - 27-109 /л, Э 1%, п 4%, с 23%, л 20%, м 2%, бласты 50%, СОЭ - 30 мм/час. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№27.

Больная П., 46 лет, учитель, поступила в клинику с жалобами на слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение, боль в ногах при ходьбе, тошноту, неустойчивый стул. Из анамнеза: 6 лет назад произведена резекция 2/3 желудка по поводу язвенной болезни. Объективно: кожные покровы бледные с желтушным оттенком, склеры иктеричны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС - 96 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: Нв - 70 г/л, эр. - 1,5*1012/л, ретикулоциты - 0,3%, тромбоциты - 60-109, 81 лейкоц. - 3109, СОЭ - 28 мм/час, э - 1%, п - 4%, с - 40%, м - 4%, л - 51%, ц.п. = 1,4. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№28.

Больной С., 20 лет, студент, поступил в клинику с жалобами на обильное носовое кровотечение после удара по спинке носа. Из анамнеза известно, что носовое кровотечение с 2-х летнего возраста, возникающее после удара. У племянника (сына родной сестры) также отмечается повышенная кровотоочивость при порезах, ударах. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых, на спинке носа и вокруг левого глаза обширный кровоподтек. Анализ крови: эр. - 2,91012/л, Нв - 74 г/л, ретикулоциты - 1,8%, тромбоциты - 18010%, лейкоц. - 10,7*10⁹ /л, э - 2%, п - 6%, с - 72%, л - 17%, м - 3%, СОЭ - 22 мм/час. Длительность кровотечения - 4 мин., ретракция кровяного сгустка - 32%, время свертывания: начало 8' 15", а конец - 15', фибриноген - 4 г/л. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№29.

Больная Б., 40 лет, воспитатель, поступила в клинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ломкость ногтей. Из анамнеза: месячные обильные по 7 дней с 13 лет. Объективно: состояние средней тяжести, сухость кожи и бледность кожных покровов. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум не верхушке. ЧСС - 98 уд. в мин. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв - 60 г/л, эр. - 2,5-10 7л, ц.п. = 0,7, лейкоц. - 6109 /л, п - 3%, с - 60%, э - 1%, б - 1%, л - 35%, СОЭ - 19 мм/час, тромбоциты - 180-109 /л. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Оцените клинический анализ крови.

№30.

Больная В., 32 лет, бухгалтер, поступила с жалобами на слабость, одышку, отеки лица, туловища, конечностей, увеличение живота. В анамнезе частые ангины. Два года назад перенесла острый гломерулонефрит. В дальнейшем отмечалась протеинурия, микрогематурия. Около недели назад перенесла ангину, после чего появились указанные жалобы. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, анasarка, асцит, гидроторакс. АД -

105/70 мм рт.ст. ЧСС - 85 уд. в минуту. В анализе крови: лейкоц. - $6,1 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 50 мм/час, общий белок - 44 г/л, альбумины - 41%, глобулины - 59%, холестерин - 24 ммоль/л. Анализ мочи: уд.в. 1035, реакция щелочная, белок - 3,5 г/л, лейкоциты - 6-8, эритроциты - 8-10, цилиндры гиалиновые, зернистые, восковидные 3-4, жировые капли 2-3 в поле зрения. Суточная протеинурия - 24 г/л. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Оцените клинический анализ мочи.

№31. Больная Н., 22 года, товаровед, поступила в клинику с жалобами на слабость, потливость, ознобы, повышение температуры, боли в поясничной области, больше и чаще справа с иррадиацией в наружные половые органы. Частое болезненное мочеиспускание, отеки под глазами по утрам, моча последний месяц мутная, иногда бурая, с хлопьями. Заболела год назад после сильного переохлаждения, когда появились аналогичные боли в поясничной области, изменился цвет мочи. Принимала отвары трав. 3 дня назад было охлаждение. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 37,8°. Кожные покровы влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, чистые, 88 уд. в мин. АД - 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, участвует в дыхании. Печень и селезенка не увеличены. Пальпируется болезненный нижний полюс правой почки. Симптом Пастернацкого (+) справа. В крови: Нв - 120 г/л, лейкоц. - $13 \cdot 10^9$ /л, п - 5, с - 73, л - 15, м - 5, э - 2, СОЭ - 128 мм/час. Общий белок - 70 г/л, мочевины крови - 5,8 ммоль/л, креатинин крови 0,08 мм/л в 1 мл мочи. В моче: Б - 0,13 г/л, по Нечипоренко л - 15120, э - 500. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№32. Больной Л., 45 лет, поступил с жалобами на головную боль, общую слабость, сонливость днем, бессонницу ночью, носовые кровотечения, жажду, тошноту в утренние часы, иногда - рвоту. Указанные явления появились около полутора месяцев назад. Ранее больным себя не считал, не обследовался. Возникшие иногда боли в поясничной области связывал с физической нагрузкой, а появление одутловатости лица по утрам - с употреблением соленой пищи накануне. В анамнезе частые ангины. Около полугода отмечает жажду и полиурию. При объективном исследовании: состояние средней тяжести. Кожные покровы резко бледные, желтовато-землистой окраски, сухие со следами расчесов. В легких: дыхание везикулярное, жесткое. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, акцент II тона на аорте, АД - 230/130 мм рт.ст. Пульс 75 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Пальпация области почек безболезненна. Синдром Пастернацкого отрицательный с двух сторон. В анализе крови: Нв - 80 г/л, эр. - $2,41 \cdot 10^{12}$ /л, СОЭ - 26 мм/час, креатинин - 1,0 ммоль/л, мочевины - 50 ммоль/л. В анализе мочи: уд. вес 1007, белок - 0,9 г/л, лейкоциты 3-4, эритроциты 5-6, цилиндры гиал. 2-3 в п/зр. Проба Зимницкого: уд. вес 1010-1012. СД 2100 мл, ДД 900 мл, НД 1200 мл. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

№33. Больная В., 33 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боль в межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставах, ограничение подвижности в них, по утрам ощущение скованности в суставах. Болеет 1,5 мес. Кожные покровы бледные, деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. Активные движения в этих суставах резко ограничены из-за боли. Пульс ритмичный, 80 /мин. АД 150/80 мм рт.ст. I тон над верхушкой приглушен, систолический шум и усиление 2 тона над аортой. В остальном внутренние органы без изменений. Анализ крови: эр. $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, Нв 96 г/л, цв. показатель 0,84, л. - $7,7 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 50 мм/час. Сиаловая кислота 260 ед. СРП «+++». Реакция Ваалера-Роузе положительная. Результаты рентгенографии лучезапястных суставов: остеопороз в эпифизах, сужение суставной щели, единичные узурсы суставных поверхностей. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.

Эталоны ответов

Задача № 2

1. Тромбофлебит вен правой голени, ТЭЛА, инфаркт-пневмония S1V-V левого легкого. Фибринозный плеврит. Острое легочное сердце. ДНШ ст. Клинические симптомы: I этапа - внезапность развития одышки, болей в грудной клетке, кашля, кровохарканья, субфебрилитета, II - набухание шейных вен, цианоза, шума трения плевры, тахикардии, акцента 2 тона на легочной артерии, гипотонии, на фоне отечности и болезненности голени. Рентгенологически: симптом инфильтрации легочной ткани. ЭКГ: симптом перегрузки правого желудочка и правого предсердия и ишемии правого желудочка. Анализ крови: умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Тромбофлебит правой голени, на фоне которого внезапно вначале развилась боль в грудной клетке на вдохе и одышка, и только через сутки появление повышенной температуры, рентгенологически синдром инфильтрата в сочетании с острым декомпенсированным легочным сердцем прямые критерии ТЭЛА. Это подтверждается типичными ЭКГ-признаками. Для острой пневмонии характерна тоже триада симптомов: повышение температуры, кашель, боль в грудной клетке на вдохе. Однако при последней она начинается с высокой температуры, кашля и позже боль в грудной клетке, а в данном случае на 2 день, что позволяет ее исключить. Усиленное голосовое дрожание, жесткое дыхание не характерны для плеврального выпота и ателектаза. Ишемия SIII, v1-v2 сочетается с ЭКГ признаками перегрузки правых отделов предсердия и желудочка, что не свойственно ОИМ. Тем более не наблюдаются при ОПМ синдромы легочной инфильтрации, легочной гипертензии, дыхательной недостаточности и тромбофлебита голени.

2. Исследование системы гемостаза, ЭКГ в динамике, ангиопульмонография (АПГ). Показана консультация сосудистого хирурга. При АПГ - дефект контрастирования сегментарных ветвей верхнедолевой ветви легочной артерии (S1V-V) Нетрудоспособен. Лечение стационарное, первые дни в реанимационном отделении. Стол № 1. Режим строго постельный. Антикоагулянтная терапия: гепарин 20 тыс.ед. в/в, с последующим введением в/кожно через 6 час. по 5 тыс.ед. Фибринолитическая терапия: стрептокиназа, азелизин 500 тыс.-2 млн.ед. в/в капельно. Борьба с дыхательной недостаточностью (кислород 4-6 л/мин. через носовой катетер), болевым синдромом (анальгетики, вплоть до наркотических). Коррекция легочной гипертензии (инфузия эуфиллина). Борьба с острой правожелудочковой недостаточностью (сердечные гликозиды). Антибактериальная терапия. Общее и местное лечение тромбофлебита.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Критерии оценки решения практических заданий

5 «отлично» - комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильное проведение дифференциальной диагностики заболевания, обоснование диагноза, правильный выбор тактики действий;

4 «хорошо» - комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, не полное раскрытие междисциплинарных связей, правильное проведение дифференциальной диагностики заболевания, обоснование диагноза, правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога;

3 «удовлетворительно» - затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; проведение дифференциальной диагностики заболевания, обоснование диагноза, выбор тактики действий, в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога,

2 «неудовлетворительно» - неверная оценка ситуации; неправильная выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОЦЕНОЧНЫМ СРЕДСТВАМ.

Образовательный результат	Оценочные средства
Знать	

<p>принципы лечения и ухода в терапии, фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов; показания и противопоказания к применению лекарственных средств; побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп; особенности применения лекарственных средств у разных возрастных групп</p>	<p>Вопросы 1, 2, 3, 4, 5, 23,33,39,41,44,45,47,50,51,55,57,64,66,77,78,80</p> <p>Вопросы 2,4,6,7,10,11,13,16,19,22,23,26,30,30,31,34,35,40,46,53,54,61,65,67,69,70,72,84,88,91,92</p> <p>Вопросы 8,9,12,14,15,17,20,21,24,27,28,29,32,34,35,36,37,38,42,43,44,48,49,52,56,58,59,60,62,63,68,71,73,74,75,76</p> <p>Вопросы 2,4,6,7,11,15,22,24,27,28,30,33,34,36,44,46,47,51,55,66,79,80,81,82,83,85,86,87,88,90,93</p>
<p>Уметь: проводить дифференциальную диагностику заболеваний; определять тактику ведения пациента; назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение; определять показания, противопоказания к применению лекарственных средств; применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп; определять показания к госпитализации пациента и организовывать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение; проводить лечебно-диагностические манипуляции; проводить контроль эффективности лечения; осуществлять уход за пациентами при различных заболеваниях с учетом возраста;</p>	<p>Задачи №1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24. Задачи №1(2),2(2),3(2),4(2),5(2),6(2),7(2),8(2),9(2),10(2),11(2),12(2),13(2),14(2),15(2),16(2),17(2),18(2),19(2),20(2),21(2),22(2),23(2),24(2)</p> <p>Задачи №1(2),2(2),3(2),4(2),5(2),6(2),7(2),8(2),9(2),10(2),11(2),12(2),13(2),14(2),15(2),16(2),17(2),18(2),19(2),20(2),21(2),22(2),23(2),24(2)</p> <p>Задачи №1(1),2(2),3(1),4(1),5(1),6(1),7(1),8(1),9(1),10(1),11(1),12(1),13(1),14(1),15(1),16(1),17(1),18(1),19(1),20(1),21(1),22(1),23(1),24(1)</p> <p>Задачи №22,23</p> <p>Задачи №22,23</p> <p>Задачи №7,9,21</p> <p>Задачи №1(2),2(2),3(2),4(2),5(2),6(2),7(2),8(2),9(2),10(2),11(2),12(2),13(2),14(2),15(2),16(2),17(2),18(2),19(2),20(2),21(2),22(2),23(2),24(2)</p>

27.2. МДК.02.02 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Тема 1. Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика
Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. Асептика — это комплекс мероприятий:

- а) по борьбе с инфекцией в ране
- б) по профилактике попадания инфекции в рану
- в) по дезинфекции инструментов
- г) по стерилизации инструментов

2. Антисептика — это комплекс мероприятий:

- а) по борьбе с инфекцией в ране
- б) по профилактике попадания инфекции в рану
- в) по дезинфекции инструментов
- г) по стерилизации инструментов

3. В течение 1 минуты обрабатывают руки перед операцией в растворе:

- а) гибитана
- б) первомура (С-4)
- в) нашатырного спирта
- г) йодоната

4. Основоположник асептики:

- а) Бергман
- б) Листер
- в) Дьяконов
- г) Пастер

5. Основоположник антисептики:

- а) Пирогов
- б) Пастер

- в) Листер
г) Ландштейнер
6. Дезинфекция — это:
а) комплекс мероприятий, предупреждающих попадание микробов в рану
б) уничтожение всех микроорганизмов, в том числе и спорообразующих
в) уничтожение патогенных микробов
г) механическое удаление микроорганизмов с поверхности изделий медицинского назначения
7. Стерилизация — это:
а) комплекс мероприятий, предупреждающих попадание микробов в рану
б) уничтожение всех микроорганизмов, в том числе и спорообразующих
в) уничтожение патогенных микробов
г) механическое удаление микроорганизмов с поверхности изделий медицинского назначения
8. Применение перекиси водорода относится к методу антисептики:
а) физическому
б) химическому
в) механическому
г) биологическому
9. К физическому методу стерилизации относят:
а) автоклавирование
б) погружение в 70% раствор этилового спирта
в) погружение в 6% раствор перекиси водорода
г) воздействие парами формалина
10. Операционное белье стерилизуют в режиме:
а) 180°C — 60 мин.
б) 120°C. — 1,1 атм. — 45 мин.
в) 160°C — 180 мин.
г) 132°C — 2,0 атм. — 20 мин.
11. Изделия из резины и пластмасс стерилизуют в режиме:
а) 180°C — 60 мин.
б) 120°C — 1,1 атм. — 45 мин.
в) 160°C — 180 мин.
г) 132°C — 2,0 атм. — 20 мин.
12. Время химической стерилизации инструментов в 6% растворе перекиси водорода при комнатной температуре:
а) 1 час
б) 3 часа
в) 6 часов
г) 40 мин.
13. Основной режим сухожаровой стерилизации инструментария:
а) 120° С — 40 мин.
б) 180° С — 3 часа
в) 200° С — 40 мин.
г) 180° С — 1 час
14. Проба на качество предстерилизационной обработки инструментов:
а) формалиновая
б) азопирамовая
в) бензойная
г) никотинамидовая
15. Инструментарий для эндохирургии стерилизуют:
а) в автоклаве
б) в сухожаровом шкафу
в) холодным способом
г) кипячением
- Вариант 2.
- Выберите один правильный ответ:
1. Антисептик, применяемый для обработки операционного поля:
а) хлоргексидина биглюконат
б) перекись водорода
в) фурацилин
г) нашатырный спирт
2. Эндогенный путь проникновения инфекции в рану:
а) воздушно-капельный
б) контактный
в) воздушно-пылевой
г) лимфогенный
3. Применение лазера в хирургии относится к антисептике:
а) механической
б) физической
в) биологической
г) химической
4. Биологическая антисептика предусматривает применение:
а) гипериммунной плазмы
б) первичной хирургической обработки ран
в) дренирования ран
г) раствора перекиси водорода
5. Текущая уборка в операционной проводится:
а) 1 раз в день
б) в течение всего рабочего дня
в) перед операцией
г) в конце рабочего дня

6. Для контроля качества предоперационной обработки рук используют:
- а) термометры
 - б) бактериологический контроль
 - в) фенолфталеиновую пробу
 - г) амидопириновую пробу
7. При видовой укладке бикса в него закладывают:
- а) все необходимое для определенной операции
 - б) только один вид материалов
 - в) необходимое в течение рабочего дня перевязочной
 - г) необходимое для подготовки операционной сестры к операции
8. Срок хранения закрытого стерильного бикса без фильтра не более:
- а) 3 суток
 - б) 1 суток
 - в) 20 суток
 - г) 6 часов
9. Стерильность открытого бикса сохраняется:
- а) 6 часов
 - б) 12 часов
 - в) 10 часов
 - г) 24 часа
10. Генеральная уборка в операционном блоке проводится 1 раз в:
- а) месяц
 - б) неделю
 - в) 10 дней
 - г) 2 недели
11. Нарушение асептики выполнения инъекции может привести к:
- а) воздушной эмболии
 - б) аллергической реакции
 - в) абсцессу
 - г) липодистрофии
12. Одноразовую систему после инфузионной терапии необходимо:
- а) выбросить сразу
 - б) разрезать, замочить в дезрастворе
 - в) сдать старшей медсестре
 - г) промыть проточной водой
13. Экзогенный путь проникновения инфекции в рану из:
- а) разрушенных кариесом зубов
 - б) внешней среды
 - в) воспаленных миндалин
 - г) пораженных почек
14. При предстерилизационной обработке инструменты погружают в мойный раствор на:
- а) 5 мин.
 - б) 15 мин.
 - в) 45 мин.
 - г) 60 мин.
15. Уборку операционного блока в течение дня проводят:
- а) 1 раз
 - б) 2 раза
 - в) ни разу
 - г) по требованию, но не реже 2 раз
- Критерии оценки
- Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку
- 15 правильных ответов - отлично
- 14-11 правильных ответов - хорошо
- 11-8 правильных ответов - удовлетворительно
- 8 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

Больной 33 лет поступил в гнойное хирургическое отделение с диагнозом: абсцесс средней трети правого плеча. В экстренном порядке произведена операция: вскрытие абсцесса. После вскрытия абсцесса плеча больному был введен марлевый дренаж с гипертоническим раствором. Через два дня при перевязке при удалении дренажа выделилось большое количество гноя.

Задания:

Назовите виды антисептики, использованные в лечении данного больного?

Какой вид дренирования был применен?

Задача № 2.

Больной 47 лет доставлен в торакальное отделение по поводу болей в грудной полости слева, повышения температуры тела до 38°C, одышку, кашель. На рентгенографии грудной клетки затемнение с горизонтальным уровнем. Выставлен диагноз: эмпиема плевральной полости справа.

Задания:

Какой вид антисептики Вы примените?
Назовите виды дренирования.

Задача № 3.

Перевязочной сестре урологического отделения необходимо подготовить к предстоящему рабочему дню стерильные резиновые дренажи и катетеры.

Задания:
Как правильно произвести укладку резиновых изделий в стерилизационную коробку?
Каким методом и при каких показателях производят стерилизацию резиновых изделий?

Задача № 4.

Вы – операционная сестра. Доставлен бикс, при вскрытии которого вы обнаружили, что термический индикатор не изменил цвет.

Задания:
К какому методу контроля за стерильностью относятся термические индикаторы?
О чем свидетельствует отрицательная реакция индикатора?

Задача № 5.

После предстерилизационной обработки хирургического инструментария проведена бензидиновая проба. В результате появилась сине-зеленая окраска.

Задания:
Перечислите пробы контроля эффективности предстерилизационной обработки инструментов?
О чем это говорит появление сине-зеленой окраски при проведении бензидиновой пробы?

Задача № 6.

операционной закончилось экстренное оперативное вмешательство у пациента с диагнозом: «Острый флегмонозный аппендицит». Вовремя послеоперационной уборки санитарка оперблока собрала грязное операционное белье в специальный мешок и поместила его в контейнер для грязного белья.

Задания:
Правильно ли поступила санитарка оперблока? Оцените ее действия?
В чем заключается предстерилизационная подготовка операционного белья?

Задача № 7.

операционной закончилось плановое оперативное лечение у больного И., 49 лет, по поводу «Правосторонней приобретенной косой вправимой паховой грыжи». Во время послеоперационной уборки санитарка оперблока собрала использованные хирургические инструменты в специальный таз «для грязных инструментов» и отнесла их в моечную для предстерилизационной подготовки.

Задания:
С чего начинается предстерилизационная подготовка, использованных во время операции, хирургических инструментов?
Назовите состав моющего раствора «А», необходимую температуру данного раствора и время замачивания инструментов в данном растворе?

Задача №8

условиях экстренной ситуации необходимо срочно обработать руки операционной бригаде.

Задания:
Каким методом необходимо обработать руки хирурга?
Какой кожный антисептик использовать в данной ситуации?

Задача №9

процедурном кабинете во время внутримышечной инъекции ВИЧ-инфицированному пациенту медицинская сестра уколола палец иглой.

Задания:
Перечислите биологические жидкости организма, при работе с которыми необходимо соблюдать универсальные меры предосторожности?
Назовите пути передачи ВИЧ-инфекции?

Задача №10

условиях экстренной ситуации необходимо срочно обработать руки операционной бригаде.

Задания:
Каким методом необходимо обработать руки хирурга?
Какой кожный антисептик использовать в данной ситуации?

Задача №11

Поступил больной с острой кровопотерей. Необходима экстренная операция. Для обработки рук имеется первомур, а также все необходимое для обработки по Спасокукоцкому-Кочергину.

Задания:
Сколько времени занимает обработка рук раствором первомура?
Расскажите о технике обработки рук первомуром.

Задача №12

Пациент 67 лет, находится в хирургическом отделении, оперирован по поводу «Гангренозного калькулезного холецистита». На 10-е сутки после операции

появилась температура до 38°C, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, боли в грудные клетки справа. На обзорной рентгенографии в средние доли правого легкого затемнение.

Задания:

Перечислите пути и факторы передачи внутрибольничной инфекции?

Назовите возможную причину развития данной патологии, то являются источниками внутрибольничной инфекции?

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

Тема. 2. Организация сестринского ухода при кровотечениях.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация сестринского ухода при кровотечениях.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Организация сестринского ухода при кровотечениях.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Организация сестринского ухода при кровотечениях» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. При сборе данных у пациента с кровоточивостью из мест инъекций медсестра выяснит:

- а) характер питания
- б) наследственный фактор
- в) возрастной фактор
- г) вредные привычки

2. При обследовании пациента с желудочным кровотечением медсестра:

- а) измерит АД
- б) проверит наличие отека
- в) оценит состояние лимфатических узлов
- г) проверит остроту слуха

3. У пациента с легочным кровотечением в первую очередь нарушено удовлетворение потребности:

- а) поддерживать температуру
- б) дышать
- в) выделять

г) играть, учиться, работать

4. После острого кровотечения первыми изменяются следующие лабораторные параметры:

- а) рН артериальной крови
- б) Нв и Нт
- в) центральное венозное давление
- г) насыщение крови кислородом

5. Приоритетная проблема у пациента с резаной раной плеча и артериальным кровотечением:

- а) дефицит желания следить за собой
- б) нарушение целостности кожи
- в) наружное кровотечение
- г) нарушение сна

6. Независимое действие медсестры для удовлетворения потребности дышать у пациента с легочным кровотечением:

- а) введение гемостатиков
- б) применение холода на грудную клетку и голову
- в) обучение ЛФК
- г) подготовка набора инструментов для плевральной пункции

7. Медсестра для решения проблемы венозного кровотечения из раны:

- а) проведет ПХО раны
- б) наложит давящую повязку
- в) наложит артериальный жгут
- г) наложит лигатуры на сосуд

8. Сестринское вмешательство при кровотечении из бедренной артерии:

- а) применение гемостатической губки
- б) тампонада раны
- в) наложение артериального жгута
- г) наложение давящей повязки

9. При осуществлении первого этапа сестринского процесса у пациента с внутренним кровотечением медсестра:

- а) оценит пульс и артериальное давление
- б) выявит проблемы
- в) составит план сестринского ухода
- г) сформулирует цели ухода

10. Характер примесей в кале при кишечном кровотечении:

- а) слизь
- б) темно-вишневая кровь
- в) гной
- г) крахмальные зерна

11. Зависимое сестринское вмешательство при наружном артериальном кровотечении:

- а) наложение артериального жгута

- б) введение кровезамещающих препаратов
 - в) перевязка артерии
 - г) пальцевое прижатие артерии
12. Способ временной остановки наружного артериального кровотечения:
- а) наложение давящей повязки
 - б) местное применение холода
 - в) пальцевое прижатие сосуда к кости
 - г) приподнятое положение конечности
13. Биологическое средство местного применения для остановки кровотечения:
- а) викасол
 - б) гемостатическая губка
 - в) нативная плазма
 - г) хлористый кальций
14. Физический метод окончательной остановки кровотечения:
- а) переливание плазмы
 - б) протезирование сосуда
 - в) электрокоагуляция
 - г) наложение шва на сосуд
- 15] Для окончательной остановки кровотечения механическим способом применяют:
- а) наложение жгута
 - б) пузырь со льдом
 - в) сосудистый зажим
 - г) легирование сосуда

Вариант2.

Выберите один правильный ответ:

1. Кровоизлияние — это
- а) диффузное пропитывание тканей кровью
 - б) ограниченное скопление крови в тканях
 - в) скопление крови в плевральной полости
 - г) скопление крови в брюшной полости
2. Вытекание крови непрерывной струей темно-вишневого цвета характеризует кровотечение:
- а) капиллярное
 - б) смешанное
 - в) венозное
 - г) артериальное
3. Развитием воздушной эмболии опасно кровотечение из:
- а) пищевода
 - б) вен голени
 - в) крупных вен шеи
 - г) плечевой артерии
4. Гемоторакс — это скопление крови в:
- а) капсуле сустава
 - б) плевральной полости
 - в) брюшной полости
 - г) околосердечной сумке
5. Давящую повязку накладывают при кровотечении из:
- а) геморроидальных узлов
 - б) вен голени
 - г) подколенной артерии
 - д) parenхиматозных органов
6. Кровотечение из плечевой артерии называется:
- а) наружным
 - б) внутренним
 - в) смешанным
 - г) скрытым
7. Жгут следует применить при:
- а) открытом переломе
 - б) кровотечении из вен предплечья
 - в) капиллярном кровотечении
 - г) кровотечении из подколенной артерии
8. При легочном кровотечении выделяется кровь:
- а) алая и пенистая
 - б) типа "кофейной гущи"
 - в) темная, сгустками
 - г) темно-вишневого цвета
9. Больному с дегтеобразным стулом необходимо:
- а) положить грелку на живот
 - б) выполнить холодные ручные и ножные ванны
 - в) сделать очистительную клизму холодной водой
 - г) обеспечить покой, сообщить врачу
10. Механический способ окончательной остановки кровотечения:
- а) применение фибриногена
 - б) наложение артериального жгута
 - в) наложение сосудистого шва
 - г) применение гемостатической вискозы
11. Биологический препарат общего действия для остановки кровотечения:
- а) нативная плазма

- б) дицинон
- в) гемостатическая губка
- г) тромбин

12. Алая кровь выделяется пульсирующей струей при кровотечении из:

- а) паренхиматозных органов
- б) капилляров
- в) артерий
- г) вен

13. Для лечения гемофилии целесообразно применять:

- а) глюконат кальция
- б) криопреципитат
- в) переливание консервированной крови
- г) дицинон

14. При подозрении на желудочное кровотечение следует:

- а) госпитализировать пациента
- б) направить в поликлинику
- в) обезболить
- г) промыть желудок

15. Больного с массивной кровопотерей транспортируют:

- а) полусидя
- б) лежа на животе
- в) лежа с опущенными ногами
- г) лежа с приподнятым ножным концом

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

15 правильных ответов - отлично

14-11 правильных ответов - хорошо

11-8 правильных ответов - удовлетворительно

8 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Организация сестринского ухода при кровотечении

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

Рабочий нарушил правила техники безопасности, в результате чего получил травму предплечья. Вызванная м/с выявила: пострадавший бледен, покрыт холодным липким потом. Жалуется на боль и головокружение. На передней поверхности в/3 левого предплечья имеется глубокая поперечная зияющая рана, из которой пульсирующей струей обильно истекает кровь ярко-красного цвета. Чувствительность и двигательная функция пальцев кисти сохранены в полном объеме. Пульс - 100 в мин., слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт. ст. ЧДД - 20 в мин. Нарушений со стороны других органов не выявлено.

Задания:

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику наложения жгута при данной травме.

Задача № 2.

Через 15 минут после дорожной аварии в стационар доставлена пострадавшая 42 лет с жалобами на боль по всему животу, больше в левом подреберье, общую слабость, головокружение.

При осмотре м/с приемного отделения выявила: больная вялая, слегка заторможенная, в обстановке ориентируется, на вопросы отвечает замедленно. Кожные покровы бледные. Пульс - 98 в мин., слабого наполнения. АД - 100/60 мм. рт. ст. ЧДД - 22 в мин. Дыхание поверхностное.

Задания:

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Подготовьте все необходимое для проведения проб на совместимость.

Задача № 3.

В стационаре находится больная с диагнозом: "Варикозное расширение вен обеих нижних конечностей". Внезапно у нее разорвался варикозный узел, и началось значительное кровотечение. Вызванная м/с выявила: все вокруг залито кровью. Пациентка бледная, испуганная, жалуется на слабость, головокружение. На внутренней поверхности обеих голеней видны выступающие с узловыми расширениями вены. Кожа над ними истончена, пигментирована. На средней трети боковой поверхности правой голени имеется дефект кожных покровов, из которого истекает темно-вишневого цвета кровь. Пульс - 100 в мин. АД - 105/65 мм рт. ст. ЧДД - 22 в мин. Нарушений со стороны внутренних органов не выявлено.

Задания:

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику наложения давящей повязки.

Задача №4

У пострадавшего в результате автомобильной аварии имеется рана на переднебоковой поверхности грудной клетки, на уровне пятого ребра. Вы являетесь врачом скорой медицинской помощи и осматриваете пострадавшего на месте происшествия. Вы видите, что рана обильно кровоточит, и при промокании раны стерильной салфеткой замечаете, что источником кровотечения является небольшой (диаметром не более 2 мм) кровеносный сосуд, из которого кровь вытекает небольшим пульсирующим фонтанчиком.

Задания:

1. Определите состояние пациента.

2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику тугой тампонады кровотока раны

Задача №5

Вы – дежурная медицинская сестра участковой больницы. К Вам обратился молодой человек с жалобами на непрекращающееся необильное кровотечение из пальца, который он случайно порезал пилой 3 часа тому назад. По словам больного он всегда страдал повышенной кровоточивостью при самых незначительных повреждениях. Он сообщил, что однажды после прыжка у него опух коленный сустав, и опухоль не проходила, пока через месяц хирург не отсосал шприцом из сустава около стакана красновато-коричневой жидкости. При осмотре Вы обнаружили на тыльной поверхности указательного пальца левой кисти небольшую (10x4 мм) ранку с неровными краями, по всей поверхности которой в виде сливающихся капель сочится кровь. Ватно-марлевая повязка, которой была прикрыта рана, обильно промокла жидкой кровью. Сгустков крови незаметно.

Задания:

1. Какой вид кровотечения имеет место?
2. Почему кровотечение так долго не прекращается?

Задача №6.

Мужчина 28 лет в драке получил ножевое ранение правого плеча.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 82 уд.мин. хорошего наполнения. А/Д 125/90 мм. рт. ст. На внутренней поверхности нижней трети правого предплечья имеется рана длиной до 4 см с ровными краями. Из раны пульсирующей струей вытекает кровь алого цвета.

Задания:

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа
3. Продемонстрируйте технику наложения артериального жгута.

Задача №7.

Фельдшер вызван к пациенту, который в состоянии алкогольного опьянения нанес себе ранение бритвой в области правого предплечья.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 82 уд.мин. хорошего наполнения. А/Д 125/90 мм. рт. ст. На внутренней поверхности нижней трети правого предплечья имеется рана длиной до 4 см с ровными краями. Из раны кровотечение непрерывной струей. Кровь темно-вишневого цвета.

Задания:

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа
3. Продемонстрируйте технику наложения давящей повязки на рану.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

- 5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,
- 4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов
- 3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;
- 2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента.

Тема. 3. Организация сестринского ухода при раневом процессе.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация сестринского ухода при раневом процессе.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Организация сестринского ухода при раневом процессе

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Организация сестринского ухода при раневом процессе» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

1. Рана является проникающей, если:

- а) в ней находится инородное тело
- б) повреждены только кожа и подкожная клетчатка
- в) повреждены мышцы и кости
- г) повреждены мягкие ткани и пограничная серозная оболочка (плевра, брюшина)

2. Укушенные раны опасны:

- а) заражением бешенством
- б) заражением туберкулезом
- в) большой кровопотерей
- г) переломом костей

3. Колотые раны наиболее опасны тем, что возможно повреждение:

- а) нервов
- б) костей
- в) внутренних органов
- г) сосудов

4. Характеристика резаной раны:

- а) края ровные, зияет
- б) большая глубина, точечное входное отверстие
- в) края неровные, вокруг кровоизлияние
- г) края неровные, зияет

5. I фаза течения раневого процесса в инфицированной ране — это:

- а) гидратация
- б) дегидратация
- в) рубцевание

- г) эпителизация
- 6. При накоплении экссудата в гнойной ране необходимо:
 - а) тампонировать рану
 - б) дренировать рану
 - в) наложить повязку с мазью Вишневского
 - г) наложить сухую асептическую повязку
- 7. Протеолитические ферменты в лечении гнойных ран применяют с целью:
 - а) обезболивания
 - б) улучшения кровообращения
 - в) лизиса некротических тканей
 - г) образования нежного тонкого рубца
- 8. Абсолютный симптом раны:
 - а) крепитация
 - б) зияние краев
 - в) флюктуация
 - г) патологическая подвижность
- 9. Условия для заживления раны первичным натяжением:
 - а) края ровные, хорошо соприкасаются
 - б) края неровные, между ними значительный промежуток
 - в) нагноение раны
 - г) инородное тело в ране
- 10. Наиболее опасный симптом ранения:
 - а) кровотечение
 - б) инфицирование
 - в) дефект кожи
 - г) нарушение функции поврежденной части тела
- 11. Вид ран, где чаще всего возможно повреждение костей:
 - а) лоскутная
 - б) рубленая
 - в) колотая
 - г) резаная
- 12. При нагноении раны необходимо:
 - а) иссечь края
 - б) наложить компресс
 - в) развести края раны, произвести ревизию и ввести в нее дренаж
 - г) провести ПХО
- 13. Дренаж в гнойную рану вводят для:
 - а) ускорения эпителизации
 - б) остановки кровотечения
 - в) обеспечения оттока отделяемого
 - г) произведения тампонады
- 14. Рана, нагноившаяся в процессе лечения, называется:
 - а) асептической
 - б) первично инфицированной
 - в) вторично инфицированной
 - г) микробно-загрязненной
- 15. Местный признак нагноения раны:
 - а) местное повышение температуры
 - б) побледнение кожи
 - в) подкожная эмфизема
 - г) стихание боли

Вариант 2.

- 1. Вид рубца при заживлении раны первичным натяжением:
 - а) тонкий косметический
 - б) грубый широкий
 - в) деформирующий ткани
 - г) гипертрофический
- 2. Для лечения гнойных ран в фазе гидратации не применяют:
 - а) тампонаду раны
 - б) промывание перекисью водорода
 - в) антибиотикотерапию
 - г) повязки с гипертоническими растворами
- 3. Первичная хирургическая обработка раны — это:
 - а) иссечение краев, дна и стенок раны с последующим наложением швов
 - б) промывание раны
 - в) удаление из раны сгустков крови и инородных тел
 - г) наложение на рану вторичных швов
- 4. Симптом раны:
 - а) крепитация
 - б) зияние краев
 - в) флюктуация
 - г) патологическая подвижность
- 5. Условия для заживления раны первичным натяжением:
 - а) края ровные, хорошо соприкасаются
 - б) края неровные, между ними значительный промежуток
 - в) нагноение раны
 - г) инородное тело в ране

4. Наиболее опасный симптом ранения:
- а) кровотечение
 - б) инфицирование
 - в) дефект кожи
 - г) нарушение функции поврежденной части тела
5. Вид ран, где чаще всего возможно повреждение костей:
- а) лоскутная
 - б) рубленая
 - в) колотая
 - г) резаная
6. При нагноении раны необходимо:
- а) иссечь края
 - б) наложить компресс
 - в) развести края раны, произвести ревизию и ввести в нее дренаж
 - г) провести ПХО
7. Дренаж в гнойную рану вводят для:
- а) ускорения эпителизации
 - б) остановки кровотечения
 - в) обеспечения оттока отделяемого
 - г) произведения тампонады.
8. По инфицированности выделяют раны:
- а) гнойные, асептические, отравленные;
 - б) асептические, скальпированные, гнойные;
 - в) укушенные, свежеинфицированные, асептические;
9. Рана является проникающей, если:
- а) в ней находится инородное тело
 - б) повреждены только кожа и подкожная клетчатка
 - в) повреждены мышцы и кости
 - г) повреждены мягкие ткани и пограничная серозная оболочка (плевра, брюшина)
10. Укушенные раны опасны:
- а) заражением бешенством
 - б) заражением туберкулезом
 - в) большой кровопотерей
 - г) переломом костей
11. Колотые раны наиболее опасны тем, что возможно повреждение:
- а) нервов
 - б) костей
 - в) внутренних органов
 - г) сосудов
12. Характеристика резаной раны:
- а) края ровные, зияет
 - б) большая глубина, точечное входное отверстие
 - в) края неровные, вокруг кровоизлияние
 - г) края неровные, зияет
13. I фаза течения раневого процесса в инфицированной ране — это:
- а) гидратация
 - б) дегидратация
 - в) рубцевание
 - г) эпителизация
14. При накоплении экссудата в гнойной ране необходимо:
- а) тампонировать рану
 - б) дренировать рану
 - в) наложить повязку с мазью Вишневского
 - г) наложить сухую асептическую повязку
15. Протеолитические ферменты в лечении гнойных ран применяют с целью:
- а) обезболивания
 - б) улучшения кровообращения
 - в) лизиса некротических тканей
 - г) образования нежного тонкого рубца

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

15 правильных ответов - отлично

14-11 правильных ответов - хорошо

11-8 правильных ответов - удовлетворительно

8 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Организация сестринского ухода при раневом процессе.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1

В приемный покой пришел пострадавший со слепой колото-резаной раной левого плеча. Ранение получил 2 дня тому назад. Объективно: по передней поверхности, верхней трети левого плеча имеется колото-резанная рана, края раны ровные, стенки раны ровные с участками кровоизлияний, рана зияет, размеры раны 7,0 x 1,5 см, в ране – скудное, сукровично-гнойное отделяемое; вокруг раны имеется отек, гиперемия, пальпация вокруг раны болезненна.

Хирург приемного покоя произвел тщательный туалет раны, туго тампонировал ее тампоном, смоченным гипертоническим раствором натрия хлорида, наложил асептическую повязку. Пациенту проведена экстренная специфическая профилактика столбняка и назначена консервативная противовоспалительная терапия.

Вопросы:

1. Какая ошибка допущена хирургом приемного покоя?
2. Дайте определение понятию «рана». К каким группам ран по классификациям относится данная рана?
3. В какой фазе раневого процесса находится данная рана?

Задача № 2

В приемное отделение больницы доставлен пациент с колотой раной в верхней трети правой переднебоковой поверхности брюшной стенки, с момента получения ранения прошло 1,5 часа.

Объективно: в области ладонной поверхности живота, в верхней трети, имеется точечная рана округлой формы, диаметром до 3 мм, по краям раны отмечается осаднение кожных покровов и наличие кровоизлияний вокруг раны.

Вопросы:

1. Развитие каких осложнений ранения можно предположить у данного пациента?
2. Дайте определение понятию «первичная хирургическая обработка».
3. Какой объем хирургической помощи и в какой последовательности должен быть оказан данному пациенту?

Задача № 3

В травматологический пункт доставлен пострадавший с косопоперечной резаной раной ладонной поверхности правой кисти, с момента ранения прошло около 40 минут.

Объективно: в области ладонной поверхности правой кисти имеется косопоперечная резанная рана, края и стенки раны ровные, рана зияет, размерами 5,0 x 0,5 см, из раны имеется неактивное венозное кровотечение, активные сгибательные движения в межфаланговых суставах II-IV пальцев отсутствуют.

Задания:

1. Определите состояние пациентки.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Подготовьте все необходимое для проведения профилактики столбняка (вакцинации ПСС).

Задача № 4

В стационар поступил молодой человек, 23 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, повышение температуры. Около 3-х суток назад поскользнулся на улице, упал, ударившись головой о лед, сознание не терял. Дома обнаружил кровь на волосах и рану в затылочной области. Рану промыл теплой кипяченной водой. За 10 часов до поступления головные боли усилились, температура повысилась до 38,5.

Объективно: при осмотре выявлена рана затылочной области волосистой части головы, 1,5 x 2,0 x 0,5 см с налетом фибрина на дне; края раны неровные, отечны, гиперемированы; рана при пальпации болезненна, кровотечения нет.

Задания:

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Продемонстрируйте на фантоме туалет, инфицированной раны.

Задача № 5

В приемное отделение поступает пациент, 37 лет, с жалобами на резкую слабость, потливость, озноб, высокую температуру, дергающие боли в области ушной раны левого бедра, которую получил около пяти суток назад.

Со слов больного - рану получил случайно, на охоте, при непреднамеренном выстреле из ружья. После ранения обратился за медицинской помощью в больницу.

Из выписки следует, что в приемном отделении была выполнена первичная хирургическая обработка раны, рана ушита наглухо, проведена профилактика столбняка. Больной был отпущен на амбулаторное лечение.

Объективно: в области левого бедра, по передней поверхности, имеется ушитая отдельными узловыми швами рана; вокруг раны распространенный отек и гиперемия, локальная гипертермия; пальпация вокруг резко болезненна; при пальпации отмечается выделение серозно-гнойного экссудата между швами.

Вопросы:

1. Определите состояние пациента.
2. Дайте объяснение понятию «вторичная хирургическая обработка раны».
3. Какие хирургические манипуляции и в каком объеме необходимо выполнить?

Задача №6

В нейрохирургическое отделение поступил пациент с жалобами на сильную головную боль, головокружение, тошноту, наличие раны в области лба. Ненадолго терял сознание. При обследовании м/с выявила: общее состояние средней тяжести, пациент заторможен. Пульс - 88 в мин., ЧДД - 22 в мин., АД - 110/80 мм.рт.ст., температура тела 37,7 град., в области лба рана 2x0,5 см, умеренное кровотечение.

Задания:

1. Определите и обоснуйте вид повреждения.
2. Перечислите, удовлетворение каких потребностей нарушено у пострадавшего, сформулируйте проблемы, выберите приоритетную, сформулируйте цель и план сестринских вмешательств.
3. Продемонстрируйте технику наложения повязки "чепец".

Задача №7

Пациент прооперирован 3 суток назад по поводу аппендиэктомии. К вечеру поднялась температура до 37,8, появилось недомогание, озноб, боли, пульсирующие в области послеоперационной раны. При осмотре послеоперационного шва отмечается отек, покраснение, 3 шва прорезались.

Задания:

1. Определите и обоснуйте появившееся осложнение.
2. Перечислите, удовлетворение каких потребностей нарушено у пострадавшего, сформулируйте проблемы, выберите приоритетную, сформулируйте цель и план сестринских вмешательств.
3. Продемонстрируйте технику снятия швов.

Задача №8

Пациент 70 лет оперирован 3 дня назад по поводу опухоли сигмовидной кишки. Наложена колостома.

При осмотре медсестра выявила: состояние пациента удовлетворительное. Жалобы на боли в области послеоперационной раны и промокание повязки кишечным содержимым. Испытывает дискомфорт из-за отказа от курения.

Задания:

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Продемонстрируйте технику обработки гнойной раны.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

- 5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,
- 4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов
- 3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;
- 2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента.

Тема 4. Организация сестринского ухода при проведении десмургии.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация сестринского ухода при проведении десмургии.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Организация сестринского ухода при проведении десмургии.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Организация сестринского ухода при проведении десмургии» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1

1. Потенциальная проблема пациента с клеоловой повязкой:

- 1) раздражение кожи
- 2) деформация тканей
- 3) выпадение волос
- 4) болевой синдром

2. Потенциальная проблема пациента после наложения гипсовой иммобилизации:

- 1) нарушение кровообращения
- 2) развитие контрактуры
- 3) зябкость конечности
- 4) общее повышение температуры

3. Основной целью ухода медсестры за пациентом с бинтовой повязкой на конечности является предупреждение:

- 1) нарушений двигательной функции
- 2) дефицита самоухода
- 3) нарушений кровообращения дистальнее повязки
- 4) нарушения терморегуляции

4. Перед наложением бинтовой повязки медсестра оценит:

- 1) температуру тела
- 2) частоту дыхания
- 3) характер патологического процесса
- 4) АД

5. К мягким повязкам относятся:

- 1) гипсовая повязка
- 2) косыночная повязка
- 3) шина Крамера
- 4) аппарат Илизарова

6. При ранениях волосистой части головы накладывается повязка:

- 1) крестообразная на затылок и шею
- 2) пращевидная
- 3) "уздечка"
- 4) "чепец"

7. При ушибе плечевого сустава накладывают повязку:

- 1) черепашью
- 2) колосовидную
- 3) восьмиобразную
- 4) Дезо

8. Для транспортной иммобилизации используется:

- 1) шина Кузьминского
- 2) шина Белера
- 3) шина Крамера
- 4) шина ЦИТО

9. Вид повязки при растяжении связок в голеностопном суставе:

- 1) спиральная
- 2) восьмиобразная
- 3) колосовидная
- 4) черепашья

10. Лейкопластырные повязки относятся к :

- 1) давящим
- 2) клеевым
- 3) твердым
- 4) жидким

11. Крестообразную повязку применяют при повреждении:

- 1) плечевого сустава
- 2) коленного сустава
- 3) лучезапястного сустава
- 4) III пальца кисти

12. При оказании помощи пострадавшему с травмой ключицы целесообразно использовать:

- 1) шину Крамера
- 2) повязку Дезо
- 3) гипсовую лонгету
- 4) колосовидную повязку

13. Оклюзионную повязку используют при:

- 1) артериальном кровотечении
- 2) переломе ребер
- 3) в/вывихе плеча
- 4) открытом пневмотораксе

14. Вид повязки при венозном кровотечении:

- 1) давящая
- 2) окклюзионная
- 3) спиральная
- 4) лейкопластырная

15. Для фиксации нижней челюсти применяется повязка:

- 1) пращевидная
- 2) «чепец»
- 3) колосовидная
- 4) крестообразная на голову и шею.

Вариант2

1. При переломе нижней челюсти необходима повязка:

- 1) возвращающаяся
- 2) пращевидная
- 3) восьмиобразная
- 4) крестообразная

2. Повязка, применяемая при носовом кровотечении:

- 1) лейкопластырная
- 2) пращевидная
- 3) "уздечка"
- 4) циркулярная

3. При травме коленного сустава накладывают повязку:

- 1) черепашью
- 2) змеевидную
- 3) спиральную
- 4) колосовидную

4. После вскрытия карбункула на задней поверхности шеи лучше использовать повязку:

- 1) "чепец"
- 2) крестообразную
- 3) "уздечку"
- 4) возвращающуюся

5. Повязку Дезо используют при переломе:

- 1) костей предплечья
- 2) грудины
- 3) ключицы
- 4) ребер

6. При ожоге кисти кипятком накладывают повязку:

- 1) сходящуюся
- 2) клеевую
- 3) "варежка"
- 4) "перчатка"

7. Лейкопластырная черепацеобразная повязка накладывается при переломе:

- 1) грудины
- 2) ребер
- 3) ключицы
- 4) позвоночника

8. К твердым повязкам относится:

- 1) бинтовая
- 2) гипсовая
- 3) клеевая

- 4) давящая
9. При вывихе плеча применяют повязку:
- 1) косыночную
 - 2) спиральную
 - 3) восьмиобразную
 - 4) круговую
10. Открытых переломах накладывают гипсовую повязку:
- 1) мостовидную
 - 2) окончатую
 - 3) створчатую
 - 4) лангетную
11. При переломе лодыжек накладывают гипсовую повязку:
- 1) U-образную
 - 2) мостовидную
 - 3) сапожок
 - 4) циркулярную
12. После вправления вывиха плеча накладывают гипсовую повязку:
- 1) Дезо
 - 2) колосовидную
 - 3) крестообразную
 - 4) Вельпо
13. Повязка, применяемая при ранении пальцев кисти:
- 1) крестообразная
 - 2) "перчатка"
 - 3) черепашья
 - 4) змеевидная
14. Повязка для поддержания верхней конечности:
- 1) пращевидная
 - 2) спиральная
 - 3) косыночная
 - 4) колосовидная на плечевой сустав.
15. При растяжении связок голеностопного сустава накладывают повязку:
- 1) черепашью
 - 2) колосовидную
 - 3) восьмиобразную
 - 4) спиральную.

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

15 правильных ответов - отлично

14-11 правильных ответов - хорошо

11-8 правильных ответов - удовлетворительно

8 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Организация сестринского ухода при проведении десмургии.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Ситуационная задача № 1

В результате неосторожного движения ножом, женщина получила травму одного пальца правой руки.

Задания:

1. Назовите вид травмы.
2. В чем заключается первая помощь?
3. Выполните наложение соответствующей повязки.

Ситуационная задача № 2

У мужчины, пострадавшего в автомобильной катастрофе имеются рвано-ушибленные раны теменной и затылочной области.

Задания:

1. Как помочь пострадавшему?
2. Какую повязку Вы будете использовать?
3. Выполните наложение соответствующей повязки.

Ситуационная задача № 3

Во время игры ребенок нечаянно уколол острым концом палки левый глаз. Пострадавший плачет от боли.

Задания:

1. Как помочь пострадавшему?
2. Какую повязку следует наложить на время доставки ребенка в больницу?
3. Выполните наложение соответствующей повязки.

Ситуационная задача № 4

Пожилый мужчина, поскользнувшись на льду, почувствовал резкую боль в области левой лодыжки. Пострадавшего прохожие доставили в рядом расположенный магазин.

При осмотре левый голеностопный сустав отечный, движения в суставе резко ограничены и болезненны.

Задания:

1. Как помочь пострадавшему?
2. Какую повязку Вы будете использовать?
3. Выполните наложение соответствующей повязки.

Ситуационная задача № 5

Пациент 30 лет после переохлаждения на рыбалке жалуется на боли в области правой половины мошонки. Объективно: температура тела 38,5°. При осмотре: правая половина мошонки увеличена, кожа гиперемирована, отечная, пальпация придатка и яичка болезненны.

Задания:

1. Какой тип повязки Вы наложите в данной ситуации?

Ситуационная задача № 6

64 лет три дня назад выполнена ампутация бедра. Вы делаете перевязки.

Задания:

1. Какую повязку Вы наложите на культю нижней конечности?

Ситуационная задача № 7

Женщина 62 лет упала на асфальт коленом. Объективно: левая нижняя конечность в полусогнутом положении. Левый коленный сустав увеличен в объеме, движения в суставе ограничены и болезненные, на коже в области надколенника ссадина 4х6 см, покрытая корочкой.

Задания:

1. Какой тип бинтовой повязки необходимо наложить на коленный сустав?

Ситуационная задача № 8

После оказания неотложной помощи, какую повязку Вы наложите на кисть и предплечье? Повар перевернул на себя термос с только что приготовленной кашей. Кричит от боли. На коже кистей рук, левого предплечья прилипла каша, на свободных участках кожа гиперемирована, отечная.

Задания:

1. После оказания неотложной помощи, какую повязку Вы наложите на кисть и предплечье?

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации – дифференцированный зачет.

Форма проведения промежуточной аттестации: устный ответ на один из вопросов, предложенных для подготовки к зачету, решение ситуационной задачи.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Вклад М.И. Пирогова в хирургию.

Пути проникновения инфекции в рану. Понятие о внутрибольничной инфекции; ее профилактика.

Понятие об антисептике и асептике. Требования СанПиНа.

Физическая асептика.

Стерилизация, ее методы. Контроль за качеством стерильности.

Обработка операционного поля.

Классификация кровотечений. Острая кровопотеря, ее критерии, клинические признаки.

Кровотечение в полости и полостные органы, их клинические признаки.

Временные и окончательные методы остановки кровотечения.

Лабораторные и инструментальные методы диагностики кровотечений.

Понятия про повязку и перевязку. Виды повязок.

Наркоз: понятие, виды. Схемы ингаляционного наркоза.

Стадии эфирного наркоза.

Осложнения масочного ингаляционного наркоза.

Неингаляционный наркоз, его преимущества, недостатки. Препараты, используемые для неингаляционного наркоза.

Местная анестезия. Виды. Препараты, используемые для местной анестезии.

Проводниковая анестезия. Препараты, используемые для проводниковой анестезии.

Анестезия обмыванием или опрыскиванием.

Инфильтрационная анестезия по методу Вишневского.

Спинальная и перидуральная анестезия. Методика, возможные осложнения.

Понятие о группах крови.

Понятие про резус-факторе.

Показания и противопоказания к гемотрансфузии.

Осложнения при переливании крови.

Уход за больными до, во время и после гемотрансфузии.

Препараты крови. Характеристика. Показания к применению.

Профилактика заражения СПИДом в условиях стационара.

Кровезаменители, их характеристика.

Пути и методы введения инфузионных растворов.

Общая схема трансфузий.

Консервация и сбережение крови.

Понятие про хирургическую операцию. Этапы хирургических операций.

Методика обследования хирургического больного. Документация. Деонтологические аспекты работы.

Понятие о предоперационном периоде. Подготовка больного к плановой и экстренной операции.

Понятие о послеоперационном периоде. Профилактика ранних и поздних осложнений.

Понятие о ранах. Виды ран. Принципы оказания первой медицинской помощи в случае ранения. Активно-пассивная профилактика столбняка в случае повреждения. Транспортировка потерпевшего.

Первичная хирургическая обработка поверхностных ран мягких тканей, показания и противопоказания к операции. Возможные ошибки во время обработки ран. Принципы и техника дренирования ран.

Общие и местные признаки нагноения ран. Местное лечение ран. Уход за больными с гнойными ранениями, в зависимости от течения раневого процесса.

Травматизм. Виды и профилактика травматизма. Понятие об изолированной, смешанной и комбинированной травме. Принципы оказания первой медицинской помощи.

Закрытые механические травмы тканей (растяжения органов, сотрясение и раздавление) Синдром длительного сдавливания. Симптомы, оказание первой помощи, транспортировка. Особенности длительного лечения.

Переломы костей. Виды, клинические симптомы переломов. Роль фельдшера в оказании первой помощи в случае переломов. Принципы лечения переломов костей.

Вывихи. Клиническая картина. Диагностика. Принципы лечения больного с вывихом.

Ожоги. Классификация, определение площади ожога. Клиническая картина ожогов. Тактика фельдшера при оказании первой помощи. Принципы лечения больных с ожогами. Ожоговая болезнь. Принципы лечения.

Электротравма. Общие и местные действия электрического тока. Первая помощь в случае электротравмы. Показания к проведению сердечно-легочной реанимации.

Виды холодовой травмы. Классификация обморожений по степени повреждения. Клиника. Тактика фельдшера в оказании первой медицинской помощи.

Лечение и наблюдение за больными с обморожениями. Профилактика холодовой травмы.

Острая гнойная хирургическая инфекция. Пути заражения. Профилактика и лечение отдельных видов гнойно-воспалительных заболеваний - фурункулов, карбункулов, абсцессов, флегмоны, рожа, остеомиелит, тромбозов.

Общая гнойная хирургическая инфекция. Виды сепсиса. Клиническая картина и лечение.

Септический шок, клиника, первая помощь, реанимационные методы.

Понятие об анаэробной инфекции. Газовая гангрена, столбняк. Клиническая картина.

Профилактика анаэробной инфекции после ранения. Первая помощь в случае анаэробной инфекции. Комплексное лечение газовой гангрены, столбняка.

Туберкулез и его формы. Клиника, диагностика и лечение костно-суставного туберкулеза.

Понятие о доброкачественных и злокачественных опухолях, их классификация. Клиническая картина доброкачественных и злокачественных опухолей, профилактика и лечение. Организация онкологической службы в России. Значение общей диспансеризации в ранней диагностике опухолей.

Понятие о некрозе. Причины. Сухая и влажная гангрена. Местные и общие проявления. Профилактика и лечение, наблюдение за больными после операции.

Закрытая черепно-мозговая травма. Диагностика сотрясения и сдавливания головного мозга. Первая помощь, транспортировка, принципы лечения больных.

Перелом свода и основания черепа. Диагностика и первая помощь. Особенности транспортировки больных.

Открытые и закрытые повреждения мягких тканей и органов шеи. Диагностика повреждений. Профилактика воздушной эмболии при ранениях вен шеи.

Ожоги пищевода. Клиника. Тактика фельдшера во время оказания первой медицинской помощи. Принципы лечения больных с ожогами пищевода.

Особенности наблюдения за больными с гастростомией.

Механическая травма грудной клетки: ушиб, сотрясение, сдавление. Диагностика. Тактика фельдшера во время оказания первой медицинской помощи больным с травмами грудной клетки. Принципы лечения.

Понятие о пневмотораксе. Виды пневмоторакса. Тактика фельдшера при оказании первой медицинской помощи больным с пневмотораксом. Лечение и наблюдение за больными.

Воспалительные заболевания грудной железы. Симптомы, лечение и наблюдение за больными, профилактика мастита.

Переломы ребер. Симптомы множественных и двойных переломов ребер. Первая помощь, особенности транспортировки пострадавших.

Доброкачественные и злокачественные опухоли грудной железы. Симптомы, дифференциальный диагноз. Лечение больных с опухолями грудной железы. Профилактика онкологических заболеваний грудной железы.

Закрытые и открытые повреждения легких, сердца, магистральных сосудов. Диагностика, первая помощь, особенности транспортировки и наблюдение за больными.

Заболевания пищевода, рак пищевода. Варикозное расширение вен пищевода. Клиника, лечение и наблюдение за больными. Оказание первой медицинской помощи в случае кровотечения из вен пищевода.

Брюшная грыжа: клиника, диагностика, лечение и наблюдение за больными. Показания к оперативному лечению. Особенности транспортировки больных.

Механическая травма живота. Диагностика. Острый живот в случае травмы живота. Первая помощь и показания к оперативному лечению, наблюдение за больными.

Острый перитонит. Причины, симптомы, диагностика. Первая помощь и показания к оперативному лечению. Наблюдение за больными после операции.

Острый аппендицит. Клиника, диагностика, лечение. Наблюдение за больными в послеоперационном периоде.

Желудочно-кишечные кровотечения. Причины кровотечения в полостные органы. Диагностика кровотечения. Неотложная помощь. Консервативные и оперативные методы лечения. Наблюдения за больными.

Острая непроходимость кишечника. Диагностика, первая помощь, особенности транспортировки, показания к оперативному лечению, наблюдение за больными.

Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика, первая помощь, показания к госпитализации, консервативное и оперативное лечение больных. Особенности наблюдения за больными с дренажами в брюшной полости.

Острый холецистит. Острый панкреатит. Клиника, диагностика, особенности лечения. Тактика фельдшера в случае острого холецистита и панкреатита.

Воспалительные заболевания прямой кишки и прилегающих к ней тканей. Клиника и диагностика, консервативное и оперативное лечение. Геморрой.

Диагностика и лечение. Особенности наблюдения за больными в проктологическом отделении.

Опухоли толстой и прямой кишок. Диагностика и лечение. Роль профилактических обследований в ранней диагностике опухолей. Особенности наблюдений за больными со свищами.

Закрытые и открытые повреждения мочевых и половых органов. Клиника, первая помощь и лечение. Особенности транспортировки больных с урологическими травмами, наблюдения за больными.

Аденома предстательной железы. Клиника, диагностика и лечение. Первая помощь в случае острой задержки мочи. Особенности наблюдения за больными с надлобковым мочевым свищом.

Перелом позвоночника. Диагностика повреждений позвонков и спинного мозга. Первая помощь, транспортировка и лечение.

Перелом костей таза. Осложнение при переломах костей таза, диагностика, первая помощь, транспортировка и лечение, наблюдение за больным.

Перелом плечевой кости. Клиника, первая помощь, лечение. Особенности оказания первой помощи в случае открытых переломов.

Переломы костей предплечья, кистей и пальцев. Первая помощь, транспортировка и лечение.

Перелом бедра. Клиническая картина, первая помощь в случае открытых переломов.

Перелом костей голени и пальцев стопы. Особенности оказания первой помощи в случае открытых переломов.

Воспалительные заболевания верхних конечностей. Панариций. Принципы оперативного лечения, наблюдения за больными.

Облитерирующие заболевания сосудов нижней конечности. Диагностика, клиника, первая помощь, принципы лечения, наблюдение за больными.

Воспалительные заболевания нижней конечности. Гнойный артрит. Диагностика, первая помощь, лечение, наблюдение за больными. Остеомиелит костей нижней конечности.

Огнестрельные ранения. Повреждения тканей тела в случае огнестрельных ранений

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Задача №1

Фельдшер скорой помощи осматривает женщину, кормящую мать, 25 лет, которая жалуется на боли в правой молочной железе, озноб, головную боль, повышение температуры до 39° С.

3 недели назад в молочной железе появились боли, железа увеличилась в объеме, поднялась температура до 39,0°С, появилась головная боль, чувство

разбитости, пропал аппетит, кормление грудью стало болезненным. Лечилась водочными компрессами, самостоятельно пыталась сцеживать молоко. При осмотре: в большой железе отчетливо пальпируется плотное образование, размером 6x8 см, кожа над ним синюшно-багрового цвета, образование резко болезненно, в центре его размягчение диаметром 2 см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК 2.1.).
2. Определите тактику ведения пациентки (ПК 2.2.).
3. Составьте программу лечения пациентки при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациентки и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4., ПК 2.5.).
5. Выпишите рецепт на анальгин для в/м введения, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №2

Молодой человек вскапывал садовый участок; на ладонной поверхности образовалась мозоль, отслоенный эпидермис вскрылся — жидкость вытекла. Через 2 дня стала беспокоить боль у основания третьего пальца со стороны ладони. Боли с каждым днем усиливались, нарастал отек, в связи с чем больной обратился на ФАП.

При обращении: общее состояние относительно удовлетворительное, температура тела — 37,6, спал из-за боли в руке плохо, болит голова. Правая кисть отечна как на волярной, так и на тыльной поверхности. На волярной стороне у основания третьего пальца участок гиперемии, в центре мозоль, здесь же выраженная пальпаторная болезненность и просвечивает на небольшом участке (1 см²) гной, пальцы в полусогнутом состоянии из-за отека, вдоль предплечья на волярной стороне видна полоса гиперемии, пальпацией определяется болезненное шнуroidное уплотнение.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК 2.1.).
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2.).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на димедрол для в/м введения, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №3

Повар заводской столовой поскользнулся, опрокинул кастрюлю с кипятком на ноги. Тут же вызвали фельдшера здравпункта. Общее состояние пострадавшего удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд. в 1 мин. Больной жалуется на жгучие боли в обеих ногах. Пострадавший был в шортах, без носков, на ногах шлепанцы с узкой перекладиной сверху. При осмотре: в области передних поверхностей обеих голеней обширные пузыри с прозрачным содержимым, такие же пузыри на тыльной стороне стоп, между пузырями небольшие участки гиперемии и отечности.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК 2.1.).
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2.).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на трамадол для в/м введения, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №4

В здравпункт, где дежурит фельдшер, обратилась работница красильного цеха фабрики. Спустя несколько дней после инъекции раствора сульфата магния больную стали беспокоить боли в правой ягодичной области. Больная прощупала уплотнение, резко болезненное и горячее на ощупь. Температура тела последние два дня 38° - 38,5°, знобит. Общее состояние больной относительно удовлетворительное, АД - 180/90 мм рт. ст., пульс ритмичен, напряжен, температура тела - 38,3°, в верхненаружном квадранте правой ягодичной области припухлость и гиперемия, размер участка гиперемии 8x8 см., пальпацией определяется резко болезненное уплотнение, в центре его - отчетливая флюктуация.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК 2.1.).
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2.).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор перекиси водорода, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №5

В ФАП обратился больной с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры до 37,5°, затруднения при жевании и судорожные подергивания жевательных, mimических мышц лица, а также мышц вокруг раны стопы, полученной около недели назад при строительных работах. Сразу после травмы рана была обработана медцинской сестрой, перевязана, и строитель продолжал работу по сей день.

При осмотре на тыле стопы имеется рвано-ушибленная рана 1x2 см с неровными краями и участками некроза на дне и стенках.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК 2.1.).
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2.).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии, расскажите о видах профилактики заболевания. (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор реланиума, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №6

На ФАП обратилась больная 45 лет с жалобами на наличие язвы в нижней трети правой голени, боли в правой голени и стопе ломящего характера, возникающие к концу дня, отек стопы и голени, периодические судороги в нижних конечностях.

При осмотре правой голени в нижней трети над внутренней лодыжкой имеется язва диаметром 4 см с неровными краями, глубиной 0,5 см, дно и стенки покрыты некротическим налетом, отделяемое умеренное гнойное, зловонное. Отмечается расширение большой подкожной вены: на бедре - в виде мягкого шнура, а в нижней трети бедра и по всей голени - варикозное изменение. При пальпации вены и её узлов болезненности и уплотнений не обнаружено. Пульсация артерий определяется хорошо.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК 2.1.).
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2.).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на мазь левомиколь, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №7

Фельдшера пригласили в соседнюю квартиру к больной. Женщина жалуется на боли в правой подвздошной области, рвоты не было, но беспокоит чувство тошноты. Боли постоянного характера, иррадиации нет. Температура тела 37,5°. Больной себя считает несколько часов. При осмотре язык: слегка

обложен, суховат, живот в правой подвздошной области болезненный, брюшная стенка в этой области напряжена, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны и симптомы Ситковского и Образцова.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор морфина, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №8

В ФАП обратился больной 60 лет с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг. При осмотре: больной истощен и ослаблен, дефицит массы тела 25 кг. В левой надключичной области пальпируется плотный неподвижный безболезненный лимфатический узел диаметром 2 см. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены.

Печень пальпируется у края реберной дуги. Опухолевидных образований пальпаторно в брюшной полости нет.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на 5% раствор глюкозы, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №9

В ФАП обратился мужчина 30 лет, военный, курильщик с 20 -летним стажем, с жалобами на перемежающуюся хромоту: через 100 метров он вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Считает себя больным полгода, когда появилась перемежающаяся хромота через 400 м. Месяц назад появились боли в I пальце правой стопы, затем на пальце появилась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп багрово-синюшного цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор никотиновой кислоты, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №10

К фельдшеру ФАП обратилась женщина 50 лет, которая при самообследовании обнаружила в правой молочной железе опухолевый узел. При осмотре молочные железы внешне не изменены. При пальпации в правой молочной железе определяется четкое опухолевидное округлое образование диаметром 3 см., неподвижное относительно ткани молочной железы. Сосок не изменен, выделений из него нет, кожные симптомы над опухолевидным узлом не определяются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор викасола, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №11

На ФАП обратилась женщина, страдающая много лет варикозным расширением вен в области обеих голеней. Дня 2 тому назад почувствовала необычные болевые ощущения в верхней трети передне-внутренней поверхности левой голени по ходу варикозно расширенной вены, усиливающиеся при физической нагрузке. Женщина работает ткачихой - все время на ногах. Общее состояние удовлетворительное, температура 37,2°. На передней поверхности левой голени по ходу большой подкожной вены видна припухлость, кожа над которой гиперемирована, размер участка воспаления 3x8 см, здесь же пальпируется плотный болезненный инфильтрат. Отечность голени незначительная. Большая неделя две тому назад переболела ангиной.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на гепариновую мазь, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №12

На ФАП обратился молодой мужчина с жалобами на боли в области концевой фаланги 2-го пальца правой кисти. Работает слесарем. Дня четыре тому назад во время работы уколол палец тонкой проволокой, ранку антисептиком не обработал (не придавал ей значения), продолжал работать. На следующий день отметил незначительные болевые ощущения в пальце, продолжал работать и последующие два дня. Сегодня пришел к фельдшеру лишь потому, что боли не дали уснуть - всю ночь очень болел палец, даже анальгин практически не помог. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,9°. Концевая фаланга второго пальца правой кисти напряжена, гиперемия незначительная.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на 2% раствор новокаина, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №13

Вызов фельдшера скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38,7°. Многократная рвота застойным содержимым. Черты лица заострены. Кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и

мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор хлоргексидина-биглюконата, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №14

Повод к вызову: Болит живот. Температура.

При осмотре: Жалобы на ноющие боли в правой подвздошной области, $t=38,0$ С. Болен 4-ый день. Боли стихли, но повысилась температура. Был стул, окрашен, оформлен. Мочился, моча желтого цвета.

Лежит на спине, кожа лица слегка гиперемирована. Язык обложен белым налетом, подсушен. $Ps=80$ уд. в 1 мин., ритмичный. АД= $130/80$ мм рт. ст.. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы.

Язык обложен белым налетом, подсушен. Живот правильной формы. Некоторое отставание правых отделов в акте дыхания. При поверхностной пальпации определяется болезненность и гиперестезия кожи. При повороте на левый бок изменений в состоянии пациента нет. На толчкообразную пальпацию слева пациент не реагирует. При отнятии пальпирующей руки - каких-либо изменений в состоянии пациента нет.

При глубокой пальпации справа определяется образование плотной эластической консистенции, несколько болезненное, несмещаемое.

Перистальтические шумы ослаблены. Граница мочевого пузыря не определяется.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор дротаверина, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №15

В составе фельдшерской бригады станции скорой медицинской помощи по вызову, Вы приехали к больному на дом.

Больной жалуется на сильные боли в области правой половины мошонки. Боли отдают в пах и половой член. Заболевание связывает с простудой на рыбалке накануне.

Объективно: температура тела $38,20$. Лежит в постели, широко расставив ноги.

При осмотре: мошонка увеличена в размерах, больше справа, отечна, складки ее сглажены. Кожа гиперемирована, горяча на ощупь. Придаток на правом яичке в виде шлема, пальпация его болезненна. Паховые лимфоузлы не увеличены. Кожа над ним не изменена.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор баралгина, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №16

Вы работаете фельдшером сельского ФАП. К Вам обратился пожилой мужчина 75 лет с жалобами на затрудненное, учащенное мочеиспускание. Моча выделяется тонкой, слабой струей, временами только каплями, ночью встает от 3 до 5 раз. Считает себя больным около 4 лет, заболевание постепенно прогрессировало. Отмечает неудовлетворенность после мочеиспускания, испытывает чувство остаточной мочи.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела $36,9$ 0. Кожа чистая, обычной окраски, язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, несколько болезненный над лобком, где при перкуссии - притупление.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор папаверина гидрохлорид, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №17

Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен был лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту и был черный, как деготь, стул — такого состояния раньше никогда не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз, они перестали беспокоить.

При осмотре: некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд. в 1 мин, наполнение снижено, АД $100/60$ мм.рт.ст. (обычное давление больного $140/80$ мм.рт.ст.), некоторое учащение дыхания. Язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор аминокaproновой кислоты, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №18

В фельдшерско-акушерский пункт доставили мужчину 42 лет, который упал со строительной площадки. При этом он почувствовал резкую боль в области левого бедра и ощущение хруста в нем.

Объективно: состояние крайне тяжелое. Больной заторможен, бледен, пульс 120 уд. в мин., АД $80/55$ мм рт. ст., дыхание частое, 24 в мин., поверхностное. Осмотр бедра: отмечается деформация бедра в средней трети, отечность, резкая локальная болезненность в месте деформации, движения левой ногой резко ограничены. Легкое поколачивание по стопе отдается болью в месте травмы.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)

2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор полиглокина, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №19

В ФАП обратилась женщина 38 лет с жалобами на жгучую боль в области лица, недомогание, слабость, повышенную температуру тела, озноб, головную боль, тошноту.

На коже левой половины лица в день обращения появилась яркая краснота с четко ограниченными зазубренными границами. Кожа в зоне воспаления резко болезненна, гиперемирована, горяча на ощупь. Быстро нарастает отек губы, верхнего века. При обращении состояние средней тяжести, температура 38,20, пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, частота дыханий – 22 в минуту.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на пенициллин для в/м введения, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №20

В ФАП обратилась женщина 38 лет с жалобами на жгучую боль в области лица, недомогание, слабость, повышенную температуру тела, озноб, головную боль, тошноту.

На коже левой половины лица в день обращения появилась яркая краснота с четко ограниченными зазубренными границами. Кожа в зоне воспаления резко болезненна, гиперемирована, горяча на ощупь. Быстро нарастает отек губы, верхнего века. При обращении состояние средней тяжести, температура 38,20, пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, частота дыханий – 22 в минуту.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на пенициллин для в/м введения, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №21

Мужчина 42 лет почувствовал сильнейшую боль в верхнем отделе живота, которую сравнил с ударом кинжала. Боль появилась в момент физической нагрузки, рвоты не было. Много лет страдает язвенной болезнью желудка по поводу чего многократно лечился в терапевтических клиниках. Вызвана скорая медицинская помощь, приехавший фельдшер осмотрел больного. Больной бледен, покрыт холодным потом, выражение лица страдальческое, положение вынужденное - лежит на боку, ноги приведены к животу, пульс 80 уд. в мин, АД 90/60 мм.рт.ст., язык суховат, обложен слегка белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, пальпацией определяется резкое напряжение мышц, болезненность, положительный симптом Щеткина – Блюмберга.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор мезатона, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №22

В ФАП доставлена женщина 52 лет с жалобами на острую боль в правом подреберье, которая появилась на 2-ой день после празднования Нового года. Боль иррадирует в правоенадплечье.

Отмечается многократная рвота, не приносящая облегчения.

При обследовании: состояние средней тяжести, склеры с иктеричным оттенком. Больная повышенного питания. Температура тела 37,60. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный. Живот умеренно вздут, правая половина отстает в акте дыхания. В правом подреберье пальпаторно определяется резкая болезненность и мышечное напряжение.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор платифиллинагидротартат, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №23

Вы работаете фельдшером на базе отдыха без врача. К Вам обратился мужчина с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота тупого опоясывающего характера. Беспокоит мучительная неукротимая рвота, не приносящая облегчения. Болен около суток после обильного застолья с употреблением алкогольных напитков.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6 0С. Кожа бледная, язык обложен белым налетом. Пульс 108 ударов в минуту, АД 100 на 70 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут в верхнем отделе, болезнен при глубокой пальпации в эпигастрии, мягкий, симптом Щеткина - Блюмберга отрицателен.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор церукала, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №24

Фельдшер скорой помощи осматривает мужчину 60 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, неоднократную рвоту кишечным содержимым

через каждые пятнадцать минут (рвота сопровождается икотой и мучительной отрыжкой), неотхождение стула и газов. Заболел три часа назад. При обследовании: пульс 60 ударов в 1 минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут неравномерно, увеличена больше левая половина, на глаз видна перистальтика кишечника. При пальпации живота определяется разлитая болезненность. Из анамнеза выяснено, что в течение последних двух лет больного беспокоили запоры, тенезмы, кал имел лентовидную форму, в кале обнаруживалась периодически алая кровь.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор натрия хлорида для в/в введения, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №25

В ФАП доставлен мальчик 12 лет. Жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, тошноту. При спуске на санках с горы ударился о глыбу земли, была кратковременная потеря сознания, рвота. О случившемся не помнит.

Объективно: состояние средней тяжести, возбужден, кожа бледная, зрачки узкие, равномерной ширины, прямая и содружественная реакции на свет не нарушены, температура 36,6 град. С. Пульс 57 ударов в одну минуту, слабого наполнения. В теменной области рана размером 0,5х1,5 см, с неровными краями и кровоизлияниями в мягкие ткани, кровотечение умеренное.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор магния сульфат, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №26

Рабочий пиломатериала в результате несоблюдения техники безопасности придавлен бревном на уровне таза. Появились сильные боли в области таза.

Доставлен в участковую больницу, где дежурил фельдшер.

Объективно: состояние средней тяжести, бледен. Выраженная боль в области таза, определяется значительных размеров подкожная гематома в области крыльев подвздошных костей и в низу живота. При легком надавливании с боков на тазовые кости боли усиливаются (симптом Вернейля) и определяется крепитация. Мочиспускание самостоятельное, моча не изменена. Движения в суставах нижних конечностей сохранены, но вызывают усиление болей в области таза. Симптомы раздражения брюшины и признаки внутреннего кровотечения не установлены. АД 105/70мм рт. ст., пульс 92 уд.мин.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор реополиглокина, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №27

В ФАП обратился мальчик 13 лет с жалобами на боль в левой пяточной области.

Фельдшер обнаружил инфицированную потертость, провел туалет кожи, удалил отслоившийся эпидермис и гной, наложил повязку с мазью Вишневского. Назначил амбулаторный режим. Сульфадимезин внутрь по 0,25 x 4 раза в день. В последующие 3 дня состояние ухудшилось. Ходить не может. Жалуется на боль во всей левой ноге.

Объективно: состояние средней тяжести, температура – 38,20, пульс 92 удара в минуту, ритмичный. Симптомы интоксикации. В паховой области пальпируются резко болезненные образования, диаметром 2 см, плотно эластичной консистенции, на внутренней поверхности левой нижней конечности определяются продольные красные полосы, кожа над ними болезненна и гиперемирована. В пяточной области поверхностная рана 1x1,5 см, покрытая фибрином, с гиперемированными краями.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на цефотаксим для инъекций, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №28

Фельдшер скорой помощи прибыл на место автодорожной аварии. Женщина 50 лет стонет от боли, сознание сохранено. Жалуется на боли в области живота и тазовых костей, ноги разведены в тазобедренных суставах и согнуты в коленных, пятки ротированы кнаружи. АД 80/50 мм.рт.ст, пульс 100уд в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. Язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжен, болезнен во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положителен во всех отделах, выражен больше в паховых областях и над лоном.

При осмотре промежности из ануса поступает кровь в небольшом количестве.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор адреналина гидрохлорид, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №29

Фельдшера ФАП вызвали к больной 29 лет, страдающей пороком сердца и мерцательной аритмией. 3 часа назад у нее резко возникли боли в правой голени и стопе. Больная стонет от боли. Стопа и нижняя треть голени резко бледны, холодны. Пальпация голени резко болезненна, движения в голеностопном суставе отсутствуют. Пульсация бедренной артерии прощупывается отчетливо под паупартовой связкой, на остальных артериях конечности пульс не определяется.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).

3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор гепарина, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Задача №30

В ФАП обратилась больная 45 лет с жалобами на мучительные боли, возникающие во время дефекации и сохраняющиеся еще длительное время после нее. В кале - алая кровь. При осмотре в гинекологическом кресле после разведения ягодиц видна трещина на 6 часах, располагающаяся на переходной складке.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ и проведите дифференциальную диагностику (ПК.2.1.)
2. Определите тактику ведения пациента (ПК 2.2).
3. Составьте программу лечения пациента при данной патологии (ПК 2.3.).
4. Проведите контроль состояния пациента и оцените эффективность проводимого лечения (ПК 2.4.).
5. Выпишите рецепт на раствор фурациллина для перевязок, определите показания и противопоказания к применению (ПК 2.8.).

Критерии оценки на дифференцированном зачете:

- 5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи с алгоритмами действий;
 - 4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;
 - 3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;
 - 2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.
- или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента.

Таблица соответствия общеобразовательных результатов и оценочных средств

Знание 1: принципы лечения и ухода в хирургии.	Вопросы: 9,11-20,23,25,26,29,35-48,50-85.
Знание 2: показания и противопоказания к применению лекарственных средств.	Вопросы: 3,15-19,23,26,28,36,38-48,50-85.
Умение 1: проводить дифференциальную диагностику заболевания.	Задание: 1-30.
Умение 2: определять тактику ведения пациента.	Задание: 1-30.
Умение 3: назначать немедикаментозное лечение.	Задание: 1-30.
Умение 4: применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп.	Задание: 1-30.
Умение 5: определить показания к госпитализации пациента и организовать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение.	Задание: 1-30.
Умение 6: проводить лечебно-диагностические манипуляции.	Задание: 1-30.
Умение 7: проводить контроль эффективности лечения.	Задание: 1-30.
Умение 8: осуществлять уход за пациентами при различных заболеваниях с учетом возраста.	Задание: 1-30.

27.3. МДК.02.03 ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ проводится по итогам освоения каждой темы из раздела учебно-тематического плана.

Модуль « Физиологическое акушерство»

Тема1. «Предмет акушерства. Принцип организации родовспоможения. Особенности деонтологии в акушерстве. Санитарно-эпидемиологические требования предъявляемые к работе родильных стационаров»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ - ЭТО

- А. смертность беременных, рожениц и родильниц
 - Б. смертность беременных, рожениц и родильниц, в том числе в течение одного месяца после родов
 - В. смертность беременных, рожениц и родильниц, в том числе в течение 42 дней после родов
 - Г. смертность беременных, рожениц и родильниц, в том числе в течение 6 месяцев после родов
2. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИНЯТА МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
 - А. государственная
 - Б. бюджетно-страховая
 - В. частная

- Г. смешанная
3. ИЗ ФОНДОВ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФИНАНСИРУЕТСЯ
- А. развитие материально-технической базы здравоохранения
 Б. подготовка медицинских кадров и научные исследования
 В. медицина катастроф
 Г. оказание гарантированных видов медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования
4. ДОКУМЕНТ, ГАРАНТИРУЮЩИЙ ПОЛУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЕ
- А. паспорт
 Б. страховой полис
 В. медицинская карта амбулаторного больного
 Г. медицинская карта стационарного больного
5. АМБУЛАТОРНУЮ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЮТ
- А. родильные дома
 Б. диспансеры
 В. женские консультации, фельдшерско-акушерские пункты
 Г. центры планирования семьи
6. ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИЕ ПУНКТЫ ОКАЗЫВАЮТ ПОМОЩЬ
- А. специализированную медицинскую
 Б. санитарно-противоэпидемическую
 В. доврачебную медицинскую
 Г. социальную
7. ОРГАНИЗАЦИЯ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТОВ СПОСОБСТВУЕТ
- А. улучшению качества медицинской помощи сельским жителям
 Б. приближению медицинской помощи к населению
 В. обеспечению сельского населения специализированными видами медицинской помощи
 Г. обеспечению населения квалифицированной медицинской помощью
8. ОСОБЕННОСТЬЮ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ ЯВЛЯЕТСЯ
- А. массовость
 Б. общедоступность
 В. ярковыраженная профилактическая направленность
 Г. профессионализм медицинских работников
9. ЗАДАЧЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А. ранняя диагностика заболеваний
 Б. предупреждение рецидивов и осложнений
 В. оздоровление окружающей среды
 Г. гигиеническое воспитание населения
10. ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР ЯВЛЯЕТСЯ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ:
- А. Женской консультации
 Б. Родильного дома
 В. Территориального медицинского объединения
11. ОСНОВНЫМ ОРГАНИЗАЦИОННЫМ ПРИНЦИПОМ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:
- А. принципы ОМС
 Б. принципы преемственности
 В. диспансеризации
 Г. участковость

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
в	б	г	б	в	в	в	б	б	а

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Предмет изучения акушерства.
 2. Зарождение акушерства как практической дисциплины.
 3. Основные этапы развития акушерско-гинекологической науки.
 4. Отечественные акушеры-гинекологи и их роль в развитии акушерства.
 5. Организация охраны здоровья женщины в России.
 6. Тип акушерско-гинекологических учреждений, их основные задачи.
 7. Диспансеризация женщин, выделение группы риска.
 8. Санитарно-просветительная работа.
 9. Особенности деонтологии при изучении дисциплины.
- Типовые практические задания для проверки умений:
 Оформление медицинской документации.
 Санитарно –просветительная работа.

Рефераты

1. Понятие о родовом сертификате.
2. Роль обменно-уведомительной карты беременной и родильницы.
3. Стратегия риска в акушерстве и перинатологии.
4. Формирование групп беременных с риском возникновения перинатальной патологии.

Тема 2. «Оплодотворение. Этапы внутриутробного развития плода. Влияние вредных факторов на плод.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Тест по теме Оплодотворение. Онтогенез

Вариант 1

Выберите один верный ответ.

- Признаки дифференцировки клеток зародыша появляются в период
 - гастрюляции; 2) дробления; 3) органогенеза; 4) роста
- В онтогенезе постэмбриональный период – это
 - весь период развития организма
 - период дифференцировки
 - период от выхода из яйца или рождения до смерти
 - период роста и дифференцировки клеток
- Процесс, приводящий к образованию бластулы -
 - гастрюляция; 2) дробление; 3) органогенез; 4) дифференцировка
- Средний зародышевый листок, расположенный между наружным и внутренним
 - эктодерма; 2) энтодерма; 3) мезодерма; 4) бластодерма

Выберите три верных ответа.

- Особенности, характерные для дробления
 - накапливается клеточный материал для дальнейшего развития
 - образующиеся клетки с каждым делением уменьшаются в размерах
 - процесс завершается образованием многоклеточного зародыша-бластулы
 - зародыш на этой стадии состоит из зародышевых листков
 - процесс завершается образованием гастрюлы
 - клетки зародыша не делятся и не растут

Дайте ответ, состоящий из 2-3 предложений.

- В каких условиях может оказаться выгодным развитие яйцеклетки без оплодотворения? Приведите примеры.

Тест по теме Оплодотворение. Онтогенез

Вариант 2

Выберите один верный ответ.

- Закладка органов будущего организма начинается на стадии
 - зиготы; 2) нейрулы; 3) бластулы; 4) гастрюлы
- За счет значительного увеличения числа клеток в организме происходит его
 - размножение; 2) развитие; 3) рост; 4) приспособление к среде
- Основное значение оплодотворения состоит в том, что в зиготе
 - увеличивается запас питательных веществ и воды
 - увеличивается масса цитоплазмы
 - вдвое увеличивается число митохондрий и хлоропластов
 - объединяется генетическая информация родительских организмов
- Полость бластулы
 - бластоцель; 2) гастрюцель; 3) миксоцель; 4) целом

Выберите три верных ответа.

- Из мезодермы развивается –
 - кровеносная система
 - нервная система
 - поджелудочная железа
 - половые железы
 - органы чувств
 - мышечная ткань

Дайте ответ, состоящий из 2-3 предложений.

- Почему сперматозоид чаще имеет мелкие размеры, а яйцеклетка - относительно крупные?

Тест по теме Оплодотворение. Онтогенез

Вариант 3

Выберите один верный ответ.

- В отличие от половых, соматические клетки имеют
 - цитоплазму; 2) гаплоидный набор хромосом; 3) диплоидный набор хромосом; 4) плазматическую мембрану
- Нервная система человека формируется из
 - эктодермы; 2) мезодермы; 3) энтодермы; 4) целома
- Тип развития животных, при котором потомство содержит признаки взрослых особей, но имеет небольшие размеры и другие пропорции тела
 - эмбриональное; 2) не прямое; 3) с метаморфозом; 4) прямое
- В процессе дробления

1) происходит дифференцировка клеток зародыша	3) клетки делятся митотически
2) образующиеся клетки с каждым делением уменьшаются в размерах	4) происходит перемещение клеточных масс

5. Установите соответствие между формами размножения и их характеристиками

ХАРАКТЕРИСТИКА

ФОРМЫ РАЗМНОЖЕНИЯ

А) Новый организм возникает из одной клетки

1) Бесполое

- или нескольких соматических клеток материнской особи
- 2) Половое
- Б) Участвует только одна родительская особь
- В) Новый организм развивается в результате слияния двух половых клеток
- Г) Появление новых комбинаций генов
- Д) Большое количество особей оказываются приспособленными к новым условиям существования
- Е) Один из способов размножения - почкование

Дайте ответ, состоящий из 2-3 предложений.

6. Что образуется из эктодермы в процессе дифференциации клеток, входящих в состав зародышевых листков?

Тест по теме Оплодотворение. Онтогенез

Вариант 4

Выберите один верный ответ.

1. Бластула состоит из полости и

- 1) двух слоев клеток; 2) соединительной ткани; 3) одного слоя клеток; 4) эпителиальной ткани

2. Внутренний зародышевый листок –

- 1) эктодерма; 2) энтодерма; 3) мезодерма; 4) целом

3. Признак, характерный для яйцеклетки и сперматозоида

- 1) диплоидный набор хромосом; 2) небольшие размеры и подвижность;
3) большие размеры и подвижность; 4) гаплоидный набор хромосом

4. В постэмбриональном периоде может происходить

- 1) дробление; 2) нейруляция; 3) метаморфоз; 4) гаструляция

5. Установите соответствие между этапами эмбрионального периода развития организма и их характеристиками

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭТАП ЭМБРИОНАЛЬНОГО ПЕРИОДА

А) Зародыш состоит из зародышевых листков

1) Дробление

Б) Образующиеся клетки с каждым делением

2) Гаструляция

уменьшаются в размерах

В) Накапливается клеточный материал для дальнейшего развития

Г) Сущность заключается в перемещении клеточных масс

Д) Завершается процесс образованием многоклеточного зародыша - бластулы

Е) Появляются первые признаки дифференцировки

6. Вставьте пропущенные слова в тексте.

Индивидуальным развитием, или ... , называют весь период жизни особи – с момента слияния сперматозоида с яйцом и образования зиготы до гибели организма. Он делится на два периода: 1) ... - от образования зиготы до рождения или выхода из яйцевых оболочек; 2) ... - от выхода из яйцевых оболочек или рождения до смерти организма.

1	2	3	4
1	2	3	3
3	3	1	2
2	4	4	4
3	1	2	3
1, 2, 3	1, 4, 6	1,1,2,2,2,1	2,1,1,2,1,2
1) Когда у данного организма мало шансов встретить особь противоположного пола. 2) Когда необходимо резко увеличить количество потомства в кратчайшие сроки.	1) Яйцеклетка в отличие от сперматозоида содержит запас питательных веществ. 2) Энергия, заключенная в питательном веществе, необходима для процесса деления будущей зиготы и последующего развития зародыша.	Нервная система Органы чувств Эпителий кожи 4) Эмаль зубов	1.Онтогенез; 2.Эмбриональный; 3.Постэмбриональный.

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Оплодотворение и развитие плодного яйца.
2. Основные этапы внутриутробного развития плода.
3. Влияние вредных факторов на плод
4. Какие периоды различают во внутриутробном развитии человека?
5. Что такое «критические» периоды?
6. Что такое антенатальный период?
7. Что такое интранатальный период?
8. Что такое перинатальный период?
9. Как действует употребление алкоголя на организм беременной женщины?
10. Как влияет употребление алкоголя и кокаина на организм матери?
11. Какое влияние оказывают лекарственные препараты на плод?

Типовые практические задания для проверки умений:

1. Сбор анамнеза.

2. Оценка факторов риска.

Реферат «Профилактика перинатальной заболеваемости»

«Классификация лекарственных веществ в зависимости от их влияния на плод»

Решение ситуационных задач
ЗАДАЧА № 1

Первобеременная, 22 года, по профессии преподаватель литературы педагогического колледжа. Обратилась в ЖК с подозрением на беременность. Жалобы на задержку месячных на 3 месяца. До этого месячные с 13 лет, регулярные через 28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке. Отмечает повышенную сонливость и тошноту. Врач акушер-гинеколог после опроса и осмотра сделал заключение: беременность 10 – 11 недель. Женщина будет рожать, встает на учет по беременности. Учитывая отсутствие соматических и гинекологических факторов риска, врач поручил акушерке провести подробный сбор анамнеза, наружный осмотр, заполнить форму 111ф, назначить обследование и выписать направления на анализы.

Задания:

1. Выделить проблемы беременной, помочь в их решении.
Перечислить основные этапы сбора анамнеза и общего осмотра при взятии беременной на учет.
Перечислить методы обследования при взятии на учет.
Перечислить признаки беременности.
Выполнить манипуляцию “Тест на беременность”.

Эталон ответа:

Жалобы возникли в связи с нормально протекающей беременностью.
Необходимо объяснить это женщине и успокоить её. Женщина плохо информирована о физиологии беременности и системе наблюдения, нужно дать соответствующую краткую информацию.
Акушерка должна выяснить наследственные факторы, профессиональные вредности (в данном случае это не актуально), вредные привычки, перенесенные заболевания, отдельно выявить инфекционные заболевания и контакты (особенно гепатит и туберкулез), оперативные вмешательства. Выяснить особенности менструальной функции, половой анамнез, гинекологические и венерические заболевания. Предыдущие беременности и их исход, течения данной беременности. Оценка телосложения, питания (кроме того, взвешивание и измерение роста). Осмотр кожных покровов, видимых слизистых, оценка состояния клетчатки, лимфоузлов. Осмотр молочных желез. Измерение АД. Пульса. Выслушивание сердечных тонов и легких. Пальпация живота, поколачивание по пояснице. Выяснение характера физиологических отравлений.
Осмотр наружных половых органов, на зеркалах, бимануальное исследование, пельвеометрия, При маленьких сроках остальные методы исследования не проводятся.
Перечислить признаки беременности, разделив их на достоверные, вероятные и сомнительные.
Выполнение манипуляции.

Тема3: «Анатомофизиологические особенности организма женщин в возрастном аспекте. Менструальная функция.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. К анатомическим особенностям матки у новорожденной девочки относятся
тело и шейка матки по длине и толщине равны между собой
тело матки маленькое, шейка почти не выражена
матка небольшая
длина шейки почти в 3 раза больше длины тела матки
матка имеет двурогую форму
ничего из перечисленного
2. Пубертатный период - это
период биологической половой зрелости
период, когда в организме происходит активизация функции яичников
период, когда происходит быстрое соматическое и половое развитие девочки
возраст, в котором определенные участки тела покрываются волосами
все перечисленное
3. В периоде полового созревания в организме происходят следующие основные изменения
подавление гонадотропной функции гипофиза
активизация гормональной функции яичников
ритм выделения ФСГ не устанавливается
устанавливаются регулярные "пики" экскреции ЛГ
ничего из перечисленного
4. Характер выделения гонадотропных гормонов, присущий нормальному менструальному циклу, устанавливается
в 16-17 лет
в 15-14 лет
в 13-12 лет
в 11-10 лет
в 9 лет
5. Пигментация сосков и увеличение молочных желез происходит обычно
в 8-9 лет
в 10-11 лет
в 12-13 лет
в 14-15 лет
в 16-18 лет
6. Анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек следующие
избыточная складчатость слизистых
низкая эстрогенная насыщенность

- недостаточная выработка гликогена
истонченность и замедленная пролиферация
все перечисленное
7. Отсутствие полового развития обусловлено
перенесенными инфекционными заболеваниями в раннем детстве
перенесенными воспалительными процессами органов малого таза
вирусной этиологии в пубертатном возрасте
хромосомными аномалиями
всем перечисленным
ничем из перечисленного
8. Для профилактики нарушений менструальной функции у девочек в пубертатном возрасте особо важное значение имеет систематическое занятие утренней гимнастикой с последующими водными процедурами (душ или обливание тела по частям)
достаточный сон
контроль функций кишечника и мочевого пузыря
верно а) и б)
все перечисленное
9. В период полового созревания дисфункциональные маточные кровотечения чаще всего носят характер
овуляторных
ановуляторных, ациклических
и тех, и других
ни тех, ни других
10. Развитие половых органов девочки характеризуется
усиленным ростом незадолго до рождения
обратным развитием вскоре после рождения
усиленным развитием в препубертатном и пубертатном периодах
верно а) и с)
всем перечисленным
11. Загиб матки кзади и нередко развивается как следствие воздействия таких неблагоприятных факторов в дошкольном и раннем школьном возрасте девочек как
систематическая и длительная задержка стула
систематическая и длительная задержка мочеиспускания
тяжелый физический труд
верно а и б
все перечисленное
12. Особенности наружных половых органов у новорожденной девочки
вульва находится в состоянии большего или меньшего набухания
вульва частично видна при сомкнутых и вытянутых ногах
эпителий вульвы легко раним и восприимчив к инфекции
верно а) и с)
верно все перечисленное

Вопросы для самоконтроля обучающихся

- Характеристики уровней регуляции менструального цикла (кора, гипоталамус, гипофиз, яичники, матка)
Временные характеристики менструального цикла и кровотечения;
Эндогенные и экзогенные факторы, влияющие на менструальный цикл;
Принципы и методы диагностики эндокринной патологии в гинекологии;
Физиологии и патологии репродуктивной системы в различные возрастные периоды жизни женщины.

Типовые практические задания для проверки умений:

1. Сбор анамнеза.
 2. Оценка факторов риска нарушений полового развития.
 3. Оценка менструальной функции.
- Реферат «Инструментальные методы исследования репродуктивной системы женщины»
« Тесты функциональной диагностики»

Решение ситуационных задач

Задача 1. У женщины при посещении врача 12 июня 2001 года. Тест на беременность положительный. У нее регулярный 30 – дневный цикл, последняя менструация была с 1 по 4 апреля 2001г. Укажите предполагаемый срок родов:

- А) 1 января 2002 г.
- Б) 8 января 2002 г.
- В) 15 января 2002 г.
- Г) 22 января 2002 г.
- Д) 29 января 2002 г.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 8 января

Задача 2.

У женщины при наружном акушерском исследовании врач диагностировал доношенную беременность. Рост пациентки 164 см., вес – 80 кг., окружность живота 100 см.(ОЖ), высота стояния дна матки – 34 см. Подсчитайте предполагаемую массу плода по нескольким известным вам формулам.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3400 + 200

Задача 3.

Укажите правильное соответствие:

1. Шевеление плода у повторнородящих появляется А) 20 недель
2. Шевеление плода у первородящих появляется Б) 18 недель

Эталон ответа 1-б,2-а.

Тема4: «Изменения в организме беременной женщины.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. Физиологическая беременность продолжается
 - 1) 240 дней
 - 2) 280 дней
 - 3) 320 дней
 - 4) 220 дней
 - 5) 300 дней
2. Перво- и повторнобеременные начинают ощущать шевеления плода соответственно
 - 1) с 16 и 14 недель
 - 2) с 18 и 16 недель
 - 3) с 20 и 18 недель
 - 4) с 22 и 20 недель
 - 5) с 24 и 22 недель
3. Среди признаков беременности раннего срока прекращение менструаций относится к группе
 - 1) вероятных признаков беременности
 - 2) предположительных признаков беременности
 - 3) сомнительных признаков беременности
 - 4) достоверных признаков беременности
4. Достоверным признаком беременности является
 - 1) изменение формы, величины и консистенции матки
 - 2) тошнота, рвота по утрам
 - 3) цианоз слизистой влагалища
 - 4) положительная биологическая реакция
 - 5) пальпация частей плода
5. Иммунологический метод диагностики беременности ранних сроков основан на реакции между
 - 1) прогестероном в крови и антисывороткой
 - 2) хорионическим гонадотропином в моче и антисывороткой
 - 3) прегнандиолом и антисывороткой
 - 4) эстрогенам и антисывороткой
 - 5) плацентарным лактогеном и антисывороткой
6. Максимальная высота стояния дна матки наблюдается
 - 1) в 36 недель
 - 2) в 38 недель
 - 3) в 39 недель
 - 4) в 40 недель
 - 5) в начале 1-го периода родов

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

- 1) Адаптационно-приспособительные изменения в эндокринной системе беременной женщины.
- 2) Изменения в нервной системе беременной.
- 3) Функционирование сердечно-сосудистой системы и системы гемостаза в различные периоды беременности.
- 4) Функциональные изменения в дыхательной, пищеварительной и мочевыделительных системах во время беременности.
- 5) Состояние иммунной системы беременной женщины в связи с иммунологическими взаимоотношениями «мать-плод».
- 6) Состояние кальциево-фосфорного обмена во время беременности и влияние его изменений на формирование плода и зубочелюстную систему беременной.
- 7) Диагностика беременности. Методы исследования беременных.

Типовые практические задания для проверки умений:

1. Заполнить медицинскую документацию на беременную женщину.
2. Провести общий осмотр, наружное акушерское исследование.

3. Оценить группу риска по пренатальным факторам.

4. Определить сроки отпуска по беременности и родам с одно- и многоплодной беременностью, с экстрагенитальной и акушерской патологией.

5. Оценить гравидограмму.

Реферат 1. « Физиологические изменения в 1.пищеварительной, 2.дыхательной, 3.сердечно-сосудистой 4.мочевыделительной системах при объективном и инструментальных исследованиях.

2. Оценка лабораторных данных беременной

Решение ситуационных задач

Задача 1

К акушерке родильного дома обратилась 20-летняя первобеременная женщина. Считает, что срок беременности 7-8 недель, просит наблюдать её во время беременности и принять роды на дому. По рассказам матери женщина знает, что в женской консультации большие очереди и слишком много обследований. В родильном доме, по воспоминаниям матери о её собственных родах, 20 лет назад были плохие условия, многоместные палаты, позднее прикладывание ребенка к груди, большая опасность больничной инфекции.

Задания:

Выделите проблемы женщины.

Составьте план по решению проблем.

Объясните женщине о преобразованиях в системе родовспоможения за последние 20 лет, структуре современного акушерского стационара, профилактике внутрибольничной инфекции.

Объясните женщине о необходимости дородовой подготовки в условиях женской консультации, целесообразности обследования.

Эталон ответа:

Настоящая проблема в том, что у молодой женщины искаженное представление о системе родовспоможения, назначении ЖК и родильного дома, страх осложнений

Потенциальная проблема: в том, что женщина не будет соответствующим образом обследована во время беременности и может получить осложнение в родах.

Объяснить женщине организационную структуру родовспоможения, возможности женской консультации и родильного дома по оказании помощи беременной, роженице и родильнице. Рассказать о современных прогрессивных преобразованиях. Рассказать, что домашние роды не защищают роженицу и ребенка, а являются наиболее рискованными.

Рассказать об методах подготовке к родам, возможности выбора, об индивидуальных роильных залах, послеродовых палатах, совместном пребывании матери и ребенка, раннем прикладывании к груди, профилактике ВБИ.

Рассказать о необходимости дородовой диспансеризации и подготовки к родам в интересах самой женщины, её методах. Рассказать, что без полной системы обследования женщина может поступить только в observational отделение.

ЗАДАЧА № 2

Первобеременная, 19 лет, впервые обратилась в ЖК. По профессии маляр. Жалобы на задержку месячных, тошноту, особенно на работе, повышенную сонливость и повышенный аппетит. Половая жизнь вне брака, но собирается регистрировать брак с отцом ребенка. Будет рожать. После осмотра врача акушера-гинеколога женщина взята на учет с диагнозом "Беременность 6 – 7 недель". Соматической и гинекологической патологии не выявлено. По данным внутреннего исследования – патологических изменений не выявлено. Врач поручил акушерке выделить и помочь решить беременной её проблемы. Назначить обследования и консультации специалистов.

Задания:

Выделить проблемы беременной и дать рекомендации по решению данных проблем.

Перечислить анализы, которые женщина должна выполнить к следующему разу. Объяснить, где их можно сдать.

Перечислить, каких специалистов надо посетить и объяснить, с какой целью эти консультации проводятся.

Рассказать о гигиене беременной.

Эталон ответа:

Настоящие проблемы, связанные с ухудшением самочувствия, объясняются беременностью и являются её предполагаемыми признаками. У беременной работа связана с профессиональными вредностями. Брак не зарегистрирован. Незнание структуры ЖК и правил сдачи анализов. Дать беременной справку для ЗАГСа для ускорения регистрации брака, справку об освобождения от вредных работ и устные рекомендации по этим вопросам. Объяснить общие принципы обследования беременной.

Перечислить анализы и кратность их сдачи. Объяснить женщине, где и в какое время сдаются анализы (в поликлинике или женской консультации, в лаборатории или процедурном кабинете, с какой целью и откуда берутся, как следует подготовиться и т.п.)

Берменная должна посетить терапевта ЖК, офтальмолога и отоларинголога и стоматолога ЖК, объяснить, где можно получить консультацию, с какой целью проводится обследование.

Рассказать о гигиене беременной (чистоте тела, одежде, обуви, половой гигиене, режиме дня, рациональной психической и физической нагрузке, гигиене питания).

Тема 5: «Ведение физиологической беременности. Динамическое наблюдение здоровых беременных. Психопрофилактическая подготовка к родам.

Методы оценки состояния плода.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. При сроке беременности 36 недель дно матки

1) на уровне пупка, окружность живота - 80 см

2) достигает мечевидного отростка, окружность живота - 90-95 см, лобнозатылочный размер головки плода - 11-11.5 см

3) на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, окружность живота - 85-90 см, лобнозатылочный размер головки плода - 9.5-10 см

4) на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, окружность живота - 100 см

5) на середине расстояния между пупком и лоном

2. Для вычисления предполагаемой даты родов у первобеременных к дате первого шевеления плода необходимо прибавить

1) 16 недель

2) 18 недель

3) 20 недель

4) 22 недели

5) 25 недель

3. Срок родов у повторнородящей женщины может быть вычислен прибавлением к дате первого шевеления плода

1) 25 недель

2) 22 недель

3) 18 недель

4) 20 недель

5) 16 недель

4. Срок родов может быть вычислен путем прибавления к дате начала дородового отпуска

1) 4 недели

2) 6 недель

3) 8 недель

4) 10 недель

5) 12 недель

5. Для уточнения срока беременности (может быть) использовано

1) рентгенологическое исследование

2) иммунологическое исследование

3) метод УЗИ

4) ФКГ и исследование плода

5) влагалищное исследование

6. При измерении наружной конъюгаты беременная находится в положении

1) стоя

- 2) лежа на спине
- 3) на боку с вытянутыми ногами
- 4) на боку с согнутой в тазобедренном и коленном суставе нижележащей ногой и вытянутой вышележащей
- 5) на боку с согнутой в тазобедренном и коленном суставе вышележащей ногой и вытянутой нижележащей
7. Измерение диагональной конъюгаты производят
 - 1) для вычисления индекса Соловьева
 - 2) при влагалищном исследовании
 - 3) с помощью тазомера от верхнего края лона до острого отростка 5-го поясничного позвонка
 - 4) в положении женщины стоя
 - 5) в положении женщины лежа на боку
8. Синтез хорионического гонадотропина происходит
 - 1) в надпочечниках
 - 2) в синцитиотрофобласте
 - 3) в гипофизе
 - 4) в яичниках
 - 5) в матке
9. Первым приемом Леопольда-Левицкого определяют
 - 1) высоту стояния дна матки
 - 2) характер предлежащей части плода
 - 3) позицию плода
 - 4) вид позиции плода
 - 5) отношение предлежащей части ко входу в малый таз
10. Вторым приемом Леопольда-Левицкого определяют
 - 1) высоту стояния дна матки
 - 2) характер предлежащей части плода
 - 3) позицию плода
 - 4) вид позиции плода
 - 5) положение плода
11. Третьим приемом Леопольда-Левицкого определяют
 - 1) высоту стояния дна матки
 - 2) характер предлежащей части
 - 3) позицию плода
 - 4) вид позиции плода
 - 5) баллотирование головки
12. Четвертым приемом Леопольда-Левицкого определяют
 - 1) положение плода
 - 2) характер предлежащей части плода
 - 3) позицию плода
 - 4) вид позиции плода
 - 5) отношение предлежащей части ко входу в малый таз
13. Измерение окружности живота беременной женщины производится
 - 1) в положении лежа на боку
 - 2) в положении стоя
 - 3) на уровне дна матки
 - 4) на уровне пупка
 - 5) для определения зрелости плода
14. Продолжительность послеродового отпуска у женщины при физиологическом течении беременности и родов составляет
 - 1) 36 дней
 - 2) 50 дней
 - 3) 56 дней
 - 4) 70 дней
 - 5) 74 дня

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Каковы основные функции и задачи женской консультации ?
2. В чем заключаются преимущества участкового принципа обслуживания?
3. Что такое психопрофилактическая подготовка беременной к родам?
4. Как формируются группы беременных с риском возникновения перинатальной патологии?
5. Каковы основные функции и задачи акушерского стационара?
6. Какие отделения должны быть в акушерском стационаре?
7. В чем заключаются особенности организации неонатальной помощи в родильном стационаре?
8. В какие сроки беременности рекомендуется санировать ротовую полость.

Типовые практические задания для проверки умений:

1. Провести измерение окружности живота и высоты стояния дна матки, определить положение плода, его позицию и вид.
2. Определить сердцебиение плода, оценить основные параметры.
3. Интерпретировать результаты лабораторных данных, УЗИ, УЗДГ, КТГ плода.

4. Определить срок беременности и родов.

Реферат

« Тесты для определения беременности»

«Фетометрия и ее цель»

«Понятие «биофизический профиль плода»

Решение ситуационных задач

Задача № 1.

В женскую консультацию обратилась пациентка 25 лет. Жалобы на задержку менструации в течение двух месяцев.

Менструации с 15 лет по 2—3 дня, через 26 дней, болезненные. Беременность первая, желанная.

Соматически здорова.

Объективно: рост 168 см, вес 59 кг. А/Д 100/60, 105/65 мм рт. ст.

Влагалищное исследование: оволосение на лобке по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое. Шейка чистая, конической формы, плотная. Зев закрыт. Матка соответствует сроку 7—8 недель беременности. Придатки не пальпируются. Выделения из влагалища белого цвета, слизь.

ДИАГНОЗ. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА.

Эталон ответа: Первая беременность 7-8 недель. Дообследование в соответствии с порядком оказания акушерско-гинекологической помощи. Взятие на учёт по беременности. Динамическое наблюдение в соответствии с группой риска

Задача № 2.

В женскую консультацию обратилась пациентка с жалобами на задержку менструации. Дата последней менструации 2 апреля. Беременность первая, желанная.

ОПРЕДЕЛИТЕ ПРЕДПОЛАГАЕМУЮ ДАТУ РОДОВ.

Эталон ответа: 9 января.

Тема 6: «Оказание помощи при физиологических родах. Течение родов. обезболивание родов.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Сколько периодов различают в течение родов?

два

три

четыре

пять

шесть

2. Как иначе называется 1 период родов?

изгнания

послеродовый

последовый

потужной

раскрытия

3. Как иначе называется второй период родов?

изгнания

послеродовый

последовый

развития

раскрытия

4. Как происходит сглаживание и раскрытие канала шейки матки у первородящей?

1. В зависимости от предлежания

2. Оба процесса происходят одновременно

3. Также как и у повторнородящих

4. Сначала происходит сглаживание шейки матки, затем раскрытие.

5. Сначала шейка матки раскрывается, затем сглаживается

5. Как происходит сглаживание и раскрытие канала шейки матки у повторнородящей?

1. В зависимости от предлежания

2. Оба процесса происходят одновременно

3. Также как и у первородящих

4. Сначала происходит сглаживание шейки матки, затем раскрытие.

5. Сначала шейка матки раскрывается, затем сглаживается.

6. Какова в среднем продолжительность первого периода у первородящей?

1. 6-9 часов

2. 9-10 часов

3. 13-18 часов

4. до суток

5. 2-4 часа

7. Какова в среднем продолжительность первого периода у повторнородящей?

1. 3-6 часов

2. 7-9 часов

3. 9-12 часов

4. 13-18 часов

5. до суток

8. Какому моменту биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания соответствует разгибание головки?

1. Первому

2. Второму

3. Третьему

4. Четвертому

5. Пятому

9. Какому моменту биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания соответствует внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки?

1. Первому

2. Второму

3. Третьему

4. Четвертому

5. Пятому

10. Что является ведущей точкой при переднем виде затылочного предлежания?

1. Большой родничок

2. Малый родничок

3. Середина между большим и малым родничком

4. Лоб

5. Подбородок
11. Что является ведущей точкой при заднем виде затылочного предлежания?
1. Большой родничок
 2. Малый родничок
 3. Середина между большим и малым родничком
 4. Лоб
5. Подбородок
12. Какой критерий не включен в оценку состояния новорожденного по шкале АПГАР.
1. Дыхание
 2. ЧСС
 3. Температура тела
 4. Рефлексы
 5. Окраска кожных покровов
13. Какая точка фиксации образуется в родах при переднем виде затылочного предлежания плода?
1. Подзатылочная ямка и нижний край лонного сочленения
 2. Граница волосистой части головы плода и нижний край лонной дуги.
 3. Подзатылочная ямка и крестцово-копчиковое сочленение
 4. Область надпереносья и нижний край лонной дуги
 5. Область подъязычной кости и нижний край лонной дуги.
14. Чему соответствует появление головки из половой щели только во время потуг?
1. Вращению головки
 2. Врезыванию головки.
 3. Прорезыванию головки.
 4. Рождению головки
 5. Вставлению головки
15. Какая кровопотеря считается физиологической в родах?
1. До .50 мл.
 2. До 350 мл
 3. До 500 мл
 4. До 0,5% от массы тела
 5. До 10% от массы тела.
16. Как по автору называется признак отделения плаценты: удлинение наружного отрезка пуповины?
1. Признак Шредера
 2. Признак Альфреда
 3. Признак Клейна
 4. Признак Кюстнера-Чюкалова
 5. Признак Микулича.
17. С чего начинается осмотр последа?
1. С осмотра материнской поверхности.
 2. С осмотра плодной поверхности
 3. С осмотра оболочек
 4. С осмотра сосудов
 5. С осмотра пуповины
18. Какая точка фиксации образуется в родах при заднем виде затылочного предлежания плода?
1. Подзатылочная ямка и нижний край лонного сочленения
 2. Граница волосистой части головы плода и нижний край лонной дуги.
 3. Подзатылочная ямка и крестцово-копчиковое сочленение
 4. Область надпереносья и нижний край лонной дуги
 5. Область подъязычной кости и нижний край лонной дуги.
19. Чему соответствует появление головки из половой щели без наличия потуги?
1. Вращению головки
 2. Врезыванию головки.
 3. Прорезыванию головки.
 4. Рождению головки
 5. Вставлению головки
20. Когда приступают к оказанию ручного акушерского пособия в родах при головном предлежании?
1. С началом второго периода родов.
 2. При прорезывании головки
 3. При врезывании головки.
 4. С конца первого периода родов.
 5. В последовом периоде.

Ответы к тестам:

Тест	Правильный ответ	Тест	Правильный ответ	Тест	Правильный ответ	Тест	Правильный ответ
1	3	6	2	11	1	16	2
2	5	7	2	12	3	17	1
3	1	8	3	13	1	18	2
4	4	9	4	14	3	19	2
5	5	10	3	15	4	20	2

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Причины наступления родовой деятельности. Нейрогуморальная регуляция родовой деятельности. Доминанта родов. Роль плода в развитии родовой деятельности.
2. Предвестники родов. Признаки начала родов.
3. Периоды родов и их характеристики. Клинические признаки каждого из периодов родов. Характеристика изгоняющих сил. Тройной нисходящий градиент. Влияние родовой деятельности на плод. Реакция плода на сократительную деятельность матки.

4. Оценка состояния плода в родах. Принципы обезболивания родов. Влияние применяемых препаратов на плод и новорожденного. Наркотическая депрессия новорожденного.

Типовые практические задания для проверки умений:

1. Приемы Леопольда.

2. Оценка сердцебиения плода при переднем виде затылочного предлежания 3. Показать на фантоме биомеханизм родов.

4. Диагностировать отношение головки плода к плоскостям таза матери .

5. Оформление истории родов.

6. Оценка кровопотери в родах.

7. Осмотр плаценты на целостность

Реферат «современные методы обезболивания родов»

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1 К акушерке ФАПа обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в области поясницы. Появились 2 дня назад, после физической нагрузки .

В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-я, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД - 110/70, 115/70 мм рт.ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком.

Осмотр в зеркалах: Влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка возбудима. Выделения слизистые.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины и их причины.

2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.

3. Тактика акушерки в данной ситуации.

4. Перечислить причины данной патологии, рассказать о классификации, методах диагностики и лечения.

Эталон ответа:

Настоящие проблемы женщины: боли, вызванные повышением тонуса маточной мускулатуры; беспокойство за исход беременности; дефицит знаний о своем состоянии, о гигиене беременной, правильной нагрузке.

Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений.

Причина - тяжелая физическая работа. Женщину не перевели на легкий труд и не объяснили, как оберегать свою беременность. Это обязанности акушерки.

Состояние беременной можно расценить, как удовлетворительное (кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин, ритмичный, АД-110/70,115/70 мм.рт.ст. Диагноз: беременность 15-16 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш, что подтверждается сроком задержки менструации и данными наружного и влагалищного исследования. Боли внизу живота, в области крестца, повышенная возбудимость миометрия, отсутствие структурных изменений шейки матки и слизистые выделения из половых путей подтверждают диагноз угрожающего выкидыша.

Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша, акушерке необходимо:

- успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности;

госпитализировать в ЦРБ; напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку, согласиться на обследование и сохраняющую терапию.

Рассказать о причине выкидышей, профилактике, классификации, клинике, диагностике, методах сохраняющей терапии, перечислить лекарственные средства, указать дозировки, побочные действия.

Задача 2. В родильном отделении ЦРБ акушерка ведет роды первородящей, 20 лет, с доношенной беременностью. Женщина в родах 6 часов. Воды не отошли. Беременность протекала без осложнений. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: женщина правильного телосложения. АД - 120/80; 110/70 мм рт.ст.; PS - 78 в мин. Кожные покровы обычной окраски. ОЖ - 96 см, ВДМ - 35 см. Размеры таза - 26-29-32-18 см. И.С. - 15 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 удара в мин. Схватки через 4-5 мин., по 30-35 сек., хорошей силы, болезненные, роженица ведет себя беспокойно.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка сглажена, края мягкие, умеренно растяжимые, открытие 4-5 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Мыс не достижим. Диагональная конъюгата 11 см.

Задания:

Выявить проблемы роженицы.

Оценить состояние роженицы. Сформулировать диагноз и обосновать его.

Тактика акушерки в данной ситуации.

Рассказать об особенностях течения родов при данной форме таза.

Эталон ответа:

Настоящие проблемы:

болезненные схватки; беспокойство за исход родов. У женщины – узкий таз.

Потенциальные проблемы:

риск развития аномалии сократительной деятельности матки;

риск развития гипоксии плода;

риск клинического несоответствия;

Состояние женщины удовлетворительное.

Диагноз: I период первых срочных родов в головном предлежании. Активная фаза. Простой плоский таз I степени сужения.

Обоснование диагноза: из условий задачи следует, что у женщины первые роды. У нее регулярные родовые схватки, раскрытие шейки матки соответствует I периоду родов. Предполагаемый вес плода высчитывается по формуле Жордания, ребенок некрупный, истинная конъюгата рассчитывается на основании диагональной и наружной.

Учитывая наличие болезненных схваток, акушерка должна:

успокоить женщину, убедить в благополучном исходе родов;

научить ее приемам самообезболивания, правильно дышать во время схваток с целью обезболивания, ввести спазмолитики;

с целью профилактики осложнений вести наблюдение за роженицей в соответствии со стандартной схемой; знать признаки клинического несоответствия.

при нарастании родовых болей вызвать врача для решения вопроса об обезболивании наркотическими анальгетиками.

Рассказать об особенностях течения и ведения родов при простом плоском тазе.

Тема 7: «Профилактика внутриутробной гипоксии плода Первичный туалет новорожденного. Оценка состояния плода по шкале Апгар Ранний

неонатальный период. уход за новорожденным

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Понятие о перинатологии и перинатальном периоде.
2. Группы беременных «высокого риска» по перинатальной патологии.
3. Этиология и патогенез гипоксии с современных позиций. Классификация гипоксии плода.
4. Частота гипоксии плода, асфиксии новорожденного, место их в структуре перинатальной заболеваемости и смертности.
5. Клинические проявления и современные методы диагностики (КТГ, УЗИ, БФПП и др.).
6. Функциональные пробы по выявлению внутриутробного страдания плода. Кардиомониторное наблюдение за внутриутробным состоянием плода.
7. Профилактика и лечение гипоксии плода во время беременности и в родах (дезагреганты, коагулянты, мембраностабилизаторы, вазоактивные препараты). Показания к кесареву сечению.
8. Асфиксия новорожденных. Классификация, клиника. Лечение легкой асфиксии. Реанимация новорожденных, родившихся в тяжелой асфиксии.

Тема 8: «Физиологический послеродовой период

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. Женщина в послеродовом периоде называется
 - А. беременной
 - Б. роженицей
 - В. больной
 - Г. родильницей
 - Д. женщиной
2. Послеродовой период продолжается
 - А. 24 часа
 - Б. 2 часа
 - В. 1-2 недели
 - Г. 2-4 недели
 - Д. 6-8 недели
3. Ранний послеродовой период продолжается
 - А. 24 часа
 - Б. 2 часа
 - В. 5-7 дней
 - Г. 1-2 недели
 - Д. 6-8 недель
4. Обратное развитие матки называют
 - А. Гипотрофией
 - Б. Субинволюцией
 - В. Инволюцией
 - Г. Гипоплазией
 - Д. Эндометрит
5. Послеродовые выделения с примесью крови в первые сутки называются
 - А. Lochia rubra
 - Б. Lochia serosa
 - В. Lochia alba
 - Г. Лохиометра
 - Д. Кольпит
6. Овуляция после родов у некормивших матерей наступает
 - А. сразу после родов
 - Б. через 1 неделю
 - В. через 2 недели
 - Г. через 2 месяца
 - Д. через 6 месяцев

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Физиологические изменения молочных желез и матки во время беременности.
2. Классификация послеродового периода.
3. Инволюция матки и послеродовые боли. Понятие о субинволюции.
4. Лохии и секреторная функция в позднем послеродовом периоде. Лохиометра.
5. Менструальная функция.
6. Лактация и лактостаз.
7. Лабораторные показатели

Типовые практические задания для проверки умений:

Оценивать варианты физиологического течения послеродового периода у перво- и повторнородящих, пальпировать молочные железы и живот,

определять высоту стояния дна матки, характер лохий

Реферат «Гигиена родильницы.»

«Контрацепция в послеродовом периоде»

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

Преждевременные роды 3 дня назад. Ребенок умер на 2-е сутки. У родильницы поднялась температура тела. Молочные железы - набухшие, болезненные при пальпации, соски чистые. Дно матки на 9 см в/лона. Матка плотная, безболезненная. Лохии кровянистые, умеренные. Патологии со стороны внутренних органов нет. Диагноз? Что делать?

Задача 2.

Срочные роды 7 дней тому назад. Безводный период 10 часов.

Ребенка приложили к груди на 2-е сутки. Женщину стали беспокоить боли внизу живота, усилились кровянистые выделения из половых путей, повысилась температура тела до 38 градусов. Кожные покровы обычной окраски, язык влажный, обложен у корня белым налетом. Молочные железы мягкие, дно матки - на 12 см в/лона, отмечается болезненность при ее пальпации. Выделения кровянистые, умеренные с гнилостным запахом. Диагноз? План лечения?

Задача 3.

Врач осматривает роженицу на следующее утро после родов. Во время родов проводили эпидуральную анестезию. Роженица утверждает, что из-за сильной головной боли не может поднять голову с подушки. Эта головная боль может быть объяснена всеми следующими причинами, кроме:

- 1) вытекание спинномозговой жидкости из места укола;
- 2) растяжение мягкой и паутинной мозговых оболочек;
- 3) уменьшение объема спинномозговой жидкости;
- 4) коллапса позвоночного венозного сплетения;
- 5) уменьшения ОЦК.

Тема 9: «Принцип работы женской консультации. Преемственность в работе стационарного и амбулаторного этапов оказания помощи женскому населению, взаимодействие с социальными службами. Планирование беременности. Роль фельдшера в проведении прегравидарной подготовке женщин к беременности.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Типовые практические задания для проверки умений:

Реферат «Инструментальные методы исследования системы дыхания»

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

Задание

Эталон ответа

МОДУЛЬ 2 «Патологическое акушерство»

Тема 1. «Лечение преэклампсии.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. Основными признаками тяжелой преэклампсии являются:

- 1). Повышение А/Д, протеинурия
 - 2). отёки
 - 3). Головная боль, боли в эпигастрии, повышение АД
2. Основными клиническими симптомами эклампсии являются:
- 1). Повышение артериального давления
 - 2). Наличие судорог
 - 3). Изменение зрения
 - 4). Наличие белка в моче.
3. Экламптический судорожный припадок протекает:
- 1). В два этапа
 - 2). В три этапа
 - 3). В четыре этапа
 - 4). Этапы судорожного припадка не выделяются.
4. В течении экламптического судорожного припадка выделяют:
- 1). Стадию фибриллярных сокращений мышц лица
 - 2). Стадию тонических
 - 3) Стадию клонических судорог
 - 4). Стадию ауры
 - 6). Стадию разрешения припадка
5. признаками преэклампсии являются:
- 1). Повышение АД
 - 2). Анемия беременных
 - 3). Снижение содержания белка в крови до 65 г/л и ниже
 - 4). Угроза прерывания беременности
 - 5). Отеки.
6. В крови при преэклампсии содержание ферментов АЛТ и АСТ:
- 1). Не изменяется
 - 2). Их содержание снижается
 - 3). Их содержание повышается.
7. Основными звеньями патогенеза преэклампсии являются:
- 1). Нарушение углеводного обмена
 - 2). Генерализованный спазм сосудов
 - 3). Гиповолемия
 - 4). Нарушение функции плаценты
 - 5). Нарушение липидного обмена
8. Первая помощь в стадию клонических судорог при эклампсии начинается с:
- 1). Ингаляционного наркоза эфиром
 - 2). Освобождение дыхательных путей и ингаляция кислорода
 - 3). Введение противосудорожных препаратов в/в

- 4). Фиксирования конечностей
- 5). Введения гипотензивных препаратов
9. Основными принципами лечения преэклампсии являются:

- 1). Противовоспалительная терапия
- 2). Воздействие на ЦНС
- 3). Цитостатическая терапия
- 4). Гипотензивная терапия
- 5). Терапия направленная на увеличение ОЦК

10. В комплекс лечения преэклампсии включаются:

- 1). Препараты, улучшающие почечный кровоток
- 2). Антикоагулянты и дезагреганты
- 3). Оксигенотерапия
- 4). Сульфаниламиды

11. У повторнородящей в родзале внезапно возник приступ, начавшийся подергиванием мышц лица и рук с последующим появлением тонических судорог всей скелетной мускулатуры, с полной остановкой дыхания и, наконец, последующих клонических судорог, распространяющихся по телу сверху вниз. Лицо цианотично, изо рта пенная слизь с примесью крови. Приступ продолжается 1,5 мин. Внутреннее исследование: открытие полное, пузырь нет. Головка на тазовом дне. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди, ниже большого. Что делать?

- 1). Кесарево сечение
- 2). Мед.стимуляция
- 3). Акушерские щипцы
- 4). Краниотомия

12. Проницаемость сосудистой стенки при преэклампсии

- 1). Повышена
- 2). Снижена
- 3). Практически не изменена

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1.Классификация и клинические проявления гестозов..Ранние токсикозы- определение, нозологические формы.

2.Показания для прерывания беременности при ранних токсикозах.

3.Диагностика преэклампсии и эклампсии.

4.Влияние преэклампсии и эклампсии на мать и плод.

5.Особенности течения беременности и родов у женщин с преэклампсией и эклампсией.

6.Осложнения преэклампсии и эклампсии. Лечение преэклампсии и эклампсии.

7.Показания для оперативного родоразрешения .

8.Принципы реабилитации больных, перенесших преэклампсию и эклампсию Профилактика преэклампсии и эклампсии.

Типовые практические задания для проверки умений:

- 1.Оценка АД, пульса, диуреза, дыхания .
 - 2.Интерпретация результатов лабораторных анализов.
- Реферат «HELLP с-м»

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

Задание

Эталон ответа

Тема2 «Влияние различных заболеваний на течение беременности и родов.Неотложные состояния при экстрагенитальной патологии..»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Назовите сроки плановой госпитализации беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?

до 12 нед. беременности

22-24 нед. беременности

26-30 нед. беременности

32-34 нед. беременности

37-38 нед. беременности

Назовите критические сроки гестационного процесса при заболеваниях сердечно-сосудистой системы?

до 12 недель беременности

12-24 недели беременности

26-30 недель беременности

34-36 недель беременности

период родов

первая неделя послеродового периода

Какие медикаменты используются для купирования отека легкого?

а) наркотические анальгетики

б) антибиотики

с) сердечные гликозиды

д) антимагнетолиты

е) диуретики

Какие степени активности выделяют в течение ревматического процесса?

минимальная активность

промежуточная активность
 умеренная активность
 острая активность
 максимальная активность
 Какой из клапанов сердца чаще поражается при ревматическом процессе?
 пульмональный
 аортальный
 митральный
 трикуспидальный
 Какие группы врожденных пороков сердца Вы знаете?
 со сбросом крови слева направо
 сочетанные митральные
 со сбросом крови справа налево
 комбинированные
 с препятствием кровотоку
 Какие из врожденных пороков сердца относятся к группе пороков со сбросом крови слева направо?
 Тетрада Фалло
 дефект межпредсердной перегородки
 транспозиция магистральных сосудов
 открытый артериальный проток
 дефект межжелудочковой перегородки
 Какие из врожденных пороков сердца относятся к группе пороков со сбросом крови справа налево?
 Триада Фалло
 открытый Боталов проток
 Тетрада Фалло
 Коарктация аорты
 комплекс Эйзенменгера
 Какие из врожденных пороков сердца относятся к группе пороков с препятствием для кровотока?
 дефект межпредсердной перегородки
 коарктация аорты
 открытый Боталов проток
 стеноз устья аорты
 стеноз легочной артерии
 Сколько степеней риска по прогрессированию беременности выделяют при сердечно-сосудистой патологии (по Ваниной)?
 две
 три
 четыре
 пять
 Какие беременные с сердечнососудистыми заболеваниями относятся к 4 степени риска?
 чистая митральная недостаточность без ЗНК
 наличие тотальной недостаточности кровообращения
 3 степень активности ревмопроцесса
 легочная гипертензия 3 степени
 митральная недостаточность с ЗНК-1
 Какие беременные с сердечно-сосудистой патологией относятся к 3 степени риска по прогрессированию беременности?
 кардио и атриомегалия
 признаки правожелудочковой недостаточности
 2 степень активности ревмопроцесса
 легочная гипертензия 2 степени
 митральная недостаточность без ЗНК.
 13. Когда показано проведение медикаментозной профилактики рецидивов ревматизма при гестационном процессе?
 при возникновении позднего гестоза
 при обострении хронических очагов инфекции
 при острой стрептококковой инфекции
 при угрозе прерывания беременности
 в послеродовом периоде
 В каких случаях у женщин с гипертонической болезнью беременность противопоказана?
 гипертоническая болезнь 1-А стадии
 гипертоническая болезнь 2-Б стадии
 злокачественная гипертоническая болезнь
 гипертоническая болезнь 3 стадии
 гипертоническая болезнь 1-Б стадии
 Какие наиболее частые осложнения в течении беременности наблюдаются у женщин с гипертонической болезнью?
 поздний гестоз,
 плацентарная недостаточность и гипотрофия плода,
 разгибательные головные предлежания,
 недонашивание беременности.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	a, c, e	8	a, c, e
2	c, e, f	9	b, d, e
3	a, c, e	10	c
4	a, c, e	11	b, c, d
5	c	12	b, c, d
6	a, c, e	13	b, c, e
7	b, d, e	14	a, b, d

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Каковы физиологические изменения в сердечно-сосудистой системе во время беременности?

Каковы физиологические изменения в сердечно-сосудистой системе во время родов, в послеродовом периоде?

Каковы основные формы приобретенных и врожденных пороков сердца?

Классификация гипертонической болезни, принятая в нашей стране?

Какая классификация сердечной недостаточности принята в нашей стране?

Каковы критерии определения степени активности ревматического процесса?

В какие сроки беременности лучше всего произвести митральную комиссуротомию?

Можно ли разрешить беременность женщине после хирургической коррекции врожденного порока со сбросом крови слева направо?:

Влияние беременности на течение пороков сердца, ревматического процесса;

Критические периоды гестации для сердечно-сосудистой патологии, ревматического процесса;

Влияние пороков сердца на течение беременности;

Противопоказания к беременности при врожденных и приобретенных пороках сердца;

Тактика ведения беременных с пороками сердца, определение степени риска беременности и родов, сроки плановой госпитализации;

Наиболее типичные осложнения родов при пороках сердца;

Тактика родоразрешения (принципы ведения родов через естественные родовые пути, показания к наложению акушерских щипцов, кесареву сечению) при пороках сердца;

Тактика ведения послеродового периода у родильниц с пороками сердца;

Влияние гипертонической болезни на течение беременности и плод;

Тактика ведения беременности при гипертонической болезни (группы риска, сроки госпитализации, лечение во время беременности);

Особенности течения родов и тактика родоразрешения женщин с гипертонической болезнью;

Оказания неотложной помощи при отеке легких;

Оказание неотложной помощи при гипертоническом кризе.

Типовые практические задания для проверки умений:

Реферат «Инструментальные методы исследования системы кровообращения у беременных»

Решение ситуационных задач

Задача № 1

1) Первородящая, 20 лет поступила в род.дом с жалобами на подтекание вод в течение 2 часов, родовой деятельности нет. Срок беременности 37-38 недель. Матка в повышенном тоне, положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 152 в мин. Шейка матки 4 ст. зрелости. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких везикулярное дыхание. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца. Отёков нет. АД 130/85 мм рт. ст. Пульс 84 в мин. Заключение терапевта в женской консультации: Ревматизм А1 ст. Недостаточность митрального клапана без выраженных клинических симптомов сердечной недостаточности. Ревматизм А1 стадии. Степень риска 1-2. Хронический тонзиллит в стадии ремиссии.

Вопросы: 1. Диагноз.

2. Тактика родоразрешения.

3. Почему может измениться тактика родоразрешения

Ответы.

Беременность 37-38 нед. Преждевременное излитие вод. Ревматизм А1 ст. Недостаточность митрального клапана. НК0.

Роды возможно вести консервативно через естественные родовые пути.

В родах возможны следующие осложнения - гипоксия плода, ухудшение состояния роженицы (сердечная недостаточность, аритмия), аномалии родовой деятельности, вследствие чего тактика родоразрешения измениться на оперативную (кесарево сечение).

Задача № 2

В родовом отделении находится беременная 29 лет, срок беременности 28 недель. В детстве часто болела ангинами, в 11 лет произведена тонзилэктомия. В школе была освобождена от уроков физкультуры. На учете у терапевта не состоит. Жалобы на утомляемость, сердцебиение, боли в сердце.

Объективно: рост 158 см, вес 60 кг. Кожные покровы нормальной окраски, акроцианоз, отёков нет. Пульс в покое 90 ударов в 1 минуту, ритмичный, АД 100/60, 110/65 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический и диастолический шум на верхушке сердца и в точке Боткина, акцент II тона на легочной артерии. Дыхание везикулярное, ЧДД 22 в 1 минуту. Живот мягкий, печень не увеличена. ЭКГ: электрическая ось сердца отклонена влево, синусовая тахикардия, в I и II отведениях расширенный двугорбый зубец Р.

Матка в нормотоне, соответствует сроку 28 неделям беременности. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту.

Поставьте диагноз:

Ваша тактика:

Ответьте на вопросы (один правильный ответ):

I. Какие признаки указывают на сердечную недостаточность у данной беременной:

- А. Тахикардия;
- Б. Диастолический шум на верхушке;
- В. Систолический шум на верхушке;
- Г. Акцент II тона на легочной артерии.

II. Что важно в определении прогноза беременности и родов у женщины с пороком сердца:

- А. Форма порока;
- Б. Степень сердечной недостаточности;
- В. Наличие бактериального эндокардита;
- Г. Верно всё.

III. Какова тактика ведения данной пациентки:

- А. Досрочное родоразрешение
- Б. Лечение и пролонгирование беременности;
- В. Экстренное кесарево сечение;
- Г. Ничто из перечисленного.

IV. При каких заболеваниях сердца нельзя рекомендовать беременность:

- А. Дефект межпредсердной перегородки;
- Б. Дефект межжелудочковой перегородки;
- В. Стеноз А-В отверстия II-III ст.;
- Г. Недостаточность митрального клапана.

- V. Для лечения беременной следует назначить:
А. Рибоксин;
Б. Поливитамины;
В. Фолиевая кислота;
Г. Все перечисленное верно.

Задача № 3

В родоразделении находится пациентка 23 лет, срок беременности 38-39 недель. В анамнезе одни роды, 3 медаборта. В связи с заболеванием сердца 3 года назад ей была произведена операция митральной комиссуротомии с хорошим исходом. За 6 месяцев до настоящей беременности перенесла обострение ревмокардита. Настоящая беременность до 31 недели протекала удовлетворительно, позже появилась одышка, сердцебиение. Лечилась в отделении патологии беременности до 34 недель, выписана с улучшением.

Объективно: рост 160 см, вес 63,5 кг. Кожные покровы нормальной окраски, акроцианоз, небольшие отеки ног. Пульс в покое: 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД 100/70, 110/70. ЧДД 21 в минуту. Тоны сердца приглушены, на верхушке и в точке Боткина систолический и диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах влажные хрипы в незначительном количестве. Печень пальпируется не удается из-за высокого стояния матки. Проводимая кардиальная терапия в течение недели не улучшила состояния.

Поставьте диагноз:

Ваша тактика:

Ответьте на вопросы (один или несколько правильных ответов):

- I. Какая стадия хронической сердечной недостаточности имеется у беременной:
1. I ст.;
 2. III ст.;
 3. IIБ ст.;
 4. IIА ст.
- II. Кардиологическое обследование беременной:
1. Проводится совместно кардиологом и акушером;
 2. Не проводится во время беременности;
 3. Предполагает диагностику нарушений ритма сердца;
 4. Диагностика нарушений ритма не имеет значения.
- III. Какие медикаментозные средства можно применять у беременных с ревматической болезнью сердца:
1. Сердечные гликозиды;
 2. Рибоксин;
 3. Мочегонные средства;
 4. Бициллин.
- IV. Какова акушерская тактика в данном случае:
1. Экстренное кесарево сечение;
 2. Выключение потуг наложением акушерских щипцов;
 3. Ведение родов через естественные родовые пути в 40 нед.;
 4. Плановое кесарево сечение.
- V. Критические периоды для обострения ревматической лихорадки:
1. 14 недель беременности;
 2. 20-32 недели;
 3. Послеродовой период;
 4. За 1 месяц до родов.

Тема3. «Оказание помощи при невынашивании и перенашивании беременности.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Абортом называется прерывание беременности:

- 1)В течение первых 12 нед.
- 2)В течение первых 20 нед.
- 3)В течение первых 28 нед.
- 4) В течение первых 30 нед.
- 5)В течение первых 32 нед.
- 6)В течение первых 36 нед.

Искусственный аборт - это:

- 1)Преднамеренное прерывание беременности
- 2)Аборт без всяких вмешательств
- 3)Прерывание беременности в 29 нед.
- 4)Криминальный аборт
- 5)Медицинский аборт
- 6)Трубный аборт

При угрожающем аборте:

- 1)Плодное яйцо соединено со слизистой матки
- 2)Плодное яйцо отслоилось полностью
- 3)В полости матки лишь часть плодного яйца
- 4)Плодное яйцо полностью вышло из матки
- 5)Плодное яйцо отслоилось на небольшом участке

При угрожающем аборте кровянистые выделения:

- 1)Отсутствуют
- 2)Имеются
- 3)Обильные
- 4)Со сгустками

Маточный зев закрыт при:

- 1)Аборте в ходу
- 2)Угрожающем аборте
- 3)Неполном аборте
- 4)Полном аборте

Сохранение беременности возможно при:

- 1) Угрожающем аборте
- 2) Аборте в ходу
- 3) Септическом аборте
- 4) Полном аборте
- 5) неполном аборте

При влагалищном исследовании в раскрытом канале шейки матки определяется плодное яйцо, выступающее во влагалище при:

- 1) Начавшемся аборте
- 2) Аборте в ходу
- 3) Неполном аборте
- 4) Инфицированном аборте
- 5) Искусственном аборте

При аборте в ходу основными клиническими симптомами являются:

- 1) наличие боли внизу живота
- 2) Озноб
- 3) Незначительные кровянистые выделения
- 4) Обильное кровотечение
- 5) Закрытая шейка матки

При угрожающем аборте величина матки:

- 1) Соответствует сроку беременности
- 2) Меньше предполагаемого срока беременности
- 3) Превышает предполагаемый срок беременности
- 4) Нормальных размеров
- 5) Увеличена до 5 недельного срока беременности

Преждевременные роды происходят в сроки:

- 1) От 28 до 36 нед
- 2) От 22 до 28 нед
- 3) От 28 до 38 нед
- 4) От 16 до 36 нед

Эталон ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	5	1	1	2	1	2	4	1	1

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Дайте определение понятию невынашивание беременности?

Что называют недонашиванием беременности?

Каковы основные причины невынашивания беременности?

Перечислите факторы, предрасполагающие к невынашиванию беременности.

Охарактеризуйте стадии самопроизвольного аборта.

Клиника угрожающих преждевременных родов.

Каков алгоритм диагностики при невынашивании беременности?

Какова тактика ведения женщин с невынашиванием беременности ?

Охарактеризуйте тактику ведения преждевременных родов.

Дайте определение понятию перенашивание беременности.

Классификация перенашивания беременности.

Методы диагностики перенашивания беременности.

Тактика ведения беременных с перенашиванием.

14. Показания к операции кесарево сечение.

Типовые практические задания для проверки умений:

Реферат «Миома матки и беременность»

«Медикаментозная подготовка шейки матки к родам»

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

Задание

Эталон ответа

е задания для проверки знаний:

Тема 4. «Оказание помощи при тазовых предлежаниях.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

. ПОКАЗАНИЯМИ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ

1) пороки развития плода

2) крупный плод

3) анатомически узкий таз

4) смешанное ягодичное предлежание

2. ТРЕТИЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

1) опускание ягодиц

2) внутренний поворот ягодиц

3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища

4) врезывание ягодиц

3. В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ВОЗМОЖНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

1) первичная слабость родовой деятельности

2) раннее излитие околоплодных вод

3) выпадение петель пуповины

4) разгибание головки плода

4. ПРИ СМЕШАННОМ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПОКАЗАНО

1) наложение акушерских щипцов

- 2) краниотомия
- 3) классическое ручное пособие
- 4) классический акушерский поворот
5. ТАКТИКА ВРАЧА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА НА НОЖКУ
 - 1) ведут роды по методу Цовьянова
 - 2) выполняют кесарево сечение
 - 3) производят плодоразрушающую операцию
 - 4) выполняют экстракцию плода за тазовый конец
6. К ПРИЧИНАМ ФОРМИРОВАНИЯ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ОТНОСИТСЯ
 - 1) анемия
 - 2) преэклампсия
 - 3) кольпит
 - 4) многоводие
7. ЯГОДИЦЫ И СТОПКИ ПЛОДА ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ
 - 1) чисто ягодичном предлежании
 - 2) смешанном ягодичном предлежании
 - 3) полном ножном предлежании
 - 4) неполном ножном предлежании
8. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТСЯ

при постановке диагноза
за две недели до предполагаемого срока родов
в срок недель
с началом родовой деятельности

9. ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

повышение артериального давления
преждевременное излитие вод и выпадение петель пуповины
бурная родовая деятельность
повышение температуры тела
10. ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ У ПЛОДА МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ

запрокидывание ручек
разгибание головки
перелом костей черепа
травма шейного отдела позвоночника

Вопросы	№	Ответ	№	Ответ
	1	2,3,4	6	4
	2	3	7	2
	3	1,2,3	8	2
	4	3	9	2
	5	4	10	1,2,4

для

самоконтроля обучающихся

1. Классификация тазовых предлежаний.
2. Этиология тазовых предлежаний.
3. Методы диагностики тазовых предлежаний плода.
4. Биомеханизм родов при тазовом предлежании.
5. Особенности родов при ножном предлежании.
3. Течение и ведение беременности при тазовых предлежаниях.
4. Особенности течения и ведения родов при тазовых предлежаниях.
5. Степени разгибания головки при тазовых предлежаниях.
6. Показания к операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях во время 11. Осложнения для матери и плода при ведении родов в тазовых предлежаниях.

Типовые практические задания для проверки умений:

1. определение наружных размеров таза
 2. проведение наружного и внутреннего акушерского обследования
 3. определение степени перинатального риска.
- Реферат «Инструментальные методы исследования во время беременности»

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

В родильное отделение поступила первородящая 17-ти лет с доношенной беременностью, без родовой деятельности, с излитием околоплодных вод два часа тому назад. На учете в женской консультации с 28 недель. Общая прибавка в весе – 13 кг, неравномерная, особенно за последние три недели. Данная беременность - первая. На учете в женской консультации с 28 недель, посещения нерегулярные. При поступлении: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, АД 140/100, 145/105 мм рт. ст., рост 162 см, вес 73 кг. Отеки нижних и верхних конечностей. Размеры таза: 26-28-30-19 см. Окружность Соловьева - 13,5 см. Ромб Михаэлиса 10x10 см. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. При влагалищном исследовании диагностировано тазовое предлежание плода. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Подтекают светлые воды.

ДИАГНОЗ, ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Задача № 2

Роженица В., 38 лет, направлена в родильный дом при беременности сроком 38 недель спустя 6 ч от начала регулярных схваток. Предыдущие пять беременностей закончились срочными родами. Четверо первых детей родились в головном предлежании, а пятый - в тазовом. Все дети живы. Настоящая беременность протекала без осложнений. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не выявлено. Размеры таза: 26 – 29 – 32 – 21. Окружность живота - 109 см, высота стояния дна матки над лоном - 29 см. Живот отвислый, округлой формы. Предлежащая часть не

пальпируется. Крупная, плотная баллотирующая часть плода определяется слева, выше гребня подвздошной кости, другая – справа, ниже гребня подвздошной кости. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, ясное, ритмичное, 140 уд./мин. Околоплодные воды не изливались. Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, раскрытие маточного зева на 8 см. Плодный пузырь цел, напрягается во время схваток. Предлежащая часть плода не определяется. Мыс не достижим. Деформации костей таза не выявлено.

ДИАГНОЗ, ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Эталон ответа

Задача №1

Диагноз. I беременность 40 недель. Тазовое предлежание плода. Преждевременное излитие околоплодных вод. Юная первородящая. Гестоз легкой степени. Простой плоский таз I-й степени сужения. Предполагаемый крупный плод.

Тактика: родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача №2

Диагноз. I срочные роды, I период. Поперечное положение плода.

Тактика: родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Типовые практические задания для проверки умений:

Реферат «»

Тема 5. «Оказание помощи при многоплодной беременности...»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Определение понятия многоплодной беременности.
2. Причины возникновения.
3. Классификация многоплодной беременности.
4. Методы диагностики многоплодной беременности.
5. Течение многоплодной беременности.
6. Изменения внутренних органов при многоплодной беременности.
7. Развитие диамниотических, дихориальных, моноамниотических во время беременности.
8. Ведение многоплодной беременности.
9. Положение близнецов в полости матки.
10. Осложнения течения многоплодной беременности.
11. Течение родов при многоплодной беременности.
12. Осложнения в родах.
13. Течение и осложнения послеродового периода при многоплодной беременности.
14. Ведение родов при многоплодной беременности.

Типовые практические задания для проверки умений:

Реферат «Диагностика многоплодной беременности»

Тактика ведения беременности и родов при многоплодной беременности

Решение ситуационных задач

ЗАДАНИЕ

Беременная Д., 22 года, поступила в роддом в экстренном порядке, в связи с развитием родовой деятельности в течение 6 часов в сроке беременности 33 недели и излитием околоплодных вод 8 часов назад в количестве около 2 литров.

Из анамнеза.

Беременность первая, протекала без осложнений, в женской консультации наблюдалась регулярно с 8-недельного срока.

Status praesens. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы розовые. АД 120/80 мм рт. ст. на обеих руках, Ps 98 в мин.

Status obstetricus. Размеры таза: 26-28-30-20 см ОЖ 107 см, ВДМ 30 см. При пальпации: схватки через 3 минуты, по 25-30 секунд. Положение плода продольное, над входом в малый таз пальпируется округлая, плотная, подвижная часть плода. Сердцебиение прослушивается справа ниже пупка 136 уд/мин и слева на уровне пупка 138 уд/мин.

Влагалищное исследование. Per vaginam: шейка матки укорочена до 0,5 см, края мягкие, открытие 5 см. Пальпируется напрягающийся при схватках плодный пузырь. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Мыс не достижим. Выделения слизистые.

Дополнительные методы обследования

УЗЯ матки: матка двурогая, определяется два плода в головном предлежании, положение обоих плодов продольное. Предполагаемый вес I плода 1500 г, II плода - 1600 г. Зрелость легких - I степень. Плацента одного плода располагается по задней поверхности левого рога матки, а второго по правой боковой стенке правого рога матки.

Кардиотоахограмма: оценка по Фишеру 7 баллов (запись двух сердцебиений). Токограмма базальный тонус 10 мм рт. ст., схватки силой 30 мм рт. ст., по 60 секунд, через 60 секунд, за 10 минут - 4 схватки.

ВОПРОСЫ

Диагноз? План ведения родов? Ошибки в ведении беременности?

Возможно ли пролонгирование беременности?

Диагноз основной: Преждевременные роды I в сроке 33 недели, первый период родов. Двойня Головное предлежание обоих плодов

Осложнения: Внутриутробная гипоксия плодов легкой степени

Многоводие, преждевременное излитие околоплодных вод

Сопутствующий Uterus bicornis unicomis

ЭТАЛОН ОТВЕТА

План ведения родов

1. Роды вести через естественные родовые пути (per vias naturalis).

2. В родах возможны следующие осложнения: - аномалии родовой деятельности;

- прогрессирование внутриутробной гипоксии плода;

- кровотечение в III и раннем послеродовом периодах;

3. Для профилактики указанных осложнений: - кардиомониторное наблюдение для своевременной диагностики гипоксии плодов и аномалий родовой деятельности;

- препараты, улучшающие маточно-плацентарный и почечный кровоток, профилактика СДР плодов дексаметазоном, - второй период родов вести без защиты промежности, т. к. предполагаемый вес плодов менее 2 кг, пудендальная анестезия;

- после рождения первого новорожденного перевязать конец пуповины как у плода, так и у матери. Определить положение и предлежание второго плода, для профилактики поперечного положения плода приблизить головку плода ко входу в малый таз и фиксировать ее рукой при последующей амниотомии.

Через 5-10 мин после рождения первого ребенка вскрыть плодный пузырь (выполнить амниотомию) второго плода и под контролем руки выпустить воды. В дальнейшем роды ведут выжидательно, при слабости родовой деятельности (потуг) применяют родостимуляцию окситоцином;

- новорожденных принять в теплые пеленки, на предварительно обогретый ножной конец кровати - быть готовым к реанимации новорожденных, подготовить два кувеза. вызвать на роды неонатолога;

- III период родов вести с иглой в вене, профилактически ввести утеротоники, иметь свежую одногруппную кровь, плазму. Быть готовым к ручному вхождению в полость матки. Определить допустимую кровопотерю для данной роженицы.

Ошибки в ведении беременности

Беременная с аномалией развития матки относится к группе высокой степени риска по невынашиванию. Для профилактики выкидыша и преждевременных родов необходимо наблюдение в перинатальном центре и назначение для лучшей релаксации матки гестагенов (дюфастон по 1-3 таблетки в день, или Sol. Progesteroni 1% - 1,0 внутримышечно 1 раз в день, или туринал по 5 мг 1-3 раза в день) с 5 по 37 неделю беременности.

Пролонгирование беременности противопоказано в связи с многоводием, причиной которого чаще всего является генитальная инфекция

Тема 6. «Кровотечения во время беременности.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Объём предельно допустимой кровопотери от массы тела у здоровой роженицы составляет

- 1) 0,5%
- 2) 1%
- 3) 0,25%
- 4) 2%

2. Для предлежания плаценты характерно

- 1) повторяющиеся кровотечения
- 2) кровотечение возникает чаще в третьем триместре беременности
- 3) отсутствие болевого фактора
- 4) гипертонус матки

3. МИГРАЦИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРОИСХОДИТ

- 1) во время беременности
- 2) с началом родовой деятельности
- 3) при раскрытии шейки матки на 4-5 см
- 4) при полном раскрытии шейки матки

4. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ (ПОНРП) ХАРАКТЕРНО

- 1) боль в животе
- 2) гипертонус матки
- 3) кровотечение
- 4) рецидивирующие кровотечения

5. ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПОНРП РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) артериальная гипертензия
- 2) геморрагический шок
- 3) лихорадка
- 4) судороги

6. ПРИ НАЛИЧИИ МАТКИ КЮВЕЛЕРА ПОКАЗАНО

- 1) консервативное ведение родов
- 2) наложение акушерских щипцов
- 3) кесарево сечение
- 4) кесарево сечение с экстирпацией матки

7. К РАЗВИТИЮ ПОНРП ПРИВОДИТ

- 1) крупный плод
- 2) гипотрофия плода
- 3) кольпит
- 4) преэклампсия

8. КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1) гипертонусом матки
- 2) болями в животе
- 3) повышением температуры тела
- 4) отсутствием болевых ощущений

9. НИЖНИЙ КРАЙ ПЛАЦЕНТЫ В НОРМЕ НАХОДИТСЯ ОТВНУТРЕННЕ-ГО ЗЕВА

- 1) на расстоянии 1 см
 - 2) на расстоянии 3 см
 - 3) на расстоянии не менее 7-8 см
 - 4) у края внутреннего зева
10. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ РОДЫ ВОЗМОЖНЫ
- 1) при полном предлежании плаценты
 - 2) при неполном предлежании плаценты
 - 3) при низком предлежании плаценты
11. ПРИЧИНОЙ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) дистрофические изменения эндометрия
 - 2) артериальная гипертония
 - 3) заболевания почек
 - 4) неправильное положение плода
12. СКРИННИНГОВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) наружное акушерское исследование
 - 2) влагалищное исследование
 - 3) УЗИ матки
 - 4) кардиотокография
13. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ПРЕДПОЛАГАЕТ
- 1) госпитализация с началом родовой деятельности
 - 2) дородовая госпитализация по желанию женщины
 - 3) обязательная дородовая госпитализация
 - 4) госпитализация в случае перенашивания беременности
14. РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ПРОВОДИТСЯ
- 1) через естественные родовые пути
 - 2) при помощи операции кесарево сечение
 - 3) при помощи акушерских щипцов
 - 4) возможен любой из перечисленных методов
15. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО
- 1) назначить гемостатические препараты
 - 2) направить на плановую госпитализацию в роддом
 - 3) направить на экстренную госпитализацию в роддом
 - 4) направить на обследование в женскую консультацию
16. ПРОГНОЗ ДЛЯ ПЛОДА ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ПОНРП
- 1) развивается хроническая гипоксия плода
 - 2) происходит задержка внутриутробного развития плода
 - 3) происходит гибель плода
 - 4) развивается внутриутробная инфекция
- ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

№	Ответ	№	Ответ	
Вопросы для самоконтроля	1	9	3	обучающихся особенности
1) Физиологические расположения плаценты.	1,2,3	10	2,3	
2) Определение понятия плаценты, частота Этиология и патогенез плаценты.	1	11	1	предлежания встречаемости. предлежания
3) Классификация плаценты.	1,2,3	12	3	
4) Понятие миграции плаценты.	2	13	3	предлежания
5) Особенности клинической картины предлежания плаценты.	4	14	2	
6) Возможные осложнения течения беременности и родов.	4	15	3	предлежания
7) Диагностика предлежания плаценты во время беременности и в родах.	4	16	3	
8) Дифференциальная диагностика предлежания плаценты				
9) Тактика ведения пациентки с предлежанием плаценты в женской консультации.				
10) Тактика ведения пациентки с предлежанием плаценты в стационаре в зависимости от акушерской ситуации.				
11) Группа риска по возникновению предлежания плаценты и меры профилактики этого состояния.				
12) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, понятие, частота встречаемости.				
13) Классификация преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.				
14) Этиология и патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.				
15) Клиническая картина и диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.				
16) Дифференциальная диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.				
17) Выбор метода ведения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в зависимости от акушерской ситуации.				
18) Группы риска и профилактика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.				

Типовые практические задания для проверки умений:

Определить группу крови.

2. Выбрать правильную тактику при различных видах кровотечений в зависимости от акушерской ситуации.

3. Определить группы риска по кровотечению среди беременных, рожениц и родильниц.

4. Оценка величины кровопотери.

5. Расчет объема инфузионной терапии.

5. Расчет шокового индекса.

Реферат «Кровосберегающие технологии в акушерстве»

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

Задача №1

Пациентка 38 лет вызвала домой «скорую помощь» с жалобами на боли в животе постоянного характера и темные кровянистые выделения из влагалища. Срок беременности 35 недель. Из анамнеза установлено, что пациентка страдает артериальной гипертонией. Объективно: бледная, артериальное давление 100/60, 100/60 мм рт.ст, пульс 100 ударов в минуту. Матка напряжена, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение приглушено, тахикардия 160 ударов в мин. Родовой деятельности нет, из влагалища темные, скудные кровянистые выделения.

Задание

Диагноз, Тактика ведения на догоспитальном этапе и при поступлении в роддом.

Задача №2

Пациентка 32 лет, в анамнезе 5 медицинских аборт без осложнений, состоит на учёте по беременности в женской консультации. При очередном посещении врача в сроке беременности 28 недель пожаловалась на периодически повторяющиеся незначительные кровянистые выделений из влагалища, не сопровождающиеся болью. По данным наружного акушерского обследования матка в нормотонусе, положение плода поперечное, из половых путей скудные кровянистые выделения. При аускультации сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту.

Задание

Диагноз, Тактика ведения на догоспитальном этапе и при поступлении в роддом.

Эталон ответа

Задача №1

Диагноз. Беременность 35 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Геморрагический шок 1 стадии.

Существовавшая ранее артериальная гипертония. Острая гипоксия плода.

Тактика на догоспитальном этапе: экстренная госпитализация, лечение геморрагического шока. В роддоме - экстренное родоразрешение операцией кесарево сечение. При выявлении матки Кувелера показана экстирпация матки без придатков.

Задача №2

Диагноз. 6 беременность 28 недель. Предлежание плаценты. ОАА.

Тактика: в женской консультации - оценить общее состояние беременной, провести наружное акушерское обследование, аускультацию плода. Начать инфузионную терапию, ввести спазмолитики, вызвать на себя бригаду скорой помощи, экстренная госпитализация беременной в стационар. В роддоме – оценить объем кровопотери, состояние беременной и плода. Госпитализация в отделение патологии беременности, постельный режим, токолитики, профилактика СДР у плода, контрольная подкладная пеленка, динамическое наблюдение. При усилении кровотечения – экстренное родоразрешение операцией кесарево сечение.

Типовые практические задания для проверки умений:

Реферат «»

Тема 7 .«Иммунологическая несовместимость матери и плода.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1.Нарушение иммунологических взаимоотношений в системе мать - плацента - плод приводит к развитию следующих осложнений

- 1) гестозу ОПГ
- 2) преждевременному прерыванию беременности
- 3) гемолитической болезни новорожденного
- 4) всего перечисленного
- 5) ничего из перечисленного

2. Гемолитическая болезнь новорожденного связана

- 1) с изоиммунизацией матери групповыми антигенами крови по системе ABO
- 2) с изоиммунизацией матери по резус-фактору
- 3) со всем перечисленным
- 4) ни с чем из перечисленного

5) с изоиммунизацией матери групповыми антигенами крови по системе Kell

3. Термин изоиммунизация означает

- 1) стимуляцию иммунитета
- 2) подавление иммунитета
- 3) образование антител
- 4) снижение реактивности организма

5) формирование эндотелиоза

4. Изоиммунизация может быть вызвана несовместимостью

- 1) групп крови матери и плода
- 2) крови матери и плода по резус-фактору
- 3) по другим дополнительным антигенам (M, Келл, Даффи и др.)
- 4) всего перечисленного
- 5) ничего из перечисленного

5. Условиями возникновения резус-конфликта являются

- 1) наличие резус-положительного плода у резус-отрицательной матери
- 2) сенсibilизация матери к резус-фактору
- 3) переливание несовместимой крови в анамнезе
- 4) аборты в анамнезе
- 5) все перечисленное

6. После первой беременности частота иммунизации у резус-отрицательных женщин составляет
- 1) 10%
 - 2) 30%
 - 3) 45%
 - 4) 50%
 - 5) 100%
7. Частота гемолитической болезни плода обычно составляет
- 1) 0.3-0.7%
 - 2) 3-7%
 - 3) 10%
 - 4) 15%
 - 5) 100%
8. Сочетание групповой и резус-сенсibilизации в материнском организме для плода
- 1) не имеет значения
 - 2) более опасно
 - 3) менее опасно
 - 4) очень опасно
 - 5) не опасно
9. Наиболее неблагоприятным признаком изоиммунизации во время беременности является
- 1) нарастание титра антител
 - 2) "скачущий титр антител"
 - 3) наличие "неполных" антител
 - 4) признаки отека плаценты и плода
 - 5) все перечисленное
10. Вес плаценты при гемолитической болезни плода составляет
- 1) 300 г
 - 2) 500 г
 - 3) 1000 г
 - 4) более 1000 г
 - 5) более 2000 г
11. При развитии гемолитической болезни у плода, как правило, имеет место
- 1) расстройство функции печени
 - 2) развитие гипопропротеинемии
 - 3) повышение проницаемости сосудов
 - 4) отечный синдром
 - 5) все перечисленное
12. Наименьший риск развития изосенсибилизации при беременности имеет место, если
- 1) у мужа кровь резус-положительная и другая группа крови
 - 2) у мужа кровь резус-положительная и та же группа крови
 - 3) правильно 1) и 5)
 - 4) беременность протекает с плацентарной дисфункцией
 - 5) беременность протекает без осложнений
13. Специфическая иммунопрофилактика показана у следующих женщин с резус-отрицательной кровью
- 1) первородящих, родивших резус-положительного ребенка, несовместимого с матерью по системе ABO
 - 2) первородящих, родивших резус-положительного ребенка, совместимого с матерью по системе ABO
 - 3) после первого аборта
 - 4) первородящим
 - 5) правильно все
14. При изосенсибилизации наиболее часто наблюдаются следующие осложнения
- 1) анемия
 - 2) гипотония
 - 3) отеки
 - 4) преждевременная отслойка плаценты
 - 5) все перечисленные
15. Для диагностики гемолитической болезни у новорожденных определяют в крови
- 1) гемоглобин и количество эритроцитов
 - 2) почасовой прирост билирубина
 - 3) группу крови
 - 4) резус-принадлежность крови
 - 5) все перечисленное
16. Сущность гемолитической болезни у плода заключается
- 1) в билирубиновой интоксикации
 - 2) в гемолизе эритроцитов
 - 3) в анемии
 - 4) в нарушении функции почек и печени
 - 5) во всем перечисленном

Ответы к тестам

Тест	Правильный ответ	Тест	Правильный ответ	Тест	Правильный ответ	Тест	Правильный ответ
1	3	5	5	9	5	13	5
2	3	6	2	10	4	14	1
3	3	7	1	11	5	15	5
4	4	8	2	12	3	16	5

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Этиология резус-конфликтной беременности.

Этиология гемолитической болезни плода и новорожденного.

Патогенез резус-конфликтной беременности.
Патогенез гемолитической болезни плода и новорожденного.
Диспансерное наблюдение за беременными с резус-отрицательной кровью на амбулаторном этапе.
Диагностика резус-конфликтной беременности.
Диагностика гемолитической болезни плода
Диагностика гемолитической болезни новорожденного
Классификация гемолитической болезни новорожденного
Лечение гемолитической болезни плода
Лечение гемолитической болезни новорожденного
Профилактика резус-сенсibilизации и резус-конфликта
Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

Задание

Первобеременная - 23 года. Встала на учет по беременности в сроке 7 недель. Беременность протекает без осложнений. Гинекологический анамнез не отягощен. В ходе стандартного первичного обследования выявлена A(11) вторая группа крови, резус-отрицательный

задания для проверки знаний:

Тактика дальнейшего наблюдения за беременной

2. Возможен ли резус-конфликт, и при каких условиях?

Эталон ответа

Типовые практические задания для проверки умений:

Реферат «Внутриутробное переливание крови»

« Методы профилактики резус-конфликта»

МОДУЛЬ 3 « ПАТОЛОГИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА»

ТЕМА 1. «Оказание помощи при аномалиях родовой деятельности»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ I ПЕРИОДА У ПЕРВОРОДЯЩЕЙ

1) 2-4 часа

2) 4-6 часа

3) 10-12 часов

4) 18-20 часов

2. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ II-ГО ПЕРИОДА У ПОВТОРНОРОДЯЩЕЙ

1) 15 минут

2) 1 час

3) 2 часа

4) 8 часов

3. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ВСКРЫТИЕ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ ПРОИСХОДИТ

1) во время беременности

2) с началом родовой деятельности

3) при раскрытии шейки матки на 4-5 см

4) при полном раскрытии шейки матки

4. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ 2 ПЕРИОДА У ПЕРВОРОДЯЩИХ

1) 15 минут

2) 30 минут

3) 1 час

4) 2 часа

5. ДЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО

1) незрелая шейка матки

2) отсутствие структурных изменений шейки матки

3) высокое расположение предлежащей части плода

4) наличие структурных изменений шейки матки

6. К ДИССКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ

1) гипотония матки

2) чрезмерная родовая деятельность

3) гипертонус нижнего сегмента

4) слабость потуг

7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1) окситоцин

2) лечебно-эпидуральная анестезия

3) простагландины

8. Основными причинами слабости родовой деятельности являются

1) ригидность шейки матки

2) снижение уровня эндогенных простагландинов

3) несоответствие между размерами головки плода и тазом матери

4) длительный прелиминарный период

9. В комплексных схемах для стимуляции родовой

деятельности применяют

- 1) окситоцин, простагландины
 - 2) АТФ, сигетин
 - 3) глюкозу
 - 4) галаскорбин, аскорбиновую кислоту
10. Замедление скорости раскрытия шейки матки в родах может свидетельствовать
- 1) о слабости родовой деятельности
 - 2) о дискоординации родовой деятельности
 - 3) о преждевременных родах
 - 4) о ригидности шейки матки

Эталоны ответов

№	Ответ	№	Ответ
1	3	6	3
2	1	7	1,3
3	1	8	2
4	2	9	1
5	1,2,3	10	1,2,4

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Причины развития аномалий родовой деятельности.
2. Классификация аномалий родовой деятельности.
3. Клинические проявления прелиминарного периода и его патология.
4. Клиника первичной и вторичной слабости родовой деятельности.
5. Осложнения в родах при слабости родовой деятельности.
6. Лечение и профилактика слабости родовой деятельности.
7. Клинические признаки дискоординированной родовой деятельности.
8. Дифференциальная диагностика дискоординации и слабости родовой деятельности.
9. Диагностика и принципы лечения дискоординированной родовой деятельности.
10. Клиника, лечение, осложнения чрезмерной родовой деятельности.

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

Беременная 38 лет обратилась в родильное отделение с жалобами на отхождение вод 3 часа тому назад. Беременность 5-ая, доношенная, предстоят 3-ьи роды, в анамнезе 2 аборта без осложнений. Беременность протекала без осложнений. Состояние удовлетворительное. АД – 120/70 и 120/80 мм.рт. ст. Отеков нет. Размеры таза: 25, 28, 31, 20. ВДМ - 38 см, ОЖ - 101 см. Положение плода продольное, предлежащая головка подвижная над входом в таз. Сердцебиение плода 140 уд.в мин., ясное, ритмичное. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Шейка матки укорочена до 1,5 см, мягкая, по проводной оси таза. Цервикальный канал проходим для 2 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка над 1-ой тазовой плоскостью, мыс не достигим. Емкость таза достаточная, подтекают светлые воды в умеренном количестве.

ДИАГНОЗ, АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Задача № 2.

Первородящая 32 лет, беременность доношенная. В родах 12 часов. Ночь не спала, чувствует себя утомленной. Схватки через 5-6 минут, по 20-25 секунд, слабой силы. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец над входом в малый таз. С/биение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева толстые, плохо растяжимые. Открытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода над входом в малый таз. Мыс не достигим.

ДИАГНОЗ, АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Эталон ответа Задача №1

Диагноз. 5 беременность 39 недель. ОАА. Дородовое излитие околоплодных вод.

Тактика ведения: учитывая удовлетворительное состояние беременной, доношенную беременность, головное предлежание плода, достаточную ёмкость таза, наличие « зрелой» шейки матки, безводный период не превышающий 12 часов– возможна выжидательная тактика, т.к. следует ожидать спонтанного наступления родовой деятельности. В течение 3 часов динамическое наблюдение за беременной и состоянием плода. В плане следует предусмотреть профилактику восходящей инфекции и при отсутствии спонтанной родовой деятельности- родовозбуждение.

Задача №2

Диагноз. 1 срочные роды. 1 период. Чисто-ягодичное предлежание плода. Первичная слабость родовой деятельности.

Тактика ведения: учитывая первичную слабость родовой деятельности у роженицы с тазовым предлежанием показано экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения.

ТЕМА 2. «Особенности ведения родов при аномалиях таза»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. РАЗМЕРЫ НОРМАЛЬНОГО ТАЗА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 25 (26) – 28 (29) – 30 (31) – 20
- 2) 24 (25) – 25 (26) – 28 (29) – 20
- 3) 26 – 29 – 30 – 18
- 4) 26 –26 – 31 – 17

2.РАЗМЕРЫ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОГО ТАЗА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 25 (26) – 28 (29) – 30 (31) – 20
- 2) 24 (25) – 25 (26) – 28 (29) – 20
- 3) 23 – 26 – 29 – 18
- 4) 26 –26 – 31 – 17

3. РАЗМЕРЫ ПЛОСКО- РАХИТИЧЕСКОГО ТАЗА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 25 (26) – 28 (29) – 30 (31) – 20
- 2) 24 (25) – 25 (26) – 28 (29) – 20
- 3) 26 – 29 – 30 – 18
- 4) 26 – 26 – 31 – 17

4. РАЗМЕРЫ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОГО ТАЗА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 25 (26) – 28 (29) – 30 (31) – 20
- 2) 24 (25) – 25 (26) – 28 (29) – 20
- 3) 26 – 29 – 30 – 18
- 4) 26 – 26 – 31 – 17

5. ПРИЗНАКАМИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) положительный признак Вастена
- 2) преждевременное появление неэффективных потуг
- 3) отсутствие поступательных движений головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности
- 4) дистресс плода

6. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ФОРМАМ УЗКОГО ТАЗА ОТНОСЯТ

- 1) косососмещенный
- 2) кососуженный
- 3) таз, суженный экзостозами
- 4) поперечносуженный

7. РАЗМЕРЫ ПЛОСКОГО ТАЗА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 25 (26) – 28 (29) – 30 (31) – 20
- 2) 24 (25) – 25 (26) – 28 (29) – 20
- 3) 26 – 29 – 30 – 18
- 4) 26 – 26 – 31 – 17

8. КОСЫЕ РАЗМЕРЫ ТАЗА ЭТО

- 1) расстояние между передне-верхней и задне-верхней осью
- 2) расстояние от правой передне-верхней ости до левой задне-верхней ости
- 3) расстояние от верхнего угла ромба Михаэлиса до лона
- 4) межвертельное расстояние

9. К АКУШЕРСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ ОТНОСЯТ

- 1) несвоевременное излитие околоплодных вод
- 2) аномалии родовой деятельности
- 3) хроническая внутриутробная гипоксия плода
- 4) родовой травматизм матери и плода

10. О степени сужения судят по размерам

- 1) истинной конъюгаты
- 2) диагональной конъюгаты
- 3) наружной конъюгаты
- 4) индексу Соловьева

Эталоны ответов тестов:

№	Ответ	№	Ответ
1	1	6	4
2	3	7	3
3	4	8	2
4	2	9	1,2,4
5	1,2,3	10	1

Вопросы для самоконтроля обучающихся

- 1) Понятие об анатомически и клинически узком тазе
- 2) Классификации анатомически узких тазов по форме и степени сужения, классификация по Калгановой
- 3) Факторы, способствующие возникновению анатомически узкого таза
- 4) Диагностика анатомически узкого таза
- 5) Течение беременности и родов при анатомически узком тазе
- 6) Осложнения для матери и плода
- 7) Особенности биомеханизма родов при различных формах анатомически узкого таза
- 8) Ведение беременности и родов при различных формах анатомически узкого таза
- 9) Клинически узкий таз
- 10) Профилактика узкого таза

Решение ситуационных задач

Задача №1

Роженица 30 лет. Из анамнеза выяснено: ходить начала около 2-х лет, росла болезненным ребенком, перенесла почти все детские инфекции. Роды вторые. Первые роды, со слов женщины были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой, вес его 3200 г. Рост женщины 152 см. Имеется небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощен. Размеры таза: 26-27-30-17,5 см. Индекс Соловьева 15 см. Предполагаемый вес плода 3500 г.

Диагноз, Тактика ведения

Задача №2

Повторнородящая 28 лет поступила в родильный дом по поводу схваток, начавшихся 8 часов назад. Первая беременность закончилась рождением мертвого ребенка весом 3270 г. При вторых родах по поводу клинически узкого таза произведена операция кесарева сечения. Ребенок массой 3500, жив. Настоящая беременность третья, доношенная. Живот отвислый, по средней линии живота – послеоперационный рубец. ОЖ – 103 см., ВДМ – 37 см. Ромб Михаэлиса – 9,5 x 11 см. Размеры таза: 26-27-31-17 см. Индекс Соловьева 15 см. Положение плода – продольное, вторая позиция, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, 134 уд.в мин., справа ниже пупка. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, маточный зев проходим для 4 см. Плодный пузырь цел, натянут на головке. Предлежит головка над I тазовой плоскостью. Мыс достижим

Диагноз, Тактика ведения

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Задача №1

Диагноз. II срочные роды. ОАА. Плоскорихитический таз.

Тактика: родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача №2

Диагноз. I срочные роды. I период. ОАА. Рубец на матке после кесарева сечения. Плоский таз, III степень сужения. Крупный плод.

Тактика: родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Типовые практические задания для проверки умений:

1. Приемы Леопольда.

2. Оценка сердцебиения плода при переднем виде затылочного предлежания 3. Показать на фантоме биомеханизм родов при различных формах узкого таза.

4. Диагностировать отношение головки плода к плоскостям таза матери

Реферат 1. «Профилактика рахита»

2. «Особенности ведения родов при узком таза»

ТЕМА 3 «Акушерский травматизм»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ПРИЧИНАМИ РАЗРЫВА ШЕЙКИ МАТКИ В РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ

рубцовые изменения шейки матки

ригидность маточного зева

быстрые и стремительные роды

плодоразрушающие операции

ручное отделение и выделение последа.

2. ПРИ РАЗРЫВАХ ПРОМЕЖНОСТИ 2 СТЕПЕНИ НАРУШАЕТСЯ

целостность кожи и подкожной жировой клетчатки задней спайки

подкожной жировой клетчатки, мышц тазового дна, задней и боковой стенок влагалища

целостность наружного сфинктера прямой кишки, передней стенки прямой кишки.

ПРИЧИНОЙ РАЗРЫВА МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПОСЛУЖИТЬ

применение простагландинов

рубец на матке

удар в живот

острое многоводие

все выше перечисленное

ПРИЧИНАМИ РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ

аномалии положения и предлежания плода

акушерские щипцы

извлечение плода за тазовый конец

все выше перечисленное.

ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ СЛЕДУЕТ

прекратить родовую деятельность

продолжить ведение утеротоников

произвести запись КТГ.

пересмотреть тактику ведения родов.

Эталоны ответов.

№	Ответ	№	Ответ
1	1,2,3,4	5	1,3,4
2	2	6	
3	1,2	7	
4	4	8	

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1) Классификация разрывов промежности.

2) Клиника угрозы разрыва промежности.

3) Техника ушивания разрыва промежности I-II степени

4) Техника ушивания разрыва промежности III степени

5) Ведение послеродового периода при разрывах шейки матки, влагалища и промежности.

- 6) Диагностика и лечение послеродовых гематом.
- 7) Диагностика, лечение и профилактика послеродовых свищей.
- 9) Причины разрывов шейки матки.
- 10) Классификация разрывов шейки матки.
- 11) Методы зашивания разрывов шейки матки.
- 12) Классификация разрывов матки.
- 13) Клиника угрожающего разрыва матки
- 14) Клиника начавшегося разрыва матки.
- 15) Клиника совершившегося разрыва матки
- 16) Тактика при угрозе разрыва матки
- 17) Тактика при начавшемся разрыве матки.
- 18) Тактика при свершившемся разрыва матки.
- 19) Причины образования кефалогематомы.
- 20) Лечение кефалогематомы.
- 21) Причины переломов ключицы у новорожденного.
- 22) Возможные причины пареза лицевого нерва у новорожденного

Решение ситуационных задач СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1:

Беременная 30 лет, поступила в роддом в 18 час в связи с излитием околоплодных вод и началом родовой деятельности два часа тому назад. Из анамнеза выяснили, что в 1987 г. были роды. Масса ребенка 4500,0. Имела место упорная слабость родовых сил. С 1988 г. по 1995 г. - 5 искусственных аборт, без осложнений. При поступлении АД 140/90 мм рт.ст., отеки нижних конечностей. Схватки через 3-4 мин по 50 сек, умеренной силы и болезненности. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд.в мин. Размеры таза нормальные. Подтекают светлые воды. Предполагаемая масса плода 4500 г. Через 2 часа после поступления схватки оставались прежней силы, сердцебиение плода не менялось. Роженица начала тужиться. При наружном обследовании головка плода прижата ко входу в малый таз, нижний сегмент перерастянут, контрационное кольцо расположено косо, признак Вастена положительный. Влагалищное исследование. Открытие шейки матки 6-7 см, края средней толщины, растяжимы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. На головке - родовая опухоль, малый родничок слева, большой - справа, стреловидный шов в поперечном размере. Подтекают светлые воды.

ДИАГНОЗ.ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Задача № 2

Беременная 25 лет поступила в роддом с доношенной беременностью с началом родовой деятельности. Из анамнеза выяснили, что 4 года назад у нее были нормальные роды, масса новорожденного 3500 г, длина 48 см., аборт не было. Гинекологические заболевания отрицает. В течение двух лет с целью контрацепции использовала ВМК, который извлекли без выскабливания стенок полости матки. Забеременела сразу. Беременность протекала без особенностей. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода 3800-4000 г. Родовая деятельность развивалась нормально. При открытии шейки матки 3-4 см излились светлые воды. Через 5 часов с начала родовой деятельности роженица пожаловалась на тянущие постоянные боли внизу живота слева. Сердцебиение плода - 100 уд.в мин., затем - аритмичное. Подтекают светлые воды. Роженица не мочится. Моча выведена по катетеру - 50 мл, окрашенная кровью.

ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Эталоны ответов

Задача №1

ДИАГНОЗ: первые срочные роды. Первый период. ОАА.Рубец на матке после операции кесарева сечения. Плоскокорхитический таз, 3 степень сужения.

Крупный плод.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ : родоразрешение путём операции кесарева сечения.

Типовые практические задания для проверки умений:

1.Приемы Леопольда.

2. Оценка сердцебиения плода при переднем виде затылочного предлежания 3.Показать на фантоме биомеханизм родов.

4.Диагностировать отношении головки плода к плоскостям таза матери .

5.Оформление истории родов.

6.Оценка кровопотери в родах.

7.Осмотр плаценты на целостность

Реферат «Профилактика родового травматизма»

«Органосохраняющие операции»

ТЕМА 4. «Акушерские операции в родах и раннем послеродовом периоде»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Тестовые задания

001. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ПРИ НАЛОЖЕНИИ ЩИПЦОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. мёртвый плод
- Б. полное раскрытие шейки матки
- В. отсутствие плодного пузыря
- Г. слабость родовой деятельности

Правильный ответ – А

002. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ОСНОВНОМ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ

- А. Чемберлена
- Б. Лазаревича
- В. Негеле
- Г. Симпсона-Феноменова
- Д. Киллянда

Правильный ответ – Г

003. АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ:

- А. используются для окончания родов, позволяют исключить потуги
- Б. могут быть применены в конце первого периода родов
- В. позволяют изменить позицию и вид плода
- Г. используются для коррекции вставления головки плода

Правильный ответ – А

004. НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:

- А. живого плода, полного раскрытия маточного зева, нормальных размеров таза
- Б. целого плодного пузыря, мертвого плода
- В. головки плода, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз
- Г. живого плода, поперечно-суженного таза, полного раскрытия маточного зева

Правильный ответ – А

005. ДИАГНОЗ: - РОДЫ ПЕРВЫЕ, СРОЧНЫЕ. - ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ. ЧИСТОЕ ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА. - РАННЕЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД. - ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ. ПОКАЗАНО СРОЧНОЕ ОКОНЧАНИЕ РОДОВ С ПОМОЩЬЮ ОПЕРАЦИИ:

- А. перинеотомии
- Б. экстракции плода за тазовый конец
- В. кесарева сечения
- Г. акушерских щипцов
- Д. наружного профилактического поворота плода

Правильный ответ – В

006. АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ: - ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ. - ГОЛОВКА ПЛОДА В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА. - ПОТУГИ РЕДКИЕ, КОРОТКИЕ, НЕПРОДУКТИВНЫЕ. - СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА РИТМИЧНОЕ, 98 УДАРОВ В МИНУТУ. ПОКАЗАНО ОКОНЧАНИЕ РОДОВ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ

- А. кесарева сечения
- Б. перинеотомии
- В. вакуум-экстракции
- Г. акушерских щипцов
- Д. краниотомии

Правильный ответ – Г

007. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ МЕТОДИКОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (КС) ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. корпоральное КС
- Б. экстраперитонеальное КС
- В. истмико-корпоральное (продольным разрезом) КС
- Г. КС в нижнем маточном сегменте (поперечным разрезом)
- Д. влагалищное КС

Правильный ответ – Г

008. АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЮТСЯ ИНСТРУМЕНТОМ:

- А. влекущим
- Б. ротационным
- В. компрессионным
- Г. ротационно-компрессионным

Правильный ответ – А

009. ПРАВИЛА ВВЕДЕНИЯ ЛОЖЕК АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ СЛЕДУЮЩИЕ:

- А. левую ложку держат правой рукой и вводят в правую половину таза матери
- Б. правую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза матери
- В. левую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза, правую ложку держат правой рукой и вводят в правую половину таза.
- Г. выбор руки по отношению к правой и левой ложке щипцов не имеет значения

Правильный ответ – В

010. РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ БЛИЗОРУКОСТИ С ИЗМЕНЕНИЕМ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ПРОИЗВОДЯТ ПУТЕМ:

- А. самостоятельных родов
- Б. использования вакуум-экстрактора
- В. операции кесарева сечения
- Г. проведения эпизиотомии

Правильный ответ – В

011. ПРИ НАЛОЖЕНИИ ВЫХОДНЫХ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ЛОЖКИ ДОЛЖНЫ ЛЕЖЬ НА ГОЛОВКУ ПЛОДА:

- А. в правом косом размере
- Б. в поперечном размере
- В. в прямом размере
- Г. в левом косом размере

Правильный ответ – Б

012. РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ 2 СТЕПЕНИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗРЫВОМ:

- А. кожи и подкожного жирового слоя, мышц тазового дна
- Б. кожи промежности
- В. мышц, поднимающих задний проход
- Г. шейки матки

Правильный ответ – А

013. ЖЕНЩИНА РОДИЛА РЕБЕНКА МАССОЙ 4300 Г. ЭПИЗИОТОМИЯ ОСЛОЖНИЛАСЬ РАЗРЫВОМ 2 СТЕПЕНИ. КАКИЕ ТКАНИ ПРИ ЭТОМ ОСТАЛИСЬ НЕПОВРЕЖДЕННЫМИ:

- А. кожа
- Б. мышцы промежности
- В. слизистая влагалища
- Г. сфинктер и слизистая оболочка прямой кишки

Правильный ответ – Г

014. К КРОВОТЕЧЕНИЮ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ:

- А. дискоординация родовой деятельности
- Б. маловодие
- В. рост женщины менее 155см
- Г. крупный плод

Правильный ответ – Г

015. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В ТЕЧЕНИЕ 30 МИНУТ НЕОБХОДИМО:

- А. провести наружный массаж матки
- Б. ручное отделение плаценты и выделение последа
- В. выделить послед наружными приемами
- Г. ввести сокращающие матку средства

Правильный ответ – Б

016. ПОКАЗАНИЯ К РУЧНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОЛОСТИ МАТКИ

- А. физиологическая кровопотеря
- Б. разрыв шейки матки 1 степени
- В. разрыв промежности 1 степени
- Г. сомнение в целостности последа

Правильный ответ – Г

017. ОПЕРАЦИЯ ВСКРЫТИЯ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ НАЗЫВАЕТСЯ:

- А. амниоцентез
- Б. амниотомия
- В. амниоскопия
- Г. амнионит

Правильный ответ – Б

018. ПРИ ЛАПАРОТОМИИ ПО ФАННЕНШТИЛИО РАЗРЕЗ КОЖИ ПРОИЗВОДЯТ:

- А. прямолинейно на 2,5 см ниже передневерхних остей подвздошных костей
- Б. дугообразно по линии надлобковой кожной складки
- В. продольно по средней линии живота
- Г. на уровне передневерхних подвздошных остей.

Правильный ответ – Б

019. ПРИ ЛАПАРОТОМИИ ПО ДЖОЭЛ-КОХЕНУ РАЗРЕЗ КОЖИ ПРОИЗВОДЯТ:

- А. продольно по средней линии живота
- Б. в правой подвздошной области
- В. прямолинейно на 2,5 см ниже передневерхних остей подвздошных костей
- Г. дугообразно по линии надлобковой кожной складки

Правильный ответ – В

020. ПРИЗНАКИ УСПЕХА ПРОВОДИМОЙ ОПЕРАЦИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА:

- А. поступательное движение головки плода по родовому каналу
- Б. соскальзывание чашечки вакуум-экстрактора больше 2 раз
- В. разгибание головки
- Г. поворот головки в задний вид

Правильный ответ – А

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Условия для проведения операции вакуум-экстракции плода.

Техника выполнения операции вакуум-экстракции плода.

Направление тракций при вакуум-экстракции плода в зависимости от положения головки.

Признаки успеха проводимой операции вакуум-экстракции плода.

Устройство и механизм действия акушерских щипцов.

Условия для проведения операции наложения акушерских щипцов.

Виды акушерских щипцов в зависимости от положения головки.

Первое "тройное" правило при наложения акушерских щипцов.

Второе "тройное" правило при наложения акушерских щипцов.

Третье "тройное" правило при наложения акушерских щипцов.

Техника выполнения ручного отделения плаценты и выделения последа.

Техника выполнения ручного обследования полости матки.

Ушивание разрывов шейки матки.

Ушивание разрывов влагалища.

Ушивание разрывов промежности.

Техника амниотомии.

Хирургическая техника кесарева сечения.

Антибиотикопрофилактика при абдоминальном родоразрешении.

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

Задача №1. У повторнородящей (Б-2, Р-2, А-0), установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие

маточного зева полное, ягодицы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назовите причины тазового предлежания плода.
3. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз. Дайте понятие предлежанию и выпадению петель пуповины, назовите причины выпадения петель пуповины и объективные данные.
4. Окажите неотложную помощь.
5. Назовите профилактические мероприятия, препятствующие выпадению петель пуповины при головном и тазовом предлежании.

Ответы:

1. Клинический диагноз: II срочные роды. II период. Смешанное ягодичное предлежание плода. Выпадение петель пуповины. Острая гипоксия плода.

2. Причинами тазового предлежания плода являются:

- сужение таза, аномальная форма таза
- пороки развития матки (двугодая, седловидная, с перегородкой)
- чрезмерная или ограниченная податливость плода (первобеременные или много рожавшие)
- многоводие или маловодие
- многоплодная беременность
- новообразование внутренних половых органов (миоматозные узлы, опухоли придатков)
- патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты)
- ВПР плода (анэнцефалия, гидроцефалия)
- короткая пуповина
- синдром задержки роста плода

3. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз:

- урежение сердечбиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов.
- при PV обнаружено, что ягодицы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Предлежание пуповины – ситуация, когда петли пуповины расположены ниже предлежащей части плода при целом плодном пузыре, а выпадение пуповины — при отсутствии плодного пузыря.

Причинами, вызвавшими выпадение петель пуповины послужили:

- неправильное положение плода/отсутствие достаточной фиксации тазового конца плода в плоскости входа в малый таз
- ранняя амниотомия

При влагалищном исследовании в случае предлежания пуповины при целом плодном пузыре предлежащую петлю пуповины можно прощупать в виде извитого гладкого, скользкого канатика, толщиной приблизительно с мизинец, дающего ощущение пульсации.

При излившихся водах распознать выпавшую петлю ещё легче – она располагается во влагалище или вне его.

4. При патологическом состоянии пуповины и угрожающем состоянии плода показано экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения. Сразу после выявления выпадения пуповины (время точно фиксируют в истории родов) приподнять ножной конец кровати, ввести два пальца во влагалище и стараться препятствовать сдавлению пуповины при схватках до подготовки к операции.

Тщательно следить за ЧСС плода (подключить КТГ, если это возможно) и транспортировать в операционную. Кесарево сечение должно быть выполнено не позднее, чем через 15 минут от момента установки диагноза – выпадение пуповины.

5. При тазовом предлежании плода: В родах избегать ранних амниотомий. При выполнении амниотомии на фоне многоводия соблюдать ряд правил: вскрывать эксцентрично, вне схваток, перфорационное отверстие не расширять до излития достаточного количества вод, женщина должна лежать до тех пор, пока головка не прижмется плотно к входу в малый таз.

При тазовом предлежании пациентке следует рекомендовать до излития околоплодных вод в первом периоде родов пребывание в положении преимущественно лёжа на боку.

Задача №2. В родильное отделение доставлена повторнородящая на сроке 39 недель (Б-3, Р-2, А-1) в связи с жалобами на излитие околоплодных вод. В анамнезе: 3 года назад (2014) кесарево сечение по поводу прогрессирующей хронической гипоксии плода. Послеоперационный период осложнился нагноением и полным расхождением шва на передней брюшной стенке. Регулярной родовой деятельности нет. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода 3500 г. При влагалищном исследовании определяется «зрелая» шейка матки.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Дайте понятие ПИВ
3. Составьте план обследования
4. Составьте план ведения
5. Какую документацию необходимо заполнить

Ответы:

1. Клинический диагноз: III беременность 39 нед. ОАА. ПИВ. Рубец на матке после операции кесарево сечение (2014 г)

2. Преждевременный разрыв плодных оболочек - нарушение целостности оболочек плода и излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности независимо от срока беременности

3. -ОАК

-группа крови, Rh-фактор

-ИФА на сифилис, ВИЧ

-мазок из ц/к

-КТГ

-осмотр анестезиолога

-осмотр акушера-гинеколога в течении 10 минут от поступления,

-бакпосев из цервикального канала

-гемостазиограмма

4. Учитывая ПИВ, рубец на матке после операции кесарево сечение у беременной с осложненным течением послеоперационного периода (нагноение и полное расхождение шва на передней брюшной стенке), целесообразно родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке.

5. -история родов

-информированное согласие на обработку персональных данных

-информированное согласие на медицинское вмешательство

-информированное согласие на операцию

-информированное согласие добровольного обследования на антитела к ВИЧ

-информированное согласие на анестезиологическое пособие

-предоперационный эпикриз

-лист назначений

Задача №3. В родильный дом поступила роженица (Б-3, Р-2,А-1) с доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность в течение 3 ч. Предъявляет жалобы на умеренные кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря около 100 мл. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 148 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 4-5 см. плодный пузырь цел, определяется шероховатость оболочек, головка плода прижата ко входу в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назовите причины
3. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз. Дайте понятие краевого предлежания плаценты
4. Окажите неотложную помощь
5. Укажите качественный и количественный состав инфузионно- трансфузионной терапии в зависимости от объема кровопотери

Ответы:

1. Клинический диагноз: II срочные роды, I период. Краевое предлежание плаценты. Кровотечение. ОАА.

2. Причинами краевого предлежания плаценты являются:

- патологические изменения эндометрия вследствие воспаления и оперативных вмешательств (выскабливание стенок полости матки, кесарево сечение, удаление миоматозных узлов)

- многократные осложненные роды

- миома матки

- эндометриоз

- недоразвитие матки

- ИЦН

- многоплодная беременность

3. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз:

- умеренные кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря около 100 мл.

- при вагинальном осмотре определяется шероховатость оболочек, головка плода прижата ко входу в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты.

Краевое предлежание плаценты – это расположение плаценты, когда ее нижний край находится в пределах маточного зева.

4. При установившейся родовой деятельности и прижатой головке или при появлении кровянистых выделений показано раннее вскрытие плодного пузыря. Перед вскрытием плодного пузыря необходимо уточнить готовность операционной и мед. персонала, определить предлежащую часть плода (головка плода), оценить её отношение к I тазовой плоскости, затем определить насколько плацентарная ткань перекрывает область зева, определяются ли плодные оболочки, есть ли условия для их вскрытия. После вскрытия плодного пузыря (искусственного или самопроизвольного), когда головка плода опускается и прижимается к I тазовой плоскости, тем самым способствуя прекращению кровотечения, прижимая участок плаценты к костному кольцу таза. Если после вскрытия плодного пузыря головка плода не прижимает плотно плаценту к нижнему сегменту матки и кровотечение продолжается, показано родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке.

5. Качественный и количественный состав инфузионно- трансфузионной терапии в зависимости от объема кровопотери:

- Начать инфузию раствора Рингер-лактат (или физиологический раствор, раствор Хартмана или подобный кристаллоидный раствор). Скорость введения определяется объемом кровопотери и состоянием гемодинамики пациентки: чем больше объем, ниже уровень артериального давления и выше тахикардия, тем больше скорость введения (от 50–100 до 300–400 мл/мин). Далее выбор раствора для инфузии и скорость введения определяются в зависимости от развития клинической ситуации. Растворы вливать теплыми.

- Компоненты крови для трансфузии (эритроцитарную массу – 2 дозы при кровопотере более 1000 мл и 4 дозы при кровопотере более 1500 мл; СЗП – при коагулопатии или кровопотере более 1000 мл в объеме 15–20 мл/кг массы тела пациентки).

- При нарушении свертывания крови:

в дополнение к внутривенному введению транексамовой кислоты (2–4 ампулы=500–1000 мг, в зависимости от массы тела пациентки из расчета 15 мг/кг) - начать инфузию свежемороженой плазмы (15–30 мл/кг). По мере поступления лабораторных данных и динамики клинической картины (остановка или, напротив, продолжение кровотечения), а также других симптомов (по данным тромбозластограммы, коагулограммы) – коррекция гипокоагуляционной коагулопатии с использованием:

- крипреципитата 1 доза на 10 кг веса при снижении фибриногена менее 1 г/л

- протромплекса 600 из расчета 50 МЕ/кг веса

– при продолжающемся кровотечении на фоне дефицита факторов протромбинового комплекса - тромбоконтрата из расчета 1–2 дозы тромбоконтрата на 10 кг массы тела или 1 доза тромбомассы на 10 кг веса

– если уровень тромбоцитов менее $50 \times 10^9 /л$. 40 - активированного VII фактора свертывания крови 90 мкг/кг – при массивном, жизнеугрожающем кровотечении, неподдающемся вышеперечисленным мерам купирования. Оптимальные условия эффективности: тромбоциты $> 50 \times 10^9 /л$, фибриноген $> 0,5 г/л$, рН $> 7,2$.

Типовые практические задания для проверки умений:

1. Приемы Леопольда.

2. Оценка сердцебиения плода при переднем виде затылочного предлежания 3. Показать на фантоме биомеханизм родов.

4. Диагностировать отношение головки плода к плоскостям таза матери .

5. Оформление истории родов.

6. Оценка кровопотери в родах.

7. Осмотр плаценты на целостность

Реферат «Место плодоразрушающих операций в современном акушерстве»

ТЕМА 5 «Кровотечения в родах и в послеродовом периоде»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ОБЪЁМ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМОЙ КРОВОПОТЕРИ ОТ МАССЫ ТЕЛА У ЗДОРОВОЙ РОЖЕНИЦЫ СОСТАВЛЯЕТ

1) 0,1 % массы тела

2) 0,5 % массы тела

3) 1%

4) 0,25%

2. К ПРИЧИНАМ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСЯТСЯ

1) плотное прикрепление плаценты

2) истинное вращение плаценты

- 3) разрывы мягких тканей родовых путей
- 4) анемия

3.Профилактика кровотечения в родах предусматривает проведение всех перечисленных ниже мероприятий

- 1) выделение группы риска
- 2) бережного ведения родов

- 3) введение утеротоников в конце второго периода родов
- 4) обезболивание во втором периоде родов с помощью ингаляционных анестетиков

4. Показанием к ручному обследованию полости матки является

- 1) дефект последа
- 2) разрыв шейки матки второй степени
- 3) сомнение в целостности последа
- 4) рубец на матке

5.К причинам кровотечения в раннем послеродовом периоде относятся

- 1) травма мягких родовых путей
- 2) гипотония матки
- 3) задержка частей последа
- 4) нарушение в системе гемостаза
- 5) раннее излитие околоплодных вод

6.Для профилактики кровотечения в родах применяется

- 1) окситоцин
- 2) папаверин
- 3) прегнантол
- 4) сорбифер
- 5) хинин

7.При кровотечении в 3-м периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо

- 1) ручное отделение плаценты
- 2) провести наружный массаж матки
- 3) выделить послед наружными приемами
- 4) ввести сокращающие матку средства
- 5) холод на низ живота.

8.ДЛЯ ПОЛНОГО ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫХАРАКТЕРНО

- 1) сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода
- 2) небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода
- 3) острый ДВСсиндром
- 4) отсутствие кровянистых выделений из половых путей в раннем послеродовом периоде

9.ФАКТОРЫ ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОТДЕЛЕНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) маточные схватки
- 2) ретроплацентарная гематома
- 3) состояние свертывающей системы крови
- 4) сокращение объема матки после рождения плода

10.ШОКОВЫЙ ИНДЕКС - ЭТО ЧАСТНОЕ ОТ ДЕЛЕНИЯ

- 1) частоты пульса на показатель систолического АД
- 2) частоты пульса на показатель диастолического АД
- 3) суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса
- 4) показатель систолического АД на частоту пульса

№	Ответ	№	Ответ
1	2	6	1
2	1,2,3	7	3
3	1,2,3	8	4
4	1,3,4	9	1,2,4
5	1,2,3,4	10	1

Вопросы для самоконтроля обучающихся

- 1) Причины кровотечения в послеродовом периоде.
- 2) Группы риска по кровотечению в послеродовом и раннем послеродовом периоде.
- 3) Клиника, диагностика кровотечения в послеродовом периоде.
- 4)Профилактика кровотечения в родах и определение объема допустимой кровопотери.
- 5) Особенности ведения третьего периода родов.
- 6) Акушерская тактика при послеродовом кровотечении.
- 7) Причины кровотечения в раннем послеродовом периоде.
- 8) Клиника, диагностика раннего послеродового кровотечения.

9) Алгоритм оказания помощи при раннем послеродовом гипотоническом кровотечении.

10) Клиническая картина и принципы лечения геморрагического шока.

Задача №1

Родильница 28 лет. Роды вторые. Первые роды протекали без осложнений, масса плода 4500,0. Беременность шестая (аборты, осложненные эндометритом). Послед отделился и выделился самостоятельно через 7 мин после рождения плода, цел. Кровопотеря 350 мл. Через 5 мин кровяные выделения усилились, при наружном массаже матки мягкая, сокращается и вновь расслабляется, кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ, НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Задача №2

Роженице 35 лет. В III периоде родов через десять минут после рождения ребенка началось кровотечение, признаков отделения плаценты нет.

Кровопотеря 350 мл и продолжается

ДИАГНОЗ, НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Задача №1

Диагноз. Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение

Неотложная помощь. Пункция периферической вены, внутривенно капельно начать введение 10 ед. Окситоцина, при продолжающемся кровотечении под внутривенным наркозом провести ручное обследование стенок полости матки, при сохраняющейся гипотонии матки – наружно-внутренний массаж матки на кулаке. Кровопотерю восполнить.

Задача №2

Диагноз. Кровотечение в послеродовом периоде.

Неотложная помощь. Пункция периферической вены, внутривенно капельно начать введение 10 ед. Окситоцина, под внутривенным наркозом провести ручное отделение плаценты и выделение последа. Кровопотерю восполнить.

Типовые практические задания для проверки умений:

1. Приемы Леопольда.

2. Оценка сердцебиения плода при переднем виде затылочного предлежания 3. Показать на фантоме биомеханизм родов.

4. Диагностировать отношение головки плода к плоскостям таза матери .

5. Оформление истории родов.

6. Оценка кровопотери в родах.

7. Осмотр плаценты на целостность

ТЕМА 7 «Лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

1. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

1) безводный промежуток более 12 ч.

2) многократные влагалищные исследования

3) многоплодие

4) хориоамнионит в родах

2. К КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЭНДОМЕТРИТА ПРОЯВЛЯЕТ СЕБЯ

1) на 1 – 5 сутки после родов

2) на 5 – 12 сутки после родов

3) на 4 – 6 неделе после родов

3. К УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКАМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ РАНЫ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

1) нечеткие гиперэхогенные образования в области лигатур;

2) линейные гиперэхогенные образования;

3) появление дефекта ткани в виде ниши;

4) увеличение размеров матки

4. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА СЧИТАЮТ

1) субинволюция матки, симптомы интоксикации

2) лейкоцитоз; повышение СОЭ

5. ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ ВКЛЮЧАЕТ

1) раннее прикладывание к груди новорожденного

2) искусственное вскармливание

3) совместное пребывание матери и ребенка

4) ранняя выписка из род. дома

6. ВОЗБУДИТЕЛЬ, ДОМИНИРУЮЩИЙ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ МАСТИТЕ

1) гемолитический стрептококк

2) золотистый стафилококк

3) протей

4) кишечная палочка

7. К I ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ САЗОНОВА-БАРТЕЛЬСОНА ОТНОСЯТ

1) эндометрит

2) перитонит

3) параметрит

4) сепсис

5) кишечная палочка

8. КО II ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ САЗОНОВА-БАРТЕЛЬСОНА ОТНОСЯТ

1) эндометрит

2) перитонит

- 3) метроэндометрит
- 4) сепсис

9. К III ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ САЗОНОВА-БАРТЕЛЬСОНА ОТНОСЯТ

- 1) эндометрит
- 2) перитонит
- 3) метроэндометрит
- 4) сепсис

10. К IV ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ САЗОНОВА-БАРТЕЛЬСОНА ОТНОСЯТ

- 1) эндометрит
- 2) перитонит
- 3) метроэндометрит
- 4) сепсис

Эталоны ответов

№	Ответ	№	Ответ
1	1,2,4	6	2
2	1	7	1
3	1,2,3	8	3
4	1	9	2
5	1,3,4	10	4

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Этиологические факторы послеродовых инфекционных заболеваний и их особенности. Физиологические барьеры женского полового тракта.

Особенности гуморального и клеточного иммунитета у беременных и родильниц.

- 4) Особенности родового тракта у родильниц, способствующие возникновению послеродовых инфекционных заболеваний.
- 5) Факторы, возникающие во время беременности и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.
- 6) Факторы, возникающие в родах и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.
- 7) Факторы послеродового периода, способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.
- 8) Классификация послеродовых инфекционных заболеваний.
- 9) Клиническая картина послеродового эндометрита.
- 10) Клиническая картина послеродового тромбоза.
- 11) Послеродовые заболевания молочных желез: трещины, патологический лактоз, мастит. Клиника, диагностика, лечение.
- 12) Диагностика послеродового пельвиоперитонита.
- 13) Основные принципы лечения послеродовых инфекционных заболеваний.
- 14) Профилактика послеродовых инфекционных заболеваний.

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1 Задача № 1

Роды первые, срочные. Дородовое излитие вод. Продолжительность родов 10 часов 30 минут. Безводный промежуток 12 часов 30 минут. С III триместра отмечено снижение гемоглобина до 95 г/л. На 4-е сутки после родов поднялась температура до 38-39 °С, появились тахикардия, озноб. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 105/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Молочные железы мягкие, соски чистые, отток хороший. Тело матки на 2 см ниже пупка, мягкой консистенции, болезненное при пальпации. Лохии - мутные с запахом.

Диагноз, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Задача № 2

Во время обхода на 4-е сутки после первых срочных родов крупным плодом родильница предъявляет жалобы на боль и жжение в области вульвы. Температура 36,9 °С, АД 115/70 мм рт. ст. При осмотре в нижней трети правой боковой стенки влагалища обнаружена раневая поверхность до 2-х см, покрытая грязно-серым налетом, с трудом снимающимся с подлежащей ткани. Рана легко кровоточит, ткани вокруг нее - отечные и гиперемизированные.

Диагноз, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Эталон ответа

Задача №1

Диагноз: IV сутки после первых срочных родов. Преждевременное излитие околоплодных вод. Острый метроэндометрит.

Тактика ведения: продолжить лечение в гинекологическом отделении.

Задача №2

Диагноз: IV сутки после первых срочных родов. Послеродовая язва.

Тактика ведения: продолжить лечение в гинекологическом отделении.

Типовые практические задания для проверки умений:

Реферат «

МОДУЛЬ 4. «ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

ТЕМА 1. Лечение нарушений менструального цикла.

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Основным критерием двухфазного менструального цикла является:

- 1) правильный ритм менструаций;
- 2) время наступления первой менструации;
- 3) особенность становления менструальной функции в период полового созревания;
- 4) овуляция.
2. Что такое меноррагия:
 - 1) ациклические маточные кровотечения, не связанные с менструальным циклом;
 - 2) циклические маточные кровотечения, связанные с менструальным циклом;
 - 3) редкие менструации.
3. Что такое дисменорея:
 - 1) длительные менструации;
 - 2) короткие менструации;
 - 3) редкие менструации;
 - 4) болезненные менструации.
4. Что характерно для гипоменструального синдрома:
 - 1) укорочение менструального цикла;
 - 2) удлинение менструального цикла;
 - 3) уменьшение количества менструальной крови;
 - 4) укорочение продолжительности менструации.
5. Что характерно для ановуляторных менструальных циклов:
 - 1) отсутствие лютеиновой фазы в яичнике;
 - 2) атрофические процессы в эндометрии;
 - 3) гиперпластические процессы в эндометрии;
 - 4) монофазная базальная температура;
 - 5) бесплодие;
 - 6) секреторные изменения эндометрия.
6. В результате чего развивается гиперплазия эндометрия при ановуляторных кровотечениях:
 - 1) длительная прогестероновая стимуляция;
 - 2) длительная эстрогеновая стимуляция;
 - 3) длительная пролактиновая стимуляция;
 - 4) длительное использование синтетических прогестинов с целью контрацепции.
7. В каком возрасте чаще встречаются ювенильные кровотечения:
 - 1) 8-10 лет;
 - 2) 13-14 лет;
 - 3) 15-18 лет;
 - 4) 18-20 лет.
8. Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений проводится со следующей патологией:
 - 1) миома матки;
 - 2) болезнь Верльгоффа;
 - 3) эстроген продуцирующая опухоль яичников.
9. Основным методом остановки ювенильных маточных кровотечений является:
 - 1) назначение комбинированных эстроген - гестагенных препаратов по гемостатической схеме;
 - 2) применение антигонадотропинов;
 - 3) использование больших доз эстрогенов;
 - 4) раздельное диагностическое выскабливание.
10. Основным методом остановки ДМК в пременопаузальном периоде является:
 - 1) применение синтетических эстроген - гестагенных препаратов;
 - 2) введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
 - 3) использование андрогенов;
 - 4) применение 17 – ОПК;
 - 5) раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и шеечного канала под контролем гистероскопии.
11. Какие препараты применяются с целью гормонального гемостаза:
 - 1) фолликулин, микрофоллин;
 - 2) кломифен;
 - 3) дюфастон;
 - 4) тестостерон;
 - 5) ригевидон.
12. Аменорея считается физиологической, когда менструация отсутствует:
 - 1) до периода пубертата;
 - 2) во время периода пубертата;
 - 3) во время беременности и лактации;
 - 4) в постменопаузе.
13. Какая аменорея относится к патологической:
 - 1) при лактации;
 - 2) во время беременности;
 - 3) яичниковая;
 - 4) гипоталамическая;
 - 5) гипофизарная;
 - 6) в постменопаузе.
14. Какие из следующих причин могут вызвать аменорею:
 - 1) аномалии строения половых органов;
 - 2) нарушение функции яичников;
 - 3) нарушение функции гипофиза;
 - 4) нарушение функции гипоталамуса.
15. В течении какого времени отсутствие менструации диагностируется как вторичная аменорея:
 - 1) 3 и более месяцев;
 - 2) 6 и более месяцев;
 - 3) 9 и более месяцев;
 - 4) 2-х и более лет

№	Ответ	№	Ответ
---	-------	---	-------

1	4	9	1
2	1	10	5
3	4	11	1,5
4	2,3,4	12	1,3,4
5	1,3,4,5	13	3,4,5
6	2	14	1,2,3,4
7	2	15	2
8	2	16	

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Причины аномальных маточных кровотечений

Структура и функция эндометрия

Патогенез гиперпластических процессов и рака эндометрия

Клиника и диагностика патологических процессов эндометрия

Подходы к терапии патологических процессов эндометрия

Эффективность разных методов терапии с позиций доказательной медицины.

Понятие о менструальном цикле.

Характеристика нормального менструального цикла. Нейрогуморальная регуляция менструального цикла. Роль рецепторов в регуляции менструального цикла.

Изменения в яичниках и матке в процессе менструального цикла.

Тесты функциональной диагностики.

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

К врачу обратилась больная А., 26 лет, с жалобами на продолжающиеся в течение 10 дней кровянистые выделения из половых путей и небольшие боли внизу живота, совпадающие с началом кровотечения. Менструации с 16 лет, по 3-4 дня, нерегулярные, с задержками до 10-20 дней, не обильные, безболезненные. Два года назад были кровянистые выделения в течение 15 дней, проводилось консервативное лечение. Половая жизнь с 22 лет.

Беременностей не было. Последняя менструация 1,5 месяца тому назад.

Предположительный диагноз. Какие методы обследования необходимо провести. Алгоритм ваших действий.

Задача № 2.

Больная 15 лет поступила в стационар с жалобами на кровянистые выделения, после задержки менструации на 3 месяца и продолжаются 12 дней.

Больна хроническим тонзиллитом. Менархе с 13,5 лет.

При осмотре: кожа и видимые слизистые бледные, пульс 82 уд. в мин., ритмичный, АД –110/70 мм.рт.ст. Гемоглобин - 90г/л, гематокрит –28%. Живот мягкий безболезненный.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева не нарушена. Выделения из влагалища кровянистые, умеренные.

Ректальное исследование: Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная, Придатки не увеличены, безболезненные.

Предполагаемый диагноз, дополнительные исследования. Алгоритм лечения больной.

Задача № 3.

Больная 23 лет обратилась с жалобами на нерегулярные менструации. Нередко бывают задержки на 2-3 месяца, бесплодие (в браке 3 года).

При осмотре обнаружен гипертрихоз.

При влагалищном исследовании пальпируется матка несколько меньше нормальных размеров, яичники несколько увеличенные безболезненные.

Предполагаемый диагноз, план обследования, дальнейшая тактика.

Эталонные ответы

Задача №1

ДИАГНОЗ: ДМК репродуктивного возраста

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ: ОАК, УЗИ органов малого таза. Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала с последующим гистологическим исследованием содержимого полости матки и цервикального канала. Симптоматическая гемостатическая терапия.

Назначение КОК на 6 месяцев. Восстановление овариально-менструальной функции, профилактика рецидива.

Задача №2

ДИАГНОЗ: ДМК ювенильного возраста. Постгеморрагическая анемия средней степени.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ: ОАК, тромбоциты. УЗИ органов малого таза. Симптоматическая гемостатическая терапия. При продолжающемся кровотечении гормональный гемостаз. Витаминотерапия по циклу. Гормонотерапия короткими циклами.

Типовые практические задания для проверки умений:

а) Сбор анамнеза б) Определение симптомов нарушения менструального цикла (общий осмотр, цвет кожных покровов и слизистых, гинекологическое исследование, характер выделений из половых путей).в) Техника взятия мазков из влагалища и цервикального канала на степень чистоты, на цитологию (индекс созревания эпителия, кариопикнотический индекс), определение симптома «зрачка», растяжение шеечной слизи. 2. Оценка лабораторных данных по истории болезни (общий анализ крови, белки крови, гормональный скрининг: ЛГ, ФСГ, Прл, эстрогены, прогестерон, тестостерон, ДЭА-С, общий анализ мочи, 17-кетастероидов мочи). Оценка результатов ультразвукового исследования
Реферат «Дифференцированный подход к диагностике и лечению аномальных маточных кровотечений»

ТЕМА2 «Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПАЛОЧКИ ДЕДЕРЛЕЙНА (ЛАКТОБАЦИЛЛЫ) НА МИКРОФЛОРУ ВЛАГАЛИЩА ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЕ:

препятствуют развитию патогенной флоры;

способствуют развитию патогенной флоры;

не влияют на микрофлору влагалища.

2. ТЕРМИН «САЛЬПИНГООФАРИТ» ОБОЗНАЧАЕТ:

1) воспаление матки;

2) воспаление придатков матки;

3) воспаление околоматочной клетчатки;

4) воспаление шейки матки.

3. ТЕРМИН «ЭНДОЦЕРВИЦИТ» ОБОЗНАЧАЕТ:

- 1) воспаление слизистой влагалища;
- 2) воспаления слизистой матки;
- 3) воспаление парауретральных ходов;
- 4) воспаление слизистой канала шейки матки.

4. ТЕРМИН «ПЕЛЬВИОЦЕЛЛЮЛИТ» ОБОЗНАЧАЕТ:

- 1) воспаление придатков матки;
- 2) воспаление матки;
- 3) воспаление клетчатки малого таза;
- 4) воспаление забрюшинной клетчатки.

5. ПРИ КАКОМ СОМАТИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ВУЛЬВИТ:

- 1) ревматизм;
- 2) хронический холецистит;
- 3) бронхиальная астма;
- 4) сахарный диабет;
- 5) хронический бронхит.

6. СИМПТОМЫ ПРИ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТЕ:

- 1) высокая температура;
- 2) резкая боль внизу живота;
- 3) многократная рвота;
- 4) мягкий живот при пальпации;
- 5) положительный симптом Щеткина – Блюмберга в нижних отделах живота.

7. ПРИ ОСТРОМ АДНЕКСИТЕ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) внезапное начало заболевания;
- 2) постепенное начало заболевания;
- 3) умеренное повышение лейкоцитов без тенденции к быстрому нарастанию;
- 4) быстрое нарастание лейкоцитов с выраженным сдвигом формулы влево;
- 5) симптомы раздражения брюшины выражены отчетливо;
- 6) симптомы раздражения брюшины отсутствуют или нерезко выражены.

8. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ:

- 1) острый аднексит с формированием воспалительных tuboовариальных образований;
- 2) острый сальпингит, пельвиоперитонит;
- 3) перитонит;
- 4) перфорация гнойных воспалительных образований придатков матки.

9. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ:

- 1) переход в хроническую форму;
- 2) генерализация инфекции с развитием перитонита;
- 3) формирование абсцесса «дугласа»;
- 4) формирование синдрома хронических тазовых болей.

10. УКАЖИТЕ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ ПИОСАЛЬПИНКСА:

- 1) консервативное;
- 2) ограничиться введением антибиотиков при пункции заднего свода;
- 3) экстирпация матки с придатками;
- 4) удаление пораженной трубы.

Эталоны ответов к тестовым заданиям

№	Ответ	№	Ответ
1	1	6	1,2,3,5
2	2	7	2,3,6
3	4	8	1,2,3,4
4	3	9	1,2,3,4
5	4	10	4

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Эпидемиология, этиология и патогенез воспалительных заболеваний гениталий,

Классификация воспалительных заболеваний,

Клинические проявления хронических воспалительных заболеваний (хронический эндометрит, хронический сальпингоофорит),

Диагностика воспалительных заболеваний половых органов,

Подходы к лечению острых и хронических воспалительных заболеваний,

Принципы терапии острых и хронических воспалительных заболеваний,

Показания к оперативному лечению острых воспалительных заболеваний,

Оперативные вмешательства при хронических воспалительных заболеваниях,

Профилактика воспалительных заболеваний женских половых органов.

Решение ситуационных задач

Задача № 1.

Больная 24 лет обратилась к гинекологу с жалобами на зуд, жжение в области вульвы и промежности.

Больна в течение 10 дней, в последние 3 дня симптомы обострились. Менструации с 13 лет, цикл регулярный. Последняя менструация 20 дней назад.

Половая жизнь с 20 лет, вне брака. Контрацепция - марвелон в течение 1,5 лет.

По органам и системам без патологии.

В зеркалах: слизистые влагалища и влагалищной части шейки матки гиперемированы. Наружный зев закрыт. Симптом «зрачка» (-). Выделения пенные, гноевидные, обильные, с запахом.

Бимануальное исследование: матка и придатки без патологии. Инфильтратов и уплотнений в малом тазу нет.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ, НЕОБХОДИМОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОЙ, ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.

Задача № 2.

Больная 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на неприятные ощущения во влагалище, чувство жжения, зуд, бели. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация 2 недели назад. Половая жизнь с 21 года, одни роды и один аборт без осложнений. Гинекологические болезни отрицает. Общий статус без патологии. Гинекологический статус: слизистая влагалища и шейки матки резко гиперемированы, отечны. Имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, и выделения творожистого вида. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы не эрозирована, наружный зев закрыт. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Область придатков без особенностей.
ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Задача № 3.

Больная 32 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, озноб, тошноту, слабость. Заболела остро, температура повысилась до 39° С. Менструации с 14 лет, регулярные, умеренные, безболезненные. - Последняя менструация началась 7 дней назад. Половая жизнь с 23 лет. Б - 4 (Р-1, А-3). Гинекологические заболевания отрицает. 10 дней назад было случайная половая связь. Объективно: Общее состояние средней тяжести. Пульс 120 в мин., ритмичный. АД - 120/80 мм.рт. ст. Язык обложен белым налетом, сухость во рту. При пальпации живота резкая болезненность, особенно в нижних отделах, где определяются положительные симптомы раздражения брюшины. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Мочиспускание болезненное, учащенное. В зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, эпителизирована, зев щелевидный, из цервикального канала гнойные выделения. Бимануальное исследование: наружный зев закрыт. Пальпация матки и придатков затруднена ввиду резкой болезненности. Смещение шейки матки болезненное. Своды глубокие, болезненные.
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ, ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОЙ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.
Эталоны ответов на ситуационные задачи .

Задача №1

ДИАГНОЗ: кандидозный кольпит

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ : бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого влагалища, цервикального канала и уретры.

Задача №2

ДИАГНОЗ: Острый гнойный сальпингоофарит. Пельвиоперитонит гонорейной этиологии?

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ : бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого влагалища, цервикального канала и уретры. УЗИ органов малого таза. Дезинтоксикационная терапия, антибиотикотерапия широкого спектра действия, противовоспалительная терапия в течение 4-6 часов. При отсутствии эффекта от консервативной терапии: лапаротомия, удаление придатков матки, дренирование полости малого таза.

Задача №3

ДИАГНОЗ: Острый гнойный эндометрит. Острый сальпингоофарит.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ : Направление на стационарное лечение.

Типовые практические задания для проверки умений:

Сбор анамнеза

Определение признаков воспалительного процесса (общий осмотр, пальпация через переднюю брюшную стенку, гинекологическое исследование).

Техника взятия мазков из влагалища и цервикального канала на степень чистоты.

2. Оценка лабораторных данных, по истории болезни, результатов ультразвукового исследования.

(Общий анализ крови, белки крови, мочевина, креатинин, билирубин, фибриноген, СРБ, общий анализ мочи).

Реферат «Физиотерапевтические методы лечения воспаления Женских половых органов»

ТЕМА 3. «Оказание помощи при неотложных состояниях в гинекологии.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Клиника разрыва маточной трубы:

- 1) резкие внезапные боли внизу живота с иррадиацией в область прямой кишки и правое подреберье;
- 2) обморочные состояния;
- 3) тахикардия, падение АД, холодный пот;
- 4) напряжение мышц передней брюшной стенки.

2. Укажите наиболее частую локализацию внематочной беременности:

- 1) яичники;
- 2) брюшная полость;
- 3) маточная труба;
- 4) шейка матки;

5) задний листок широкой связки матки.

3. Причины внутрибрюшного кровотечения:

- 1) апоплексия яичников;
- 2) перфорация матки во время медицинского аборта;
- 3) перекрут ножки опухоли яичника;
- 4) разрыв кисты желтого тела;
- 5) нарушенная эктопическая беременность.

4. Клиника нарушенной эктопической беременности по типу трубного аборта:

- 1) приступообразные боли;
- 2) кровяные выделения из половых путей;
- 3) обморочные состояния;
- 4) отсутствие элементов хориона при гистологическом исследовании при наличии децидуальной реакции в эндометрии;
- 5) отсутствие плодного яйца в полости матки по данным УЗИ.

5. С какими заболеваниями наиболее часто приходится дифференцировать внематочную беременность:

- 1) аппендицит;
- 2) воспаление придатков матки;
- 3) лейомиома матки;

- 4) пищевое отравление;
- 5) начавшийся выкидыш при маточной беременности.
6. Какие формы клинического течения наблюдаются при апоплексии яичников:
 - 1) болевая;
 - 2) дизурическая;
 - 3) кризовая;
 - 4) анемическая.
7. Для апоплексии яичника характерно:
 - 1) внезапное возникновение резких болей в нижних отделах живота;
 - 2) постепенное возникновение болей (нарастание) в нижних отделах живота;
 - 3) иррадиации болей в прямую кишку;
 - 4) возникновение болей в середине менструального цикла.
8. При каком остром гинекологическом заболевании применяется реинфузия крови:
 - 1) апоплексия яичника;
 - 2) перекрут опухоли яичника;
 - 3) внематочная беременность;
 - 4) некроз узла лейомиомы.
9. При каком гинекологическом заболевании применяется диагностическая пункция заднего свода:
 - 1) лейомиома матки;
 - 2) подострое воспаление придатков матки;
 - 3) внематочная беременность;
 - 4) дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте.
10. При каком гинекологическом заболевании встречается френикус-симптом:
 - 1) полипоз эндометрия;
 - 2) эрозия шейки матки;
 - 3) внематочная беременность, нарушенная по типу разрыва маточной трубы;
 - 4) прогрессирующая внематочная беременность.

Эталоны ответов

№	Ответ	№	Ответ
1	1,2,3,4	6	1,4
2	3	7	1,3,4,5
3	1,2,4,5	8	1
4	1,2,4,5	9	3
5	1,2,5	10	3

Вопросы для самоконтроля обучающихся

- 1) Основные клинические симптомы «острого живота» в гинекологии.
- 2) Какие гинекологические заболевания вызывают клинику «острого живота» в гинекологии.
- 3) Причины внематочной беременности.
- 4) Клиника и диагностика нарушений трубной беременности по типу разрыва трубы или по типу трубного аборта.
- 5) Основные принципы оперативного лечения внематочной беременности.
- 6) Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение апоплексии яичника.
- 7) Клиника диагностика и лечение при перекруте ножки опухоли яичника.
- 8) Этиология и патогенез гнойных воспалительных образований придатков матки.
- 9) Клиника, диагностика и лечение при остром гнойном сальпингите и гнойном tuboовариальном образовании.
- 10) С какими заболеваниями чаще всего приходится дифференцировать разрыв маточной трубы?
- 11) По каким основным признакам отличают апоплексию яичника от внематочной беременности?
- 12) По каким признакам отличают сальпингооофарит от аппендицита?
- 13) Особенности оказания неотложной помощи при «остром животе» в гинекологии.

Решение ситуационных задач

Задача № 1.

У больной 32 лет после 20-ти дневной задержки менструации появились схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей, вместе с которыми из матки выделяются кусочки ткани в виде «пленки». Наряду с приступами болей у больной были обморочные состояния с холодным потом. Было произведено выскабливание матки, после которого кровянистые выделения из матки временно прекратились, но через день вновь появились. Больная при осмотре жалуется на боли внизу живота, больше справа. Больная бледная, пульс 120 ударов в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. При гинекологическом исследовании: наружный зев шейки матки закрыт. Матка незначительно увеличена, размягчена, ее смещения вызывает боль. Слева придатки матки без особенностей, а справа пальпируется болезненная опухоль без четких контуров.
 Диагноз. План лечения.

Задача № 2.

Больная 27 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, которые появились остро при выполнении гимнастических упражнений. Из анамнеза установлено, что две недели тому назад на приеме у гинеколога была выявлена киста яичника и рекомендовано оперативное лечение. Объективно: состояние больной удовлетворительное, пульс 92 удара в минуту. АД-120/70 мм.рт.ст. Температура тела 37,5 С.Язык суховатый. Живот при пальпации болезненный справа внизу. Здесь же отмечаются умеренно выраженное напряжение мышц живота и слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Слева придатки матки без особенностей, а справа определяется опухолевидное образование до 12 см в диаметре резко болезненное при пальпация, ограниченное в подвижности. Своды влагалища выражены хорошо.
 Диагноз. План лечения.

Задача № 3.

Больная 30 лет поступила в гинекологическое отделение по направлению врача ж. к., где наблюдалась по поводу кисты правого яичника размером 6х8 см. От операции отказывалась. Предъявляет жалобы на резкие боли внизу живота, появившиеся внезапно после подъема тяжести. Состояние удовлетворительное. Пульс 85 в мин. АД - 130/85 мм рт.ст. Температура нормальная. Язык влажный, не обложен. Живот правильной формы, при дыхании щадит нижнюю половину. В правой подвздошной области слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки розовая, выделения слизистые, скудные. Симптом «зрачка» (++)

Бимануально: тело матки нормальных размеров, несколько отклонено влево, чувствительно при пальпации. Справа от матки определяется туго-эластичное образование размером 8x10 см, округлое, резко болезненное при пальпации при попытке смещения. Слева придатки без особенностей своды глубокие.

Предварительный диагноз, дополнительное обследование, дифференциальный диагноз, тактика врача.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Задача №1.

ДИАГНОЗ. Внематочная беременность. Разрыв маточной трубы справа. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ. Лапаротомия. Удаление маточной трубы справа. Санация полости малого таза.

Задача №2.

ДИАГНОЗ. Перекрут ножки кисты яичника.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ Лапаротомия (лапароскопия). Аднексэктомия справа.

Задача №3.

ДИАГНОЗ. Разрыв кисты правого яичника.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ УЗИ органов малого таза. Пункция заднего свода. Д/д: апоплексия яичников, острый аднексит, острый аппендицит, перекрут ножки опухоли яичника, мочекаменная болезнь.

Типовые практические задания для проверки умений:

- а) Сбор анамнеза
 - б) Определение симптомов нарушения менструального цикла (общий осмотр, цвет кожных покровов и слизистых, гинекологическое исследование, характер выделений из половых путей).
 - в) Техника взятия мазков из влагалища и цервикального канала на степень чистоты, на цитологию (индекс созревания эпителия, карнопикнотический индекс), определение симптома «зрачка», растяжение шеечной слизи.
 2. Оценка лабораторных данных по истории болезни (общий анализ крови, белки крови, гормональный скрининг: ЛГ, ФСГ, ПрЛ, эстрогены, прогестерон, тестостерон, ДЭА-С, общий анализ мочи, 17-кетастероидов мочи). Оценка результатов ультразвукового исследования.
- Реферат «Инструментальные методы исследования системы дыхания»

ТЕМА 4. «Аборт и его осложнения. Планирование семьи.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Классификация абортов.
2. Показания и противопоказания к производству аборта.
3. Осложнения и их профилактика. Внебольничный (инфицированный, криминальный) аборт.
4. Медицинские и социальные показания к прерыванию беременности. Экстренная помощь в связи с осложнениями аборта.
5. Современные принципы и методы контрацепции.
6. Лечебные эффекты контрацептивов.
7. Стерилизация у мужчин и женщин.

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

Задание

Эталон ответа

е заданиями для проверки знаний:

ТЕМА 5. «Лечение фоновых заболеваний женских половых органов. Лечение предраковых заболеваний женских половых органов»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Вопросы для самоконтроля обучающихся

- Эпидемиология и факторы риска возникновения рака шейки матки
- Сведения об анатомии и гистологии шейки матки
- Методы клинической и цитологической диагностики заболеваний шейки матки
- Клинико - визуальный метод
- Цитологический метод
- Молекулярно - биологические методы диагностики ПВВИ
- Терминология и кольпоскопические классификации
- Алгоритм ведения пациенток с патологией шейки матки
- Возможности консервативной и оперативной терапии патологии шейки матки

Решение ситуационных задач

Задача №1. При профосмотре у больной Р., 44 лет, при осмотре шейки в зеркалах обнаружены белесоватые пятна на шейке матки. Попытка удаления их ватным тампоном не удалась. Проба Шиллера положительна. ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Задача №2. Больная М., 48 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на контактные кровотечения, бели, ноющие боли внизу живота. В анамнезе трое родов крупным плодом и 6 медабортов. Указанные жалобы беспокоят около 4 месяцев. Менструальный цикл не нарушен. Состояние удовлетворительное. Ожирение 2-3 степени. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный, АД 140/90. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в нижних отделах. Выделения — бели. Генитальный статус. Растительность по женскому типу. Шейка осмотрена в зеркалах — чистая, но гипертрофированная. Влагалище рожавшей женщины. Шейка цилиндрической формы, деревянистой плотности, при исследовании появились кровянистые выделения. Справа и слева от матки определяются плотные инфильтраты, доходящие до стенок малого таза. Тело матки незначительно увеличено, ограничено подвижно, безболезненно. Придатки не пальпируются. ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА? ПЛАН

ЛЕЧЕНИЯ?

Задача №3. Больная М., 50 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на контактные кровотечения, которые повторились три раза. Менструальный цикл не нарушен. В анамнезе 4 родов, вес детей от 4 400 до 4 500 гр., 5 медабортов. Состояние удовлетворительное, пульс 72 удара в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено. Шейка осмотрена в зеркалах — на передней губе имеются разрастания типа цветной капусты. Проба Шиллера положительна. Влагалище свободное. Шейка цилиндрической формы, гипертрофирована. Тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно. Параметрий с обеих сторон свободен. После осмотра появились кровавистые выделения. ДИАГНОЗ? ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ОБСЛЕДОВАНИЯ?

Типовые практические задания для проверки умений:

Реферат «

ТЕМА 6. «Лечение опухолей и опухолевидных образований женских половых органов.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Морфологическое строение яичников и матки.

Гистологическая классификация новообразований яичников в зависимости от происхождения.

Клиника доброкачественных новообразований яичника, и матки объем диагностического исследования.

Предоперационная подготовка, объем оперативного лечения.

Рак яичника. Классификация.

Клиника рака яичника, пути метастазирования.

Принцип лечебной тактики рака яичника в зависимости от распространенности процесса.

Дифференциальная диагностика.

Роль профосмотров и диспансеризации в выявлении опухолей яичников и матки

Решение ситуационных задач

Задача №1.

Больная К., 43 лет, обратилась к терапевту районной поликлиники с жалобами на общую слабость, увеличение живота, отдышку, тяжесть внизу живота. Из анамнеза: перенесла детские инфекции, «болеет периодически холециститом» (но никогда не обследовалась). Менструации с 16 лет через 30 дней по 6-7 дней, умеренные, регулярные, безболезненные. Родов — 2, медабортов — 3. Гинекологические заболевания отрицает. Последние 9 лет гинекологом не осматривалась. Большой себя считает около 3 мес. назад, когда стала ощущать тяжесть внизу живота и общую слабость. Последние 2-3 недели отмечает увеличение живота, появления отдышки и покалывания в области сердца. При обследовании установлено, что кожные покровы бледны, питание несколько понижено. Отеков нет. пульс 88 уд./мин, ритмичный. Печень и селезенка не увеличены. В брюшной полости определяется жидкость. СОЭ — 18 мм/час, лейкоцитов 4 800. С диагнозом «декомпенсированный порок сердца» госпитализирована в терапевтическое отделение. В течение 2,5 недель проводилось лечение сердечными и мочегонными средствами, витаминами. Заметного эффекта не было: отмечалось прогрессивное увеличение живота за счет асцита. Произведена пункция брюшной полости. Удалено 4 литра асцитической жидкости, при цитологическом исследовании которой обнаружены клетки цилиоэпителиального (серозного) рака яичников.

При консультативном осмотре гинекологом обнаружено: влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт.

Тело матки четко отдельно не определяется, но создается впечатление, что оно не увеличено, малоподвижно. Справа и слева от матки определяются опухолевидные образования величиной 13x10x10см, бугристые, плотные, малоподвижные. Пальпация нижнего отдела образований безболезненна.

ДИАГНОЗ? ОШИБКИ ВЕДЕНИЯ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ?

Задача №2.

Во время операции у женщины удалена опухоль правого яичника, шаровидной формы, величиной 10x8см, туго-эластической консистенции, с гладкой поверхностью. На разрезе — содержимое опухоли полужидкого характера, твердеющее на воздухе, и волосы. ДИАГНОЗ?

Задача №3.

Больная 43 лет направлена к гинекологу эндокринологом для продолжения обследования. Жалуется на отсутствие месячных в течение 6 месяцев, появление волосатости на лице, огрубение голоса. При двуручном влагалищном исследовании в области левых придатков обнаружено опухолевидное образование размерами с куриное яйцо, плотно-эластической консистенции, подвижное, безболезненное. Матка небольших размеров, правые придатки без особенностей. ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Типовые практические задания для проверки умений:

Реферат «»

ТЕМА 7 «Методы обследования и лечения бесплодия. Методы вспомогательной репродукции, современные репродуктивные технологии.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Определение понятия и частота встречаемости бесплодного брака

Классификация бесплодного брака

Мужское бесплодие

Основные причины женского бесплодия

Эндокринная форма женского бесплодия

Трубно - перитонеальная форма женского бесплодия

Иммунологические причины

Психогенное бесплодие

Правовые основы ВРТ

Виды ВРТ

Решение ситуационных задач

Задача №1. Супружеская пара, страдающая бесплодием, муж обследован – здоров. Женщину беспокоят редкие месячные, молочные железы, выделяемые небольшое количество молозива. **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СХЕМА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА.**
 Задача №2. Пациентка 35 лет, в браке. В анамнезе дважды оперирована по поводу трубной беременности. Обе маточные трубы отсутствуют. Какие возможны рекомендации в плане репродуктивной функции. Назначить дополнительное обследование супружеской пары.
 Задача №3. Пациентка 30 лет, в анамнезе одни срочные роды. В течение 3х лет установлена ВМС, удалена по поводу рецидивирующего воспаления придатков матки. Рекомендуйте методы контрацепции и обоснуйте выбор конкретных методов:

Типовые практические задания для проверки умений:
 Реферат «»

ТЕМА8. «Консервативные и хирургические методы лечения гинекологических больных. Гинекология детского возраста. Проблемы девочек разного возраста. Нарушения полового созревания. Нарушения менструального цикла. Роль среднего медперсонала в лечении и профилактике гинекологических заболеваний детского возраста.»

Форма текущего контроля:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Решение ситуационных задач

ЗАДАЧА 1

Задание

Эталон ответа

е задания для проверки знаний:

Вопросы для самоконтроля обучающихся

Типовые практические задания для проверки умений:

Реферат «»

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ проводится по итогам освоения каждой темы из раздела учебно-тематического плана.

Критерии выставления текущих отметок успеваемости

1. Критерии оценки собеседования, решения ситуационных задач на уроке, практическом занятии: экспертная оценка

№ п/п	Оценка	Критерии оценки
1	«Отлично»	оценивается обучающийся, который свободно владеет материалом, демонстрирует глубокое и полное его понимание, правильно и полно выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы, освоил уровень знаний, умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 2.1 – 2.8) в полном объеме.
2	«Хорошо»	если обучающийся достаточно убедительно с незначительными ошибками в теоретической подготовке, в освоении уровня знаний, умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 2.1-2.8) правильно ответил на все вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе.
3	«Удовлетворительно»	если обучающийся недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке, в освоении уровня знаний, умений, практического опыта, требуемого для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 2.1-2.8) ответил на вопросы; с затруднениями, но всё же сможет при необходимости решить задачу на практике.
4	«Неудовлетворительно»	если обучающийся имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов, не освоил необходимый уровень знаний, умений, практического опыта, требуемый для формирования компетенций (ОК -1-13; ПК 2.1-2.8) неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.

2. Критерии и показатели, используемые при оценивании реферата

№ п/п	Критерии, баллы	Показатели
1	Новизна реферированного текста Макс. - 20 баллов	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - наличие авторской позиции, самостоятельность суждений.
2	Степень раскрытия сущности проблемы Макс. - 50 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы.
3	Обоснованность выбора источников Макс. - 20 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.).
4	Соблюдение требований к оформлению	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения;

	Макс. – 5 баллов	- владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев.
5	Грамотность Макс. - 5 баллов	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль.

Реферат оценивается по 100 балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

- 81 – 100 баллов – «отлично»;
- 70 – 80 баллов – «хорошо»;
- 51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;
- менее 51 балла – «неудовлетворительно».

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Форма промежуточной аттестации: экзамен

Экзамен по дисциплине «Оказание акушерско-гинекологической помощи» проводится в конце семестра.

Форма проведения:

- устная
- тестирование (компьютерное)

Экзамен состоит из:

- собеседования по вопросам
- тестирования

Типовые тестовые задания для проверки знаний

Выберите один правильный ответ

1. Расстояние между гребнями подвздошных костей:

- а) 11 см
- б) 20-21 см
- в) 25-26 см
- г) 30-32 см
- д) 28-29см

2. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода и подзатылочной ямкой - это:

- а) малый косой размер
- б) средний косой размер
- в) большой косой размер
- г) прямой размер
- д) вертикальный размер

3. Укажите размеры нормального большого таза:

- а) 22-25-29-18 см
- б) 25-28-31-20 см
- в) 27-27-32-18 см
- г) 23-25-28-17 см
- д) 25-25-28-20 см

4. Малый поперечный размер головки плода:

- а) 9,5 см
- б) 11 см
- в) 12 см
- г) 13,5 см
- д) 8,0 см

5. Наименьшим размером плоскости входа в малый таз является:

- а) истинная акушерская конъюгата
- б) расстояние между буграми седалищных костей
- в) анатомическая конъюгата
- г) диагональная конъюгата
- д) расстояние между остями седалищных костей

6. Большой и малый таз разделены плоскостью, проходящей через:

- а) верхний край лона, пограничные линии, вершину мыса
- б) нижний край лона, верхушку копчика, седалищные бугры
- в) середину лона, сочленение II-III крестцовых впадин, середину вертлужных впадин
- г) середину лона, крестцово-копчиковое сочленение, седалищные ости
- д) верхний край лона, пограничные линии, середину крестца

7. Вертикальный размер головки плода:

- а) 10,5 см
- б) 9,5 см
- в) 11,5 см
- г) 8,5 см
- д) 12 см

8. Истинная конъюгата равна (см):

- а) 9.5
- б) 11

- в) 12
- г) 13
- д) 14

9. Укажите нормальные размеры узкой части полости таза:

- а) 11-10.5 см
- б) 9-12 см
- в) 12-11 см
- г) 10.5-12.5 см
- д) 12.5-11 см

10. Расстояние между передним углом большого родничка головки и подзатылочной ямкой - это:

- а) Прямой размер
- б) Вертикальный размер
- в) Малый косой размер
- г) Средний косой размер
- д) Большой поперечный размер

11. Достоверным признаком беременности является:

- а) увеличение матки
- б) прекращение менструаций
- в) увеличение живота у женщины репродуктивного возраста
- г) пальпация плода в матке
- д) цианоз влагалищной части шейки матки

12. Нормальная частота сердцебиения плода составляет:

- а) 120-160 уд/мин
- б) 120-140 уд/мин
- в) 140-160 уд/мин
- г) 100-180 уд/мин
- д) 90-100 уд/мин

13. К предположительным признакам беременности относится все, кроме:

- а) изменение вкусовых ощущений
- б) изменение обонятельных ощущений
- в) изменение функции нервной системы
- г) изменения в молочных железах
- д) изменения зрительных ощущений

14. Объективное исследование беременной или роженицы начинается с:

- а) пальпации живота
- б) аускультации живота
- в) измерения окружности живота и высоты стояния дна матки
- г) объективного осмотра по системам
- д) измерения таза

15. Предлежит головка плода, спинка обращена кзади - это:

- а) головное предлежание, передний вид
- б) 1-ая позиция, задний вид
- в) головное предлежание, задний вид
- г) головное предлежание, 1-ая позиция, задний вид
- д) головное предлежание, 2-я позиция

16. С какого срока беременности ощущается шевеление плода у повторнородящей:

- а) 16 недель
- б) 18 недель
- в) 20 недель
- г) 22 недели
- д) 30 недель

17. С помощью четвертого приема пальпации плода в матке определяют:

- а) предлежание плода
- б) положение, позицию плода
- в) отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз
- г) уровень стояния дна матки
- д) отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза

18. К сомнительным признакам беременности относятся все, кроме:

- а) Диспептические расстройства
- б) Эмоциональная лабильность
- в) Изменение обонятельных ощущений
- г) Пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков или околососковых линий
- д) Появление молозива

19. Взаимоотношение отдельных частей плода - это:

- а) Положение
- б) Позиция
- в) Вид
- г) Членорасположение

20. К характерным признакам для беременной матки на ранних сроках относятся все, кроме:
- а) Симптом Горвиц-Гегара
 - б) Признак Снегирева
 - в) Признак Пискачека
 - г) Признак Гентера
 - д) Реакция Ашгейма-Цондека
21. Продолжительность первого периода родов у перво- и повторнородящей соответственно:
- а) 4-6 часов, 2-4 часа
 - б) 7-8 часов, 6-8 часов
 - в) 10-11 часов, 7-9 часов
 - г) 22-24 часа, 16-18 часов
 - д) 10-12 часов, 5-6 часов
22. К признакам отделения последа не относится:
- а) признак Шредера
 - б) признак Горвица-Гегара
 - в) признак Альфельда
 - г) признак Клейна
 - д) все вышеперечисленное
23. Продолжительность второго периода родов у перво- и повторнородящих соответственно:
- а) 0,5 часа, 5 минут
 - б) 0,5-1, 5-30 минут
 - в) 1 час, 0,5 часа
 - г) 1 -2 часа, до 1 часа
 - д) 2-3 часа, 1-2 часа
24. Для повторнородящей характерна следующая последовательность в раскрытии шейки матки:
- а) раскрытие внутреннего зева, сглаживание шейки матки, раскрытие наружного зева
 - б) наружный зев раскрывается одновременно с внутренним, в это время происходит укорочение шейки матки
 - в) раскрытие наружного зева, сглаживание шейки матки, раскрытие наружного зева
 - г) раскрытие внутреннего зева, раскрытие наружного зева, сглаживание шейки матки
 - д) ничего из вышеперечисленного
25. Средняя продолжительность родов у повторнородящих:
- а) 6-7 часов
 - б) 7-8 часов
 - в) 12,-16 часов
 - г) 10-11 часов
 - д) 8-10 часов
26. Тактика ведения последового периода зависит от:
- а) длительности родов
 - б) наличия признаков отделения плаценты
 - в) количества родов в анамнезе
 - г) состояния роженицы
 - д) длительности безводного периода
27. Преждевременным излитием околоплодных вод называют:
- а) Излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности
 - б) На фоне регулярной родовой деятельности, но до полного раскрытия шейки матки
 - в) Излитие околоплодных вод при открытии шейки матки 2 см
 - г) Ничего из вышеперечисленного
28. Основными моментами механизма родов при переднем виде затылочного предлежания являются:
- а) Сгибание головки, внутренний поворот, разгибание головки, внутренний поворот плечиков
 - б) Сгибание головки, внутренний поворот, максимальное сгибание головки, разгибание головки, внутренний в поворот плечиков
 - в) Разгибание головки, внутренний поворот, сгибание головки, разгибание головки, внутренний поворот плечиков
 - г) Разгибание головки, внутренний поворот головки, сгибание головки, внутренний поворот плечиков
29. Причинами наступления родов являются:
- а) Повышение возбудимости подкорковых структур и спинного мозга
 - б) Изменения в нейрогуморальной системе
 - в) Изменения соотношения эстрогенов и прогестерона
 - г) Увеличение концентраций окситоцина в сыворотке крови беременных
 - д) Снижение концентраций простагландинов в сыворотке крови беременных
30. Потугами называют произвольные сокращения мускулатуры:
- а) Тазового дна
 - б) Диафрагмы
 - в) Прямых мышц живота
 - г) Пирамидальных мышц живота
 - д) Ничего из вышеперечисленного
31. Расстояние между гребнями подвздошных костей:
- а) 11 см
 - б) 20-21 см

- в) 25-26 см
- г) 30-32 см
- д) 28-29см

32. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода и подзатылочной ямкой - это:

- а) малый косой размер
- б) средний косой размер
- в) большой косой размер
- г) прямой размер
- д) вертикальный размер

33. Укажите размеры нормального большого таза:

- а) 22-25-29-18 см
- б) 25-28-31-20 см
- в) 27-27-32-18 см
- г) 23-25-28-17 см
- д) 25-25-28-20 см

34. Малый поперечный размер головки плода:

- а) 9,5 см
- б) 11 см
- в) 12 см
- г) 13,5 см
- д) 8,0 см

35. Наименьшим размером плоскости входа в малый таз является:

- а) истинная акушерская конъюгата
- б) расстояние между буграми седалищных костей
- в) анатомическая конъюгата
- г) диагональная конъюгата
- д) расстояние между остями седалищных костей

36. Большой и малый таз разделены плоскостью, проходящей через:

- а) верхний край лона, пограничные линии, вершину мыса
- б) нижний край лона, верхушку копчика, седалищные бугры
- в) середину лона, сочленение II-III крестцовых впадин, середину вертлужных впадин
- г) середину лона, крестцово-копчиковое сочленение, седалищные ости
- д) верхний край лона, пограничные линии, середину крестца

37. Вертикальный размер головки плода:

- а) 10,5 см
- б) 9,5 см
- в) 11,5 см
- г) 8,5 см
- д) 12 см

38. Истинная конъюгата равна (см):

- а) 9.5
- б) 11
- в) 12
- г) 13
- д) 14

39. Укажите нормальные размеры узкой части полости таза:

- а) 11-10.5 см
- б) 9-12 см
- в) 12-11 см
- г) 10.5-12.5 см
- д) 12.5-11см

40. В послеродовом периоде лохии становятся серозно-сукровичные:

- а) на 1 день после родов
- б) на 10-12 день после родов
- в) на 4-5 день после родов
- г) на 7-8 день после родов

41. Отделение молока начинается:

- а) на 8-9 день после родов
- б) на 1-2 день после родов
- в) на 7-8 день после родов
- г) на 3 день после родов

42. Оценка по шкале Апгар при асфиксии легкой степени:

- а) 6-7 баллов
- б) 8-10 баллов
- в) 1-2 баллов
- г) 3-4 баллов

43. Оценка новорожденного по шкале Апгар включает:

- а) сердцебиение, дыхание, рефлекторную возбудимость, тонус мышц, окраску кожи
- б) сердцебиение, дыхание, окраску кожи
- в) сердцебиение, дыхание, окраску кожи, пульсацию пуповины, тонус мышц
- г) сердцебиение, дыхание, крик, движения

44. Причинами острой гипоксии плода во время беременности могут быть:

- а) разрыв матки
- б) отслойка нормально расположенной плаценты
- в) затягивание истинных узлов и патология пуповины
- г) анемия беременной

45. К физиологическим состояниям в период новорожденности относят:

- а) физиологическое падение массы тела
- б) физиологическая желтуха
- в) родовая опухоль
- г) половые кризы новорожденных
- д) все выше перечисленное

Вопросы к экзамену. МДК 0203

Строение наружных и внутренних половых органов.

Женский таз с акушерской точки зрения, кости, сочленения. Наружное тазоизмерение.

Основные акушерские понятия. Приемы Леопольда-Левитского.

Плоскости малого таза. Границы и размеры.

Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Нормальный менструальный цикл.

Регуляция менструального цикла. Яичниковый цикл, фазы, гормоны.

Регуляция менструального цикла. Маточный цикл, фазы.

Оплодотворение. Имплантация плодного яйца.

Плацента, пуповина, околоплодные воды. Строение, роль в развитие плода.

Плод как объект родов. Размеры головки плода. Швы и роднички.

Постановка беременной на учет. Обследование, сроки.

Измерение ОЖ, ВДМ, аускультация сердечных тонов плода.

Патронаж беременной. Формы патронажа.

Клинические признаки беременности. Диагностика беременности на ранних сроках до 12 недель.

Определение даты родов и даты выдачи декретного отпуска.

Определение высоты стояния дна матки в различные сроки беременности в неделях и сантиметрах.

Характеристика и ведение 1 периода родов.

Характеристика и ведение 2 периода родов. Акушерское пособие.

Характеристика и ведение 3 периода родов.

Методы обезболивания родов.

Оценка состояния новорожденного в родах.

Ранний послеродовый период.

Нормальный послеродовый период. Изменения в организме роженицы.

Послеродовый патронаж. Послеродовая контрацепция.

Тазовые предлежания плода: причины, классификация, диагностика, современные принципы ведения беременности и родов. Осложнения и их профилактика.

Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания. Ведение второго периода родов, профилактика септических осложнений в родах.

Потужный период: клиника, продолжительность. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Профилактика травматизма промежности и инфекции в родах

Клиника родов: периоды, их продолжительность, ведение, обезболивание родов. Особенности санитарно-гигиенического режима в родах.

Физиология послеродового периода: клиника, инволюция матки, лактация. Уход за роженицей, гигиена, профилактика септических послеродовых заболеваний, особенности санитарно-гигиенического режима в послеродовом отделении.

Последовый период: механизм отделения плаценты и выделения последа. Признаки отделения плаценты. Способы выделения последа. Современные принципы ведения последового периода, профилактика кровотечения.

Заболевания почек (хронический пиелонефрит, гломерулонефрит) и беременность: осложнения беременности, принципы ведения беременности и родов.

Анемия беременных: причины, клиника, влияние на плод, лечение, профилактика.

Периоды родов: клиника, продолжительность, современные принципы ведения родов, обезболивание.

Первый туалет новорожденного. Профилактика гнойно-септических осложнений. Уход за новорожденным.

Физиология периода новорожденности. Уход за новорожденным. Профилактика гнойно-септических осложнений.

Изменения в молочных железах во время беременности. Уход за молочными железами в послеродовом периоде. Профилактика лактационных маститов.

Изменения в организме беременной женщины.

Динамическое наблюдение здоровых беременных объем обязательного обследования, профилактика септических осложнений.

Особенности динамического наблюдения беременных с экстрагенитальной патологией

Основные этапы внутриутробного развития плода. Влияние повреждающих факторов внешней среды на плод. Профилактика осложнений.

Течение беременности и родов при пороках сердца. Оказание неотложной помощи при острой сердечной недостаточности в родах.

Клинико-физиологические особенности половой системы и целостного организма женщины в пубертатный и препубертатный периоды жизни.

Эклампсия: клиника, диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

Нефропатия беременных: этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика в условиях женской консультации.

Гестозы: патогенез, классификация, объем обязательного обследования, диагностика, принципы лечения, профилактика в условиях женской консультации.

Предлежание плаценты: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

Отеки беременной: патогенез, диагностика, лечение, профилактика на догоспитальном этапе.

Тяжелые формы гестоза: классификация, патогенез, лечение. Оказание неотложной помощи при преэклампсии.

Прегестоз: группа риска среди беременных, диагностика, лечение в женской консультации.

Недонашивание беременности: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Сахарный диабет и беременность: особенности течения диабета, противопоказания к беременности, осложнения беременности, влияние на плод, принципы диспансеризации и лечения.

Анемия беременных: этиология, классификация, клиника, лечение, особенности профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

Кровотечения в последовом периоде: этиология, клиника, неотложная помощь. Профилактика кровотечения в родах.

Перенашивание беременности: этиология, патогенез, влияние на плод, акушерская тактика. Профилактика осложнений.

Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение: этиология, клиника, неотложная помощь, профилактика.

Разрывы промежности и шейки матки в родах; причины, классификация, диагностика, лечение, профилактика.

Беременность и роды при изосерологической несовместимости крови матери и плода: патогенез, клиника, диагностика, влияние на плод. Ведение беременности и родов. Профилактика резус-конфликта.

Слабость родовой деятельности: этиология, классификация, клиника, современные принципы лечения и профилактики.

Регуляция родовой деятельности: понятие о готовности к родам, предвестники родов, прелиминарный период. Причины наступления родов, понятие о схватках, потугах, периоды родов, продолжительность родов.

Аномалии родовой деятельности: классификация, этиология. Патологический прелиминарный период, диагностика, лечение.

Послеродовые септические заболевания матери: этиология, классификация Сазоновой-Бартельса, клиника, диагностика, принципы лечения. Роль санитарно-эпидемиологического режима послеродового отделения в профилактике послеродового метроэндометрита.

Разрыв матки: этиология, классификация, клиника совершившегося разрыва. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Профилактика.

Угрожающий разрыв матки: этиология, клиника, диагностика, акушерская тактика на догоспитальном этапе, профилактика.

Заболевания почек и беременность (хронический пиелонефрит): особенности течения при беременности, осложнения беременности, принципы диспансеризации, противопоказания к беременности. Ведение родов.

Пути распространения послеродовой инфекции. Сепсис: клиника, лечение, профилактика.

Послеродовый септический метроэндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение, значение санитарно-гигиенического режима родильного отделения в профилактике осложнений.

Послеродовые заболевания: этиология, классификация Сазоновой-Бартельса. Борьба с внутригоспитальными инфекциями. Роль санитарно-гигиенического режима.

Узкий таз: классификация, особенности течения и ведения беременности и родов. Осложнения и их профилактика.

Неправильное положение плода (косое, поперечное, запущенное поперечное): причины, классификация, диагностика, осложнения, акушерская тактика.

Гестационный пиелонефрит: этиология, диагностика, лечение, влияние на плод.

Оперативные методы родоразрешения (кесарево сечение, акушерские щипцы): показания, условия, профилактика септических осложнений.

Тазовые предлежания плода: причины, классификация, диагностика, современные принципы ведения беременности и родов. Осложнения и их профилактика.

Родоразрешающие операции: показания, условия, профилактика осложнений.

Современные принципы ведения беременности и родов при тазовом предлежании, профилактика осложнений.

Планирование семьи, методы контрацепции, механизмы действия, классификация, эффективность, противопоказания, осложнения.

Асфиксия новорожденного: причины, клиника, методы реанимации

Гипоксия плода: этиология, классификация, патогенез, методы диагностики, лечения, профилактика.

Искусственный аборт: показания, противопоказания, условия, обезболивание, осложнения, их профилактика.

Трубный аборт: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

Прогрессирующая трубная беременность: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы: этиология патогенез, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.

Эндоскопические методы диагностики в гинекологии: виды, показания. Условия, информативность, противопоказания.

Современные методы планирования семьи, методы контрацепции: классификация, механизм действия гормональных контрацептивов, противопоказания.

Неправильное положение женских половых органов (опущение, выпадение, загиб матки): этиология, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.

Тесты функциональной диагностики в определении состояния репродуктивной системы женщины (базальная температура, шеечные феномены, кольпоцитологическое исследование, определение гормонов), их информативность.

Предоперационная подготовка гинекологических больных: объем обязательного обследования в условиях женской консультации, профилактика септических осложнений.

Трихомоноз: этиология, пути передачи, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Опухоли яичников: классификация, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.

Дисфункциональные маточные кровотечения в перименопаузальном периоде: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, гормональный гемостаз.

Дисфункциональные маточные кровотечения в ювенильном периоде: этиология, патогенез, клиника, диагностика, этапы лечения.

Пороки развития половых органов. Значение влияния неблагоприятных производственных, экологических, социально-бытовых факторов в их происхождении.

Перекрут ножки опухоли яичника: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Инфицированный лихорадящий аборт: этиология, патогенез, клиника, осложнения (токсико-септический шок, перитонит), оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе, принципы лечения.

Рак эндометрия: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.

Рак шейки матки: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.

Хронический сальпингоофорит: этиология, клиника, диагностика, лечение.

Лечебно-диагностическое выскабливание стенок полости матки: показания, условия, профилактика септических осложнений.

Предменструальный нейроэндокринный синдром: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Климатерический нейроэндокринный синдром: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Миома матки: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, методы лечения, динамическое наблюдение.

Восходящая гонорея: этиология, пути распространения, диагностика, клиника, лечение, критерий излеченности.

Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов: классификация, клиника острого сальпингоофорита, диагностика, принципы лечения, профилактика.

Общие принципы гормонотерапии в гинекологии: гормоны, используемые в гинекологии, показания, цель лечения, возможные осложнения. Виды гормонального гемостаза.

Гипоталамо-гипофизарная нейросекреторная система и ее роль в регуляции менструальной функции: этиология, патогенез, классификация.

Женское бесплодие: причины, диагностика, современные методы лечения.

Доброкачественные опухоли яичников: классификация, клиника, диагностика, врачебная тактика.

«Острый живот» в гинекологии: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика на догоспитальном этапе.

Туберкулез женских половых органов: пути распространения инфекции, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принцип лечения и диспансеризации.

Роль планирования семьи в сохранении здоровья матери: современные методы контрацепции. Методы прерывания беременности по социальным и медицинским показаниям. Контрацепция подростков.

Бесплодный брак: этиология женского и мужского бесплодия. Методы диагностики. Принципы лечения женского бесплодия.
Аменорея, гипоменструальный синдром: этиология, методы диагностики, принципы лечения в условиях женской консультации.
Хронические воспалительные заболевания женских половых органов: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения в условиях женской консультации.
Острый сальпингоофорит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
Фоновые и предраковые заболевания эндометрия: этиология, клиника, диагностика, лечение, принципы диспансеризации. Динамическое наблюдение.
Фоновые и предраковые заболевания шейки матки: этиология, клиника, методы обследования, диагностика, лечение
Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном возрасте: этиология, патогенез, дифференциальная диагностика, лечение.
Современные методы контрацепции: виды, показания, противопоказания, механизмы действия, эффективность, осложнения.

Типовые задачи к экзамену

В экстремальной ситуации (в поезде) женщина родила живого ребенка. При родах присутствовала медицинская сестра. Послед самостоятельно отделился и родился. Кровопотеря составила приблизительно 250-300 мл. Женщина жалуется на усталость, волнуется за своего ребенка.
Объективно: кожные покровы розовые, пульс 74 уд. в мин. На подкладной пеленке обильные кровянистые выделения алого цвета. При осмотре последа дефектов не выявлено.

Задания

1. Определите и обоснуйте состояние родильницы.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику наружного массажа матки.

Эталон ответа

1. В экстремальной ситуации у беременной произошли преждевременные роды.

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние:

роды произошли вне стационара;
ранний послеродовый период;
кровянистые выделения из половых путей.

2. Алгоритм действий медсестры

- 1) Сообщить бригадире железнодорожного состава о необходимости вызова по рации бригады скорой помощи к ближайшей станции, с целью экстренной транспортировки в родильный дом.
 - 2) Успокоить родильницу, придать удобное положение, убрать послед, пеленки, по возможности обтереть грязные участки тела, укрыть одеялом, с целью создания благоприятной обстановки.
 - 3) Периодически производить наружный массаж матки, наблюдать за выделениями из половых путей, с целью предотвращения кровотечения.
 - 4) Положить на низ живота груз, при возможности холод, с целью профилактики кровотечения.
 - 5) Наблюдать за состоянием беременной, периодически определять пульс, с целью контроля состояния.
3. Студент демонстрирует на муляже технику наружного массажа матки. Пальпаторно определяет дно матки и кистью правой руки совершает круговые движения, массируя матку. При этом студент должен наблюдать за выделениями из половых путей.

В приемный покой гинекологического отделения доставили женщину с предварительным диагнозом: остро прервавшаяся внематочная беременность.

Жалуется на головокружение, слабость, потемнение в глазах, боли внизу живота.

Внезапные острые боли внизу живота появились в момент обследования в женской консультации, по поводу задержки менструации.

Объективно: состояние тяжелое, лицо бледное, холодный пот, АД - 80/50 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин.

Задания

1. Определите и обоснуйте состояние пациентки.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Подготовьте набор инструментов для проведения пункции заднего свода влагалища.

Эталон ответа

1. В результате остро прервавшейся внематочной беременности у женщины возникло внутреннее кровотечение.

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние:

имеется головокружение, слабость, потемнение в глазах;

АД - 80/50 мм рт.ст., пульс 100 уд/мин.;

имеется бледность лица, холодный пот.

2. Алгоритм действий медсестры:

вызов дежурного врача по телефону для подтверждения диагноза и оказания неотложной помощи;
придать больной горизонтальное положение, опустить головной конец, с целью предупреждения гипоксии мозга;
положить на низ живота пузырь со льдом, с целью уменьшения кровотечения;
определить АД и пульс, наблюдать за состоянием женщины до прихода врача, с целью контроля состояния.

3. Студент демонстрирует подготовку набора инструментов для пункции заднего свода влагалища: ватные шарики, перчатки, флакон с 70% спиртом, пинцет, ложкообразное зеркало, пулевые щипцы, шприц, длинная игла.

К цеховой медицинской сестре обратилась женщина с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, мажущие кровянистые выделения.

Анамнез: состоит на учете в женской консультации по поводу беременности. Срок беременности 12 недель.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, АД 120/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в мин. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, при пальпации безболезненный.

Задания

Определите и обоснуйте состояние беременной.

Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.

Составьте тезисы беседы с беременной о влиянии вредных факторов на плод.

Эталон ответа

1. Женщине угрожает прерывание беременности.

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние:

схваткообразные боли внизу живота;

мажущие кровянистые выделения.

2. Алгоритм действий медсестры:

вызвать скорую помощь, с целью необходимости экстренной транспортировки в гинекологический стационар;
уложить беременную на кушетку, с целью создания физического покоя;
периодически определять пульс, АД, наблюдать за женщиной до прибытия врача, с целью контроля состояния.

3. Студент демонстрирует способность общения с беременными, грамотно и доступно объясняет влияния вредных факторов (наркотики, алкоголь, курение, лекарственные средства) на плод.

Пациентка 40 лет доставлена машиной скорой помощи в приемный покой гинекологического отделения с предварительным диагнозом: острый живот, перекрут ножки кисты.

Больную беспокоят резкие, нарастающие боли в животе, которые иррадируют в паховую область и бедро, тошнота и рвота.

Объективно: положение больной вынужденное, состояние средней тяжести, лицо бледное, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин, ритмичный. Живот вздут, напряжен, резко болезнен при пальпации.

Задания

Определите и обоснуйте состояние пациентки.

Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.

Продемонстрируйте технику влагалищного спринцевания.

Эталон ответа

1. В результате перекрута ножки кисты у пациентки развился острый живот.

Информация, позволяющая заподозрить медсестре неотложное состояние:

резкие, нарастающие боли в животе с иррадиацией в паховую область и бедро;

тошнота, рвота;

вынужденное положение больной;

резкая болезненность при пальпации живота.

2. Алгоритм действий медсестры:

вызвать врача по телефону, с целью определения дальнейшей тактики при обследовании и лечении пациентки;

уложить больную на кушетку, для придания удобного положения;

измерить АД, подсчитать пульс, измерить температуру тела, для контроля за состоянием пациентки;

провести беседу с пациенткой, с целью убеждения ее в благополучном исходе заболевания и создания благоприятного психологического климата;

наблюдать за пациенткой до прибытия врача, с целью контроля состояния больной.

3. Студент демонстрирует на фантоме технику влагалищного спринцевания: одевает перчатки, готовит кружку Эсмарха с раствором (перманганата калия, отвара ромашки, фурацилина) в количестве 1-1,5 литра.левой рукой разводит большие и малые половые губы, правой рукой вводит наконечник по задней стенке во влагалище на глубину 5-6см, открывает кран. После окончания процедуры вынимает наконечник.

Критерии оценки знаний обучающихся на экзамене

При выставлении итоговой оценки по экзамену учитываются результаты УД по каждому модулю и результатам тестирования. При этом общая оценка вычисляется как средняя арифметическая, полученных промежуточных результатов с применением метода округления.

Критерии определения оценок на экзамене.

Выставление оценок на экзамене осуществляется на основе принципов объективности, справедливости, всестороннего анализа уровня знаний студентов.

При выставлении оценки экзаменатор учитывает:

знание фактического материала по программе, в том числе; знание обязательной литературы, современных публикаций по программе курса, а также истории науки;

степень активности студента на семинарских занятиях;

логику, структуру, стиль ответа; культуру речи, манеру общения; готовность к дискуссии, аргументированность ответа; уровень самостоятельного мышления; умение приложить теорию к практике, решить задачи;

наличие пропусков семинарских и лекционных занятий по неуважительным причинам.

Оценка «отлично».

Оценка «отлично» ставится студенту, ответ которого содержит:

глубокое знание программного материала, а также основного содержания и новаций лекционного курса по сравнению с учебной литературой;

знание концептуально-понятийного аппарата всего курса;

знание монографической литературы по курсу,

а также свидетельствует о способности:

самостоятельно критически оценивать основные положения курса;

увязывать теорию с практикой.

Оценка «отлично» не ставится в случаях систематических пропусков студентом семинарских и лекционных занятий по неуважительным причинам,

отсутствия активного участия на семинарских занятиях, а также неправильных ответов на дополнительные вопросы преподавателя.

Оценка «хорошо».

Оценка «хорошо» ставится студенту, ответ которого свидетельствует:

о полном знании материала по программе;

о знании рекомендованной литературы,

а также содержит в целом правильное, но не всегда точное и аргументированное изложение материала.

Оценка «хорошо» не ставится в случаях пропусков студентом семинарских и лекционных занятий по неуважительным причинам.

Оценка «удовлетворительно» ставится студенту, ответ которого содержит:

поверхностные знания важнейших разделов программы и содержания лекционного курса;

затруднения с использованием научно-понятийного аппарата и терминологии курса;

стремление логически четко построить ответ, а также свидетельствует о возможности последующего обучения.

Оценки «неудовлетворительно» и «не зачтено».

Оценки «неудовлетворительно» ставятся студенту, имеющему существенные пробелы в знании основного материала по программе, а также допустившему принципиальные ошибки при изложении материала.

Таблица соответствия образовательных результатов оценочным средствам

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знать принципы лечения и ухода акушерстве, гинекологии	Вопросы 3,4,5,6,7,
Знать принципы лечения и ухода при осложнениях заболеваний;	Вопросы 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,31,32,34,35,39,40,41,42,43,44,45,47,48,55,57,
Знать принципы фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов; показания и противопоказания к применению лекарственных средств; побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп; особенности применения лекарственных средств у разных возрастных групп	Вопросы 1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,16,17,18,19,20,21,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,34,52

Знать показания и противопоказания к применению лекарственных средств; побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп;	Вопросы 3,10,11,12
Знать особенности применения лекарственных средств у разных возрастных групп	Вопросы 60,65,78,80,91
Уметь определять тактику ведения пациента; определять показания, противопоказания к применению лекарственных средств; применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп;	Задачи 1,3,2,4,5
Уметь назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение;	Задачи 1,4,5
Умение определять показания к госпитализации пациента и организовывать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение;	Задачи 3,5
Умение проводить лечебно-диагностические манипуляции; проводить контроль эффективности лечения	Задачи 4,5
Уметь определять тактику ведения пациента	Задачи 1,2,3,4,5

27.4. МДК 02.04 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ

ТЕМА: «ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Задачей 1-го этапа реанимации новорожденных при асфиксии является

восстановление проходимости дыхательных путей

стимуляция внешнего дыхания

коррекция гемодинамических, метаболических расстройств

стимуляция сердечной деятельности

Задачей 2-го этапа реанимации является

восстановление проходимости дыхательных путей

стимуляция внешнего дыхания

коррекция метаболических и гемодинамических расстройств

стимуляция сердечной деятельности

Задачей 3-го этапа реанимации является

восстановление проходимости дыхательных путей

стимуляция внешнего дыхания

коррекция метаболических и гемодинамических расстройств

стимуляция сердечной деятельности

Показанием к непрямому массажу сердца является частота сердечных сокращений меньше чем:

120

100

90

60

Лечение асфиксии обязательно включает

гемотерапию

фототерапию

оксигенотерапию

антибактериальную терапию

Лечение гемолитической болезни новорожденных обязательно включает

ИВЛ

заменное переливание крови

оксигенотерапию

антибактериальную терапию

Лечение гемолитической болезни новорожденных включает

ИВЛ

фототерапию

оксигенотерапию

непрямой массаж сердца

Лечение физиологической желтухи новорожденных может включать только

гемотерапию

фототерапию

гемосорбцию

антибиотикотерапию

Реанимационные мероприятия при остановке дыхания у новорожденного начинают с

ИВЛ

восстановления свободной проходимости дыхательных путей

внутривенного введения дыхательных analeптиков

непрямого массажа сердца

Полость рта здоровому новорожденному:

- протирают ватным шариком
- протирают ватно-марлевым шариком
- протирают марлевым шариком
- не протирают

Основным для лечения омфалита у новорожденных является:

- антибиотикотерапия
- витаминотерапия
- фототерапия
- гемотерапия

Для лечения сепсиса новорожденного применяется:

- антибиотикотерапия
- витаминотерапия
- фототерапия
- гемотерапия

Для лечения везикулопапулеза новорожденного применяется:

- антибиотикотерапия
- витаминотерапия
- фототерапия
- гемотерапия

При судорогах вводят

- глюкозу
- полиглюкин
- фуросемид
- седуксен

Показанием к непрямому массажу сердца является частота сердечных сокращений меньше чем:

- 120
- 100
- 90
- 60

Пупочную ранку при наличии гнойного отделяемого следует обрабатывать:

- 5% раствор йода
- 3% раствором перекиси водорода
- 1% водным раствором бриллиантовой зелени
- раствором борной кислоты
- Для профилактики опрелостей складки кожи новорожденного обрабатывают стерильным растительным маслом
- физраствором
- раствором фурацилина
- раствором полиглюкина

Пуповинный остаток у новорожденного ежедневно обрабатывают раствором

- 70% этилового спирта, 5% калия перманганата
- 70% этилового спирта, 5% йода
- 90% этилового спирта, 3% калия перманганата
- 90% этилового спирта, 3% йода

Пупочную ранку у новорожденного обрабатывают раствором:

- 2% бикарбоната натрия
- 3% перекиси водорода
- 5% йода
- 5% хлорида натрия

Лечение гемолитической болезни новорожденных включает

- ИВЛ
- фототерапию
- оксигенотерапию
- непрямой массаж сердца

Типовые практические задания для проверки умений:

- Определять программу лечения детям с перинатальной патологией
- Определять тактику ведения новорожденных
- Выполнять лечебные вмешательства при базовой помощи новорожденному
- Проводить контроль эффективности лечения неонатальной патологии
- Осуществлять контроль состояния пациента с неонатальной патологией
- Организовывать специализированный сестринский уход новорожденным детям
- Оформлять медицинскую документацию (обменная карта)
- Обработка пупочной ранки
- Туалет глаз
- Туалет носа
- Первичный туалет новорожденного

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

- Асфиксия новорожденных, оказание базовой помощи новорожденному в родильном зале
- Родовые травмы: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
- Перинатальная энцефалопатия: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы ухода и вскармливания детей с поражением центральной и периферической нервной системы, этапы реабилитации.
- Гемолитическая болезнь новорожденных, физиологическая желтуха: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
- Заболевания кожи новорожденных: опрелости, потница, дерматит, пиодермия, везикулопустулез, пузырьчатка абсцесс, омфалит, мастит - тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
- Сепсис новорожденных: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	b	d	b	c	b	b	b	b	d
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
a	a	a	d	b	b	a	a	b	b

ТЕМА: «ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Первый период диетотерапии в лечение гипотрофии 2 степени называется:

адаптационный период

репарационный период

усиленного питания

Второй этап диетотерапии в лечение гипотрофии называется:

адаптационный период

репарационный период

усиленного питания

Третий этап диетотерапии в лечение гипотрофии называется:

адаптационный период

репарационный период

усиленного питания

При гипотрофии I степени расчеты и коррекция питания проводятся на

избыточную массу тела

долженствующую массу тела

фактическую массу тела

недостающую массу тела

При гипотрофии II степени расчеты и коррекция питания проводятся на

избыточную массу тела

долженствующую массу тела

фактическую массу тела

недостающую массу тела

Долженствующую массу тела складывается из

массы тела при рождении и суммы средних ее прибавок за прожитый период

массы тела при рождении и суммы нормальных ее прибавок за прожитый период

массы тела при рождении и суммы фактических ее прибавок за прожитый период

массы тела на настоящий период и суммы прибавок за прожитый период

Продолжительность периода адаптации при лечении гипотрофии II степени составляет

2-5 дней

5-7 дней

7-10 дней

10-14 дней

Продолжительность репарационного периода при лечении гипотрофии I степени составляет

2-5 дней

5-7 дней

7-10 дней

10-14 дней

Продолжительность репарационного периода при лечении гипотрофии II степени составляет

7-10 дней

1-4 недели

2-4 недели

1-4 месяца

Продолжительность репарационного периода при лечении гипотрофии III степени составляет

7-10 дней

1-4 недели

2-4 недели

1-4 месяца

Продолжительность периода усиленного питания при лечении гипотрофии II степени составляет

1-4 недели

2-4 недели

4-6 недели

6-8 недель

Продолжительность периода усиленного питания при лечении гипотрофии III степени составляет

1-4 недели

2-4 недели

4-6 недели

6-8 недель

С целью снятия судорог у ребенка при спазмофилии применяют

пенициллин, ампициллин

седуксен, хлорид кальция

димедрол, тавегил

коргликон, строфантин

При скрытой форме спазмофилии ребенку назначают внутрь

калия хлорид

кальция хлорид

магния сульфат
натрия хлорид
Профилактическая доза витамина D ребенку составляет (МЕ/сут)
200-400
400-500
600-800
800-1000
Лечебная доза витамина D ребенку составляет (МЕ/сут)
400-500
1000-2000
2000-5000
5000-7000
Поддерживающая доза витамина D ребенку составляет (МЕ/сут)
200-400
400-500
1000-2000
2000-5000
Длительность поддерживающей терапии витамином D при рахите составляет
6 месяцев
1 год
1 год 6 месяцев
2 года
Возбудителем кандидозного стоматита являются:
клебсиеллы
дрожжеподобные грибки
стафилококки
вирусы
Путь передачи герпетического стоматита
воздушно-капельный
контактно-бытовой
водный
алиментарный

Типовые практические задания для проверки умений:
Определять программу лечения гипотрофии, рахита, рахитоподобных заболеваний, болезней слизистых полости рта
Определять тактику ведения детей с гипотрофии, рахита, рахитоподобных заболеваний, болезней слизистых полости рта
Выполнять лечебные вмешательства при гипотрофии, рахите, рахитоподобных заболеваниях, болезнях слизистых полости рта
Проводить контроль эффективности лечения гипотрофии, рахита, рахитоподобных заболеваний, болезней слизистых полости рта
Осуществлять контроль состояния пациентов с гипотрофией, рахитом, рахитоподобных заболеваниями, болезнями слизистых полости рта
Организовывать специализированный сестринский уход за детьми с гипотрофией, рахитом, рахитоподобными заболеваниями, болезнями слизистых полости рта
Оформлять медицинскую документацию
Расчет веса и роста у детей разных возрастных групп.
Расчет должностующий вес.
Расчет объема и калорийность питания.
Составлять меню детям с гипотрофией I, II, III степени.

Вопросы для самоконтроля обучающихся:
Гипотрофия, тактика ведения, принципы диетотерапии, медикаментозного и немедикаментозного лечения в зависимости от степени тяжести заболевания, принципы ухода.
Рахит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Рахитоподобные заболевания, тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Заболеваниями слизистой полости оболочки рта: стоматиты (острый герпетический, афтозный), молочницы, тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	b	c	b	c	b	d	c	b	c
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
d	d	b	b	b	c	b	d	b	a

ТЕМА: «ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:
письменная (тесты входного контроля)
устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты
Особенности строения полости носа у детей раннего возраста
носовые ходы узкие, обильная васкуляризация
носовые ходы узкие, недостаточная васкуляризация
носовые ходы широкие, обильная васкуляризация
носовые ходы широкие, недостаточная васкуляризация
Анатомические особенности Евстахиевой трубы у ребенка, способствующие частому развитию отита
короткая и широкая
короткая и узкая
длинная и широкая

длинная и узкая

Причина аритмии дыхания у новорожденного

незрелость дыхательного центра

зрелость дыхательного центра

незрелость иммунитета

зрелость иммунитета

Фактор, способствующий развитию стеноза гортани у детей раннего возраста:

широкая голосовая щель

узкая голосовая щель

цилиндрическая форма гортани

округлая форма гортани

Фактор, способствующий возникновению одышки у детей при воспалении дыхательных путей

слабое развитие добавочных полостей носа

хорошее развитие добавочных полостей носа

широкий просвет трахеи и бронхов

узкий просвет трахеи и бронхов

Наиболее частая причина острого бронхита у детей

бактерии

вирусы

простейшие

грибы

Ведущий клинический симптом обструктивного бронхита у детей

боль в грудной клетке

лихорадка

одышка

слабость

Основной симптом острого бронхита у детей

слабость

недомогание

снижение аппетита

кашель

Для лучшего отхождения мокроты ребенку с острым бронхитом применяют

вибрационный массаж, постуральный дренаж

банки, горчичники

оксигенотерапию, УФО

строгий постельный режим, диету № 15

Лихорадка, одышка, кашель, локальное укорочение перкуторного звука у детей характерны для:

острого бронхита

хронического бронхита

острой пневмонии

бронхиальной астмы

Красновато-коричневый цвет мокроты у детей отмечается при пневмонии

интерстициальной

очаговой

сегментарной

крупозной

Для определения этиологического фактора пневмонии у ребенка следует провести

общий анализ крови

общий анализ мочи

рентгенографию легких

посев мокроты

Этиотропная терапия пневмонии у детей — применение препаратов

противомикробных

десенсибилизирующих

отхаркивающих

бронхолитических

Бронхиальная астма у ребенка характеризуется

лихорадкой

судорогами

приступом удушья

отеками

При приступе бронхиальной астмы ребенок садится, опираясь руками на край сидения для

облегчения кашля

облегчения дыхания

снижения АД

снижения температуры тела

При приступе бронхиальной астмы у ребенка над легкими определяется перкуторный звук

тупой

притупленный

тимпанический

коробочный

При приступе бронхиальной астмы у ребенка над легкими аускультативно определяются

крепитация

сухие хрипы

шум трения плевры

шум трения перикарда

Для купирования приступа бронхиальной астмы у детей используют β_2 -адреномиметик

димедрол

интал

преднизолон
сальбутамол

Для профилактики приступов бронхиальной астмы у детей применяют

пипольфен
пульмикорт
эуфиллин
эфедрин

При лечении бронхиальной астмы у детей применяют ингаляционный глюкокортикостероид

адреналин
буденит
гидрокортизон
димедрол

Типовые практические задания для проверки умений:

Определять программу лечения детям с патологией органов дыхания
Определять тактику ведения болезнями бронхов и легких
Выполнять лечебные вмешательства при патологии органов дыхания
Проводить контроль эффективности лечения детей с заболеваниями органов дыхания
Осуществлять контроль состояния пациента патологией органов дыхания
Организовывать специализированный сестринский уход детям с болезнями органов дыхания
Оформлять медицинскую документацию (оформление листа назначений)
Проведение ингаляции через небулайзер
Проведение ингаляции с помощью ДАИ

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Ларингит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Бронхит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Бронхиолит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Пневмония: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
Бронхиальная астма: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	a	a	b	d	b	c	d	a	c
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
d	d	a	c	b	d	b	d	b	b

ТЕМА: «ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ И РЕВМАТОИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

При уходе за ребенком с сердечной недостаточностью в питании следует ограничить

жидкость, белки
жидкость, углеводы
жидкость, жиры
жидкость, поваренную соль

Диета по М.И.Певзнеру при сердечно-сосудистых заболеваниях в остром периоде

№ 5
№ 7
№ 10
№ 9

Этиотропная терапия при острой ревматической лихорадке у детей – применение препаратов

антибактериальных
гипотензивных
диуретических
противовоспалительных

Вторичная профилактика острой ревматической лихорадке у детей проводится

бициллином-5
пенициллином
ампициллином
цефалексином

Радикальным видом лечения врожденных пороков сердца у детей является

сердечные гликозиды
диуретики
кардиотрофики
оперативное лечение

Вторичная профилактика ревматизма у детей проводится

бициллином-5
димедролом
бисептолом
коргликоном

Этиотропная терапия при ревматизме у детей — применение препаратов

антибактериальных
гипотензивных
диуретических

противовоспалительных

При обмороке ребенку следует придать положение лежа с приподнятым головным концом

лежа на боку

лежа с приподнятым ножным концом сидя с опущенными ногами

При отеке легких у детей проводится

кислородотерапия увлажненным кислородом

кислородотерапия через пеногасители

кислородотерапия не увлажненным кислородом

внутривенное введение кислорода

Какие врожденные пороки сердца характеризуются цианозом?

Открытое овальное окно

Дефект межпредсердной перегородки

Тетрада Фалло

Коарктация аорты

Для коарктации аорты клинически характерны:

отставание в нервно-психического развития

разность в АД верхних и нижних конечностей

наличие влажных хрипов в легких

Ослабление пульсации на лучевой артерии

Органические шумы в сердце выслушиваются при:

врожденных пороках сердца

анемии

гипотонии папиллярных мышц

гипертонии

Какие из перечисленных врожден. пороков сердца сопровождаются одышечно -цианотическими приступами:

дефект межжелудочковой перегородки

дефект межпредсердной перегородки

тетрада Фалло

открытый артериальный проток

Функциональные шумы в сердце выслушиваются при:

врожденных пороках сердца

анемии

приобретенных пороках сердца

врожденном пролапсе митрального клапана

Органические шумы в сердце выслушиваются при:

приобретенных пороках сердца

анемии

гипотонии папиллярных мышц

гипертонии

Для вторичной профилактики ревматизма используются:

бициллин-5 круглогодично

гентамицин круглогодично

цефазолин круглогодично

капотен

В остром периоде ревматизма основным компонентом в лечении являются:

антибактериальная терапия

антиаритмическая терапия

антигистаминные препараты

антигипертензивные препараты

Лечение острой атаки ревматизма с явлениями кардита обязательно включает:

препараты ацетилсалициловой кислоты

глюкокортикоиды

сульфаниламиды

седативные препараты

Лечение в остром периоде ревматоидного артрита

глюкокортикоиды

антибиотики

кальций

гепарин

грубый систолический шум в сердце характерен для:

врожденного порока сердца

перикардита

миокардита

пролапса митрального клапана

Типовые практические задания для проверки умений:

Определять программу лечения детям с сердечно-сосудистой патологией и болезнями крови

Определять тактику ведения детей с сердечно-сосудистой патологией и болезнями крови

Выполнять лечебные вмешательства (уход за внутривенным катетером, измерение частоты сердечных сокращений, артериального давления, пульса на бедренной (сонной) артерии).

Проводить контроль эффективности лечения при болезнях сердца и кроветворных органов

Осуществлять контроль состояния пациента с сердечно-сосудистой патологией и болезнями крови

Организовывать специализированный сестринский уход за детьми с сердечно-сосудистой патологией и болезнями крови

Оформлять медицинскую документацию (направление в стационар)

Выполнение лечебной гимнастики при сердечно сосудистой патологии

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Врожденных пороков сердца: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Острой ревматической лихорадки: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
 Неревматические кардитов: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
 Ювенильный ревматоидный артрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
 Системная красная волчанка: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
 Реактивный артрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d	c	a	a	d	a	a	c	b	c
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
b	a	c	b	a	a	a	a	a	a

ТЕМА: «ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Укажите характерные клинические признаки эзофагита:

Жидкий стул

Запор

Боль в животе

Изжога

Укажите характерные клинические признаки эзофагита:

Боли за грудиной

Жидкий стул

Запор

Боль в животе

Укажите осложнения эзофагита:

Кровотечения.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Язвенная болезнь желудка

Метаплазия слизистой оболочки.

Укажите осложнения эзофагита:

Язвенная болезнь желудка

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Стриктура пищевода.

Метаплазия слизистой оболочки.

Укажите наиболее достоверный клинический признак язвенной болезни:

Сезонность болей

Кровотечение

Боли в эпигастриальной области натошак

Изжога

Укажите наиболее достоверный рентгенологический признак язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

Конвергенция складок

Остаточное пятно бария.

«Раздраженная» луковица.

Быстрый пассаж бариевой смеси.

Укажите наиболее частые осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей:

Рубцевание

Кровотечение

Заживление

Деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

Укажите лабораторный показатель синдрома холестаза:

Гиперхолестеринемия

Гипертрансаминаземия

Диспротеинемия

Гиперфибриногенемия

Укажите характерные клинические симптомы острого холецистита у детей:

Боли в животе, жидкий стул, метеоризм

Боли в правом подреберье, симптомы интоксикации, тошнота

Опоясывающие боли, повторная рвота

Тупые распирающие боли в околопупочной области, метеоризм

Какой лабораторный признак характерен для синдрома Жильбера?

Непрямая гипербилирубинемия

Повышение уровня трансаминаз

Прямая гипербилирубинемия

Гиперхолестеринемия.

Укажите основные признаки острого панкреатита при УЗИ:

Повышение эхогенности ткани поджелудочной железы

Снижение эхогенности ткани поджелудочной железы

Очаговые гиперэхогенные тени поджелудочной железы

Уменьшение размеров поджелудочной железы

Укажите основные признаки острого панкреатита при УЗИ:

Снижение эхогенности ткани поджелудочной железы

Очаговые гиперэхогенные тени поджелудочной железы

Уменьшение размеров поджелудочной железы

Диффузное увеличение размеров поджелудочной железы

Укажите основные клинические признаки НЯК:

Наличие слизи и крови в кале

Стеаторея

Желтуха

Запоры

Какие симптомы являются показанием к проведению колоноскопии?

Спастический запор

Повторные кишечные кровотечения

Атонический запор

Боли по ходу толстой кишки

Для какого заболевания толстой кишки характерны парапроктиты?

НЯК

Болезни Крона

Проктосигмоидит

Дизентерии

Какие заболевания обусловлены инфицированием *H. pylori*?

Острый гастрит.

Лямблиоз

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Рефлюкс-эзофагит.

Назовите клинические признаки желудочно-кишечного кровотечения:

Выраженный метеоризм.

Рвота «кофейной гущей».

Опоясывающие боли в животе.

Жидкий стул

Назовите клинические признаки желудочно-кишечного кровотечения:

Выраженный метеоризм.

Жидкий стул

Опоясывающие боли в животе.

Дегтеобразный стул.

Назовите клинические признаки перфорации язвы желудка:

Алая кровь в стуле.

Жидкий стул

Рвота съеденной пищей

Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки.

Назовите клинические признаки перфорации язвы желудка:

Алая кровь в стуле.

Жидкий стул

Рвота съеденной пищей

Кинжальная боль в подложечной области.

Типовые практические задания для проверки умений:

Определять программу лечения

Определять тактику ведения детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта)

Выполнять лечебные вмешательства (лечебной клизмы, промывания желудка)

Проводить контроль эффективности лечения патологии желудочно-кишечного тракта у детей

Осуществлять контроль состояния пациента с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Организовывать специализированный сестринский уход детям с болезнями желудка и кишечника

Оформлять медицинскую документацию (извещение о инфекционном заболевании)

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Лямблиоз тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Гельминтоз тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Энтеробиоз тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d	a	a	c	b	b	b	a	b	a
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
a	d	a	b	b	c	b	d	d	d

ТЕМА: «ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Больному с острым пиелонефритом необходимы:

холодное питье

горячее питье

дозированное питье

обильное питье

В острый период пиелонефрита больному необходимо назначить в диете:

ограничение углеводов

ограничение соли

ограничение белков

обильное питье

В острый период гломерулонефрита больному необходимо назначить в диете:

ограничение углеводов

ограничение соли

ограничение жиров

обильное питье

В острый период пиелонефрита больному назначают строгий постельный режим:

первые 3 дня лечения

до исчезновения клинических проявлений

на весь период лечения в стационаре

Больному с гломерулонефритом в острый период необходимо назначать:

стол № 7, постельный режим, ограничить жидкость, фруктовая диета

а/б, гипотензивные, мочегонные, гормоны, препараты калия

сердечные гликозиды, цитостатики, альбумин, гемодез

Лечебное питание ребенка с пиелонефритом строится по принципу

молочно-растительной диеты с умеренным ограничением белка и соли

усиленного белкового питания

бессолевого питания

молочно-растительной диеты с ограничением сахара

Строгий постельный режим показан ребенку с пиелонефритом

в первые 3 дня болезни

в острый период заболевания

до полного выздоровления

в период бактериурии

Этиотропной терапией при остром пиелонефрите у детей является

антибактериальная терапия

фитотерапия

физиотерапия

витаминотерапия

При лечении ребенка, больного гломерулонефритом, синдром отмены развивается при внезапной отмене

калия

фуросемида

кальция

преднизолона

В качестве патогенетической терапии детям с нефротической формой гломерулонефрита назначают

глюкокортикоиды с цитостатиками

антибиотики и сульфаниламиды

препараты хинолинового ряда

антиметаболиты с гепарином

Ребенку с любой формой гломерулонефрита в первую очередь назначают

антибактериальную терапию

строгий постельный режим и диету

гипотензивные и диуретические препараты

препараты цитостатического действия

Остеопороз у детей с гломерулонефритом является осложнением терапии

глюкокортикоидами

диуретиками

антибактериальными препаратами

гипотензивными препаратами

Для лечения пиелонефрита используются

Уросептики

Гормональные препараты

Антиагреганты

Мочегонные средства

Для лечения пиелонефрита используются

Гипотензивные средства

Антибиотики

Антиагреганты

Мочегонные средства

Для лечения пиелонефрита используются

Гипотензивные средства

Антиагреганты

Мочегонные средства

Фитотерапия

Для пиелонефрита характерны

Боли в поясничной области

Гипертония

Гематурия

Нарушения ритма сердца

Для пиелонефрита характерны

Повышение температуры тела

Гипертония

Гематурия

Нарушения ритма сердца

Укажите наиболее частый возбудитель пиелонефрита:

Клебсиелла

Кишечная палочка

Синегнойная палочка

Энтерококк

В патогенезе хронического пиелонефрита играют роль следующие факторы:

Нарушение уродинамики

Бактериурия

Нарушение иммунологической реактивности

Частые простудные заболевания

В патогенезе хронического пиелонефрита играют роль следующие факторы:

Обменные нефропатии

Бактериурия

Нарушение иммунологической реактивности

Частые простудные заболевания

Типовые практические задания для проверки умений:

Определять программу лечения детям с патологией почек и мочевого пузыря

Определять тактику ведения с заболеваниями почек и мочевого пузыря

Выполнять лечебные вмешательства (сбор мочи у новорожденного ребенка, оценка фильтрационной и концентрационной функции)

Проводить контроль эффективности лечения детям с болезнями почек и мочевого пузыря

Осуществлять контроль состояния пациента детей с заболеваниями почек и мочевого пузыря

Организовывать специализированный сестринский уход для детей с патологией почек и мочевого пузыря

Оформлять медицинскую документацию (оформление листка диуреза)

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Цистит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Пиелонефрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Гломерулонефрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d	d	b	b	b	a	b	a	d	a
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
b	a	a	b	d	a	a	b	a	a

ТЕМА:

«БОЛЕЗНИ КРОВИ У ДЕТЕЙ: ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

С целью гемостаза при гемофилии А у детей внутривенно вводят

аминокапроновую кислоту

концентрат VIII фактора

концентрат IX фактора

дицинон

С целью гемостаза при гемофилии В у детей внутривенно применяют

консервированную донорскую кровь

тромбин

концентрат VIII фактора

концентрат IX фактора

При лечении ребенка с гемофилией все препараты вводятся только

внутривенно

внутримышечно

подкожно

внутрикожно

Ребенок с гемофилией должен постоянно наблюдаться

детским травматологом

гематологом специализированного центра

детским хирургом

ревматологом

При простудных заболеваниях детям с гемофилией нельзя назначать

парацетамол

ацетилсалициловую кислоту

аскорбиновую кислоту

интерферон

Инвалидность оформляют детям, больным

гемофилией легкой степени тяжести

гемофилией средней степени тяжести

гемофилией тяжелой степени тяжести

гемофилией требующей лечения

Препараты железа рекомендуют запивать

молоком

в соответствии с инструкцией к препарату

чаем

водой

Детям первого года жизни при анемиях легкой и среднетяжелой степени тяжести назначают железо в форме

инъекций

капсул

сиропа

капель

Боль любой локализации, а тем более кровотечение у детей с гемофилией — показание к немедленному введению

анальгетических средств кровезаменителей
 кровезаменителей
 кальцийсодержащих препаратов
 концентрированных антигемофильных препаратов
 Постельный режим детям с тромбоцитопенической пурпурой назначают до купирования криза
 наступления клинической ремиссии
 наступления клинико-лабораторной ремиссии
 восстановления минимального физиологического уровня тромбоцитов ($150 \times 10^9/\text{л}$)
 При выраженном геморрагическом синдроме, при тромбоцитопенической пурпуре детям назначают внутрь
 тромбин
 адреналин
 преднизолон
 метиландростендиол
 Из названных препаратов детям с тромбоцитопенической пурпурой можно применять только ацетилсалициловую кислоту
 анальгин
 нитрофурановые препараты
 внутривенный иммуноглобулин
 Количество детей с тромбоцитопенической пурпурой, выздоравливающих без всякого лечения (в %)
 15
 25
 50
 75
 Консультация детским хирургом необходима детям с тромбоцитопенической пурпурой при острой впервые выявленной тромбоцитопении
 хроническом течении тяжелой степени
 хроническом течении легкой степени тяжести
 хроническом течении средней степени тяжести
 Основным методом лабораторного обследования, подтверждающим диагноз «лейкоз», является:
 клинический анализ крови
 миелограмма
 анализ пунктата лимфоузла
 биохимический анализ крови
 Основным механизмом анемического синдрома при лейкозе является:
 кровопотеря
 дефицит железа
 гемолиз
 угнетение эритропоэза
 Критерии эффективности лечения препаратами железа
 появление ретикулярного криза на 5 день лечения
 появление ретикулярного криза на 7-10 день лечения
 достоверный прирост уровня гемоглобина через 3-4 недели
 полная нормализация клинико-лабораторных показателей к концу курса лечения
 Факторы усиливающие ферроабсорбцию
 кальций
 аскорбиновая кислота
 чай, кофе
 творог
 Факторы снижающие ферроабсорбцию
 аскорбиновая кислота
 мясо
 кальций
 рыба
 Для лечения железодефицитной анемии введение препаратов железа возможно:
 Внутрькожно
 Подкожно
 Энтерально
 Ректально

Типовые практические задания для проверки умений:
 Определять программу лечения болезней крови у детей
 Определять тактику ведения детей с патологией крови и кроветворных органов
 Выполнять лечебные вмешательства при болезнях крови у детей
 Проводить контроль эффективности лечения (оценка гемограммы)
 Осуществлять контроль состояния пациента с заболеваниями крови и кроветворных органов
 Организовывать специализированный сестринский уход детям с болезнями крови и кроветворных органов
 Оформлять медицинскую документацию (проведение анализа обследования пациента)

Вопросы для самоконтроля обучающихся:
 Заболевания крови: определение, классификация
 Железодефицитной анемии: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
 Острой лейкемии: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
 Тромбоцитопенической пурпуры: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.
 Гемофилии: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

b	d	a	b	b	d	b	d	d	a
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
c	d	d	b	b	d	a	b	c	c

ТЕМА: «ЛЕЧЕНИЕ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ»

Форма текущего контроля успеваемости:

письменная (тесты входного контроля)

устная (устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты

Возбудителем кори является

- вирус
- пневмококк
- микобактерия
- шигелла

Возбудителем ветряной оспы является

- вирус
- пневмококк
- микобактерия
- шигелла

Возбудителем паротита является

- вирус
- пневмококк
- микобактерия
- шигелла

Возбудителем краснухи является

- вирус
- пневмококк
- микобактерия
- шигелла

Пути передачи краснухи:

- воздушно-капельный и контактно-бытовой;
- воздушно-капельный и трансплацентарный;
- воздушно-капельный и трансмиссивный;
- контактно-бытовой и трансплацентарный;
- парентеральный и трансплацентарный.

Наиболее опасна краснуха для:

- детей до 1 года;
- детей в период полового созревания;
- беременных;
- пожилых;
- детей в возрасте до начала полового созревания

Для возбудителя ветряной оспы характерны:

- устойчивость в окружающей среде;
- летучесть;
- способность сохраняться на предметах обихода;
- высокая чувствительность к антибиотикам;
- обнаружение в моче больного.

Для ветряной оспы наиболее характерен следующий вид сыпи:

- мелкопятнистый;
- геморрагический;
- папуло-везикулезный;
- мелкоточечный;
- розеолезный.

Инкубационный период при краснухе составляет (в днях):

- 1-2
- 7-8
- 10-14
- 11-23
- 15-30.

Наиболее характерными клиническим симптомом краснухи является:

- ангина;
- бледный носогубный треугольник;
- увеличение затылочных лимфатических узлов;
- геморрагическая сыпь;
- инспираторная одышка.

Карантин на контактных в дошкольном учреждении объявляется на (в днях):

- 7
- 9
- 11
- 21
- 30.

При неосложненных формах ветряной оспы назначаются следующие лечебные мероприятия:

- антибиотикотерапия;
- сульфаниламиды;
- иммуноглобулин;
- симптоматическая терапия;
- гормонотерапия.

Инкубационный период при паротите равен:

1-7 дней;

3-15 дней;

6-9 дней;

11-23 дня.

Сыпь при краснухе:

геморрагическая;

пятнистая;

папуло-везикулезная;

пустулезная.

Наиболее тяжелым осложнением краснухи является:

геморрагический синдром;

менингоэнцефалит;

гломерулонефрит;

пневмония.

Передача возбудителя при ветряной оспе возможна:

алиментарным путем;

воздушно-капельным путем;

контактно-бытовым путем;

трансмиссионным путем.

Ветряной оспой болеют

привитые

не привитые

переболевшие ранее герпетической инфекцией

новорожденные

Передача возбудителя при краснухе возможна от:

носителя

больного

здорового контактного по краснухе

привитого в ранний поствакцинальный период

Больной ветряной оспой заразен для окружающих в течении:

5 дней от начала высыпаний;

5 дней после последнего высыпания;

5 дней после отпадения корочек;

до отпадения всех корочек.

Для подтверждения диагноза паротит нужно провести лабораторное исследование:

клинический анализ крови;

определение белка в ликворе;

мазок из зева на флору;

обнаружение антител и их титра;

Типовые практические задания для проверки умений:

техника взятия мазка из зева

техника закапывания капель в нос

обработка высыпаний кожи при ветряной оспе

составление плана ведения пациентов при инфекционных экзантемах

заполнение экстренного извещения

оформление журнала регистрации случаев инфекционной патологии

Вопросы для самоконтроля обучающихся:

Корь: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Краснуха: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Ветряная оспа: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Эпидемический паротит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Скарлатина: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение.

Менингит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Дифтерия: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Мононуклеоз: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эпидемический паротит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Коклюш: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Герпетическая инфекция у детей: этиология, патогенез; клинические проявления герпетической инфекции у детей: стоматит, герпетиформная экзема

Капоши, герпес кожи, генитальный герпес, лечение.

Кандидозная инфекция у детей: этиология, патогенез; клинические проявления герпетической инфекции у детей: молочница, кандидозная ангина, лечение.

ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез; клинические проявления различных стадий ВИЧ-инфекции у детей, лечение и уход.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	a	a	a	b	c	b	c	d	c
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
d	d	d	b	b	b	b	b	b	d

Критерии оценивания задач

Оценка: 2 – 5 баллов (2 балла – задание не выполнено, 3 балла – дан правильный ответ на 1 из 3 вопросов, 4 балла – дан правильный ответ на 2 из 3 вопросов, 5 балла – дан правильный ответ на все вопросы)

Критерии оценивания тестов

Оценка: 5 – дано правильное определение 90-100% терминов.

4 - дано правильное определение 80-90% терминов

3 - дано правильное определение 70-80% терминов

Критерии оценивания практических умений

Оценка: 2 – 5 баллов (2 балла – не может рассказать последовательность выполнения не одного практического навыка, 3 балла – рассказал, как выполнить практический навык, но нарушил последовательность или допустил грубую ошибку, 4 балла - рассказал последовательность практического навыка, с незначительной допустимой неточностью, 5 балла – дан правильный алгоритм выполнения практического

ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет

Форма проведения успеваемости:

устная (сдача практических умений на примере клинических задач)

тестирование (компьютерное тестирование)

Перечень вопросов для проверки знаний и умений

Определение понятия базовая помощь новорожденному

Основные принципы ухода за новорожденным

Базовая помощь новорожденному в родильном зале

Асфиксия новорожденных, оказание базовой помощи новорожденному в родильном зале

Родовые травмы: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Перинатальная энцефалопатия: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы ухода и вскармливания детей с поражением центральной и периферической нервной системы, этапы реабилитации.

Гемолитическая болезнь новорожденных, физиологическая желтуха: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Заболевания кожи новорожденных: опрелости, потница, дерматит, пиодермия, везикулопустулез, пузырьчатка абсцесс, омфалит, мастит - тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Сепсис новорожденных: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Гипотрофия, тактика ведения, принципы диетотерапии, медикаментозного и немедикаментозного лечения в зависимости от степени тяжести заболевания, принципы ухода.

Рахит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Рахитоподобные заболевания, тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Заболеваниями слизистой оболочки рта: стоматиты (острый герпетический, афтозный), молочницы, тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Ларингит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Бронхит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Бронхиолит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Пневмония: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Бронхиальная астма: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Врожденных пороков сердца: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Острой ревматической лихорадки: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Неревматические кардитов: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Ювенильный ревматоидный артрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Системная красная волчанка: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Реактивный артрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Лямблиоз тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Гельминтоз тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Энтеробиоз тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Цистит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Пиелонефрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Гломерулонефрит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Железодефицитной анемии: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Острой лейкемии: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Тромбоцитопенической пурпуры: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Гемофилии: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Тромбоцитопеническая пурпура: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Корь: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Краснуха: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Ветряная оспа: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Эпидемический паротит: тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, принципы диетотерапии и ухода.

Скарлатина: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение.

Менингит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Дифтерия: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Мононуклеоз: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эпидемический паротит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Коклюш: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Герпетическая инфекция у детей: этиология, патогенез; клинические проявления герпетической инфекции у детей: стоматит, герпетическая экзема

Капоши, герпес кожи, генитальный герпес, лечение.

Кандидозная инфекция у детей: этиология, патогенез; клинические проявления герпетической инфекции у детей: молочница, кандидозная ангина, лечение.

ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез; клинические проявления различных стадий ВИЧ-инфекции у детей, лечение и уход.

Типовые тестовые задания для проверки знаний:

Для пиелонефрита характерны

Повышение температуры тела

Гипертония

Гематурия

Нарушения ритма сердца

Укажите наиболее частый возбудитель пиелонефрита:

Клебсиелла

Кишечная палочка

Синегнойная палочка

Энтерококк

В патогенезе хронического пиелонефрита играют роль следующие факторы:

Нарушение уродинамики

Бактериурия

Нарушение иммунологической реактивности

Частые простудные заболевания

Больному с гломерулонефритом в острый период необходимо назначать:

стол № 7, постельный режим, ограничить жидкость, фруктовая диета

а/б, гипотензивные, мочегонные, гормоны, препараты калия

сердечные гликозиды, цитостатики, альбумин, гемодез

Какие заболевания обусловлены инфицированием *H. pylori*?

Острый гастрит.

Лямблиоз

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Рефлюкс-эзофагит.

Назовите клинические признаки желудочно-кишечного кровотечения:

Выраженный метеоризм.

Рвота «кофейной гущей».

Опоясывающие боли в животе.

Жидкий стул

Укажите характерные клинические признаки эзофагита:

Жидкий стул

Запор

Боль в животе

Изжога

Этиотропная терапия при ревматизме у детей — применение препаратов

антибактериальных

гипотензивных

диуретических

противовоспалительных

При обмороке ребенку следует придать положение

лежа с приподнятым головным концом

лежа на боку

лежа с приподнятым ножным концом

сидя с опущенными ногами

Боль любой локализации, а тем более кровотечение у детей с гемофилией — показание к немедленному введению

анальгетических средств кровезаменителей

кровезаменителей

кальцийсодержащих препаратов

концентрированных антигемофильных препаратов

Постельный режим детям с тромбоцитопенической пурпурой назначают до

купирования криза

наступления клинической ремиссии

наступления клинико-лабораторной ремиссии

восстановления минимального физиологического уровня тромбоцитов ($150 \times 10^9/\text{л}$)

Вторичная профилактика острой ревматической лихорадке у детей проводится

бициллином-5

пенициллином

ампициллином

цефалексином При приступе бронхиальной астмы у ребенка над легкими аускультативно определяются

крепитация

сухие хрипы

шум трения плевры

шум трения перикарда

Для купирования приступа бронхиальной астмы у детей используют β_2 -адреномиметик

димедрол

интал

преднизолон

сальбутамол

Для профилактики приступов бронхиальной астмы у детей применяют

нипольфен

пульмикорт

эуфиллин

эфедрин

При лечении бронхиальной астмы у детей применяют ингаляционный глюкокортикостероид

адреналин

буденит

гидрокортизон

димедрол

При приступе бронхиальной астмы у ребенка над легкими определяется перкуторный звук

тупой

притупленный
тимпанический
коробочный

Лихорадка, одышка, кашель, локальное укорочение перкуторного звука у детей характерны для:

острого бронхита
хронического бронхита
острой пневмонии
бронхиальной астмы

Лечебная доза витамина D ребенку составляет (МЕ/сут)

400-500
1000-2000
2000-5000
5000-7000

Поддерживающая доза витамина D ребенку составляет (МЕ/сут)

200-400
400-500
1000-2000
2000-5000

Длительность поддерживающей терапии витамином D при рахите составляет

6 месяцев

1 год

1 год 6 месяцев

2 года

Возбудителем кандидозного стоматита являются:

клебсиеллы
дрожжеподобные грибки
стафилококки
вирусы

Путь передачи герпетического стоматита

воздушно-капельный
контактно-бытовой
водный
алиментарный

Третий этап диетотерапии в лечение гипотрофии называется:

адаптационный период
репарационный период
усиленного питания

При гипотрофии I степени расчеты и коррекция питания проводятся на

избыточную массу тела
долженствующую массу тела
фактическую массу тела
недостающую массу тела

Задачей 1-го этапа реанимации новорожденных при асфиксии является

восстановление проходимости дыхательных путей
стимуляция внешнего дыхания
коррекция гемодинамических, метаболических расстройств
стимуляция сердечной деятельности

Задачей 2-го этапа реанимации является

восстановление проходимости дыхательных путей
стимуляция внешнего дыхания
коррекция метаболических и гемодинамических расстройств
стимуляция сердечной деятельности

Задачей 3-го этапа реанимации является

восстановление проходимости дыхательных путей
стимуляция внешнего дыхания
коррекция метаболических и гемодинамических расстройств
стимуляция сердечной деятельности

Лечение гемолитической болезни новорожденных обязательно включает

ИВЛ

заменное переливание крови

оксигенотерапию

антибактериальную терапию

Лечение гемолитической болезни новорожденных включает

ИВЛ

фототерапию

оксигенотерапию

непрямой массаж сердца

Пути передачи краснухи:

воздушно-капельный и контактно-бытовой;
воздушно-капельный и трансплацентарный;
воздушно-капельный и трансмиссивный;
контактно-бытовой и трансплацентарный;
парентеральный и трансплацентарный.

Возбудителем паротита является

вирус

пневмококк

микобактерия

шигелла

Возбудителем краснухи является

вирус
пневмококк
микобактерия
шигелла
Возбудителем кори является

вирус
пневмококк
микобактерия
шигелла
Возбудителем ветряной оспы является
вирус
пневмококк
микобактерия
шигелла

Для ветряной оспы наиболее характерен следующий вид сыпи:

мелкопятнистый;
геморрагический;
папуло-везикулярный;
мелкоточечный;
розеолезный.

Сыпь при краснухе:

мелкоточечная;
геморрагическая;
пятнистая;
папуло-везикулярная;
пустулезная.

Наиболее тяжелым осложнением краснухи является:

гепатомегалия;
геморрагический синдром;
менингоэнцефалит;
гломерулонефрит;
пневмония.

Передача возбудителя при ветряной оспе возможна:

парентеральным путем;
алиментарным путем;
воздушно-капельным путем;
контактно-бытовым путем;
трансмиссионным путем.

С целью гемостаза при гемофилии А у детей внутривенно вводят

аминокапроновую кислоту
концентрат VIII фактора
концентрат IX фактора
дицинон

С целью гемостаза при гемофилии В у детей внутривенно применяют

консервированную донорскую кровь
тромбин
концентрат VIII фактора
концентрат IX фактора

При лечении ребенка с гемофилией все препараты вводятся только

внутривенно
внутримышечно
подкожно
внутрикожно

Препараты железа рекомендуют запивать

молоком
в соответствии с инструкцией к препарату
чаем
водой

Детям первого года жизни при анемиях легкой и среднетяжелой степени тяжести назначают железо в форме

инъекций

капсул
сиропа
капель

При выраженном геморрагическом синдроме, при тромбоцитопенической пурпуре детям назначают внутрь

тромбин
адреналин
преднизолон
метиландростендиол

Основным методом лабораторного обследования, подтверждающим диагноз «лейкоз», является:

клинический анализ крови
миелограмма
анализ пунктата лимфоузла
биохимический анализ крови

Основным механизмом анемического синдрома при лейкозе является:

кровопотеря
дефицит железа
гемолиз

угнетение эритропоэза

Факторы, усиливающие ферроабсорбцию

кальций
аскорбиновая кислота
чай, кофе
творог
Факторы, снижающие ферроабсорбцию
аскорбиновая кислота
мясо
кальций
рыба
При скрытой форме спазмофилии ребенку назначают внутрь
калия хлорид
кальция хлорид
магния сульфат
натрия хлорид

Тестовые задания

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №1

Ребенок 20 дней, родители обратились с жалобами на вялость, отказ от груди, повышение температуры. Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне обострения хронического пиелонефрита во II половине, получила лечение урологическими фитосборами, роды в срок. При осмотре: температура 37,60С, на коже лица и туловища множественные пузырьки с серозным содержимым небольших размеров, окружены воспалительным ободком.

Поставьте предположительный диагноз?

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №2

Новорожденный родился с массой тела 2500г. Оценка на 1 минуте: дыхание самостоятельное - 40 дыхательных движений в минуту, ЧСС - 80 ударов в минуту. Кожа розовая, мышечный тонус снижен, появляются гримасы на раздражение.

Дайте оценку по Апгар.

Определите дальнейшую тактику и последовательность необходимых реанимационных мероприятий

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №3

Девочка, 10 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на носовое кровотечение, кровавую рвоту. Страдает кровотечениями с 4-х лет. Обострения бывают 4-5 раз в год в виде носовых кровотечений и геморрагий на коже. Неоднократно лечилась в стационаре, последний раз получила лечение стационарно 3 месяца назад, выписана с улучшением. Девочка от 1 нормально протекавшей беременности, родилась в срок с массой 3200 г. С месячного возраста на искусственном вскармливании. До года ничем не болела. После года частые ОРЗ. Аллергологический анамнез не отягощен. Матери и отцу по 34 года. Отец страдает поллинозом.

Объективно: состояние девочки средней тяжести. Обращает на себя внимание бледность кожных покровов и наличие на коже туловища и конечностей разного цвета "синяков", размером от 0,5x1,0 см до 3x4 см, а также петехиальной сыпи на лице и шее. Экхимозы расположены асимметрично. Единичные петехиальные элементы на слизистой полости рта, по задней стенке глотки кровь. Миндалины не выступают из-за дужек. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные,

ритмичные, пульс 95 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Мочепускание не нарушено, стул оформлен, темного цвета.

В анализе крови: Эр.-3,3x10¹²/л, Нв-85 г/л, тромбоциты 24,6x10⁹/л, лейкоц.-8,0x10⁹/л. Длительность кровотечения по Дюке 15 мин. Реакция Грегерсена положительная. Анализ мочи без патологии.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №4

Мальчик, 11 лет, 1,5 месяца назад перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость.

Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений в носоглотке при этом не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не было выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта.

Неврологические расстройства нарастают: усилилось гримасничанье, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной был госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см внутри от среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены. Выслушивается дующий негрубый систолический шум на верхушке сердца, не проводящийся за пределы сердца. ЧСС - 75 уд/ мин. АД - 105/65 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр - 4,5x10¹²/л, Л - 4,5x10⁹/л, П - 2, С - 46, Э - 2, ЛФ - 48, М - 2, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - отсутствует, Л - 2-3 в п/з, Эр - отсутствуют.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №5

Вера Н., 10 лет, поступила в клинику в тяжелом состоянии с выраженными явлениями удушья. Подобное явление отмечается у девочки на протяжении 4-х лет, возникает в разное время года, чаще осенью и зимой. Приступы затрудненного дыхания чаще начинаются в ночное время.

Данные анамнеза. В течение первых 2-х лет жизни у девочки были проявления экссудативного диатеза, которые возникали в ответ на пищевые погрешности (обычно на избыток сладостей, а также включение в пищу цитрусовых), на третьем году перечисленные явления прошли. Мать ребенка много лет страдает аллергическим дерматитом, у бабушки по линии матери - поллиноз.

Данные объективного обследования. Состояние средней степени тяжести, дыхание затруднено, выражена экспираторная одышка. Ребенок занимает

вынужденное положение, опираясь руками о перекладину кровати.

Лицо немного одутловатого вида, легкий периоральный цианоз, губы слегка отечны. Грудная клетка умеренно вздута, плечевой пояс приподнят. Дыхание поверхностное, учащенное, выдох удлинен. Перкуторно - коробочный оттенок звука, аускультативно - жесткое дыхание над всеми легочными полями, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 1 см из-под реберного края. Стул и мочеиспускание, со слов девочки, не нарушены. Со стороны нервной системы патологии не выявлено.

Данные лабораторных методов исследования.

ОАК: Эр - 3,8x10¹²/л; Нв - 122 г/л; Л - 6,8x10⁹/л; СОЭ - 14 мм/час; Э - 9; П - 3; С - 38; ЛФ - 26; М - 4.

ОАМ - без особенностей.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, подвижность нижних краев легких ограничена, корни структурные, сердце обычной конфигурации.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №6

Во время проведения патронажа к новорожденному ребенку мать обратилась к фельдшеру за советом в связи с тем, что ее старшая дочь 5 лет стала капризной, раздражительной, ухудшился сон, аппетит, жалуется на периодические боли в животе, зуд в заднем проходе, тошноту. У девочки стало отмечаться ночное недержание мочи.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения новорожденного.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по профилактике.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №7

На приеме ребенка 2-х мес. мама предъявила жалобы, что у малыша в последние две недели значительно сократился интервал между кормлениями, постоянно беспокоится. Ребенок на грудном вскармливании. За последний месяц поправился на 400,0 г и в настоящий момент весит 4200 г. Масса тела при рождении 3400 г. При контрольном взвешивании высасывает 100 мл грудного молока.

Задания

Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.

К развитию какого заболевания может привести или уже привела эта причина? Подтвердите свои предложения расчетом.

Какие данные объективного осмотра подтвердят Ваш диагноз?

Назначьте лечение: а) матери, б) ребенку.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №8

Родители мальчика 3-х лет, обратились к врачу с жалобами на вялость, отеки в области лица и ног, снижение аппетита, боли в животе.

Из анамнеза выявлено, что мальчик часто болеет простудными заболеваниями, а две недели назад перенес ангину. Лечение на дому: бисептол, фарингосепт, поливитамины. Генеалогический и социальный анамнез без особенностей.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, синева под глазами, веки отечны, отеки на ногах. В зеве - слизистые физиологической окраски, лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, слегка болезненны, не спаяны с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Со стороны сердца и органов дыхания патологии не выявлено. Живот мягкий при пальпации, отмечается небольшая болезненность, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе мочи: белок 14г/л, относительная плотность 1030, реакция щелочная, эритроциты до 20 в поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения гиалиновые цилиндры.

В общем анализе крови: Э-4,0x10¹²/л, Нв-100 г/л, Л-4,7x10⁹/л, СОЭ-69 мм/час. Биохимия крови: остаточный азот 35,7 ммоль/л, мочевины 13,48 ммоль/л, общий белок в крови 46,8 г/л.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по уходу.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №9

На ФАП, под Ваше наблюдение из другой местности прибыл ребенок 7 мес. История развития утеряна при переезде.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, кожа чистая, бледной окраски, большой родничок 2,0 на 2,0 см., края слегка податливы.

Отмечается увеличение теменных и лобных бугров, грудная клетка уплощена с боков, на ребрах пальпируются «четки». Умеренно выражена гипотония мускулатуры: ребенок не сидит, не ползает, при попытке посадить выявляется симптом «складного ножа». Со стороны внутренних органов: дыхание пуэрильное, пульс – 120 ударов в 1 минуту, тоны сердца слегка приглушены, живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Стул, мочеиспускание – без особенностей.

ВОПРОСЫ

Сформулируйте предположительный диагноз.

Тактика фельдшера

Назначьте лечение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №10

Ребенок 12 лет нормального телосложения, удовлетворительного питания, заболел остро, когда повысилась температура до 38,0, появился отек в области околушной железы справа. На следующий день температура повысилась до 38,50, появился отек в области околушной железы слева. На 3-й день болезни температура нормализовалась, на 6-й день – вновь повысилась до 39,0, появилась головная боль, боль в животе, двукратная рвота. Известно, что в классе, где учится мальчик, у нескольких детей было установлено аналогичное заболевание.

При осмотре дома состояние ребенка тяжелое. Жалобы на боль в животе, тошноту и боль в околушных областях при жевании. В области околушных слюнных желез пальпируется опухолевидное болезненное образование, кожа над ними не изменена. Мальчику трудно открыть рот (больно). Язык суховат, обложен серым налетом. Живот при пальпации болезненный в области эпигастрия. Менингеальные знаки отрицательные.

Общий анализ крови: Нв-120г/л, лейкоциты - 5x10⁹/л, эритроциты - 4x10¹²/л, Э-0, П-2%, С-46%, Л-59%, М-2%, СОЭ-18мм/час.

Диастаза мочи: 128ед.

ВОПРОСЫ

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику ведения.

Противоэпидемические мероприятия.

Специфическая профилактика

Эталон решения типовых ситуационных задач

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ №1

Пузырчатка новорожденного Сепсис?

Госпитализация в перинатальный центр,

Антибактериальная терапия

Обработка кожи антисептиками

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ №2

6-7 баллов по Апгар, оценка через 5 минут

Первичный туалет новорожденного, в реанимационных мероприятиях не нуждается

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ №3

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Заключение основано на данных анамнеза заболевания: жалобы на носовые кровотечения с 4-х лет, геморрагии, объективных данных: состояние средней тяжести, бледность кожных покровов и наличие на коже туловища и конечностей разного цвета "синяков", петехиальной сыпи на лице и шее. Экхимозы расположены асимметрично. Стул темного цвета.

В лабораторных данных: в анализе крови снижение количества эритроцитов до Эр.-3,3x10¹²/л, снижение гемоглобина до 85 г/л, снижение тромбоцитов до 24,6x10⁹/л; увеличение длительности кровотечения по Дюке до 15 мин. Положительная реакция Григгера. Дополнительные симптомы: положительные пробы на резистентность капилляров; спленомегалия; кровотечения: десневые, маточные, желудочно-кишечные, почечные; ДВС синдром.

Доврачебная помощь заключается в оказании неотложной помощи создание спокойной обстановки, транспортировка в положении больного с приподнятой головой, механическая остановка кровотечения: холод на область переносицы, передняя тампонада носа, местно - гемостатическое средство — 3% раствор перекиси водорода.

Диагностическая программа в стационаре:

общий анализ крови с определением количества и морфологии тромбоцитов и длительности кровотечения;

коагулограмма;

пункция костного мозга миеелограмма;

общий анализ мочи;

определение количества тромбоцитов в динамике;

иммунологическое исследование;

биохимический анализ крови (белок, протеинограмма);

определение очагов хронической инфекции;

консультация гематолога, стоматолога, офтальмолога;

УЗИ органов брюшной полости для исключения кровоизлияний в печень и селезенку.

Лечебная программа:

борьба с геморрагическим синдромом: парентеральная терапия гемостатическими средствами, внутривенное введение эпсилонаминокапроновой кислоты, глюкокортикоидов, внутривенно или внутримышечно дидинон, адроксон;

местно действующие гемостатические средства: гемостатическая губка, фибриновая пленка тромбин, 3% раствор перекиси водорода, 0,1% раствор адреналина;

введение внутривенно иммуноглобулина 0,4 г/кг;

плазмаферез;

спленэктомия не ранее чем через 12-18 мес после начала заболевания;

иммуносупрессивная и цитостатическая терапия;

средства, уплотняющие сосудистую стенку и улучшающие адгезивно-агрегационные свойства тромбоцитов.

После выписки из стационара рекомендована диета стол №5 с исключением облигатных аллергенов, противорецидивное лечение 2 раза в год, витамины Р, А, С, фитотерапия, санация очагов хронической инфекции.

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ №4

Острая ревматическая лихорадка, активная стадия, активность III. Малая хорея. Эндокардит.

Биохимическое исследование крови (СРБ, серомукоид, АСЛ-О, антистрептокиназа, протеинограмма), ЭКГ, Эхо-КГ.

Госпитализация. Постельный режим. Диета № 10, кардиотрофическая (ограничение соли, много белка животного происхождения, калийсодержащих продуктов). Витамины и микроэлементы в виде натуральных продуктов. Антибиотики пенициллинового ряда, цефалоспорины 2-3 поколения. НПВС.

ГКС возможно. Седативные препараты. Электросон.

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ №5

Бронхиальная астма

В приступном периоде: бронхоспазмолитики ингаляционно (комбинация β₂-агонисты с ипратропия бромидом), ингаляционные глюкокортикостероиды (пальмикорт), глюкокортикоидные препараты парентерально (преднизолон 1 мг/кг) при недостаточном эффекте ингаляционной терапии,

В межприступном периоде – лечение в соответствии с Национальной программой по бронхиальной астме (ступенчатый подход): ингаляционные глюкокортикостероиды, бронхоспазмолитики, улучшение дренажной функции легких (массаж, кинезитерапия, дыхательная гимнастика и др).

Наблюдение пульмонолога 4 раза в год в первый год после обострения.

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ №6

Энтеробиоз. Диагноз ставится на основе анамнеза, жалоб, типичных для этого заболевания: ребенок капризный, раздражительный, ухудшился сон, аппетит, жалуется на периодические боли в животе, зуд в заднем проходе, тошноту, отмечается ночное недержание мочи.

Острицы можно обнаружить на поверхности фекалий, а также снять их яйца с перианальной области липкой, прозрачной полиэтиленовой пленкой с последующим микроскопированием.

Лечение. Эффективен пирантел однократно в дозе 10 мг/кг. При необходимости курс лечения повторяют через 5 дней. При лечении энтеробиоза необходимо строгое соблюдение гигиенического режима. Прогноз благоприятный. Контрольный анализ — соскоб на яйца остриц проводится через 1 месяц.

Профилактика. Соблюдение гигиены тела, одежды, жилища, одновременное лечение всех членов семьи. Родителям рекомендовать следить за гигиеной ребенка, мыть овощи, фрукты, игрушки и предметы обихода, кипятить и проглаживать и часто менять постельное белье. Ежедневно проводить влажную уборку с проветриванием помещения.

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ №7

Жалобы матери, что у ребенка в последние 2-е недели сократился интервал между кормлениями, и он стал беспокойным, можно связать с голоданием ребенка, вероятно из-за нехватки молока вследствие развивающейся гипогалактии у матери. Это можно подтвердить путем проведения контрольного кормления (взвешивания). Сделав расчет разового количества пищи, необходимого ребенку, и, сравнив с цифрой, полученной при контрольном взвешивании, можно определить, сколько молока по количеству не хватает ребенку и восполнить его докормом в виде молочной смеси.

Количественное голодание ребенка может привести к развитию гипотрофии. Масса тела долженствующая равна 3400+600+800 (г.), т.е. 4800 г. Масса тела

фактическая равна 4200 г. Дефицит массы тела равен 600 г или 12,5%, что соответствует гипотрофии 1 степени.

Бледность кожных покровов, уменьшение подкожно-жирового слоя на туловище, снижение эластичности кожи и тургор мягких тканей. 4. Лечение: а) лечение гипогалактии:

– нормализация режима дня матери;

– полноценное питание;

– достаточный прием жидкости, не менее 2,0 л в сутки;

– назначение 1 метаболического комплекса, включающего: апилак (1 таблетка 3 раза в день под язык); поливитамины («Гендевит», 1 таблетка 2 раза в день, плюс витамин Е1 драже 3 раза в день); глютаминовую кислоту (по 1,0 г 3 раза в день); никотиновую кислоту (1 таблетка 3-4 раза в день за 15-20 минут до кормления);

– массаж грудных желез;

– фитотерапия (настой плодов шиповника, крапивы, душицы, корней одуванчика и т.д.);

– физиолечение: (УВЧ, УФО, ультразвук, вибрационный массаж).

б) Суточный объем питания равен 1/5 от должствующей массы тела или $1/5 \times (3400+600+800)$ или 960 г. Разовый объем питания равен 960:6 (число кормлений) или 160 г. Ребенок переводится на смешанное вскармливание, вводится докорм в виде какой-либо адаптированной молочной смеси в количестве 60,0 г на каждое кормление. Смесь давать после кормления грудью, из бутылочки через соску или с ложечки.

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ №8

Острый гломерулонефрит. Заключение основано на данных анамнеза и жалоб: отеки в области лица и ног, вялость, снижение аппетита, боли в животе. Провоцирующим фактором возникновения данного заболевания послужила перенесенная 2 недели назад ангина. Данные объективного обследования: бледность кожных покровов, "синева" под глазами, отечность век, ног, умеренная болезненность при пальпации живота. Данные лабораторного исследования: в анализе мочи повышенное содержание белка до 14 г/л, появление эритроцитов до 20 в поле зрения, гиалиновых цилиндр, в анализе крови СОЭ-69 мм/час (резко ускорена), Нв-100 г/л (снижен), биохимическом анализе крови остаточный азот повышен до 35,7 ммоль/л, повышение мочевины до 13,48 ммоль/л, снижение общего белка до 46,8 г/л.

Дополнительные симптомы которые можно выявить: повышение А/Д, головная боль, олигоурия, дизурические проявления, повышение температуры тела.

Ребенка необходимо госпитализировать. Доврачебная помощь заключается в симптоматическом лечении и транспортировке больного в стационар в положении лежа.

Диагностическая и лечебная программа в стационаре: диагностическая программа общий анализ крови; общий анализ мочи; анализ мочи по Зимницкому и Аддису-Каковскому; суточная экскреция белка; биохимический анализ крови (определение общего белка и белковых фракций мочевины, креатинина, остаточного азота, СРБ); клиренс креатинина; коагулограмма; УЗИ почек; экскреторная урография; биопсия почек по показаниям; консультация ЛОР, генетика, уролога;

лечебная программа постельный режим 3-4 недели; из диеты исключить поваренную соль, раздражающие, экстрактивные, алергизирующие продукты, потребление белка уменьшить, количество жидкости ограничить; базисная терапия: диуретики, гипотензивные средства, антибиотики, витамины группы В; в тяжелых случаях патогенетическая терапия: кортикостероиды, цитостатики.

После выписки из стационара ребенок должен наблюдаться у нефролога, с диспансерного учета снимать через 5 лет, если в течение последнего года отмечается ремиссия.

Проба по Зимницкому проводится согласно алгоритму проведения манипуляции.

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ №9

Учитывая возраст ребенка (7 месяцев), наличие выраженных изменений со стороны костной системы (поражение костей черепа и грудной клетки), появление симптомов, свидетельствующих о гипотонии мускулатуры, можно думать о рахите II степени. Медленное развитие заболевания, преобладание симптомов остеоидной гиперплазии говорит в пользу подострого течения.

Тактика фельдшера. Так как ребенок лечится амбулаторно, необходимо: а) назначить лечение; б) проконсультироваться у врача-педиатра на ближайшем фиксированном приеме; в) проконтролировать выполнение назначенных мероприятий; г) взять на диспансерный учет во II группу по рахиту, риску развития дистрофии, анемии; составить индивидуальный план диспансерного наблюдения.

Лечение: а) специфическое: назначение витамина Д в лечебной дозе 2000 МЕ в день в течение 30 дней + поливитамины (например, «Ревит» по 1 драже через день) или витамин С в порошках по 0,05 г 3 раза в день, 10-15 дней. б) неспецифическое: гигиенический уход, профилактика опрелостей, потницы, достаточное пребывание на свежем воздухе, рациональное вскармливание.

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ №10

Эпидемический паротит, комбинированная форма (поражение околоушных слюнных желез и поджелудочной железы).

Изоляция больного на дому на 9 дней от начала заболевания. Текущая санитарная обработка. Диета №5п (теплая пища, измельченная или жидкая, порираванная; исключение хлеба, органических кислот, раздражающих веществ, питание дробное, 6 раз в сутки). Гигиена полости рта. Интерферон в виде капель в нос в первые два дня заболевания.

Передача экстренного извещения о случае инфекционного заболевания в течение 12 часов. Контактных детей до 10 лет, не болевших эпид. паротитом, разобщают на 21 день с момента контакта, а при установленной точной дате контакта – с 11 по 21 день (длительность инкубационного периода) - это неспецифическая профилактика.

Специфическая профилактика разработана – вакцинация в 12 месяцев жизни ребенка, затем – ревакцинация в 6 лет.

Эталоны ответов тестовых заданий

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	b	a	b	c	b	d	a	c	d
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
a	d	b	d	b	b	d	c	c	b
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
d	b	a	c	b	a	b	d	b	b
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
b	a	a	a	a	c	c	c	c	b
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
d	a	b	d	c	b	d	b	c	b

Критерии оценивания результатов промежуточной аттестации (дифференцированный зачет)

Критерии оценивания практических умений

Оценка: 2 – 5 баллов (2 балла – не может рассказать последовательность выполнения не одного практического навыка, 3 балла – рассказал, как выполнить практический навык, но нарушил последовательность или допустил грубую ошибку, 4 балла - рассказал последовательность практического навыка, с незначительной допустимой неточностью, 5 балла – дан правильный алгоритм выполнения практического

Критерии оценивания тестов

Оценка: 5 – дано правильное определение 90-100% терминов.

4 - дано правильное определение 80-90% терминов

3 - дано правильное определение 70-80% терминов

Критерии оценивания задач

Оценка: 2 – 5 баллов (2 балла – задание не выполнено, 3 балла – дан правильный ответ на 1 из 3 вопросов, 4 балла – дан правильный ответ на 2 из 3 вопросов, 5 балла – дан правильный ответ на все вопросы)

Критерии итоговой оценки

Выставлении итоговой оценки дифференцированного зачета, учитываются результаты сдачи практических умений, тестирования и решения клинических задач. При этом общая оценка вычисляется как средняя арифметическая, полученных промежуточных результатов с применением метода округления.

Таблица соответствия образовательных результатов оценочным средствам

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Задание 1 принципы лечения и ухода в педиатрии	Вопросы 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 39, 42, 45, 48.
Задание 2 побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп	Вопросы 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 40, 43, 46, 49.
Задание 3 особенности применения лекарственных средств у разных возрастных групп	Вопросы 28, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 44, 47.
Умение 1 проводить дифференциальную диагностику заболеваний	Задачи 1, 3, 5, 7, 8
Умение 2 определять тактику ведения пациента	Задачи 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Умение 3 назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение	Задачи 6, 9
Умение 4 определять показания, противопоказания к применению лекарственных средств	Задачи 3, 5, 7, 10
Умение 5 применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп	Задачи 3,4 ,5, 6, 7, 8, 9, 10

27.5. УП.02.01 УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

ПОРЯДОК И ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Лечение пациентов терапевтического профиля

Место проведения учебной практики -

Учебная практика проводится в специализированных учебных кабинетах и лабораториях в медицинских организациях (ГКБ им. Н.И.Пирогова).

Текущий контроль успеваемости

Тема 1. Инструктаж по охране труда, пожарной и инфекционной безопасности, знакомство со структурой учреждения, отделения, правилами внутреннего распорядка.

Лечение пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, аллергическими заболеваниями.

Форма текущего контроля успеваемости - устная

Отработка практических навыков:

Сбор анамнеза у пациента с системными заболеваниями соединительной ткани (информация об истории болезни больного, которая получается путем расспроса пациента и/или его близких людей).

Клинический осмотр: оценивается общее состояние больного, его положение тела, осанка, выражение лица, цвет кожи, вес, рост, походка. Осматривается голова, лицо, шея, туловище, конечности, половые органы, оценивается состояние жировой ткани, костей, мышечной системы и лимфатических узлов.

Проведение антропометрического измерения, вычисление индекса массы тела. Измерение температуры тела в подмышечной впадине.

Проведение пальпации – метод осязательного исследования больного. С помощью пальпации удается определить место расположения органов, их консистенцию, характер подвижности, эластичность, местную температуру, болезненность. Также в ряде случаев пальпация позволяет выявить патологические образования в различных полостях организма, определение характеристик пульса, выявление дефицита пульса. Подсчет ЧДД, подсчет ЧСС.

Проведение перкуссии – метод обследования, основанный на простукивании частей тела и дальнейшей интерпретацией звука, полученного при обследовании. Перкуссия часто применяется при подозрении на наличие уплотненных тканей, определениях скрытых полостей, эластичности и воздушности тканей и органов.

Проведение аускультации – метод клинической диагностики, который основан на прослушивании и дальнейшей интерпретации звуков, которые образуются при работе различных органов. Различают прямую и непрямую аускультацию.

Раздача лекарственных средств на посту.

Применение лекарственных средств наружно.

Санитарная обработка больного.

Б. Решение ситуационных задач – письменно

Задача № 1

Больной В., 40 лет, плотник, в связи с карбункулом области шеи направлен хирургом в процедурный кабинет поликлиники на инъекцию пенициллина и стрептомицина, которые были выполнены. На улице больной почувствовал слабость, зуд кожных покровов, удушье, головокружение, вернулся в процедурный кабинет и потерял сознание. При осмотре была обнаружена волдырная сыпь по всему телу. АД - 60/40 мм рт.ст. ЧСС - 110 уд/мин. В легких сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Симптом Ортуера слабо положительный.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите подсчет пульса, ЧСС и запишите результаты в процедурный лист.

Задача № 2

У больного М., 38 лет, в анамнезе жалобы на появление болезненных отеков и зудящей сыпи на коже при воздействии холода (вода и воздух ниже +10°C). Ухудшение при ходьбе в холодные дождливые ветреные и морозные дни. При мытье рук холодной водой у больного появлялась боль, жжение, а

затем отек кистей рук. При питье холодной воды – осиплость голоса, затрудненное дыхание, болезненное глотание, боли в животе и за грудиной. Летом при купании в реке в холодную погоду, внезапно почувствовал покалывание и жжение всего тела с развитием волдырных высыпаний на коже бедер, груди, шеи, отек век, языка, головокружение, шум в ушах, сердцебиение. Со слов окружающих, доставивших его в приемное отделение, больной был без сознания около 15 мин., при этом отмечалась бледность кожи лица, отек кистей рук (пальцы как «сардельки»), стоп, губ, век. При осмотре в приемном отделении: на коже волдырные высыпания. Пульс слабого наполнения. Частый 130 ударов в минуту, АД 60/20 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот болезненный при пальпации.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение АД и запишите результаты в процедурный лист.

Задача №3

Больная В., 33 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боль в межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставах, ограничение подвижности в них, по утрам ощущение скованности в суставах. Болеет 1,5 мес. Кожные покровы бледные, деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. Активные движения в этих суставах резко ограничены из-за боли. Пульс ритмичный, 80 /мин. АД 150/80 мм рт.ст. I тон над верхушкой приглушен, систолический шум и усиление 2 тона над аортой. В остальном внутренние органы без изменений. Анализ крови: эр. $3,4 \cdot 10^{12}$ /л. Нб 96 г/л. цв. показатель 0,84, л.- $7,7 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 50 мм/час. Сialовая кислота 260 ед. СРП «+++». Реакция ВаалераРоузе положительная. Результаты рентгенографии лучезапястных суставов: остеопороз в эпифизах, сужение суставной щели, единичные узурсы суставных поверхностей.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение роста, веса и рассчитайте ИМТ.

Задача №4

Больной Д., 21 года, при поступлении в клинику жаловался на одышку, сердцебиение, слабость, плохую переносимость физической нагрузки, боли в суставах, повышение температуры.

Из анамнеза известно, что в детстве часто болел ангиной. Лечился самостоятельно - полоскание горла дезинфицирующими растворами, принимал жаропонижающие препараты, иногда антибиотики в течение 3-5 дней. Последнее эпизод ангины – 2 недели назад.

Объективно: кожный покров чистый, лимфатические узлы не увеличены, тоны сердца приглушены, на верхушке выслушивается систолический шум, шум проводится в подмышечную область. АД 110/70 мм.рт.ст. ЧСС 98 в минуту. Грудная клетка недеформированная, ЧДД 20 в минуту, дыхание в легких везикулярное. Печень, селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Суставы внешне не изменены, ограничения в движении в них нет.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Какие ошибки в лечении предыдущих эпизодов ангины были допущены.
4. Какая схема профилактики стрептококковой инфекции здесь должна быть использована.

Задача №5.

Больная В., 32 лет заболела остро. Поввысилась температура тела до 39 С, появились боли, отек в суставах кистей рук, слабость. Считает себя больной в течение недели. Принимала жаропонижающие препараты, противовирусные препараты. Улучшения состояния не отмечала.

При поступлении в стационар отмечается выраженная бледность кожного покрова, суставы кистей рук отечны, отмечается скованность в утренние часы. АД 110/60 мм рт.ст., ЧСС 110 в минуту. Тоны сердца глухие. ЧДД 18 в минуту, перкуторно - притупление легочного звука в правых нижних отделах по задне-, средне-подмышечной линиях, аускультативно - дыхание не прослушивается в этой же зоне. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки.

При обследовании: КАК - анемия (уровень Нб 90 г/л), ОАМ - протеинурия, эритроцитурия, на рентгенограмме органов грудной клетки - гомогенное затемнение с косо восходящей четкой верхней границей, нижняя сливается с тенью диафрагмы. По данным ЭХОКГ клапанные структуры сердца без изменений. ФВ 65%.

На 3-и сутки госпитализации над всей областью границ сердца стал выслушиваться шум.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Оцените результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Тема2. Лечение пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Форма текущего контроля успеваемости - устная

А. Отработка практических навыков:

1. Сбор анамнеза у пациента с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (информация об истории болезни больного, которая получается путем расспроса пациента и/или его близких людей).
2. Клинический осмотр: оценивается общее состояние больного, его положение тела, осанка, выражение лица, цвет кожи, вес, рост, походка. Осматривается голова, лицо, шея, туловище, конечности, половые органы, оценивается состояние жировой ткани, костей, мышечной системы и лимфатических узлов. Проведение антропометрического измерения, вычисление индекса массы тела. Измерение температуры тела в подмышечной впадине.
3. Проведение пальпации – метод осязательного исследования больного. С помощью пальпации удается определить место расположения органов, их консистенцию, характер подвижности, эластичность, местную температуру, болезненность. Также в ряде случаев пальпация позволяет выявить патологические образования в различных полостях организма, определение характеристик пульса, выявление дефицита пульса. Подсчет ЧДД, подсчет ЧСС.
4. Проведение перкуссии – метод обследования, основанный на простукивании частей тела и дальнейшей интерпретацией звука, полученного при обследовании. Перкуссия часто применяется при подозрении на наличие уплотненных тканей, определениях скрытых полостей, эластичности и воздушности тканей и органов.
5. Проведение аускультации – метод клинической диагностики, который основан на прослушивании и дальнейшей интерпретации звуков, которые образуются при работе различных органов. Различают прямую и непрямую аускультацию.
6. Раздача лекарственных средств на посту.
7. Применение лекарственных средств наружно.
8. Санитарная обработка больного.
9. Снятие ЭКГ.

10. Обучение пациента приему различных лекарственных средств сублингвально.
11. Транспортировка пациентов на каталке, кресле каталке.

Б. Решение ситуационных задач – письменно

Задача № 1

Больной В., 45 лет, водитель, предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с кровянистой мокротой, боль в грудной клетке слева, связанную с дыханием. Заболел остро: 2 дня назад внезапно появились сильные боли в грудной клетке, одышка, день назад повысилась температура. При объективном обследовании: температура тела 37,5°, цианоз губ и кончиков пальцев, набухание шейных вен. Дыхание справа везикулярное. Слева дыхание жесткое, голосовое дрожание усиленное, по передне-подмышечной линии - шум трения плевры. ЧДД - 35 в мин. Тоны сердца учащены, ритмичны, акцент II тона - на легочной артерии. ЧСС - 126 уд. в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Правая голень отечна, болезненна при пальпации. При дополнительном исследовании: рентгенограмма грудной клетки - слева в 1/3 легочного поля в инфильтративное затемнение с нечеткими контурами. ЭКГ: синусовая тахикардия, синдром QPISI, высокий зубец Р во II, III стандартных отведениях, Qv1-v2 смещение сегмента ST ниже изолинии в VI-V2. Анализ крови общий: эр. - 4,3*10¹², лейкоц. - 9,8*10⁹, п - 5%, с - 65%, л - 25%, э - 3%, б - 2%, СОЭ - 21 мм/час.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: правила и последовательность снятия ЭКГ, подготовка больного к процедуре.

Задача №2

Больной Л., 45 лет, поступил с жалобами на головную боль, общую слабость, сонливость днем, бессонницу ночью, носовые кровотечения, жажду, тошноту в утренние часы, иногда - рвоту. Указанные явления появились около полутора месяцев назад. Ранее больным себя не считал, не обследовался. Возникшие иногда боли в поясничной области связывал с физической нагрузкой, а появление одутловатости лица по утрам - с употреблением соленой пищи накануне. В анамнезе частые ангины. Около полугода отмечает жажду и полиурию. При объективном исследовании: состояние средней тяжести. Кожные покровы резко бледные, желтовато-землистой окраски, сухие со следами расчесов. В легких: дыхание везикулярное, жесткое. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, акцент II тона на аорте, АД - 230/130 мм рт.ст. Пульс 75 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Пальпация области почек безболезненна. Синдром Пастернацкого отрицательный с двух сторон. В анализе крови: Нв - 80 г/л, эр. - 2,41012/л, СОЭ - 26 мм/час, креатинин - 1,0 ммоль/л, мочевины - 50 ммоль/л. В анализе мочи: уд. вес 1007, белок - 0,9 г/л, лейкоциты 3-4, эритроциты 5-6, цилиндры гиал. 2-3 в п/зр. Проба Зимницкого: уд. вес 1010-1012, СД 2100 мл, ДД 900 мл, НД 1200 мл.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию анализа мочи по Зимницкому. Оформите историю болезни.

Задача №3

Больной К., 44 лет, поступил в приемный покой стационара с жалобами на боли в грудной клетке сжимающего характера. Из анамнеза: боли появились впервые после интенсивных занятий в тренажерном зале. Объективно: состояние тяжелое, акроцианоз, ЧСС 100 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца ясные. ЧДД 18 в минуту. Дыхание в легких везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Отеков на нижних конечностях нет. На ЭКГ синусовая тахикардия, Q I, II стандартных отведениях. Элевация сегмента ST I, II, aVL отведениях.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: правила и последовательность снятия ЭКГ, подготовка больного к процедуре.

Задача №4.

Больная Л., 51 года поступила в приемный покой с жалобами на головные боли в затылочной области, головокружение, тошноту, однократно рвоту. Объективно: состояние средней степени тяжести, лицо гиперемировано, отмечается шаткость походки, неустойчивость в позе Ромберга, АД 190/110 мм рт.ст., ЧСС 98 в минуту, тоны сердца ясные. ЧДД 17 в минуту, дыхание в легких везикулярное. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Отеков нет.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните измерение АД.

Задача №5

Больная В., 37 лет поступила в приемный покой с жалобами на слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, повышение температуры до 38,2С. Больна в течение 2-х недель. Принимала сумамед в течение 5 дней, улучшения состояния не отмечает. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледный, лимфатические узлы не увеличены. АД 110/50 мм рт.ст. ЧСС 120 в минуту. В области 2 межреберья справа выслушивается диастолический шум. В легких в нижних отделах влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД 24 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Пальпируется нижний полюс селезенки. На голенях и стопах определяются отеки.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Определите показания для проведения ЭХОКГ.

Тема 3. Лечение пациентов с заболеваниями органов дыхания.

Форма текущего контроля успеваемости - устная

А. Отработка практических навыков:

1. Сбор анамнеза у пациента с заболеваниями органов дыхания (информация об истории болезни больного, которая получается путем расспроса пациента и/или его близких людей).
2. Клинический осмотр: оценивается общее состояние больного, его положение тела, осанка, выражение лица, цвет кожи, вес, рост, походка. Осматривается голова, лицо, шея, туловище, конечности, половые органы, оценивается состояние жировой ткани, костей, мышечной системы и лимфатических узлов. Проведение антропометрического измерения, вычисление индекса массы тела. Измерение температуры тела в подмышечной впадине.
3. Проведение пальпации – метод осязательного исследования больного. С помощью пальпации удается определить место расположения органов, их консистенцию, характер подвижности, эластичность, местную температуру, болезненность. Также в ряде случаев пальпация позволяет выявить патологические образования в различных полостях организма, определение характеристик пульса, выявление дефицита пульса. Подсчет ЧДД, подсчет ЧСС.
4. Проведение перкуссии – метод обследования, основанный на простукивании частей тела и дальнейшей интерпретацией звука, полученного при

обследования. Перкуссия часто применяется при подозрении на наличие уплотненных тканей, определениях скрытых полостей, эластичности и воздушности тканей и органов.

5. Проведение аускультации – метод клинической диагностики, который основан на прослушивании и дальнейшей интерпретации звуков, которые образуются при работе различных органов. Различают прямую и непрямую аускультацию.
6. Раздача лекарственных средств на посту.
7. Применение лекарственных средств наружно.
8. Санитарная обработка больного.
9. Пользование ингалятором, пикфлоуметром, небулайзером.
10. Набор лекарственного препарата из ампулы.
11. Разведение и набор антибактериального препарата из флакона.
12. Подкожное введение лекарственных препаратов.
13. Внутримышечное введение лекарственных препаратов.
14. Внутривенное введение лекарственных препаратов.
15. Заполнение системы для внутривенного капельного вливания.
16. Проведение процедуры внутривенного капельного вливания.
17. Подсчет ЧДД.
18. Подготовка инструментов к плевральной пункции

Б. Решение ситуационных задач – письменно

Задача № 1

Больная Л., 38 лет, учитель, страдает бронхиальной астмой, принимает преднизолон до 20 мг в день, последние 2 месяца отмечает ухудшение: приступы удушья до 6-8 раз в сутки разной интенсивности, одышку, кашель с отделением слепков бронхов. Ранее в межприступный период отмечала утрами кашель, в морозные дни при быстрой ходьбе приступы кашля. Объективно: Положение вынужденное, больная сидит, опершись о спинку стула. Кожные покровы диффузно землисто-серого цвета. Больная отвечает на вопросы однозначно, медленно. ЧД - 34 в мин. Над л/легочными полями определяется укороченный перкуторный звук, ослабленное голосовое дрожание и дыхание, глухие сухие жужжащие хрипы только на выдохе. Однако при форсированном дыхании последние выслушивались в обе фазы дыхания. ЧСС - 132 в мин. АД - 180/100 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, синусовая аритмия. Из-под правого реберного края выступает на 2-3 см печень, при пальпации болезненная. Симптом Кернига положительн. Скорость выдоха - 100 л/сек. Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение пиковой скорости выдоха и рассчитайте индекс суточной вариабельности.

Задача № 2

Больной М., 28 лет, учитель сельской школы, пожаловался на слезотечение, чихание, обильную ринорею на протяжении последних 5 лет, которые обычно развиваются в летние месяцы (май, июнь, июль). У матери - бронхиальная астма. Объективно от 20 июня: кожные покровы чистые. Дыхание через нос затруднено. Слизистая носа бледная, отечная. Дыхание везикулярное. При форсированном дыхании единичные сухие хрипы с обеих сторон ниже углов лопатки. ЧСС - 76 в мин. АД - 130/60 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: Нв - 125 г/л, лейкоц. - 5,6109/л, э - 3%, с/я - 72, л - 20, м - 4. СОЭ - 12 мм/ч. Цитология секрета носового – до 10-12 эозинофилов в п/зр. и слущенный кубический эпителий. Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение пиковой скорости выдоха и рассчитайте индекс суточной вариабельности.

Задача №3

Больной М., 45 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38 С, слабость, снижение аппетита, редкий сухой кашель. Из анамнеза: за день до ухудшения состояния было переохлаждение. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров влажный, горячий. АД 130/80 мм рт.ст. ЧСС 113 в минуту. Тоны сердца ясные. ЧДД 17 в минуту. Грудная клетка цилиндрической формы. Пальпация безболезненная. Перкуторно определяется притупление звука справа по лопаточной линии. Аускультативно – выслушиваются влажные хрипы в той же области. Живот мягкий, болезненности при пальпации не отмечается.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите оценку рентгенограммы.

Задача №4

Больной К., 56 лет, поступил с жалобами на повышение температуры, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, глубоком вдохе. Объективно: кожные покровы горячие, температура тела 37,7С. АД 112/76 мм рт.ст. Тоны сердца ясные. Грудная клетка цилиндрической формы, правая половина отстает в акте дыхания. Перкуторно – притупление легочного звука справа по средне и задне подмышечной линиях. Аускультативно – дыхание не прослушивается в области подмышечных линий справа.

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: показания и противопоказания к проведению плевральной пункции.

Задача №5

Больной К, 68 лет, находился в хирургическом отделении на лечении по поводу острого калькулезного холецистита. На 4 сутки после холецистэктомии у больного появился сухой кашель, слабость, повышение температуры тела до 38С. Объективно: состояние средней степени тяжести, кожный покров чистый, влажный. ЧДД 16 в минуту, в легких справа по задней подмышечной линии, лопаточной линии выслушиваются влажные хрипы. АД 140/80 мм рт.ст. ЧСС 96 в минуту. Язык влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационного шва. Стул оформленный.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: подготовка пациента к сдаче мокроты на анализ, оцените результат анализа мокроты.

Тема4. Лечение пациентов заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Форма текущего контроля успеваемости - устная

Отработка практических навыков:

1. Сбор анамнеза у пациента с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (информация об истории болезни больного, которая получается путем расспроса пациента и/или его близких людей).
2. Клинический осмотр: оценивается общее состояние больного, его положение тела, осанка, выражение лица, цвет кожи, вес, рост, походка. Осматривается голова, лицо, шея, туловище, конечности, половые органы, оценивается состояние жировой ткани, костей, мышечной системы и лимфатических узлов. Проведение антропометрического измерения, вычисление индекса массы тела. Измерение температуры тела в подмышечной впадине.
3. Проведение пальпации – метод осязательного исследования больного. С помощью пальпации удастся определить место расположения органов, их консистенцию, характер подвижности, эластичность, местную температуру, болезненность. Также в ряде случаев пальпация позволяет выявить патологические образования в различных полостях организма, определение характеристик пульса, выявление дефицита пульса. Подсчет ЧДД, подсчет ЧСС.
4. Проведение перкуссии – метод обследования, основанный на простукивании частей тела и дальнейшей интерпретацией звука, полученного при обследовании. Перкуссия часто применяется при подозрении на наличие уплотненных тканей, определениях скрытых полостей, эластичности и воздушности тканей и органов.
5. Проведение аускультации – метод клинической диагностики, который основан на прослушивании и дальнейшей интерпретации звуков, которые образуются при работе различных органов. Различают прямую и непрямую аускультацию.
6. Раздача лекарственных средств на посту.
7. Применение лекарственных средств наружно.
8. Санитарная обработка больного.
9. Постановка очистительной клизмы
10. Подготовка пациента к фиброгастродуоденоскопии.
11. Подготовка пациента к дуоденальному зондированию.
12. Подготовка инструментов к пункции брюшной полости.
13. Участие в проведении дуоденального зондирования.
14. Оказание помощи пациенту при рвоте.
15. Подготовка пациента к сбору кала на яйца гельминтов и простейшие.
16. Подготовка пациента к сбору кала на копрологическое исследование и бактериологическое исследование.
17. Подготовка пациента к сбору кала на скрытую кровь.
18. Постановка очистительной клизмы.
19. Подготовка пациента к УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы
20. Подготовка пациента к ирригоскопии
21. Подготовка пациента к колоноскопии

Решение ситуационных задач - письменно

Задача № 1

Больной С., 58 лет, работник автобензоколонки, предъявил жалобы на хроническую крапивницу, непереносимость анальгина, стрептомицина, новокаина, резерпина, гастропепина, многих продуктов питания, на слабость, горечь во рту по утрам, низкое АД. Болен около 5 лет, когда стал беспокоить кожный зуд в межлопаточной области. Последние 3 года периодически появлялись волдырные высыпания - обильные сливные, неправильной формы и значительных размеров («лепешки с ладонь»), параорбитальные отеки губ. Высыпания появлялись без внешней причины или на фоне медикаментозного лечения язвенной болезни 12-перстной кишки, головных болей, бронхита. Слабость утрами, горечь во рту отмечает лет 10. Перенес сывороточный гепатит в 38-летнем возрасте. В последний год 6 раз наблюдался рецидив крапивницы на многие продукты. Объективно: склеры и слизистая мягкого неба иктеричны. По всей поверхности тела огромных размеров сливные волдырные высыпания, отек губ, кистей. На коже груди – несколько печеночных звездочек и большое количество брусничных пятен. В надлопаточной области линейные рубчики – следы расчесов. Ладони гиперемированы. Дыхание везикулярное, перкуторно-легочный звук. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Нижний край печени острый, выступает на 2 см, безболезненный, плотной консистенции. Левая доля её увеличена. Симптом Ортнера положительный. Анализы крови и мочи без особенностей. УЗС: печень выступает на 2-3 см, эхогенность ее неравномерна. Желчный пузырь, селезенка нормальных размеров. Vena portae 1,3 см. Поджелудочная железа повышенной эхогенности. Билирубин – 28 ммоль/л, прямой – 8 ммоль/л.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите определение границ печени и запишите результаты в историю болезни.

Задача № 2

Больной Б., 32 лет, шофер, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области, появляющиеся через 2 часа после приема пищи, рвоту, приносящую облегчение, похудание, потливость, слабость. Из анамнеза установлено, что больной страдает гастритом с повышенной кислотообразующей функцией в течение 6 лет. Ухудшение состояния в весенние и осенние периоды, 1-2 раза в год последние два года. Объективно: большой пониженного питания, кожные покровы влажные бледные. Язык обложен сероватым налетом. В легких: дыхание везикулярное. При аускультации сердца - тоны ясные, ритмичные, ЧСС 70 в минуту, АД - 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области, справа точечно возле пупка. Рентгенологически выявляется симптом "пальца" и деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию живота и запишите результаты в историю болезни.

Задача № 3

Больная К., 19 лет, студентка, поступила в приемное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, боли в суставах и мышцах, боли в правом подреберье тупого характера, тошноту, слабость, анорексию, желтуху с выраженным кожным зудом, носовые кровотечения до 3-4 раз в сутки. Из анамнеза выяснено, что 4 месяца назад после ОРЗ сохранился субфебрилитет, появилась слабость, сонливость, анорексия, интенсивная желтуха. Была госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом "Острый вирусный гепатит" (ОВГ). На фоне проводимого лечения и диеты состояние улучшилось, нормализовалась температура тела, желтуха уменьшилась, но оставались резко измененными осадочные пробы и повышение СОЭ до 50 мм/час. В течение последующих месяцев состояние больной оставалось удовлетворительным, сохранялась субиктеричность склер. Вышеперечисленные жалобы появились 2 дня назад. Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное, положение в постели активное. Интенсивная желтушность кожи и слизистых. Эритема лица. Петехиальная сыпь на конечностях, "сосудистые звездочки", "печеночные ладони". Деформация коленных суставов за счет отечности периартикулярных тканей. Дыхательная система без особенностей. Сердце - тоны приглушены, тахикардия 96-100 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Перкуторно увеличение размеров печени по Курлову: I-25 см, II-20 см, III-14 см. Край печени пальпируется на 15 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии, ровный, плотноватой консистенции, резко болезненный. Пальпируется увеличенная селезенка, до 5-7 см из-под левой реберной дуги, слабо болезненная. Кал ахоличный, моча темная. Анализ крови: эр.-2,91012/л, Нв-90 г/л, ц.п.-0,9, п-2,5109/л, эоз-1%, п/я-7, с/я- 47, баз.-0, лимф.-45, СОЭ 60 мм/час. Сахар крови - 5,5 ммоль/л, АЛАТ - 110 ед., АСАТ - 90 ед., тимоловая проба - 10 ед., СРБ +++. Анализ мочи: кол-во 100 мл, цвет с/ж,

реакция - кислая, уд.вес 1008, белок -0,033 г/л, эр. 1-2-1 в п/зр., лейкоц. 1-3-1 в п/зр. Электрофорез белков: общий белок 57 г/л, альбумины - 40%, а, - 40%, а2 - 16%, р - 8%, у - 32%. Общий билирубин - 120 мкмоль/л, прямой - 110 ед.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите определение размеров печени по Курлову и запишите результаты в историю болезни.

Задача № 4

Больная А., 34 лет, инженер, поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, иррадирующие под лопатку и в надключичную область, непереносимость жирной пищи, чувство горечи во рту по утрам, однократно рвота, не приносящая облегчения. Из анамнеза установлено, что боли появились 2 года назад во время беременности, светлые промежутки бывают редко, сильных болевых приступов не отмечает. Объективно: повышенного питания, со стороны сердца и легких патологии не обнаружено. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, болезненный в точке Роже, печень не увеличена, положительные симптомы Мюсси, Керра, Василенко. В дуоденальном содержимом в порции "В" большое количество лейкоцитов, слизь, осадок, единичные ямблии. В посевах желчи выделен гемолитический стрептококк, чувствительный к тетрациклину. При рентгенологическом исследовании - тень желчного пузыря однородная, обычных размеров. После дачи пробного завтрака - сократилась менее чем на 1/3 объема.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию живота и запишите результаты в историю болезни.

Задача № 5

Больной 54 лет, разнорабочий, страдает хроническим алкоголизмом, обратился к врачу по поводу болей в эпигастриальной области, которые несколько уменьшаются в колленолоктовом положении, задержки отхождения газов, слабости. Впервые боли появились 4 года назад, не лечился. За последнее время похудел на 3 кг. При осмотре: рост 180 см, вес 54 кг. Кожные покровы тела покрыты пятнами Воячека. Язык обложен белым налетом. Пальпаторно определяется болезненность в эпигастриальной области. Стул темный, разжиженный, плохо смывается. Анализ крови: эр. - 4,810¹²/л, Нв - 120 г/л, ЦП - 1,0, лейкоц. - 9,4*10⁹, СОЭ - 30 мм/час.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию копрограммы.

Задача № 6

Больная 50 лет, повар, доставлена в приемный покой с жалобами на приступ боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правую ключицу, тошноту, горечь во рту, отрыжку, слабость. Больна 2 недели. Приступы болей в правом подреберье беспокоят периодически уже лет 10, связаны с приемом жирной и жареной пищи, алкоголем. При осмотре: рост 158 см, вес 90 кг. Иктеричность склер. Кожные покровы желтушные. Язык обложен налетом белого цвета. Живот вздут, болезненность в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул был вчера, обесцвеченный. Анализ крови: эр. - 4,8-Ю12, Нв - 120 г/л, ц.п.- 0,9, лейкоц. - 9,610⁹, п - 7, с - 74, э - 2, л - 11, м - 6, СОЭ - 22 мм/час. Общий билирубин - 90, прямого - 56 и непрямого - 34 мкмоль/л. Анализ мочи без особенностей.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию УЗИ органов брюшной полости.

Задача № 7

Больной Б., 50 лет, инженер, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в левой подвздошной и околопупочной областях, жидкий стул 5-6 раз в день, урчание, вздутие живота, слабость, похудание. Болен в течение 3-х месяцев. Начало заболевания связывает с приемом недоброкачественной пищи, после чего появился обильный жидкий стул, метеоризм, тошнота. Лечился самостоятельно (принимал левомецитин, фталазол), отмечал временное улучшение. Состояние постепенно ухудшалось, похудел на 7-8 кг, нарастала слабость, появилась кровоточивость десен. Объективно: больной пониженного питания, подкожно-жировой слой слабо выражен, кожные покровы бледные, сухие, тургор кожи понижен, как и мышечный. В легких - дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, десны рыхлые. Живот обычной формы, симметричный, болезненный при пальпации в левой подвздошной и околопупочной областях. В левой подвздошной области определяется урчание. Печень не выходит из-под правой реберной дуги. В общем анализе крови: эр.-3,5*10¹² г/л, Нв 100 г/л, СОЭ - 10 мм/час. Биохимия крови: общий белок 62 г/л, холестерин 2,0 г/л, железо 6 ммоль/л, кальций 0,076г/л. Рентгенологически: остеопороз костей таза.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите глубокую пальпацию живота и запишите результаты в историю болезни.

Тема 5. Лечение пациентов с заболеваниями эндокринной системы.

Форма текущего контроля успеваемости - устная

А. Отработка практических навыков:

Сбор анамнеза у пациента с заболеваниями эндокринной системы (информация об истории болезни больного, которая получается путем расспроса пациента и/или его близких людей).

2. Клинический осмотр: оценивается общее состояние больного, его положение тела, осанка, выражение лица, цвет кожи, вес, рост, походка. Осматривается голова, лицо, шея, туловище, конечности, половые органы, оценивается состояние жировой ткани, костей, мышечной системы и лимфатических узлов. Проведение антропометрического измерения, вычисление индекса массы тела. Измерение температуры тела в подмышечной впадине.
3. Проведение пальпации – метод осязательного исследования больного. С помощью пальпации удается определить место расположения органов, их консистенцию, характер подвижности, эластичность, местную температуру, болезненность. Также в ряде случаев пальпация позволяет выявить патологические образования в различных полостях организма, определение характеристик пульса, выявление дефицита пульса. Подсчет ЧДД, подсчет ЧСС.
4. Проведение перкуссии – метод обследования, основанный на простукивании частей тела и дальнейшей интерпретацией звука, полученного при обследовании. Перкуссия часто применяется при подозрении на наличие уплотненных тканей, определениях скрытых полостей, эластичности и воздушности тканей и органов.
5. Проведение аускультации – метод клинической диагностики, который основан на прослушивании и дальнейшей интерпретации звуков, которые образуются при работе различных органов. Различают прямую и непрямую аускультацию.
6. Раздача лекарственных средств на посту.
7. Применение лекарственных средств наружно.

8. Санитарная обработка больного.
9. Оценка степени риска развития пролежней
10. Оценка степени тяжести пролежней
11. Осуществление сестринских вмешательств при риске развития пролежней.
12. Набор дозы и введение инсулина, гепарина.
13. Подготовка пациента к сбору мочи на общий анализ и бактериологическое исследование подготовка пациента к сбору мочи на сахар.
14. Подготовка пациента к сбору мочи по Зимницкому.
15. Подготовка пациента к сбору мочи по Нечипоренко.

Решение ситуационных задач – письменно

Задача №1

Больной Б., 17 лет, учащийся 11 класса, в течение 11 лет страдает инсулинозависимым сахарным диабетом, доставлен в хирургическую клинику (сопор). Больной в тяжелом состоянии, сознание сохранено. Частая рвота, сильные боли в животе. Объективно: состояние тяжелое. Сухая кожа, язык сухой, обложен желто-коричневым налетом. Гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Пульс 120 в мин., слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. В легких дыхание ослаблено. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положителен симптом Щеткина.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите глюко-тест.

Задача №2

Больная Ф., 55 лет, инвалид II группы, надомный труд. Доставлена дежурной бригадой в психиатрическую больницу. Со слов родственников 2 часа назад у больной появилось возбуждение, агрессивное настроение, ругала детей, пыталась поджечь дом. Два года больная страдает сахарным диабетом. Делает сама инсулин. В приемном покое у больной появились судороги, она потеряла сознание. При осмотре кожа бледная, влажная, ЧСС 52 уд. в мин. АД 80/60 мм рт.ст. Сухожильные рефлексы снижены, корнеальный вызывается слабо. Живот без особенностей.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите определение сахара крови глюкометром.

Задача №3

В поликлинику на прием обратилась женщина 30 лет, домохозяйка. Жалуется на отсутствие менструации в течение года, слабость, прибавку в весе за последние полгода на 10 кг, боли в позвоночнике, рост волос на лице, конечностях. Объективно: рост 160 см, масса тела 80 кг. Округлое, гиперемированное лицо. Отложение подкожно-жировой клетчатки преимущественно в области живота. Конечности довольно тонкие. На коже живота, бедер багровофиолетовые полосы растяжения. Подбородок, кожа конечностей покрыты волосным покровом. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца не смещены. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 92 уд. в мин. АД 180/100 мм рт.ст. Печень не увеличена. Отеков нет.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение роста, веса и рассчитайте ИМТ.

Тема 6. Лечение пациентов с заболеваниями органов кроветворения.

Форма текущего контроля успеваемости - устная

А. Отработка практических навыков:

1. Сбор анамнеза у пациента с заболеваниями кроветворной системы (информация об истории болезни больного, которая получается путем расспроса пациента и/или его близких людей).
2. Клинический осмотр: оценивается общее состояние больного, его положение тела, осанка, выражение лица, цвет кожи, вес, рост, походка. Осматривается голова, лицо, шея, туловище, конечности, половые органы, оценивается состояние жировой ткани, костей, мышечной системы и лимфатических узлов. Проведение антропометрического измерения, вычисление индекса массы тела. Измерение температуры тела в подмышечной впадине.
3. Проведение пальпации – метод осязательного исследования больного. С помощью пальпации удастся определить место расположения органов, их консистенцию, характер подвижности, эластичность, местную температуру, болезненность. Также в ряде случаев пальпация позволяет выявить патологические образования в различных полостях организма, определение характеристик пульса, выявление дефицита пульса. Подсчет ЧДД, подсчет ЧСС.
4. Проведение перкуссии – метод обследования, основанный на простукивании частей тела и дальнейшей интерпретацией звука, полученного при обследовании. Перкуссия часто применяется при подозрении на наличие уплотненных тканей, определениях скрытых полостей, эластичности и воздушности тканей и органов.
5. Проведение аускультации – метод клинической диагностики, который основан на прослушивании и дальнейшей интерпретации звуков, которые образуются при работе различных органов. Различают прямую и непрямую аускультацию.
6. Раздача лекарственных средств на посту.
7. Применение лекарственных средств наружно.
8. Санитарная обработка больного.
9. Взятие крови из периферической вены
10. Подготовка пациента к проведению стерильной пункции, подготовка инструментария.

Б. Решение ситуационных задач - письменно

Задача №1

К., 63 лет, жалуется на слабость, потливость, увеличение всех групп периферических лимфоузлов. Из анамнеза: впервые стал отмечать увеличение лимфоузлов 4 года назад, других жалоб не было. Обратился к врачу по месту жительства, который направил его на консультацию к гематологу. В то время уровень лейкоцитов в анализах крови был $45 \cdot 10^9$, п 4, с 10, л 76, м 9, б 1, Нв - 140 г/л, эр. - 4,5-1012/л, ц.п. = 0,9. СОЭ - 15 мм/час. Учитывая общее удовлетворительное состояние и невысокий лейкоцитоз, цитостатическая терапия не была назначена. Рекомендовано было явиться к гематологу через 3 месяца. Однако пациент вновь обратился к врачу только через 4 года, когда отметил значительную потливость, прогрессирующую слабость в течение последнего года и быстрый рост лимфоузлов. В течение последнего года дважды болел правосторонней нижнедолевой пневмонией. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная. Питание удовлетворительное. Лимфоузлы шейные, подмышечные, паховые размером до 3-5 см, мягкие, подвижные, безболезненные. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 80 в минуту. В легких в н/о справа ослабленное везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка выступает на 4 см из-под реберной дуги, плотная. В крови: Нв - 100 г/л, эр. - $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, ц.п. = 0,9, тромб. – $186 \cdot 10^9$ /л, лейкоц. – $150 \cdot 10^9$ /л, э - 1%, с - 4%, л - 90%, б - 2%, м - 3%. В моче патологии не выявлено.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию лимфатических узлов и запишите результаты в историю болезни.

Задача №2

Больная О., 40 лет, юрист, обратилась с жалобами на повышенную утомляемость, потливость, неприятные ощущения в области левого подреберья, где случайно обнаружила какое-то плотное образование, кровь в кале. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, пальпируется увеличенная селезенка на 6 см ниже края реберной дуги, соответственно печень на 2 см, безболезненная. Анализ крови: Нв - 106 г/л, эр. - $3,4 \cdot 10^{12}/л$, ц.п. - 0,9, лейкоц. - $140 \cdot 10^9/л$, б - 13%, э - 10%, м - 9%, юные - 12%, с - 31%, л - 5%, м - 4%, п - 16%, СОЭ - 14 мм/час, тромбоциты $240 \cdot 10^9/л$.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию селезенки и запишите результаты в историю болезни.

Задача №3

Больной С., 30 лет, слесарь, поступил в клинику с жалобами на слабость, потливость, повышение температуры до $37,5^{\circ}C$, кровоточивость десен. Из анамнеза выяснено, что 2 недели назад заметил "язвочки" на деснах. Обратился к стоматологу, лечился по поводу стоматита без эффекта. После сдачи анализа крови был направлен на консультацию к гематологу. Объективно: состояние средней тяжести. Бледен, на коже груди и конечностей мелкие геморрагии. Отмечается кровоточивость и гиперплазия десен с участками язвенных дефектов до 0,5 см в диаметре. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 92 уд. в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка на 3 см выступает из-под края реберной дуги. Анализ крови: Нв - 90 г/л, эр. - $3,0 \cdot 10^{12}/л$, ц.п. = 0,9, тромбоциты - $90 \cdot 10^9/л$, лейкоц. - $27109/л$, э - 1%, п - 4%, с - 23%, л - 20%, м - 2%, бласты 50%, СОЭ - 30 мм/час.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию селезенки и запишите результаты в историю болезни.

Задача № 4

Больная П., 46 лет, учитель, поступила в клинику с жалобами на слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение, боль в ногах при ходьбе, тошноту, неустойчивый стул. Из анамнеза: 6 лет назад произведена резекция 2/3 желудка по поводу язвенной болезни. Объективно: кожные покровы бледные с желтушным оттенком, склеры иктеричны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, систолический шум не верхушке. ЧСС - 96 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: Нв - 70 г/л, эр. - $1,5 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоциты - 0,3%, тромбоциты - $60 \cdot 10^9/л$, лейкоц. - 3109 , СОЭ - 28 мм/час, э - 1%, п - 4%, с - 40%, м - 4%, л - 51%, ц.п. = 1,4.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию общего анализа крови.

Задача №5

Больной С., 20 лет, студент, поступил в клинику с жалобами на обильное носовое кровотечение после удара по спинке носа. Из анамнеза известно, что носовое кровотечение с 2-х летнего возраста, возникающее после удара. У племянника (сына родной сестры) также отмечается повышенная кровоточивость при порезах, ударах. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых, на спинке носа и вокруг левого глаза обширный кровоподтек. Анализ крови: эр. - $2,91012/л$, Нв - 74 г/л, ретикулоциты - 1,8%, тромбоциты - 18010% , лейкоц. - $10,7 \cdot 10^9/л$, э - 2%, п - 6%, с - 72%, л - 17%, м - 3%, СОЭ - 22 мм/час. Длительность кровотечения - 4 мин., ретракция кровяного сгустка - 32%, время свертывания: начало 8' 15", а конец - 15', фибриноген - 4 г/л.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию коагулограммы.

Задача № 6

Больная Б., 40 лет, воспитатель, поступила в клинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ломкость ногтей. Из анамнеза: месячные обильные по 7 дней с 13 лет. Объективно: состояние средней тяжести, сухость кожи и бледность кожных покровов. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум не верхушке. ЧСС - 98 уд. в мин. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв - 60 г/л, эр. - $2,5 \cdot 10^{12}/л$, ц.п. = 0,7, лейкоц. - $6109/л$, п - 3%, с - 60%, э - 1%, б - 1%, л - 35%, СОЭ - 19 мм/час, тромбоциты - $180 \cdot 10^9/л$.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию общего анализа крови.

Задача №7

Больная Б., 40 лет, воспитатель, поступила в клинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ломкость ногтей. Из анамнеза: месячные обильные по 7 дней с 13 лет. Объективно: состояние средней тяжести, сухость кожи и бледность кожных покровов. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум не верхушке. ЧСС - 98 уд. в мин. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв - 60 г/л, эр. - $2,5 \cdot 10^{12}/л$, ц.п. = 0,7, лейкоц. - $6109/л$, п - 3%, с - 60%, э - 1%, б - 1%, л - 35%, СОЭ - 19 мм/час, тромбоциты - $180 \cdot 10^9/л$.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию общего анализа крови.

Эталоны ответов к заданиям текущего контроля

Отработка практических навыков.

12. измерение АД
- Правила измерения АД

Правильный выбор размера манжеты; (Для плеча окружностью от 22 до 26 см, необходим размер полотна 12 x 22 см
От 27 до 34 см, манжета должна быть 16 x 30 см.
От 35 до 44 см, манжета должна быть 16 x 36 см.
От 45 до 52 см, это самый крупный размер, полотно манжеты идет 16 x 42 см.)
Обеспечение отдыха перед замерами АД;
Исключение курения, приема алкогольных напитков, крепкого кофе, чая за 30 минут до проведения диагностического мероприятия;
Удобное расположение руки на столе и обеспечение ее неподвижности во время измерения артериального давления;
Нахождение нижнего края манжеты на 2-3 см выше от локтевого сустава;
Отсутствие ведения разговоров, скрещенных нижних конечностей, предметов одежды в области плеча;
Размещение надувной области манжеты напротив сердца;
Обязательное размещение ступней на напольной поверхности и наличие Опорожненного мочевого пузыря перед измерением АД.
Надеть манжету тонометра на область плеча и расположить руку на твердой поверхности, чтобы уровень сердца и центр камеры для наполнения воздухом были на одной горизонтальной линии.
Нажать кнопку на приборе для осциллографического измерения АД автоматического типа или обеспечить компрессию в области плеча путем нагнетания воздуха в камеру манжеты при помощи грушевидного баллона, идущего в комплектации к полуавтоматическим тонометрам.
Ожидать звукового сигнала, сигнализирующего о внешнем давлении, достаточном для пережатия артерии.
Обеспечить спускание воздуха на полуавтоматическом тонометре или дождаться автоматической декомпрессии.
Записать показания, которые высветились на дисплее прибора.
Измерение кровяного давления на второй руке.
Рассчитать среднее значение полученных результатов.

Решение ситуационных задач

1. Тромбофлебит вен правой голени, ТЭЛА, инфаркт-пневмония S1V-V левого легкого. Фибринозный плеврит. Острое легочное сердце. ДНШ ст. Клинические симптомы: I этапа - внезапность развития одышки, болей в грудной клетке, кашля, кровохарканья, субфебрилитета, II - набухания шейных вен, цианоза, шума трения плевры, тахикардии, акцента 2 тона на легочной артерии, гипотонии, на фоне отечности и болезненности голени. Рентгенологически: симптом инфильтрации легочной ткани. ЭКГ: симптом перегрузки правого желудочка и правого предсердия и ишемии правого желудочка. Анализ крови: умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Тромбофлебит правой голени, на фоне которого внезапно вначале развилась боль в грудной клетке на вдохе и одышка, и только через сутки появление повышенной температуры, рентгенологически синдром инфильтрата в сочетании с острым декомпенсированным легочным сердцем прямые критерии ТЭЛА. Это подтверждается типичными ЭКГ-признаками. Для острой пневмонии характерна тоже триада симптомов: повышение температуры, кашель, боль в грудной клетке на вдохе. Однако при последней она начинается с высокой температуры, кашля и позже боль в грудной клетке, а в данном случае на 2 день, что позволяет ее исключить. Усиленное голосовое дрожание, жесткое дыхание не характерны для плеврального выпота и ателектаза. Ишемия SIII, v1-v2 сочетается с ЭКГ признаками перегрузки правых отделов предсердия и желудочка, что не свойственно ОИМ. Тем более не наблюдаются при ОПМ синдромы легочной инфильтрации, легочной гипертензии, дыхательной недостаточности и тромбофлебита голени.

2. Исследование системы гемостаза, ЭКГ в динамике, ангиопульмонография (АПГ). Показана консультация сосудистого хирурга. При АПГ - дефект контрастирования сегментарных ветвей верхнедолевой ветви легочной артерии (S1V-V) Нетрудоспособен. Лечение стационарное, первые дни в реанимационном отделении. Стол № 1. Режим строго постельный. Антикоагулянтная терапия: гепарин 20 тыс.ед. в/в, с последующим введением в/кожно через 6 час. по 5 тыс.ед. Фибринолитическая терапия: стрептокиназа, авелизин 500 тыс.-2 млн.ед. в/в капельно. Борьба с дыхательной недостаточностью (кислород 4-6 л/мин. через носовой катетер), болевым синдромом (анальгетики, вплоть до наркотических). Коррекция легочной гипертензии (инфузия эуфиллина). Борьба с острой правожелудочковой недостаточностью (сердечные гликозиды). Антибактериальная терапия. Общее и местное лечение тромбофлебита.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

МДК. 02.03. «ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»

Тема №1. Инструктаж по охране труда, пожарной и инфекционной безопасности, знакомство со структурой учреждения, отделения, правилами внутреннего распорядка.

Перечень манипуляций к учебной практике:

- проверять санитарно-профилактическую работу на рабочем месте
- проводить текущую и заключительную уборку
- соблюдать санитарные нормы поведения медицинского персонала
- обрабатывать руки на приём родов и проводить туалет новорожденного
- обучать санитарным нормам младший медицинский персонал, беременных и больных
- провести текущую и генеральную дезинфекцию помещений
- приготовить необходимые дезрастворы
- провести обработку рук, предстерилизационную подготовку инструментов, перевязочного материала и предметов ухода

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Сколько нужно взять хлорамина (сухого вещества) в граммах и воды для приготовления 10 л 3% раствора?

Задача №2

Сколько нужно взять хлорамина и воды для приготовления 3 л 0,5% раствора?

Задача №3

Сколько нужно взять хлорамина и воды для приготовления 5 л 3% раствора?

Задача №4

Сколько нужно взять 20% раствора хлоргексидина биглюконата и воды для приготовления 5 л 0,02% раствора?

Задача №5

Медсестра готовит моющий раствор. Для приготовления 1 л было взято 5 г «Лотоса», 20 мл пергидроля и 975 мл воды. Раствор доведён до кипения, изделия кипятятся 15'. Раствор меняется ежедневно. Правильно ли выполняется работа?

Задача №6

Медсестра ЦСО проводит контроль качества предстерилизационной очистки инструментария путем постановки азопирамовой пробы. Для этого она смешивает в равных количествах раствор азопирама и 3% раствор перекиси водорода. Реактив готовится за 2 часа до проведения пробы. Для контроля берется 10 инструментов. Контроль проводится 1 раз в неделю. Правильно ли медсестра проводит контроль?

Задача №7

После внутривенных инъекций медсестра промыла одноразовые шприцы и иглы проточной водой, ополоснула их 3% раствором хлорамина и утилизировала. Правильно ли проводится обработка ИМН однократного применения?

Задача №8

Медсестра готовит моющий раствор. Для его приготовления взято: 5 г «Биолота», 17 мл 30% раствора перекиси водорода, до 1 л воды. Исходная температура моющего раствора 40-450С, температура не поддерживается, время замачивания - 30'. Раствор используется 2 раза. Правильно ли медсестра проводит обработку?

Задача №9

Медсестра готовит моющий раствор. Для его приготовления взято: 5 г «Астры», 10 мл 30% раствора перекиси водорода и 975 мл воды. Температура моющего раствора 400С; температура поддерживается во время замачивания. Моющий раствор используется однократно. Правильно ли медсестра проводит приготовление моющего раствора и его использование?

Задача №10

Медсестра проводит стерилизацию инструментария из нержавеющей стали химическим методом. Перед стерилизацией были проведены дезинфекция, предстерилизационная очистка инструментария и контроль качества очистки. Для стерилизации медсестра использует 6% раствор перекиси водорода при комнатной температуре, экспозиция - 360'. По истечении времени инструменты прополооскали двукратно стерильной дистиллированной водой и поместили на стерильном столе для использования в течение 6 часов. Правильно ли выполнялась работа?

Задача №11

Проводится стерилизация воздушным методом. Стерилизуются металлические шпатели, ватные шарики, изделия из силиконовой резины. Изделия упакованы в хлопчатобумажные мешочки. Режим стерилизации: 1800С – 60'.

Какие ошибки допущены медсестрой?

Задача №12

Медсестра проводит стерилизацию гинекологического инструментария из металла воздушным методом. Инструменты для стерилизации уложены в бикс и закрытый неэлектрический кипятильник. Режим стерилизации 1600С – 150'. Правильно ли проводится стерилизация?

Задача №13

Медсестра проводит стерилизацию мочевых катетеров из полимерных материалов в автоклаве основным режимом: 2 атм. - 1320С - 20'. Правильно ли проводится стерилизация?

Задача №14

Медсестра проводит стерилизацию паровым методом. Стерилизуются операционное бельё и перевязочный материал, уложенный в биксы с фильтром. Режим стерилизации: 1,1 атм. - 1200С - 45'. В правильном ли режиме проводится стерилизация? Срок сохранения стерильности в биксе с фильтром?

Эталоны ответов

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. 300 г + 9,7 л
2. 15 г + 2,985 л
3. 150 г + 4,850 л
4. 5 мл + 4,995 л
5. Раствор приготовлен правильно, но раствор не кипятится, а нагревается до 500С. Моющим раствором пользуются не более 6 раз в течение суток.
6. Для постановки аэопирамовой пробы компоненты смешиваются в равных количествах непосредственно перед использованием. Проводят контроль каждой обработанной партии, отбирая для этого 1% обработанных изделий, но не менее 3-5 изделий каждого наименования.
7. Неправильно. После инъекций одноразовые шприцы замачиваются в 5% растворе хлорамина 1 час, затем утилизируются.
8. При использовании «Биолота» берут 5 г порошка и 995 мл воды; перекись водорода не применяется. Время замачивания – 15'. Раствор используется однократно.
9. Неправильно. 30% раствора перекиси водорода надо взять 20 мл; температура раствора 50-550С, во время замачивания она не поддерживается. Моющий раствор может использоваться до 6 раз. Показателем к его замене является изменение цвета раствора на розовый.
10. Да, правильно.
11. Воздушным методом стерилизуются изделия только из стекла и металла, без упаковок.
12. Нет. Воздушным методом изделия стерилизуются в открытом виде.
13. Нет. Режим для стерилизации изделий из резины и полимеров – щадящий.
14. Нет. Режим для стерилизации изделий из х/б ткани – основной. Срок стерильности в биксе с фильтром – 20 суток.

Тема №2 Тактика ведения беременных и гинекологических пациентов в условиях женской консультации

Перечень манипуляций к учебной практике:

- выяснить паспортные данные

- собрать анамнез

- заполнить индивидуальную и обменную карты

- взвесить беременную

- измерить температуру, подсчитать пульс и дыхание, измерить артериальное давление

- измерить рост

- измерить размеры таза и оценить их

- измерить ромб Михаэлиса и индекс Соловьева у беременной

- измерить высоту стояния дна матки и окружность живота

- провести наружное акушерское исследование

- выслушать и оценить сердцебиение плода

- осмотреть беременную по системам и органам

- определить срок беременности

- определить дату выдачи отпуска по беременности и родам

- дать рекомендации беременной по режиму

заполнить индивидуальную и обменную карты

- определить дату выдачи отпуска по беременности и родам

- дать рекомендации беременной по режиму дня, гигиене, подготовки молочных желёз к родам

- заполнять направления на консультации и лабораторные исследования беременной.

- Составление плана и подготовка бесед о диете и гигиене беременной. - Участие в проведении занятий «Школа матери», «Школа отца». -

Психопрофилактическая работа с беременными. - Взятие влагалищных мазков. - Осмотр молочных желёз.

Задачи для текущего контроля

Задача 1

23-летняя женщина встала в ЖК на учет по беременности в 10 недель. В прошлом у неё был 1 искусственный аборт без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений. Прошла обследования по назначенной врачом-акушером схеме. Явилась в ЖК на прием в 13 недель. Прием ведет акушерка. Жалоб нет. Все анализы в норме. Группа крови I(0), резус-фактор отрицательный. Раньше обследования на группу и резус не проводились.

Задания:

1. Выделите проблемы беременной, их причины.
2. План по контролю над создавшимися проблемами.
3. Составьте алгоритм обследования беременной на рядовом приеме в 1-й половине беременности.
4. Рассказать о резус-конflikте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.
5. Манипуляция “Взятие крови и определение резус-фактора”.

Эталон ответа:

1. Потенциальная проблема: возникновение резус-конflikта, если у отца ребенка кровь резус-положительная. Риск повышен в связи с абортom в прошлом. Ошибочным было не определить у женщины во время предыдущей беременности резус-фактор и не предложить отказаться от аборта для снижения риска резус-конflikта. Не проведена иммунизация. Учитывая наличие аборта в анамнезе следует отнести беременную к группе риска и по невынашиванию, но в настоящий момент жалоб нет
2. Средний медицинский работник должен объяснить женщине ситуацию, в то же время, чтобы не очень её волновать, прежде всего надо обследовать мужа (отца ребенка). В случае, если у него та же группа и резус – опасности нет. В противном случае проводить контроль антител ежемесячно. При выявлении антител – госпитализация. Проводить профилактические курсы (по методике, предложенной в данной ЖК), возможна профилактическая госпитализация.
3. Беременная должна наблюдаться врачом. Выявление жалоб, проблем, контроль веса, АД, пульса, пальпация живота, измерение высоты стояния дна матки, окружности живота, контроль тонуса и болезненности матки, выяснение характера выделений, отеков, особенностей физиологических отравлений, рекомендации. Назначение явки через 2 недели. Анализ мочи к каждой явке.
4. Рассказать о причинах резус-конflikта, методах профилактики, диагностики, лечения.
5. Выполнение манипуляции.

Задача 2

Первобеременная в 16 недель пришла на очередной прием в ЖК, чувствует себя хорошо, все анализы, за исключением общего анализа крови, в норме. По данным УЗИ, патологических отклонений нет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 ударов в минуту, матка в нормальном тоне, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком, выделения слизистые скудные. В анализе крови лейкоцитов 7 тыс., СОЭ 18 мм/час, гемоглобин 102 г/л. Беременная не работает, материально хорошо обеспечена, бытовые условия хорошие. Категорически против стационарного наблюдения до родов.

Задания:

1. Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.
2. Дать рекомендации для данной беременной.
3. Рассказать о причинах анемии беременных, методах диагностики, профилактики и лечения.
4. Перечислить возможные лекарственные назначения в связи с данным случаем и выписать рецепты.
5. Манипуляция “Определение гемоглобина крови”.

Эталон ответа:

1. Настоящая проблема: снижение гемоглобина.
Для беременных это можно считать умеренной анемией, остальные показатели допустимы во время беременности. Потенциальной проблемой может стать более выраженная анемия, гипоксия плода, повышенная кровопотеря в родах и т.д. Женщина – против госпитализации.
2. Необходимо назначить клинический анализ крови для выявления более глубоких изменений, возможно, что анемия является следствием гемодиллюции. Дать рекомендации по диете, назначить гемостимулирующие средства. Так как беременная против госпитализации, пока, учитывая хорошие домашние условия и умеренный характер анемии, можно проводить наблюдение и лечение в домашних условиях, воспользоваться возможностью дневного стационара. В случае ухудшения может потребоваться госпитализация.
3. Рассказать о причинах анемии у беременных. Главные – это дефицит железа и белковой пищи, большая потребность в железе у матери и плода. Белковая диета - перечислить продукты. Продукты с повышенным содержанием железа - перечислить. Дать рекомендации по приготовлению и приему пищи. Методы обследования.
4. Примерный вариант: ферроплекс, сорбифер дурулес, фенюльс, фолиевая кислота для приема внутрь, при необходимости, для парентерального применения феррум-лек, витамин В12. Убедить женщину в безопасности для плода при применении этих средств.
5. Выполнение манипуляции.

Задача 3

Беременная в 14 недель пришла на прием в ЖК, где она состоит на учете. Возраст женщины 30 лет. В течение 5 лет лечилась по поводу первичного бесплодия на фоне склерокистоза яичников. Применялись гормональные методы лечения, клиновидная резекция яичников, методы стимуляции овуляции. Настоящая беременность первая. В 5 недель беременности встала на учет, в 6-8 недель была профилактическая госпитализация и лечение с целью сохранения беременности. От УЗИ беременная категорически отказывалась из опасения вредного воздействия на плод. После стационара беременная уезжала в отпуск, так что данная явка в ЖК вторая. Прием ведет акушерка.

В настоящее время жалоб нет, до 3-х недель была тошнота, но сейчас все благополучно. Болей в животе и патологических выделений нет. Пульс, температура и АД в норме. Прибавка веса с начала беременности 3,5 кг.

Матка в нормальном тоне, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком. $\Phi = 18$ см, окружность 90. Отеков нет, физиологические отравления в норме.

Задания:

1. Выделить проблемы беременной и пути их решения.
2. Оценка акушерского статуса на день осмотра и тактика акушерки.
3. Рассказать о причинах возникновения многоплодия, особенностях течения и ведения беременности и родов.
4. Провести беседу о необходимости проведения УЗИ.
5. Выполнение манипуляции “Измерение высоты стояния дна матки во время беременности”.

Эталон ответа:

1. В настоящий момент самочувствие беременной и её моральное состояние хорошее, однако она относится к группе очень высокого риска по невынашиванию и вытекающим из этого осложнениям беременности и родов, о которых она не подозревает. Поэтому она недооценивает значение систематического наблюдения в ЖК и профилактического обследования и лечения. Акушерка должна внимательнее относиться к наблюдению данной беременной, своевременно проводить патронаж, следить за посещением ЖК, выполнением анализов, госпитализацией. Эту беременную должен наблюдать врач, консультировать специалист по невынашиванию. Беременной нужно объяснить, что благополучный исход беременности может гарантировать только очень бережное к ней отношение, просить ее не уезжать, посещать ЖК, выполнять рекомендации специалистов.
2. По данным предыдущих осмотров и мнению женщины, беременность 14 недель, но, по данным наружного осмотра, соответствует 16 неделям, что может быть при многоплодии. Имеются факторы, предрасполагающие к многоплодию в анамнезе: методы стимуляции овуляции.
Диагноз: беременность 14 недель. Подозрение на многоплодие. Отягощенный гинекологический анамнез. Первобеременная 30 лет. Женщину непременно должен проконсультировать врач. Если сегодня это невозможно, надо рекомендовать УЗИ для уточнения вопроса о многоплодии, направить беременную в кабинет по невынашиванию. Дать рекомендации по гигиене, профилактике факторов риска по невынашиванию. Поскольку многоплодие является дополнительным фактором риска по невынашиванию, можно будет рекомендовать профилактическую госпитализацию для проведения обследования в условиях стационара.
3. Рассказать о причинах многоплодия, методах диагностики, особенностях течения и ведения беременности и родов, развитии плодов, осложнениях

матери и методах профилактики.

4. Рассказать о значении ультразвукового исследования, кратности проведения, подготовке, роли акушерки.

5. Выполнение манипуляции.

Тема №3. Патология беременности, особенности ведения различной патологии в условиях Отделения патологии беременности

выяснить паспортные данные

- собрать анамнез

- заполнить историю родов

измерить температуру, подсчитать пульс и дыхание, измерить артериальное давление

- взвесить беременную

- измерить ромб Михаэлиса и индекс Соловьева у беременной

- измерить высоту стояния дна матки и окружность живота

- наружное акушерское исследование

- выслушать и оценить сердцебиение плода

- осмотреть беременную по системам и органам

- определить дату предстоящих родов

оказать первую помощь при рвоте, приступе эклампсии

- дать рекомендации по соблюдению режима дня, основным принципам рационального питания при осложнениях (гестозы, анемии)

- измерить АД, пульс

- осмотр кожных покровов, определение наличия отеков

- проводить взвешивание беременной

- осуществлять доврачебную оценку состояния беременной

- осуществлять доврачебную оценку состояния плода (шевеление, сердцебиение)

- проводить катетеризацию периферической вены

- провести взятие крови из периферической вены на группу, резус фактор и на совместимость

Задача 1

В родильный дом поступила беременная Д., 26 лет, по поводу повышенного артериального давления, патологической прибавки массы тела. Жалоб не предъявляет.

Беременность 3-я: 1-я беременность закончилась нормальными родами 3 года назад; 2-я беременность закончилась медицинским абортom в сроке беременности 7-8 недель, без осложнений. 3-я беременность, настоящая, протекала без осложнений. В течение последних двух недель отмечалась патологическая прибавка массы тела.

Соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Брак 1-й.

Объективно: рост = 168 см; вес = 80 кг, за неделю прибавка массы тела составила 700 г. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

АД=140/90, 145/95 мм рт.ст. PS=78 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. мин. Отмечаются отеки нижних конечностей. Белок в моче - 0,033 г/л.

Задание:

1. Выявить проблемы женщины.

2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и его обоснование.

3. Тактика акушерки по наблюдению и осуществлению ухода в отделении патологии беременности.

4. Рассказать о методах лечения данной патологии. Привести примеры рецептов.

5. Выполнить манипуляции: контроль АД и его оценка.

Эталоны ответа:

1. Действительные проблемы: самочувствие нормальное, проблемы связаны с вынужденной госпитализацией.

Потенциальные:

- риск развития тяжелых форм гестоза;

- риск развития гипоксии плода;

- риск возникновения отслойки плаценты;

- риск возникновения ДВС-синдрома;

- риск возникновения кровотечения в родах.

2. Состояние женщины удовлетворительное.

Диагноз: беременность 36 недель. Гестоз II половины беременности, преэклампсия легкой степени или нефропатия I степени ОАА.

Обоснование диагноза: наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности, срок указан в условии задачи. Наличие триады симптомов: гипертензия, отеки, протеинурия, патологическая прибавка массы тела указывают на нефропатию. Цифры АД, количество белка позволяют определить I степень. Акушерский анамнез отягощен медицинским абортom.

3. Акушерке необходимо:

* провести беседу с беременной о режиме, назначенном ей (палатный, лечебно-охранительный);

* провести беседу с беременной о диете (ограничение соли, жидкости);

* контролировать АД через 4 часа, суточный диурез, массу тела, проинструктировать беременную о подготовке к клиническому и биохимическим обследованиям, УЗИ, КТГ;

* начать медикаментозную терапию, по назначению врача (седативная, гипотензивная, защитная терапия плода, укрепление сосудистой стенки, улучшение маточно-плацентарного кровообращения, улучшение реологических свойств крови;

* вызвать для консультации терапевта, окулиста, по назначению врача.

4. Рассказать о методах лечения данной патологии, привести примеры гипотензивных, мочегонных средств, средств для улучшения микроциркуляции и т.д.

5. Выполнение манипуляции.

Задача 2

Вечером акушерка отделения патологии беременности вызвана в палату к повторнобеременной женщине 30 лет, которая поступила накануне днем плановом порядке с подозрением на предлежание плаценты в сроке 30 недель. Женщина жалуется на появление темных мажущих выделений из влагалища. Дежурный врач занят в операционной и может освободиться не раньше чем через час, операционная также занята, он поручил акушерке разобраться в ситуации и оказать неотложную помощь.

Задания:

1. Выделить проблемы пациентки и помочь в их решении.

2. Оценить состояние женщины. Что для этого нужно сделать.

3. Акушерская тактика в случае удовлетворительного состояния женщины.

4. Рассказать о возможных осложнениях и мерах профилактики.

5. Выполнение манипуляции "Определение группы крови".

Эталон ответа:

1. Настоящая проблема – кровомазанье, вызванное низкой плацентацией.

Беспокойство женщины. Занят врач и операционная.

Потенциальные проблемы:

- кровотечение, страдание плода и ухудшение состояния женщины, ДВС и его осложнения, необходимость операции, рождение недоношенного ребенка и пр.

2. Успокоить женщину, не волновать её организационными проблемами, привлечь на помощь свободную акушерку, младший персонал.

Проводить наблюдение, терапию по сохранению беременности, гемостатическую терапию, профилактику гипоксии плода, готовить женщину к переводу в родильное отделение или операционную, готовить к операции, не кормить.

3. Оценка самочувствия, АД, пульса, частоты дыхания, кожных покровов, учет кровопотери.

Взять кровь на отстой для определения свертываемости и, возможно, для проб на группу крови и совместимость. Контроль диуреза.

4. Для снятия повышенного тонуса дают токолитики, например метацин, магнезио.

Для гемостаза – дицинон или этамзилат натрия. Установить контакт с веной. Начать инфузионную терапию. Женщину перенести на каталку и перевести бережно в родильное отделение или операционный блок. Консультироваться с врачом через помощников.

5. Выполнение манипуляции.

Задача 3

В отделение патологии родильного дома 14 ноября поступила первобеременная С., 20 лет, по направлению ЖК с диагнозом: анемия беременных.

Последняя менструация 4 апреля. Первое шевеление плода 22 августа. Беременность в первой половине протекала без осложнений. Во второй половине беременности в сроке 24 недели находилась на стационарном лечении в отделении патологии беременности с диагнозом: анемия беременной. Проводилось лечение, выписана с улучшением. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый.

Гинекологические заболевания отрицает. Женщина обеспокоена состоянием плода. Проживает в промышленном районе.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД - 100/70, 100/60 мм рт. ст. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Нв - 90 г/л. ОЖ - 85 см, ВДМ - 32 см, И.С. - 14 см. Размеры таза 25-27-30-20.

Положение плода продольное, II позиция, передний вид, головное предлежание. Головка над входом в малый таз баллотируется. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту приглушено, слева ниже пупка. Матка в норме тонусе.

Задания:

1. Выявить проблемы беременной.

2. Оценить состояние беременной. Поставить диагноз и обосновать его.

3. Тактика акушерки в данной ситуации.

4. Рассказать о методах антенатальной охраны плода.

5. Выполнить манипуляцию “Выслушивание сердцебиения плода”.

Эталон ответа:

1. Действительные проблемы

· анемия; тревога за ребенка. Проживание в промышленном районе усугубляет проблему.

Потенциальные проблемы:

· риск развития асфиксии плода и новорожденного;

· риск более выраженной анемии;

· риск возникновения кровотечения.

2. Состояние беременной удовлетворительное. Диагноз: беременность 31 - 32 недели, анемия беременности II степени. Угрожающая гипоксия плода.

Обоснование диагноза: из условий задачи даты, последней менструации 4 апреля, первого шевеления плода 22 августа, объективных данных, ОЖ - 85 см, ВДМ - 32 см у пациентки беременность соответствует 31 - 32 неделям.

У беременной в анамнезе с 24 недель беременности анемия, по поводу которой лечилась в стационаре. При поступлении Нв - 90 г/л, приглушенное сердцебиение плода характерны для симптомов внутриутробной гипоксии плода, которая развилась на фоне анемии беременной.

3. Учитывая данную ситуацию, необходимо:

· успокоить пациентку, вселить надежду в благоприятное течение беременности;

· в родильном отделении наблюдение и лечение под руководством врача (выполнение гемостимулирующих средств, средств для лечения гипоксии плода – примеры);

· с целью профилактики осложнений дежурная акушерка должна вести наблюдения за беременной – контроль за сердцебиением, шевелением;

· контроль за гемоглобином (клинический анализ крови), УЗИ и КТГ в динамике.

4. Рассказать о методах антенатальной охраны плода: выявление и устранение вредного воздействия, методы оценки состояния плода, методы профилактики и лечения патологии развития плода, плацентарной недостаточности.

5. Выполнение манипуляции.

Задача 4

В родильном отделении наблюдается беременная, получающая лечение и обследование по поводу беременности сроком 32 недели. Пиелонефрит беременных. Выраженное многоводие. Беспокоит тяжесть в животе, боли в пояснице, учащенное мочеиспускание, Назначено лечение:

Антибактериальная, спазмолитическая, растительные уроантисептики (фитолизин).

Беременная отказывается от введения и приема лекарственных средств, опасается осложнения для плода (возникновения уродства и т.п.). Отказывается от обследования (исследование мочи, исследование на выявление ИППП, УЗИ). Считает, что это может явиться причиной новых лекарственных назначений и повредить ребенку.

Задания:

1. Выделите проблемы беременной.

2. Постарайтесь решить проблемы, а также выполнить назначения врача.

3. Расскажите об особенностях течения и ведения беременности и родов у женщин с заболеваниями почек.

4. Перечислите методы, которыми можно проконтролировать лечение многоводия.

5. Выполнение манипуляции «Взятие анализа мочи на посев».

Эталон ответа:

1. У беременной имеются осложнения беременных, вследствие которых её может беспокоить тяжесть в животе (вследствие многоводия), дизурические явления и боли в пояснице вследствие инфекции мочевыводящих путей. Беременная обеспокоена своим заболеванием, но и не доверяет методам лечения, опасается осложнений, уродств у плода. Потенциальные проблемы – прерывание беременности, гипоксия плода, распространение инфекции и септические осложнения, отслойка плаценты, в родах – выпадение пуповины. Все это может быть при отказе от лечения.

2. Женщину не надо излишне тревожить. Но нужно заверить её, что в данном сроке назначенная антибактериальная терапия не может повредить плоду, а наоборот улучшит обмен вод и обмен веществ у плода. Объяснить необходимость и безвредность назначенных обследований.

3. Рассказать об особенностях течения и ведения беременности и родов при патологии почек. Рассказать о методах исследования функции почек: УЗИ, суточный и почасовой диурез, общий анализ мочи, посев мочи, проба Зимницкого, Нечипоренко и другие.

4. Приемы наружного акушерского исследования, аускультация, измерение окружности и высоты стояния дна матки, УЗИ, другие методы.
5. Выполнение манипуляции.

Тема №4 Физиология и Патология родов и послеродового периода. различная тактика ведения родов.

измерить наружные размеры таза женщины

- вычислить истинную конъюгату таза
- оценить женский таз при первой явке
- определить предположительную массу плода
- измерить размеры головки новорожденного
- пальпировать роднички и оценивать их состояние
- измерить размеры туловища новорожденного

- собирать анамнез

подсчитать и оценить схватки, выслушать, подсчитать сердцебиение плода, дать оценку

- провести профилактику гипоксии плода
- подготовить роженицу к переводу в родильный зал
- обработать наружные половые органы и бедра роженицы
- провести профилактику кровотечения в родах
- осуществить первичную обработку пуповины, пеленание новорожденного
- провести катетеризацию мочевого пузыря
- определить признаки отделения плаценты
- выделить отделившийся послед наружными приемами (по показаниям)
- осмотреть и оценить послед
- определить кровопотерю в родах

Задача 1

18-летняя женщина находится совместно с ребенком в индивидуальной палате физиологического послеродового отделения на 5 сутки после срочных родов. В родах была выполнена перинеотомия и перинеорафия. Ребенок готов к выписке. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 78 ударов в минуту.

Молочные железы умеренно нагрубают. Соски без трещин. Лактация достаточная.

Дно матки на 3 поперечных пальца выше лобка. Лохии сукровичные, умеренные. Швы сняты, заживление первичным натяжением. Физиологические отправления в норме. Температура нормальная. Анализы в норме. Врач назначил родильницу вместе с ребенком к выписке на завтра. Женщина удивлена, что ей, несмотря на перинеотомию, назначили только 70 дней послеродового декретного отпуска, а не 86, как женщинам с другими оперативными вмешательствами.

Задание:

1. Оцените состояние родильницы и выделите проблемы родильницы, пути их решения.
2. Составьте план беседы с родильницей, рекомендации перед выпиской.
3. Расскажите об уборке палаты после её освобождения.
4. Рассказать об обязанностях акушерки послеродового отделения. Рассказать о патронаже.
5. Выполните манипуляцию “Снятие швов с промежности”.

Эталон ответа:

1. Речь идет о совершенно здоровой родильнице. Родильница уходит домой и больше не сможет обращаться за консультацией к специалистам в любое время. Необходимо дать ей последние рекомендации по вопросам реабилитации в послеродовом периоде и информацию о том, куда она может обратиться в случае необходимости: ЖК, детская сестра и педиатр. Женщина не удовлетворена продолжительностью ДО.
2. При выписке дать рекомендации по режиму, гигиене и питанию в домашних условиях, о рациональной нагрузке, о вскармливании, по профилактике послеродовых заболеваний, половой гигиене, планированию семьи, уходу за ребенком, о здоровом образе жизни. Отдельно рассказать, как продолжить уход за промежностью. Рассказать о правилах предоставления ДО.
3. Уборка палаты после выписки родильницы и ребенка по типу заключительной.
4. Передать патронаж в детскую поликлинику и в женскую консультацию.
5. Выполнение манипуляции.

Задача 2

В родильное отделение ЦРБ поступила первобеременная А., 21 год, с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Беременность 38 недель, протекала без осложнений. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Занятия по подготовке к родам не посещала, прочитала учебник по акушерству.

Объективно: Рост 164 см, вес - 62 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД-110/70, 110/65 мм рт.ст., пульс 72 уд. в мин., ритмичный. ОЖ - 95 см, ВДМ - 35 м, размеры таза - 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Схватки через 4-5 минут, по 30-35 секунд, болезненные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 удара в минуту. Матка хорошо расслабляется между схватками. Во время схватки женщина ведет себя беспокойно, дышит напряженно, высказывает опасение о возникновении у неё опасных осложнений. Настаивает на медикаментозном обезболивании.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, края мягкие, открытие 4 см, плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс не достигается. Выделения светлые незначительные.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины и их причины.
2. Оценить состояние женщины. Сформулировать диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о методах обезболивания родов.
5. Выполнить манипуляцию “Определение предполагаемой массы плода”.

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы женщины:

* боли схваткообразные, обусловленные родовой деятельностью;

* беспокойство за исход родов и здоровье ребенка;

* дефицит знаний о поведении в I периоде родов. Избыточная информация об акушерской патологии и страх осложнений. Все это обусловлено отсутствием ППП к родам.

Потенциальные проблемы: учитывая отсутствие соматической и акушерско-гинекологической патологии, каких-либо осложнений в родах быть не должно, однако неадекватное поведение роженицы и страх могут вызвать нежелательные поведенческие реакции и спазм сосудов, а следовательно, гипоксию плода, повышение АД.

2. Состояние роженицы удовлетворительное, что подтверждается цветом кожных покровов, АД-110/70, 110/65 мм рт.ст., пульс – 72 уд. в мин., ритмичный. Диагноз: роды 1-ые, срочные, первый период родов Активная фаза.

Из условий задачи следует, что женщина первобеременная, имеются регулярные родовые схватки, открытие шейки, соответствующее фазе родов.

Предполагаемая масса плода определена по формуле Жордания: ВДМ x ОЖ = 95 x 35 = 3300,0.

3. Учитывая физиологическое течение родов тактика акушерки:

* обучить женщину правильному поведению в родах (правильному дыханию, приемам расслабления) - информировать о течении родов, о том, что ей предстоит; научить методам самообезболивания, уверить в благополучном исходе родов;

* вести наблюдение за роженицей в первом периоде родов в соответствии со стандартной схемой;

* пригласить для введения раствора но-шпы или дротаверина. При отсутствии эффекта пригласить врача акушера, анестезиолога.

4. Рассказать о медикаментозных методах обезболивания: перидуральной анестезии, ингаляционной анальгезии, применении спазмолитиков, анальгетиков, седативных средств. Отметить побочные эффекты. Роль акушерки при проведении обезболивания.

5. Манипуляция.

ЗАДАЧА 3

Повторнобеременная К., 23 года, поступила в родильное отделение районной больницы с регулярной родовой деятельностью. Родовая деятельность продолжается 3 часа, роды в срок. Беременность 2-я, протекала без осложнений, роды предстоят вторые. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция без особенностей.

Объективно: рост 160 см, вес 72 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД-120/80, 115/70 мм рт.ст., пульс 78 в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. ВДМ - 36 см, ОЖ - 90 см, размеры таза - 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд. в мин., схватки через 2 минуты, по 40-50 секунд, сильные и болезненные. Женщина беспокоится, что схватки очень частые и болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, края мягкие, открытие почти полное. Головкой плода выполнены верхняя треть симфиза и крестца.

Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины.

2. Оценить состояние женщины, характер родовой деятельности, сформулировать диагноз и обосновать его.

3. Тактика акушерки в данной ситуации.

4. Рассказать о характеристике схваток, методах оценки и контроля за родовой деятельностью.

5. Выполнить манипуляцию "Акушерское пособие в родах".

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы:

- сильные боли, связанные с регулярной и слишком активной родовой деятельностью;

- беспокойство за исход родов и здоровье ребенка;

Потенциальные проблемы:

- риск отслойки плаценты при запоздалом вскрытии плодного пузыря и связанные с этим осложнения, риск разрыва шейки.

2. Состояние роженицы удовлетворительное, что подтверждается данными осмотра (кожные покровы обычной окраски, АД 120/80, 115/70 мм. рт.ст., пульс 78 в минуту, ритмичный). Диагноз: роды вторые, срочные, конец I периода родов в головном предлежании. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, а именно: из условий задачи ясно, что женщина повторнородящая, с регулярными и слишком активными родовыми схватками, раскрытием шейки матки, соответствующим концу I периода родов. Головное предлежание подтверждается данными наружного и влагалищного исследования.

3. Учитывая, что женщина повторнородящая, с активной родовой деятельностью и почти полным открытием шейки матки необходимо:

* произвести амниотомию;

* выслушать сердцебиение плода;

* подготовить к приему родов кровать Рахманова, лоток для приема новорожденного; набор белья и инструментов для родов;

* приготовить для проведения профилактики кровотечения раствор метилэргометрина 0,02% -1 мл и 10 мл физ. р-ра. Измерить АД; При слишком болезненных, частых, сильных схватках можно ввести спазмолитики.

* обучить женщину поведению во II периоде родов, с целью профилактики осложнений;

* подготовить женщину к родам (туалет наружных половых органов, смена рубашки, стерильная подкладная пеленка).

5. Манипуляция.

Задача 4

У женщины 25 лет, имеющей 3-недельного ребенка, внезапно появились распирающие боли в правой молочной железе, повышение температуры до 39° С.

При осмотре отмечается болезненность правой железы, прощупывается инфильтрат.

Задания:

1. Определите неотложное состояние.

2. Составьте план оказания помощи.

3. Осуществите наложение поддерживающей повязки на молочную железу.

Эталон ответа:

1. Лактационный мастит.

2. Наложить повязку, поддерживающую молочную железу; расцедить молочную железу; вызвать врача.

Тема №5 Оказание гинекологической помощи

выяснить паспортные данные

- собрать анамнез

- заполнить историю болезни

измерить температуру, подсчитать пульс и дыхание, измерить артериальное давление

- обследовать больных по тестам функциональной диагностики

- брать мазки на степень чистоты влагалищной флоры

- готовить инструменты для малых гинекологических операций

- Подготовка пациентки для проведения гинекологического обследования, Инструментальных методов методов обследования (гистероскопии, пункции заднего свода, УЗИ, ГСГ)

- Подготовка пациентки для проведения гинекологических операций.

- Оказание неотложной помощи на доврачебном этапе.

ТИПОВЫЕ ЗАДАЧИ для текущего контроля Задача 1. Больная 18 лет обратилась к гинекологу с жалобами на нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голеней, вздутие живота, раздражительность, потливость. Указанные симптомы появляются во вторую фазу менструального цикла и прекращаются после очередной менструации. При гинекологическом осмотре патологических изменений не выявлено. Задание: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Расскажите регуляцию менструального цикла и основные типы нарушения менструальной функции: гипоменорея, гиперполименорея, меноррагия, олигоменорея, опсоменорея, аменорея, ациклические кровотечения, альгодисменорея. 2. Опишите влияние соматических, эндокринных заболеваний, внешней среды на состояние репродуктивного здоровья женщин. Составьте рекомендации пациентки при предменструальном синдроме. 3. Проконсультируйте пациентку по выбору методов контрацепции. 4. Продемонстрируйте на фантоме пальпацию молочных желез.

Задача 2 Женщина 30 лет через 12 часов после гинекологической операции ни разу не мочилась. Во время беседы с палатной медсестрой она призналась, что боится боли, которая может быть при мочеиспускании.

Задания:

1. Определите неотложное состояние.
2. Опишите порядок действий медсестры.
3. Осуществите снятие швов.

Эталон ответа:

1. Острая задержка мочи.
2. Успокоить пациентку; осуществить рефлекторное воздействие для оттока мочи, в случае отрицательного результата вызвать врача.

ЗАДАЧА 3

Женщину 40 лет после гинекологической операции доставили в палату. Медсестра, контролирующая состояние пациентки, через 1 час отметила обильное промокание кровью наклейки на послеоперационной ране. Женщина отмечает легкое головокружение, «мушки» перед глазами.

Задания:

1. Определите неотложное состояние.
2. Определите действия медсестры.
3. Осуществите манипуляцию: смену наклейки.

Эталон ответа:

1. Кровотечение в области послеоперационной арны.
2. Срочно вызвать дежурного хирурга; по назначению врача ввести гемостатики; осуществить смену наклейки.

ЗАДАЧА № 4

К акушерке обратилась подруга 45 лет, которая обнаружила у себя в левой молочной железе уплотнение; идти к врачу женщина боится. Акушерка, осмотрев женщину, обнаружила в наружном верхнем квадранте левой молочной железы безболезненное уплотнение 2х2 см с нечеткими границами, спаянное с кожей.

Задания:

1. Определите возможную патологию.
2. Опишите действия акушерки.
3. Осуществите обработку чистой послеоперационной раны.

Эталон ответа:

1. Опухоль левой молочной железы.
2. Срочно направить к маммологу, объяснив опасность выжидания.

Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по учебной практике модуля лечение пациентов хирургического профиля

1. Перечень практических навыков, выносимых на итоговое занятие

1. Субъективное обследование хирургического пациента.
2. Объективное обследование хирургического пациента.
3. Описание локального статуса хирургического пациента при синдроме «острого живота».
4. Подготовка пациента к рентгенологическим и эндоскопическим методам обследования в хирургии.
5. Уход за дренажом в плевральной полости по Бюлау.
6. Уход за цистостомой, эпицистостомой.
7. Подготовка больного к плевральной пункции.
8. Подготовка больного к экстренной и плановой операциям.
9. Оказание помощи врачу в проведении ПХО ран, туалета ран
10. Техника обработки операционного поля.
11. Техника перевязки чистой и гнойной раны.
12. Курация хирургического пациента

Средства для текущего контроля знаний

Задача №1

Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен был лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту и был черный, как деготь, стул — такого состояния раньше никогда не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз, они перестали беспокоить.

При осмотре: некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд, в 1 мин, наполнение снижено, АД 100/60 мм.рт.ст, (обычное давление больного 140/80 мм.рт.ст.), некоторое учащение дыхания. Язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Какие дополнительные исследования следует провести. (ПК 2.4)
3. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного больного в условиях стационара. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте технику наложения пузыря со льдом на эпигастральную область на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №2

В ФАП обратилась больная 45 лет с жалобами на мучительные боли, возникающие во время дефекации и сохраняющиеся еще длительное время после нее. В кале - алая кровь. При осмотре в гинекологическом кресле после разведения ягодиц видна трещина на 6 часах, располагающаяся на переходной складке.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте технику катетеризации мочевого пузыря у женщины на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №3

Фельдшер скорой помощи осматривает женщину, кормящую мать, 25 лет, которая жалуется на боли в правой молочной железе, озноб, головную боль, повышение температуры до 39,0 С.

3 недели назад в молочной железе появились боли, железа увеличилась в объеме, поднялась температура до 39,0 С, появилась головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление грудью стало болезненным. Лечилась водочными компрессами, самостоятельно пыталась сцеживать молоко. При осмотре: в молочной железе отчетливо пальпируется плотное образование, размером 6х8 см, кожа над ним синюшно-багрового цвета, образование резко болезненно, в центре его размягчение диаметром 2см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте наложение повязки на молочную железу на статисте. (ПК 2.3.)

Задача №4

Фельдшер ФАП вызван к больному 40 лет, который жалуется на боли в прямой кишке и левой ягодице, повышение температуры. Болен 3 дня с появления многократного жидкого стула, 2 дня назад появились боли в прямой кишке, левой ягодице, опухолевидное образование, повышение температуры до 38,0 С.

При осмотре перианально слева в толще ягодицы расположено опухолевидное образование диаметром 5см, кожа над ним гиперемирована, при пальпации определяются болезненность и флюктуация. Регионарные паховые лимфатические узлы не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Подготовьте набор инструментов для перевязки гнойной раны. (ПК 2.3.)

Задача №5

Фельдшера пригласили в соседнюю квартиру к больной. Женщина жалуется на боли в правой подвздошной области, рвоты не было, но беспокоит чувство тошноты. Боли постоянного характера, иррадиации нет. Температура тела 37,5. Больной себя считает несколько часов. При осмотре: язык слегка обложен, суховат, живот в правой подвздошной области болезненный, брюшная стенка в этой области напряжена, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны и симптомы Ситковского и Образцова.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных методах исследования, необходимых для подтверждения диагноза. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в условиях стационара. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте на фантоме технику перевязки чистой раны. (ПК 2.3.)

Задача №6

Вызов фельдшера скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38,70. Многократная рвота застойным содержимым. Черты лица заострены, кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым

налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Назовите дополнительные физикальные методы обследования для уточнения диагноза и расскажите о методике их применения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику обработки операционного поля на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №7

Мужчина 42 лет почувствовал сильнейшую боль в верхнем отделе живота, которую сравнил с ударом кинжала. Боль появилась в момент физической нагрузки, рвоты не было. Много лет страдает язвенной болезнью желудка по поводу чего многократно лечился в терапевтических клиниках. Вызвана скорая медицинская помощь, приехавший фельдшер осмотрел больного. Больной бледен, покрыт холодным потом, выражение лица страдальческое, положение вынужденное - лежит на боку, ноги приведены к животу, пульс 80 уд. в мин, язык суховат, обложен слегка белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, пальпацией определяется резкое напряжение мышц, болезненность, положительный симптом Щеткина – Блюмберга.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. (ПК 2.1.)
2. Назовите дополнительные симптомы необходимые для уточнения диагноза. (ПК 2.4)
3. Составьте диагностическую и лечебную программу в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику снятия швов на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №8

В ФАП доставлена женщина 52 лет с жалобами на острую боль в правом подреберье, которая появилась на 2-ой день после празднования Нового года. Боль иррадирует в правое надплечье.

Отмечается многократная рвота, не приносящая облегчения.

При обследовании: состояние средней тяжести, склеры с иктеричным оттенком. Большая повышенного питания. Температура тела 37,60. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный. Живот умеренно вздут, правая половина отстает в акте дыхания. В правом подреберье пальпаторно определяется резкая болезненность и мышечное напряжение.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных физикальных методах обследования, о характерных для данного заболевания симптомах и методике их определения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Составьте наборы инструментов для венесекции. (ПК 2.3.)

Задача №9

Вы работаете фельдшером на базе отдыха без врача. К Вам обратился мужчина с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота тупого опоясывающего характера. Беспокоит мучительная неукротимая рвота, не приносящая облегчения. Болен около суток после обильного застолья с употреблением алкогольных напитков.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6 0С. Кожа бледная, язык обложен белым налетом. Пульс 108 ударов в минуту, АД 100 на 70 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут в верхнем отделе, болезнен при глубокой пальпации в эпигастрии, мягкий, симптом Щеткина - Блюмберга отрицателен.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления. (ПК 2.4)
3. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику введения назогастрального зонда на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №10

Фельдшер скорой помощи осматривает мужчину 60 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, неоднократную рвоту кишечным содержимым через каждые пятнадцать минут (рвота сопровождается икотой и мучительной отрыжкой), неотхождение стула и газов.

Заболел три часа назад. При обследовании: пульс 60 ударов в 1 минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут неравномерно, увеличена больше левая половина, на глаз видна перистальтика кишечника. При пальпации живота определяется разлитая болезненность.

Из анамнеза выяснено, что в течение последних двух лет больного беспокоили запоры, тенезмы, кал имел лентовидную форму, в кале обнаруживалась периодически алая кровь.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Составьте набор инструментов для трахеостомии. (ПК 2.3.)

Задача №11

Вы работаете фельдшером сельского ФАП. К Вам обратился пожилой мужчина 75 лет с жалобами на затрудненное, учащенное мочеиспускание. Моча выделяется тонкой, слабой струей, временами только каплями, ночью встает от 3 до 5 раз. Считает себя больным около 4 лет, заболевание постепенно прогрессировало. Отмечает неудовлетворенность после мочеиспускания, испытывает чувство остаточной мочи.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,9 0. Кожа чистая, обычной окраски, язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, несколько болезненный над лобком, где при перкуссии - притупление.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.).
2. Расскажите о необходимых физикальных методах исследования и технике их проведения. (ПК 2.4.).
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в ЛПУ. (ПК 2.2.).
4. Продемонстрируйте технику катетеризации мочевого пузыря у мужчин на фантоме. (ПК 2.3.).

Задача №12

К фельдшеру ФАП обратилась женщина 50 лет. Которая при самообследовании обнаружила в правой молочной железе опухолевый узел. При осмотре молочные железы внешне не изменены. При пальпации в правой молочной железе определяется четкое опухолевидное округлое образование диаметром 3 см., неподвижное относительно ткани молочной железы. Сосок не изменен, выделений из него нет, кожные симптомы над опухолевидным узлом не определяются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 2.1.).
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения (ПК 2.4.).
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре (ПК 2.2.).
4. Продемонстрируйте технику пальпации молочной железы (ПК 2.3.).

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталон ответа к задаче №1

1. Диагноз: желудочное кровотечение, геморрагический шок I степени.

О таком диагнозе можно подумать, прежде всего, исходя из анамнеза- больной страдает язвенной болезнью желудка, без особых причин почувствовал слабость, головокружение, стало подташнивать, практически исчезли боли в области желудка (нейтрализация кислого желудочного содержимого) и, что весьма важно, был черный как деготь стул. Данные осмотра тоже склоняют к такому мнению: больной бледен, пульс 96 ударов в1 мин, снижено артериальное давление до 100/60 мм рт. ст. тогда как обычное давление больного 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий и незначительно болезненный в эпигастрии.

2. Больному следует провести пальцевое исследование прямой кишки

На пальце будет обнаружен черный как деготь кал. Мелена, характерна для желудочного кровотечения.

3. В условиях клиники для уточнения диагноза показано:

* ФГДС. Если содержимое желудка кровь, — кровь удаляется, желудок промывают осторожно прохладным физиологическим раствором, может быть обнаружен источник кровотечения.

* Анализ крови важен для оценки состояния и для сравнения с последующими показателями. Если нет угрожающего кровотечения, то показано консервативное лечение: строгий постельный режим, внутривенное введение крови, плазмы, полиглобулина, реополиглобулина и других кровезаменителей. Введение эпсилон — аминокaproновой кислоты, раствора дицинона, хлористого кальция, желатины, фибриногена и т.д. На область желудка накладывают периодически холод. Через рот ничего не дают.

* Проводятся регулярный лабораторный контроль состава крови (Hb, эритроциты, гематокрит), наблюдение за общим состоянием, повторная ФГДС.

Иногда для остановки кровотечения используют локальную гипотермию и диатермолазерную коагуляцию.

* При стабилизации состояния и тем более улучшении продолжается консервативная терапия с коррекцией вводимых средств и расширением диеты.

В случае продолжающегося кровотечения, угрожающего жизни больного, показано оперативное вмешательство.

Эта операция на высоте кровотечения — мера вынужденная.

4. Практическая манипуляция - выполняется согласно алгоритму.

Эталон ответа к задаче №2

1. Диагноз: Трещина прямой кишки.

Диагноз поставлен на основании очень характерных жалоб больной, наличия крови алого цвета в кале, а также осмотр ануса позволил увидеть дистальный отрезок трещины.

1. Из дополнительных методов диагностики показано ректальное пальцевое исследование.

Можно произвести его в гинекологическом кресле. Для этого фельдшер надевает перчатку, указательный палец обильно смазывает вазелином и на высоте вдоха больной, осторожно, учитывая болезненность этой процедуры при трещине прямой кишки, вводит в просвет прямой кишки. Эта процедура позволяет установить наличие резкого спазма сфинктера прямой кишки. Свежие трещины, имеющие мягкие края, при пальпации обычно обнаружить не удается. Старые трещины, имеющие омозоленные края, плотное дно, пропальпировать можно. Трещину обычно сопровождает геморрой, поэтому при увеличении геморроидальных узлов они могут быть обнаружены, кроме того, на высоте пальца исключается или подтверждается наличие опухоли в просвете прямой кишки.

Пальцевое ректальное исследование можно проводить в положении лежа на спине, с приведенными и согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, в положении на левом боку, с приведенными к животу и согнутыми ногами, в коленно-локтевом положении, с последующим переводом больного в вертикальное положение, “сидя на пальце”.

Осложнением трещин прямой кишки является пектеноз заднего прохода и парапроктит.

Пектенозом обозначается возникающее на почве анальных трещин подкожное фиброзное кольцо, суживающее заднепроходный канал. Вторым осложнением анальных трещин является острый парапроктит, точнее, задний перианальный абсцесс, на почве которого под основанием трещины может возникнуть подкожный прямокишечный свищ.

3. Диагностическая и лечебная программа.

Диагностическая программа:

1. В поликлинике ЦРБ хирург осматривает больную ректальным зеркалом в коленно-локтевом положении, что позволяет подтвердить диагноз трещины и исключить туберкулезную язву или рак анального канала, которые внешне напоминают каллезные “старые” трещины. Обязательным является цитологическое и гистологическое исследование стенок и дна трещины.

2. Больной показана ректороманоскопия, в результате которой возможно исследование толстой кишки на высоте до 40 см, с целью исключить сопутствующую патологию.

3. Кроме того, больная получает направление на ФГДС и колоноскопию с инструктажем о правилах подготовки к этим процедурам.

Лечебная программа:

Свежие, недавно возникшие трещины подлежат консервативному лечению, напротив, хронические трещины необходимо оперировать. В поликлинике рекомендуется следующая терапия.

1. Утром производится очистительная клизма. Два раза в день назначаются теплые сидячие ванны (35-36°С) продолжительностью 15-20 мин - утром после дефекации и вечером перед сном. Тотчас после ванны больной должен вставить себе в прямую кишку болеутоляющие свечи с новокаином, в случае кровотечения свечи содержат адреналин, красавку. Обезболивающие свечи в остром периоде заболевания следует назначить 2 раза в день – утром и вечером.

2. При резко выраженном болевом синдроме и спазме сфинктера для усиления обезболивающего эффекта рекомендуется применять, кроме свечей, смазывание анального отверстия 2-3 раза в день цинк-новокаиновой пастой.

3. Большую роль играет соблюдение постельного режима.

4. Диетой следует добиться мягкого кашицеобразного стула. Это применение овощей, обязательно свеклы, черного хлеба, чернослива, кураги, слабительных несолевых средств, можно применять по 1 столовой ложке вазелинового масла 3 раза в день.

Подобное лечение “свежих” анальных трещин продолжается 4 недели и обычно бывает эффективным.

В случае безрезультатности консервативного лечения или “старых” каллезных трещин показано хирургическое лечение:

1. После проведения пресакральной блокады проводят девульсию — насильственное растяжение сфинктера с целью вызвать его парез и тем самым обеспечить покой для заживления трещины. Кроме того, рекомендуют при проведении этой процедуры растягивать сфинктер с таким усилием, чтобы надорвать слизистую дна трещины, что ускоряет грануляцию и эпителизацию её.

2. Хороший эффект наблюдается после введения под трещину смеси Шнее (совкаин, фенол, спирт, миндальное масло). Обезболивание достигается на срок до 30 дней. Трещина заживает за это время.

3. При застарелых трещинах их иссекают и накладывают швы на слизистую оболочку. А.Н. Рыжих предлагает операцию дополнять дозированной

сфинктеротомией.

В послеоперационный период показаны:

1. Покой с приподнятым положением ягодиц, расположенных на подушках.
2. Бесшлаковая диета: чай, кисель, сухари, бульон в течение 5 суток.
3. Для задержки стула применяют в течение 5 дней по 8 капель опия 2-3 раза в день.
4. На 6 сутки назначают масляные слабительные: вазелиновое, касторовое масло.
5. После дефекации больному назначают сидячие теплые ванны с перманганатом калия.
6. Дома после выписки больной:
 - а) пользуется ректальными свечами, чередует через день масляные микроклизмы (подсолнечное масло с витамином А и рыбьем жиром) и ромашковые (настой ромашки: 1 столовая ложка рубленой ромашки на 1 стакан "крутого кипятка"),
 - б) диета должна содержать овощные блюда,
 - в) сидеть можно через 14 дней после операции: до этого только ходить или лежать,
 - г) исключен подъем тяжестей больше 5 кг в течение 3х месяцев. В случае "сидячей" работы необходим комплекс физических упражнений, предупреждающий избыточное кровенаполнение органов малого таза.
4. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритма.

Эталон ответа к задаче №3

1. Диагноз. Острый лактационный мастит справа в стадии абсцедирования.

Диагноз поставлен на основании жалоб больной, анамнеза заболевания, а также осмотра, при котором обнаружено плотное образование, кожа над ним синюшно- багрового цвета, в центре размягчение. Общие признаки: повышение температуры, головная боль, разбитость, озноб указывают также на воспалительный характер заболевания.

2. Из дополнительных методов дообследования

Показана пальпация здоровой молочной железы.

3. Диагностическая программа в стационаре

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови.
2. Пальпация молочных желез и периферических лимфатических узлов.
3. Рентгенография легких и УЗИ печени производятся с целью определения возможных метастатических гнойных очагов, учитывая давность заболевания.
4. Осмотр анестезиолога.

Лечебная программа.

1. Больной показана экстренная операция: вскрытие и дренирование абсцесса.
2. Проходит она под общим обезболиванием (внутривенный наркоз сомбревином или гексиалом с ГОМКом), предварительно за 30-40 минут производится обязательно премедикация.
3. В операционной начинают инфузионную терапию препаратами гемодинамического (полиглюкин, реополиглюкин) и дезинтоксикационного действия (гемодез), регуляторами водно-солевого обмена (дисоль, трисоль, физиологический раствор), 5% раствором глюкозы.
4. В послеоперационный период инфузионную терапию надлежит продолжить при выраженной интоксикации.
5. Стол общий с увеличенным объемом жидкости, витаминов.
6. Антибиотикотерапия по схеме ЦАМ (кефзол, гентамицин, метронидазол).
7. Ежедневные перевязки по правилам лечения гнойных ран в зависимости от фазы течения гнойного процесса.
8. К здоровой молочной железе ребенка прикладывать для кормления весь период лечения, к больной – после прекращения гноетечения из раны или из соска, если оно было, а до этого- производят сцеживание молока 3 раза в день.
9. Показана также ретромаммарная новокаиновая блокада 0,25% р-ром 100-150 мл с добавлением трипсина 1 раз в 3 дня.
10. Во время лечения больная пользуется хлопчатобумажными лифчиками на коротких бретельках, фиксирующих и поднимающих молочные железы.
11. Больная выписывается с рекомендациями правильного ухода за молочными железами во время кормления: соблюдения гигиены, правил кормления, обязательного сцеживания молока после каждого кормления, смазывания трещин соска 1% раствором метиленового синего. После кормления к соскам прикладывают салфетки, смоченные вазелиновым маслом.

4. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Эталон ответа к задаче №4

1. Диагноз. Острый подкожный парапроктит слева.

Диагноз поставлен на основании типичных жалоб больного на боли в области прямой кишки, ягодицы, повышение температуры, а также объективного исследования, выявившего: опухолевидное образование левой ягодицы, гиперемия кожи над ним, болезненность, флюктуацию.

2. Из дополнительных методов диагностики.

Показано пальцевое ректальное исследование. Фельдшер надевает перчатку, указательный палец обильно смазывает вазелином и на высоте вдоха больного, осторожно, учитывая болезненность этой процедуры при парапроктите, вводит в прямую кишку. Возможно обнаружение увеличенных геморроидальных узлов, трещины, рака прямой кишки.

3. Диагностическая программа в стационаре:

1. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи.

2. Рентгенография (либо рентгеноскопия) легких.

3. Объективное физикальное исследование систем организма: аускультация, перкуссия легких, аускультация сердца, пальпация органов брюшной полости, измерение температуры тела.

4. Ректороманоскопия. Подготовка к ректороманоскопии в данном случае несколько отлична от общепринятой, т.к. ситуация экстренная. Больному производят две очистительные клизмы с рекомендацией длительного пребывания на карточках после второй клизмы для полного отхождения клизменных вод. Ректороманоскопия проводится в положении на левом боку с приведенными к животу и согнутыми в коленных суставах ногами или в коленно-локтевом положении. Это исследование позволяет обнаружить трещину, геморрой, полипы, рак на высоте 40 см от ануса.

5. Обязательно больной осматривается анестезиологом.

Лечебная программа:

Данному больному показано оперативное лечение — вскрытие парапроктита. Методом выбора анестезиологического пособия является внутривенный наркоз (сомбревин, гексенал,

ГОМК). Разрез делают полулунным, радиально от ануса, опорожняется гнойник, производят ревизию раны пальцем, рассекают перемычки. Рана дренируется тампоном, обильно пропитанным мазью Вишневского (это особенность ведения гнойных ран в проктологии).

Обязательно производят девиацию сфинктера с последующим введением в просвет кишки тампона, пропитанного мазью Вишневского, и тонкой трубки для отведения газов. Введение в просвет кишки мазевого тампона решает две задачи: во-первых, прикрывают внутреннее отверстие абсцесса, во-вторых, благодаря лечебному действию бальзамической мази, способствует скорейшему заживлению этого отверстия.

Ведение послеоперационного периода:

1. Постельный режим с приподнятым тазовым концом.

2. Бесшлаковая диета (кисель, бульон).

3. Настойка опия на 5 суток по 5 капель 3 раза в день.

4. Перевязки.

Первая перевязка — смена мазевых тампонов в ране и просвете прямой кишки — производится через 3 суток после общей ванны (350 С). Вторая такая же перевязка — еще через 2 дня. В дальнейшем следуют ежедневные перевязки и общие ванны (после дефекации).

4. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Эталон ответа к задаче №5

1. Диагноз: острый аппендицит.

Такое предположение базируется на данных обследования живота — в правой подвздошной области определяется болезненность, напряжение мышц, раздражение брюшины, боль справа усиливается в положении на левом боку (симптом Ситковского), при пальпации правой подвздошной области боль усиливается, когда больная удерживает вытянутую правую ногу в приподнятом положении, то есть когда напряжена пояснично-подвздошная мышца и воспаленный отросток прижимается рукой к напряженной мышце (симптом Образцова).

2. Дополнительные методы исследования.

В сомнительных случаях проверить наличие или отсутствие других симптомов — Воскресенского, Ровзинга, Бартонье-Михельсона, Раздольского.

Симптом Воскресенского (симптом рубашки) — определяют наличие зоны болезненности при проведении рукой сверху вниз вдоль брюшной стенки справа через рубашку.

Симптом Ровзинга — пережимают сигму и производят легкий толчок в направлении к селезеночному углу — усиливается боль справа. Симптом Бартонье-Михельсона при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку боль усиливается.

Симптом Раздольского — болезненность при перкуссии над очагом воспаления.

4. Диагностическая и лечебная программа.

В клинике производят общий анализ крови и мочи. Больная должна быть осмотрена вагинально для исключения патологии женской половой сферы.

Если есть сомнения в диагнозе, то следует провести дополнительные исследования, например, лапароскопию, которая позволяет осмотреть почти все органы брюшной полости, оценить состояние париетальной и висцеральной брюшины, выявить наличие или отсутствие экссудата.

Лечение больной с острым аппендицитом только оперативное (исключение составляет случай с плотным аппендикулярным инфильтратом, который стараются разрешить консервативно).

Оперируют взрослых по поводу острого аппендицита чаще под местной анестезией. Подготовка к операции – вводят раствор промедола, бреют операционное поле, больная должна помочиться. Операция - аппендэктомия. В зависимости от наличия или отсутствия экссудата, его характера и количества, характера изменения брюшины решается вопрос о показаниях к дренированию брюшной полости и виду дренирования. Медикаментозные назначения тоже зависят от характера воспалительного процесса и общего состояния больного (антибиотики, сердечные, инфузионная терапия и т.д.) В послеоперационном периоде важно проводить профилактику пареза кишечника, пневмонии, пролежней, тромбообразований. Если какое-то из осложнений развивается, следует своевременно начать лечение, чтобы предотвратить прогрессирование процесса.

4. Практическая манипуляция - выполняется согласно алгоритму.

Эталон ответа к задаче №6

1. Диагноз: Острый разлитой перитонит аппендикулярной этиологии.

Ставится на основании:

а) анамнеза и жалоб на боли по всему животу, которые вначале локализовались в правый подвздошной области (аппендикулярный перитонит), длительность заболевания – третьи сутки, соответствует токсическому периоду заболевания;

б) объективного исследования:

- местные симптомы: боли в животе, как самостоятельные, так и пальпаторные, напряжение мышц всей передней брюшной стенки, вздутие живота, отсутствие участия живота в акте дыхания;

- общие симптомы: выраженные симптомы интоксикации и обезвоживания: многократная рвота, гипертермия, тахикардия, симптом ножниц, бледность кожи, сухость слизистых, заостренность черт лица, обложенность языка приводят к тяжелому общему состоянию пациента.

Рвота и вздутие живота свидетельствуют о развитии пареза кишечника.

2. Дополнительные физикальные методы обследования

Для подтверждения диагноза необходимо выявить достоверные для перитонита симптомы раздражения брюшины.

Симптом Щеткина-Блюмберга – резкая болезненность при пальпации, усиливающаяся при внезапном отнятии руки от брюшной стенки.

Симптом Воскресенского (рубашки) – резкое усиление болей в конце движения руки исследователя, быстро скользящей по натянутой рубашке, от мечевидного отростка к левой, а затем правой подвздошной области.

Симптом Раздольского – резкое усиление болей со стороны передней брюшной стенки при легкой перкуссии ее кончиками согнутых пальцев кисти.

3. Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят общеклиническое обследование пациента, клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, определение группы крови и Rh-фактора, т.к. перитонит опасен развитием полиорганной недостаточности и необходима своевременная коррекция показателей гомеостаза.

При сомнительной клинике имеют диагностическое значение УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография живота, лапароскопия.

После уточнения диагноза проводят предоперационную подготовку. Целью предоперационной подготовки является стабилизация гемодинамики, функции дыхания, температуры тела. Для этого катетеризируют центральную вену и проводят интенсивную инфузионную терапию препаратами плазмозамещающего, дезинтоксикационного действия, регулирующими водно-электролитный баланс, сердечную деятельность и функцию дыхания. Применяют также анальгетики, антипиретики, массивные дозы антибиотиков.

Продолжают аспирацию желудочного содержимого через зонд.

Вводят газоотводную трубку в прямую кишку, для декомпрессии кишечника, постоянный катетер в мочевого пузыря для контроля почасового диуреза.

После предоперационной подготовки, которая может продолжаться 3-4 часа до стабилизации состояния, выполняется операция – срединная лапаротомия, удаление источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости под интубационным наркозом.

После операции пациента переводят в отделение реанимации. В послеоперационном периоде продолжают антибактериальную терапию, прежде всего антибиотиками широкого спектра действия, т.к. среди возбудителей перитонита преобладает ассоциативная флора (комбинация кишечной палочки и грамотрицательных форм стафилококков).

Проводят коррекцию метаболических нарушений, т.к. страдают все виды обмена, а естественное питание в первые дни лечения исключено.

Потери белка компенсируют введением нативной и свежемороженой плазмы, цельнобелковых и аминокислотных кровезаменителей.

Минеральные потери компенсируют регуляторами водно-электролитного баланса; энергообмен – концентрированными растворами глюкозы, реже жировыми эмульсиями; КЩС – введением раствора бикарбоната натрия.

Назначают адекватное обезболивание, включающее наркотические анальгетики.

Применяют бронхолитики, сердечно-сосудистые, десенсибилизирующие средства, пассивную иммунизацию (антистафилококковой плазмой, гамма-глобулином), витаминотерапию.

Ингибиторы протеаз, антикоагулянты, кортикостероиды – средства нормализующие микроциркуляцию применяются под контролем соответствующих показателей.

Широко применяют методы экстракорпоральной детоксикации. Особое внимание уделяют восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (декомпрессия, активная аспирация, коррекция электролитного баланса, применение антихолинэргических препаратов, электростимуляция, различные блокады, по возможности ранее энтеральное питание).

Местное лечение ран проводят в условиях тщательного соблюдения асептики. Решающее значение наряду с комплексным лечением имеет полноценный уход за пациентом.

4. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

Эталон ответа к задаче №7

1. Диагноз. Перфоративная язва желудка.

Можно предположительно поставить диагноз на основании, прежде всего жалоб больного: в момент физической нагрузки больной почувствовал сильнейшие боли в верхнем отделе живота, которые можно сравнить с ударом кинжала.

Положение больного на боку с приведенными к животу ногами тоже характерно для перфорации.

В пользу предполагаемого диагноза говорят и результаты исследования живота — в акте дыхания передняя брюшная стенка не участвует, пальпация резко болезненна, мышцы брюшного пресса напряжены, положителен симптом Щеткина - Блюмберга.

2. Дополнительные симптомы

Дополнительно можно проверить симптом сглаженности или отсутствия печеночной тупости, который объясняется поступлением воздуха в брюшную полость через перфоративное отверстие стенки желудка.

Этот симптом определяется практически всегда при перфорации язвы желудка. В отлогих местах можно определить притупление перкуторного звука за счет поступления в брюшную полость жидкого желудочного содержимого. Пальцевое ректальное и вагинальное исследования могут выявить болезненность тазовой брюшины.

3. Диагностическая и лечебная программа в стационаре.

Выполняют анализы крови и мочи (изменения зависят от сроков заболевания).

При неясной клинической картине проводят дополнительные исследования:

- 1) обзорную Ro-графию с целью обнаружения “серпа просветления” над печенью;
- 2) лапароскопию.

Лечение оперативное.

Операция проводится под интубационным наркозом.

Объем операции зависит от времени с момента перфорации, общего состояния больного, квалификации хирурга, особенностей язвенного анамнеза, характера язвы и т.д.

Премедикация (её объем) зависит от состояния пациента.

4. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритма.

Эталон ответа к задаче №8

1. Диагноз: Острый холецистит.

Ставится на основании:

- а) жалоб на острую боль в правом подреберье;
- б) данных анамнеза: погрешность в диете, а возможно и прием алкоголя – типичные провоцирующие факторы развития холецистита;
- в) данных объективного исследования: рвота, не приносящая облегчения, самостоятельная острая боль в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, той же локализации пальпаторная резкая боль и мышечное напряжение, признаки интоксикации.

2. Дополнительные физикальные методы обследования.

Для подтверждения диагноза существует ряд характерных симптомов.

Дополнительно следует применить перкуссию для выявления симптома Ортнера (боль при поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге), пальпацию для выявления симптома Образцова-Мерфи (резкая боль при введении кистей рук в область правого подреберья на высоте вдоха), симптома

Мюсси (болезненность в точке диафрагманального нерва – между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Положительный симптом Щеткина-Блюмберга (резкая боль при пальпации брюшной стенки, еще более усиливающаяся при внезапном отнятии руки от брюшной стенки) – симптом раздражения брюшины, свойственный деструктивным формам острого холецистита, при решении вопроса о выборе метода лечения склоняет хирургов, как правило, к оперативной тактике.

3. Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят общеклиническое обследование, клинические анализы крови (ускоренное СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево), мочи, биохимические исследования крови (холестерин, амилаза, сахар, общий билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза, общий белок, белковые фракции), определяют группу крови, Rh-фактор.

Возможно увеличение уровня прямого билирубина, т.к. иктеричность склер на вторые сутки заболевания предполагает частичный холестаз за счет отека слизистой либо наличия конкремента в общем желчном протоке.

Целесообразно УЗИ гепатобилиарной системы, позволяющее выявить наличие холелитиаза и признаков, как воспалительного, так и деструктивного процесса в желчном пузыре. ФГДС, Ro-графия брюшной полости по показаниям.

Экстренное оперативное вмешательство показано больным с картиной перитонита, при гангренозном и перфоративном холецистите. Все более широко применяется лапароскопическая холецистэктомия.

При крайне тяжелом состоянии и показаниях к операции применяют лапароскопическую холецистостомию. В современной практике также применяется чрезкожное, чрезпеченочное дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ (по показаниям).

В остальных случаях лечение начинают с консервативных мероприятий.

Консервативная терапия направлена на борьбу с инфекцией, восстановление оттока из желчного пузыря и желчных путей, снятие воспалительных явлений и интоксикации, коррекцию метаболических, электролитных и симптоматических нарушений.

С этой целью применяют антибактериальные препараты:

* антибиотики (в основном цефалоспорины) широкого спектра действия без гепатотоксического эффекта, внутривенно.

* современные сульфаниламидные препараты пролонгированного действия.

Также назначают голод, аспирацию желудочного содержимого через назогастральный зонд, новокаиновую блокаду круглой связки печени, спазмолитики (нош-па, атропин) и М-холинолитики (атропин, платифиллин), инфузионную терапию (до 3000 л) в сутки.

4. Набор составляют по алгоритму.

Эталон ответа к задаче №9

1. Диагноз: острый панкреатит.

Заключение основано на данных анамнеза:

* выраженных болей опоясывающего тупого характера;

* мучительной неукротимой рвоты, не приносящей облегчения.

Характерным провоцирующим фактором возникновения данного заболевания послужило обильное застолье. Употреблявшийся алкоголь является одним из токсикоаллергических причинных факторов в возникновении острого панкреатита.

Кроме того, заключение основано на данных объективного исследования — живот мягкий, болезнен при пальпации в проекции поджелудочной железы, также свидетельствует об остром панкреатите.

2. Дополнительные симптомы для уточнения диагноза:

* симптом Мейо-Робсона — болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночному углу;

* симптом Воскресенского - ослабление пульсации брюшной аорты, выявляемое при глубокой пальпации в проекции поджелудочной железы (на половине расстояния между мечевидным отростком и пупком по белой линии передней брюшной стенки).

3. Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят:

1. общеклиническое обследование;

2. обзорную рентгенографию органов брюшной полости, на которой выявляются обычно раздутая петля поперечно-ободочной кишки и сглаженность левой пояснично-подвздошной мышцы.

3. УЗИ поджелудочной железы и органов брюшной полости позволяет выявить изменения в структуре поджелудочной железы, забрюшинной клетчатке, а также наличие жидкости в сальниковой сумке и брюшной полости;

4. фиброгастродуоденоскопию проводят с целью исключения патологии большого дуоденального соска;

5. лабораторные методы диагностики:

* общий анализ крови (лейкоцитоз и ускоренное СОЭ),

* общий анализ мочи (обычно без изменений),

* биохимический анализ крови на амилазу, трипсин, липазу (значение этих ферментов повышено),

* анализ мочи на амилазу (диастазу) (значение этого показателя повышено при отечных формах, при деструктивных остается нормальным или понижается).

Моча в лабораторию доставляется теплой.

В связи с экстренностью ситуации специальной подготовки пациента к перечисленным методам исследования не требуется.

Лечебная программа в стационаре:

1. постельный режим, холод на эпигастральную область, диета “О”;
2. препараты спазмолитического и анальгетического действия (атропин, баралгин, но-шпа, 0,5 % р-р новокаина в/в), с целью обезболивания и восстановления оттока из поджелудочной железы;
3. антиферментная терапия (контрикал, гордокс, трасилол).

В настоящее время широко используется цитостатик — 5 фторурацил, блокирующий образование ферментов поджелудочной железы;

4. инфузионная терапия (плазмозамещающие, дезинтоксикационные препараты, регуляторы водно-солевого обмена);
 5. антибиотикотерапия (группы цефалоспоринов и аминогликозидов) для профилактики гнойных осложнений;
 6. двусторонняя новокаиновая паранефральная блокада или блокада круглой связки печени.
4. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

Эталон ответа к задаче №10

1. Диагноз: Острая кишечная непроходимость. Рак прямой кишки?

Диагноз поставлен на основании классических симптомов заболевания: схваткообразные боли в брюшной полости, рвота, икота, неотхождение газов и стула. За рак прямой кишки свидетельствуют следующие анамнестические данные: запоры в течение двух лет, лентовидный кал, алая кровь в кале.

2. Дополнительные объективные методы исследования

Из методов дообследования показана аускультация органов брюшной полости, при которой в ранние сроки выявляется усиленная перистальтика, урчание, шум падающей капли.

В поздних стадиях заболевания перистальтика прекращается, симптом называется “гробовое молчание”.

При сотрясении передней брюшной стенки (симптом должен выявляться осторожно, возможен разрыв кишки) слышен “шум плеска”.

При перкуссии передней брюшной стенки- тимпанит с металлическим оттенком. Симптом Валя – это видимая на глаз перистальтика.

3. Диагностическая и лечебная программа.

Диагностическая программа в стационаре.

1. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.
2. Пальпация и перкуссия органов брюшной полости, выявление ранее перечисленных симптомов.
3. Пальцевое ректальное исследование, позволяющее выявить тонус сфинктера прямой кишки, который бывает, понижен при ОКН-симптом Обуховской больницы. Допустим, что на высоте пальца у нашего больного было обнаружено опухолевидное образование, циркулярное, плотное, пропускающее только кончик пальца, что подтвердило бы предположение о раке прямой кишки.
4. Обзорная рентгенография органов брюшной полости позволяет увидеть горизонтальные уровни в раздутых кишечных петлях, так называемые, чаши Клойбера. Кроме того, видим на рентгенограмме ребристость, называемую симптомом “скелета селедки”, представляющую собой складки слизистой кишки.
5. Рентгенография легких.
6. Осмотр анестезиолога.

Лечебная программа:

1. Поскольку при пальцевом ректальном исследовании обнаружена обтурирующая опухоль, проведение консервативных мероприятий не целесообразно.
2. Показано оперативное лечение.
3. В предоперационный период проводится интенсивная инфузионная терапия: 5% р-р глюкозы, дисоль, трисоль, изотонический раствор хлорида натрия, реополиглюкин, гемодез.
4. Подготовка операционного поля, сухое бритье.

5. Премедикация за 30 минут до операции
6. Операцию проводят под многокомпонентным интубационным наркозом.
7. Операция. Срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, положение двустольной сигмостомы. Кишечное содержимое из центрального отрезка отсасывается. Перед зашиванием брюшной стенки производят анестезию брыжейки тонкой кишки новокаином, тонкая кишка интубируется по Эбботу-Миллеру.
8. В послеоперационный период продолжается инфузионная терапия (гемодез, полиглюкин, 5% р-р глюкозы, дисоль, трисоль, раствор Рингера- Локка), назначают витамины группы В и С, сердечнососудистые средства, гормональные препараты (преднизолон, гидрокортизон), переливают кровь.
9. Антибиотикотерапия и сульфаниламидные препараты применяют по схеме ЦАМ (кефзол, гентамицин, метронидазол).
10. В послеоперационный период восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника стимулируется проведением двусторонних паранефральных блокад, введением прозерина, гипертонических клизм в проксимальный конец колостомы.
11. Уход за колостомой.
12. Кормление с третьего дня (бульон, морс, чай, соки), затем включают отварное мясо, рыбу, овощи, хлеб, кефир, яйца.
13. Профилактика пневмонии: дыхательная гимнастика, через день банки, стимуляция кашлевого рефлекса через микротрахеостому.
14. В послеоперационный период больной обследуется по органам и системам с целью выявления отдаленных метастазов:

- а) рентгенография легких;
- б) УЗИ печени.

В случае отсутствия метастазов через три месяца показана радикальная операция по удалению опухоли. На первом этапе показана лучевая терапия.

4. Манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Эталон ответа к задаче №11

1. Диагноз: предположительный диагноз: аденома предстательной железы.

Заключение основано на данных анамнеза (затрудненное, учащенное мочеиспускание, тонкая и слабая струя мочи, никтурия), постепенное прогрессирование заболевания, пожилой возраст пациента.

2. Физикальные методы исследования.

Данные объективного исследования: некоторая болезненность над лобком и притупление при перкуссии (наличие остаточной мочи после мочеиспускания и сопутствующего цистита) также свидетельствуют об аденоме предстательной железы.

Ректальное исследование предстательной железы, которая при аденоме значительно увеличивается, также облегчает постановку диагноза.

3. Диагностическая и лечебная программа больного с аденомой предстательной железы в ЛПУ (у врача- уролога поликлиники):

- а) ректальное исследование предстательной железы;
- б) УЗИ мочевого пузыря и предстательной железы с определением количества остаточной мочи, реже - цистоскопия;
- в) консервативная терапия заключается в назначении на длительный срок гормональных препаратов и препаратов растительного происхождения (синестрол, депостат, простасерен, омник, кардюра, ЭДАС- 134 и т.д.);
- г) радикальным методом лечения (основным) является аденомэктомия.

4. Практическая манипуляция проводится согласно алгоритму.

Эталон ответа к задаче №12

1. Диагноз. Рак правой молочной железы T2N0MX

Диагноз поставлен на основании осмотра больной: опухолевый узел диаметром 3 см соответствует распространенности T2, отсутствие пальпируемых периферических лимфатических узлов соответствует градации N0, Mx-отдаленные метастазы, о существовании которых возможно судить после обследования больной в онкодиспансере.

2. Дополнительными диагностическими приемами во время первичного осмотра являются:

- 1.Пальпация левой молочной железы,
- 2.Перкуссия легких, которая позволит выявить специфический плеврит.

3.Пальпация органов брюшной полости - метастазы в печень и яичники (если последние больших размеров), специфический асцит.. Больной выписывается направление в поликлинику онкодиспансера, куда она направляется самостоятельно.

3. Диагностическая и лечебная программа

Диагностическая программа в поликлинике онкодиспансера:

- 1.Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.
- 2.Пальпация молочных желез.
- 3.Пальпация периферических лимфатических узлов: шейных, надключичных, подмышечных, паховых.
- 4.Маммография обеих молочных желез.
- 5.Дальнейшие методы обследования производят с целью определения отдаленных метастазов.
- 6.Рентгенография легких позволит выявить метастазы в легких, лимфатические узлы средостения, специфический плеврит.
- 7.Сканирование скелета производится с целью визуализации метастатических очагов в костях, при наличии которых в них происходит избыточное накопление радиофармпрепарата.
- 8.УЗИ печени, забрюшинных лимфатических узлов, яичников с целью выявления метастатических очагов в этих органах.
- 9.Бимануальное гинекологическое исследование надлежит производить для выявления возможных метастазов в яичниках или дугласовом пространстве.

Лечебная программа:

Допустим, что отдаленные метастазы не обнаружены, тогда стадия заболевания Па T2 N0 M0, Пункционная биопсия по правилам соблюдения асептики производится в день операции в хирургическом отделении онкодиспансера.

После морфологического подтверждения диагноза больной производится операция Холстеда справа, которая является достаточной при данной распространенности.

И если менопауза у больной менее 10 лет, то в послеоперационный период показано применение в течение 2х лет тамоксифена.

4. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Критерии оценки решения практических заданий текущего контроля

5 «отлично» - комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» - комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, не полное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмом действий;

3 «удовлетворительно» - затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий, в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций;

2 «неудовлетворительно» - неверная оценка ситуации; неправильная выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Формой промежуточной аттестации является дифференцированный зачет.

Перечень манипуляций к учебной практике:

субъективное и объективное обследование пациента с заболеваниями органов дыхания.

обследование пациента с заболеваниями органов кровообращения

обследование пациентов с заболеваниями органов пищеварения.

обследование пациентов с заболеваниями почек

обследование пациентов с заболеваниями органов кроветворения

обследование пациентов с заболеваниями эндокринной системы

обследование пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани

подсчет ЧДД, подсчет ЧСС, определение характеристик пульса

выявление дефицита пульса

измерение АД

проведение антропометрического измерения

вычисление индекса массы тела

беседа с пациентом с целью решения его психологических проблем

беседа с окружением пациента с целью решения психологических проблем пациента

транспортировка пациентов на каталке, кресле каталке

измерение температуры тела в подмышечной впадине

оценка степени риска развития пролежней

оценка степени тяжести пролежней

осуществление сестринских вмешательств при риске развития пролежней

участие в проведении дуоденального зондирования

оказание помощи пациенту при рвоте

применение лекарственных средств наружно

обучение пациента приему различных лекарственных средств сублингвально

обучение пациента технике применения карманного ингалятора

обучение пациента технике применения небулайзера

обучение пациента технике применения пикфлоуметра
раздача лекарственных средств на посту
набор лекарственного препарата из ампулы
разведение и набор антибактериального препарата из флакона
подкожное введение лекарственных препаратов
внутримышечное введение лекарственных препаратов
внутривенное введение лекарственных препаратов
заполнение системы для внутривенного капельного вливания
проведение процедуры внутривенного капельного вливания
набор дозы и введение инсулина, гепарина
пользование ингалятором, пикфлоуметром, небулайзером,
взятие крови из периферической вены
снятие ЭКГ
постановка очистительной клизмы
подготовка пациента к фиброгастродуоденоскопии
подготовка пациента к дуоденальному зондированию
подготовка пациента к экг исследованию
подготовка пациента к биохимическому анализу крови
подготовка инструментов к плевральной пункции, пункции брюшной полости;
подготовка пациента к сбору мочи на общий анализ и бактериологическое исследование подготовка пациента к сбору мочи на сахар
подготовка пациента к сбору мочи по Зимницкому
подготовка пациента к сбору мочи по Нечипоренко
подготовка пациента к сбору кала на яйца гельминтов и простейшие
подготовка пациента к сбору кала на копрологическое исследование и бактериологическое исследование
подготовка пациента к сбору кала на скрытую кровь
подготовка пациента к сбору мокроты на общий анализ
подготовка пациента к сбору мокроты на атипичные клетки
подготовка пациента к внутривенной экскреторной урографии
подготовка пациента к УЗИ.
подготовка пациента к ирригоскопии
подготовка пациента к колоноскопии
проверять санитарно-профилактическую работу на рабочем месте
- проводить текущую и заключительную уборку
- соблюдать санитарные нормы поведения медицинского персонала
- обрабатывать руки на приём родов и проводить туалет новорожденного
- обучать санитарным нормам младший медицинский персонал, беременных и больных
- провести текущую и генеральную дезинфекцию помещений
- приготовить необходимые дезрастворы
- провести обработку рук, предстерилизационную подготовку инструментов, перевязочного материала и предметов ухода
объяснить пациенту, как пользоваться контрацептивами (барьерными, оральными)
- проводить беседы по вопросам этики и психологии семейной жизни
- пользоваться средствами защиты от СПИДа, ИППП и обучать этому пациентов.
- заполнить индивидуальную и обменную карты
- взвесить беременную
- измерить рост
- измерить размеры таза и оценить их
- измерить ромб Михаэлиса и индекс Соловьева у беременной
- измерить высоту стояния дна матки и окружность живота
- провести наружное акушерское исследование
- выслушать и оценить сердцебиение плода
- осмотреть беременную по системам и органам
- определить дату предстоящих родов
- определить дату выдачи отпуска по беременности и родам
- дать рекомендации беременной по режиму
заполнить индивидуальную и обменную карты
- измерить температуру, подсчитать пульс и дыхание, измерить артериальное давление
- измерить ромб Михаэлиса и индекс Соловьева у беременной
- измерить высоту стояния дна матки и окружность живота
- наружное акушерское исследование
- выслушать и оценить сердцебиение плода
- осмотреть беременную по системам и органам
- определить дату предстоящих родов
- определить дату выдачи отпуска по беременности и родам
- дать рекомендации беременной по режиму дня, гигиене, подготовки молочных желёз к родам
- заполнять направления на консультации и лабораторные исследования беременной.
измерить наружные размеры таза женщины
- вычислить истинную конъюгату таза
- оценить женский таз при первой явке
- определить предположительную массу плода
- измерить размеры головки новорожденного
- пальпировать роднички и оценивать их состояние
- измерить размеры туловища новорожденного
- собирать анамнез
- обследовать больных по тестам функциональной диагностики
- брать мазки на степень чистоты влагалищной флоры
- готовить инструменты для малых гинекологических операций
подсчитать и оценить схватки, выслушать, подсчитать сердцебиение плода, дать оценку
- провести профилактику гипоксии плода

- подготовить роженицу к переводу в родильный зал
- обработать наружные половые органы и бедра роженицы
- провести профилактику кровотечения в родах
- осуществить первичную обработку пуповины, пеленание новорожденного
- провести катетеризацию мочевого пузыря
- определить признаки отделения плаценты
- выделить отделившийся послед наружными приемами (по показаниям)
- осмотреть и оценить послед
- определить кровопотерю в родах
- оказать первую помощь при рвоте, приступе эклампсии
- дать рекомендации по соблюдению режима дня, основным принципом рационального питания при осложнениях (гестозы, анемии)
- проводить взвешивание беременной
- осуществлять доврачебную оценку состояния беременной
- осуществлять доврачебную оценку состояния плода (шевеление, сердцебиение)
- проводить катетеризацию периферической вены
- провести взятие крови из периферической вены на группу, КБ-фактор и на совместимость

Субъективное обследование хирургического пациента.

Объективное обследование хирургического пациента.

Описание локального статуса хирургического пациента при синдроме «острого живота».

Подготовка пациента к рентгенологическим и эндоскопическим методам обследования в хирургии.

Уход за дренажом в плевральной полости по Бюлау.

Уход за цистостомой, эпицистостомой.

Подготовка больного к плевральной пункции.

Подготовка больного к экстренной и плановой операциям.

Оказание помощи врачу в проведении ПХО ран, туалета ран

Техника обработки операционного поля.

Техника перевязки чистой и гнойной раны.

Курация хирургического пациента

ЗАДАЧИ К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЗАЧЕТУ

Билет № 1

Больной В., 45 лет, водитель, предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с кровянистой мокротой, боль в грудной клетке слева, связанную с дыханием. Заболел остро: 2 дня назад внезапно появились сильные боли в грудной клетке, одышка, день назад повысилась температура. При объективном обследовании: температура тела 37,5°, цианоз губ и кончиков пальцев, набухание шейных вен. Дыхание справа везикулярное. Слева дыхание жесткое, голосовое дрожание усиленное, по передне-подмышечной линии - шум трения плевры. ЧДД - 35 в мин. Тоны сердца учащены, ритмичны, акцент II тона - на легочной артерии. ЧСС - 126 уд. в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Правая голень отечна, болезненна при пальпации. При дополнительном исследовании: рентгенограмма грудной клетки - слева в 1/3 легочного поля в инфильтративное затемнение с нечеткими контурами. ЭКГ: синусовая тахикардия, синдром QIII, высокий зубец Р во II, III стандартных отведениях, Qv1-v2 смещение сегмента ST ниже изолинии в V1-V2. Анализ крови общий: эр. - 4,3*10¹², лейкоц. - 9,8*10⁹, п - 5%, с - 65%, л - 25%, э - 3%, б - 2%, СОЭ - 21 мм/час.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите определение верхних границы легкого и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 2

Больной С., 58 лет, работник автобензоколонки, предъявил жалобы на хроническую крапивницу, непереносимость анальгина, стрептомицина, новокаина, резерпина, гастропепина, многих продуктов питания, на слабость, горечь во рту по утрам, низкое АД. Болен около 5 лет, когда стал беспокоить кожный зуд в межлопаточной области. Последние 3 года периодически появлялись волдырные высыпания - обильные сливные, неправильной формы и значительных размеров («лепешки с ладонь»), параорбитальные отеки губ. Высыпания появлялись без внешней причины или на фоне медикаментозного лечения язвенной болезни 12-перстной кишки, головных болей, бронхита. Слабость утрами, горечь во рту отмечает лет 10. Перенес сывороточный гепатит в 38-летнем возрасте. В последний год 6 раз наблюдался рецидив крапивницы на многие продукты. Объективно: склеры и слизистая мягкого неба иктеричны. По всей поверхности тела огромных размеров сливные волдырные высыпания, отек губ, кистей. На коже груди - несколько печеночных звездочек и большое количество брусничных пятен. В надлопаточной области линейные рубчики - следы расчесов. Ладони гиперемированы. Дыхание везикулярное, перкуторно-легочный звук. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Нижний край печени острый, выступает на 2 см, безболезненный, плотной консистенции. Левая доля её увеличена. Симптом Ортугера положительный. Анализ крови и мочи без особенностей. УЗС: печень выступает на 2-3 см, эхогенность ее неравномерна. Желчный пузырь, селезенка нормальных размеров. Vena portae 1,3 см. Поджелудочная железа повышенной эхогенности. Билирубин - 28 ммоль/л, прямой - 8 ммоль/л.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите определение границ печени и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 3

У больного М., 38 лет, в анамнезе жалобы на появление болезненных отеков и зудящей сыпи на коже при воздействии холода (вода и воздух ниже +10°C). Ухудшение при ходьбе в холодные дождливые ветреные и морозные дни. При мытье рук холодной водой у больного появлялась боль, жжение, а затем отек кистей рук. При питье холодной воды - осиплость голоса, затрудненное дыхание, болезненное глотание, боли в животе и за грудиной. Летом при купании в реке в холодную погоду, внезапно почувствовал покалывание и жжение всего тела с развитием волдырных высыпаний на коже бедер, груди, шеи, отек век, языка, головокружение, шум в ушах, сердцебиение. Со слов окружающих, доставивших его в приемное отделение, больной был без сознания около 15 мин., при этом отмечалась бледность кожи лица, отек кистей рук (пальцы как «сардельки»), стоп, губ, век. При осмотре в приемном отделении: на коже волдырные высыпания. Пульс слабого наполнения. Частый 130 ударов в минуту, АД 60/20 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот болезненный при пальпации.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение АД и запишите результаты в процедурный лист.

Билет № 4

Больной В., 40 лет, плотник, в связи с карбункулом области шеи направлен хирургом в процедурный кабинет поликлиники на инъекцию пенициллина и стрептомицина, которые были выполнены. На улице больной почувствовал слабость, зуд кожных покровов, удушье, головокружение, вернулся в процедурный кабинет и потерял сознание. При осмотре была обнаружена волдырная сыпь по всему телу. АД - 60/40 мм рт.ст. ЧСС - 110 уд/мин. В легких

сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Симптом Ортнера слабо положительный.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите подсчет пульса, ЧСС и запишите результаты в процедурный лист.

Билет № 5

Больная Л., 38 лет, учитель, страдает бронхиальной астмой, принимает преднизолон до 20 мг в день, последние 2 месяца отмечает ухудшение: приступы удушья до 6-8 раз в сутки разной интенсивности, одышку, кашель с отделением слизистых бронхов. Ранее в межприступный период отмечала утрами кашель, в морозные дни при быстрой ходьбе приступы кашля. Объективно: Положение вынужденное, больная сидит, опершись о спинку стула. Кожные покровы диффузно землисто-серого цвета. Больная отвечает на вопросы однозначно, медленно. ЧД - 34 в мин. Над п/легочными полями определяется укороченный перкуторный звук, ослабленное голосовое дрожание и дыхание, глухие сухие жужжащие хрипы только на выдохе. Однако при форсированном дыхании последние выслушивались в обе фазы дыхания. ЧСС - 132 в мин. АД - 180/100 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, синусовая аритмия. Из-под правого реберного края выступает на 2-3 см печень, при пальпации болезненная. Симптом Кернига положителен. Скорость выдоха - 100 л/сек. Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение пиковой скорости выдоха и рассчитайте индекс суточной вариабельности.

Билет № 6

Больной М., 28 лет, учитель сельской школы, пожаловался на слезотечение, чихание, обильную ринорею на протяжении последних 5 лет, которые обычно развиваются в летние месяцы (май, июнь, июль). У матери - бронхиальная астма. Объективно от 20 июня: кожные покровы чистые. Дыхание через нос затруднено. Слизистая носа бледная, отечная. Дыхание везикулярное. При форсированном дыхании единичные сухие хрипы с обеих сторон ниже углов лопатки. ЧСС - 76 в мин. АД - 130/60 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: Нв - 125 г/л, лейкоц. - 5,6109/л, э - 3%, с/я - 72, л - 20, м - 4. СОЭ - 12 мм/ч. Цитология секрета носового - до 10-12 эозинофилов в п/зр. и слущенный кубический эпителий. Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение пиковой скорости выдоха и рассчитайте индекс суточной вариабельности.

Билет № 7

Больной Б., 32 лет, шофер, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области, появляющиеся через 2 часа после приема пищи, рвоту, приносящую облегчение, похудание, погливость, слабость. Из анамнеза установлено, что больной страдает гастритом с повышенной кислотообразующей функцией в течение 6 лет. Ухудшение состояния в весенние и осенние периоды, 1-2 раза в год последние два года. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы влажные бледные. Язык обложен сероватым налетом. В легких: дыхание везикулярное. При аускультации сердца - тоны ясные, ритмичные, ЧСС 70 в минуту, АД - 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области, справа точно возле пупка. Рентгенологически выявляется симптом "пальца" и деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию живота и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 8

Больная К., 19 лет, студентка, поступила в приемное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, боли в суставах и мышцах, боли в правом подреберье тупого характера, тошноту, слабость, анорексию, желтуху с выраженным кожным зудом, носовые кровотечения до 3-4 раз в сутки. Из анамнеза выяснено, что 4 месяца назад после ОРЗ сохранился субфебрилитет, появилась слабость, сонливость, анорексия, интенсивная желтуха. Была госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом "Острый вирусный гепатит" (ОВГ). На фоне проводимого лечения и диеты состояние улучшилось, нормализовалась температура тела, желтуха уменьшилась, но оставались резко измененными осадочные пробы и повышение СОЭ до 50 мм/час. В течение последующих месяцев состояние больной оставалось удовлетворительным, сохранялась субиктеричность склер. Вышеперечисленные жалобы появились 2 дня назад. Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное, положение в постели активное. Интенсивная желтушность кожи и слизистых. Эритема лица. Петехиальная сыпь на конечностях, "сосудистые звездочки", "печеночные ладони". Деформация коленных суставов за счет отека периартикулярных тканей. Дыхательная система без особенностей. Сердце - тоны приглушены, тахикардия 96-100 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Перкуторно увеличение размеров печени по Курлову: I-25 см, II-20 см, III-14 см. Край печени пальпируется на 15 см ниже реберной дуги по правой срединноключичной линии, ровный, плотноватой консистенции, резко болезненный. Пальпируется увеличенная селезенка, до 5-7 см из-под левой реберной дуги, слабо болезненная. Кал ахоличный, моча темная. Анализ крови: эр.-2,91012/л, Нв-90 г/л, ц.п.-0,9, п-2,5109/л, эоз-1%, п/я-7, с/я-47, баз.-0, лимф.-45, СОЭ 60 мм/час. Сахар крови - 5,5 ммоль/л, АЛТ - 110 ед., АСАТ - 90 ед., тимоловая проба - 10 ед., СРБ ++++. Анализ мочи: кол-во 100 мл, цвет с/ж, реакция - кислая, уд.вес 1008, белок - 0,033 г/л, эр. 1-2-1 в п/зр., лейкоц. 1-3-1 в п/зр. Электрофорез белков: общий белок 57 г/л, альбумины - 40%, а - 40%, а2 - 16%, р - 8%, у - 32%. Общий билирубин - 120 мкмоль/л, прямой - 110 ед. Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите определение размеров печени по Курлову и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 9

Больная А., 34 лет, инженер, поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, иррадирующие под лопатку и в надключичную область, непереносимость жирной пищи, чувство горечи во рту по утрам, однократно рвота, не приносящая облегчения. Из анамнеза установлено, что боли появились 2 года назад во время беременности, светлые промежутки бывают редко, сильных болевых приступов не отмечает. Объективно: повышенного питания, со стороны сердца и легких патологии не обнаружено. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, болезненный в точке Роже, печень не увеличена, положительные симптомы Мюсси, Кера, Василенко. В дуоденальном содержимом в порции "В" большое количество лейкоцитов, слизь, осадок, единичные лямблии. В посевах желчи выделен гемолитический стрептококк, чувствительный к тетрациклину. При рентгенологическом исследовании - тень желчного пузыря однородная, обычных размеров. После дачи пробного завтрака - сократилась менее чем на 1/3 объема. Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию живота и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 10

Больной 54 лет, разнорабочий, страдает хроническим алкоголизмом, обратился к врачу по поводу болей в эпигастральной области, которые несколько уменьшаются в коленнолоктевом положении, задержки отхождения газов, слабости. Впервые боли появились 4 года назад, не лечился. За последнее время похудел на 3 кг. При осмотре: рост 180 см, вес 54 кг. Кожные покровы тела покрыты пятнами Воячека. Язык обложен белым налетом. Пальпаторно определяется болезненность в эпигастральной области. Стул темный, разжиженный, плохо смывается. Анализ крови: эр. - 4,810¹²/л, Нв - 120 г/л, ЦП - 1,0, лейкоц. - 9,4*10⁹, СОЭ - 30 мм/час. Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию копрограммы.

Билет № 11

Больная 50 лет, повар, доставлена в приемный покой с жалобами на приступ боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правую ключицу, тошноту, горечь во рту, отрыжку, слабость. Приступы болей в правом подреберье беспокоят периодически уже лет 10, связаны с приемом жирной и жареной пищи, алкоголем. При осмотре: рост 158 см, вес 90 кг. Иктеричность склер. Кожные покровы желтушные. Язык обложен налетом белого цвета. Живот вздут, болезненность в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул был вчера, обесцвеченный. Анализ крови: эр. - 4,8-Ю12, Нв - 120 г/л, ц.п. - 0,9, лейкоц. - 9,6109, п - 7, с - 74, э - 2, л - 11, м - 6, СОЭ - 22 мм/час. Общий билирубин - 90, прямого - 56 и непрямого - 34 ммоль/л. Анализ мочи без особенностей.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию УЗИ органов брюшной полости.

Билет № 12

Больной Б., 50 лет, инженер, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в левой подвздошной и околопупочной областях, жидкий стул 5-6 раз в день, урчание, вздутие живота, слабость, похудание. Болен в течение 3-х месяцев. Начало заболевания связывает с приемом недоброкачественной пищи, после чего появились обильный жидкий стул, метеоризм, тошнота. Лечился самостоятельно (принимал левомицетин, фталазол), отмечал временное улучшение. Состояние постепенно ухудшалось, похудел на 7-8 кг, нарастала слабость, появилась кровоточивость десен. Объективно: больной пониженного питания, подкожно-жировой слой слабо выражен, кожные покровы бледные, сухие, тургор кожи понижен, как и мышечный. В легких - дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, десны рыхлые. Живот обычной формы, симметричный, болезненный при пальпации в левой подвздошной и околопупочной областях. В левой подвздошной области определяется урчание. Печень не выходит из-под правой реберной дуги. В общем анализе крови: эр.-3,5*1012 г/л, Нв 100 г/л, СОЭ - 10 мм/час. Биохимия крови: общий белок 62 г/л, холестерин 2,0 г/л, железо 6 ммоль/л, кальций 0,076г/л. Рентгенологически: остеопороз костей таза.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите глубокую пальпацию живота и запишите результаты в историю болезни.

Билет №13

К., 63 лет, жалуется на слабость, потливость, увеличение всех групп периферических лимфоузлов. Из анамнеза: впервые стал отмечать увеличение лимфоузлов 4 года назад, других жалоб не было. Обратился к врачу по месту жительства, который направил его на консультацию к гематологу. В то время уровень лейкоцитов в анализах крови был 45*109, п 4, с 10, л 76, м 9, б 1, Нв - 140 г/л, эр. - 4,5-1012/л, ц.п.= 0,9. СОЭ - 15 мм/час. Учитывая общее удовлетворительное состояние и невысокий лейкоцитоз, цитостатическая терапия не была назначена. Рекомендовано было явиться к гематологу через 3 месяца. Однако пациент вновь обратился к врачу только через 4 года, когда отметил значительную потливость, прогрессирующую слабость в течение последнего года и быстрый рост лимфоузлов. В течение последнего года дважды болел правосторонней нижнедолевой пневмонией. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная. Питание удовлетворительное. Лимфоузлы шейные, подмышечные, паховые размером до 3-5 см, мягкие, подвижные, безболезненные. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 80 в минуту. В легких в н/о справа ослабленное везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка выступает на 4 см из-под реберной дуги, плотная. В крови: Нв - 100 г/л, эр. - 3,1*1012/л, ц.п. = 0,9, тромб. - 186*109/л, лейкоц. - 150*109/л, э - 1%, с - 4%, л - 90%, б - 2%, м - 3%. В моче патологии не выявлено.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию лимфатических узлов и запишите результаты в историю болезни.

Билет №14

Больная О., 40 лет, юрист, обратилась с жалобами на повышенную утомляемость, потливость, неприятные ощущения в области левого подреберья, где случайно обнаружила какое-то плотное образование, кровь в кале. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, пальпируется увеличенная селезенка на 6 см ниже края реберной дуги, соответственно печень на 2 см, безболезненная. Анализ крови: Нв - 106 г/л, эр. - 3,4*1012/л, ц.п. - 0,9, лейкоц. - 140*109/л, б - 13%, э - 10%, м - 9%, юные - 12%, с - 31%, л - 5%, м - 4%, п - 16%, СОЭ - 14 мм/час, тромбоциты 240*109/л.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию селезенки и запишите результаты в историю болезни.

Билет №15

Больной С., 30 лет, слесарь, поступил в клинику с жалобами на слабость, потливость, повышение температуры до 37,5°C, кровоточивость десен. Из анамнеза выяснено, что 2 недели назад заметил "язвочки" на деснах. Обратился к стоматологу, лечился по поводу стоматита без эффекта. После сдачи анализа крови был направлен на консультацию к гематологу. Объективно: состояние средней тяжести. Бледен, на коже груди и конечностей мелкие геморрагии. Отмечается кровоточивость и гиперплазия десен с участками язвенных дефектов до 0,5 см в диаметре. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 92 уд. в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка на 3 см выступает из-под края реберной дуги. Анализ крови: Нв - 90 г/л, эр. - 3,0-1012/л, ц.п.= 0,9, тромбоциты - 90109/л, лейкоц. - 27109/л, Э 1%, п 4%, с 23%, л 20%, м 2%, бласты 50%, СОЭ - 30 мм/час.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию селезенки и запишите результаты в историю болезни.

Билет №16

Больная П., 46 лет, учитель, поступила в клинику с жалобами на слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение, боль в ногах при ходьбе, тошноту, неустойчивый стул. Из анамнеза: 6 лет назад произведена резекция 2/3 желудка по поводу язвенной болезни. Объективно: кожные покровы бледные с желтушным оттенком, склеры иктеричны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны приглушены, ритмичны. ЧСС - 96 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: Нв - 70 г/л, эр. - 1,5*1012/л, ретикулоциты - 0,3%, тромбоциты - 60-109, лейкоц. - 3109, СОЭ - 28 мм/час, э - 1%, п - 4%, с - 40%, м - 4%, л - 51%, ц.п. = 1,4.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию общего анализа крови.

Билет №17

Больной С., 20 лет, студент, поступил в клинику с жалобами на обильное носовое кровотечение после удара по спинке носа. Из анамнеза известно, что носовое кровотечение с 2-х летнего возраста, возникающее после удара. У племянника (сына родной сестры) также отмечается повышенная кровоточивость при порезах, ударах. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых, на спинке носа и вокруг левого глаза обширный кровоподтек.

Анализ крови: эр. - 2,91012/л, Нв - 74 г/л, ретикулоциты - 1,8%, тромбоциты - 18010%, лейкоц. - 10,7* 10⁹/л, э - 2%, п - 6%, с - 72%, л - 17%, м - 3%, СОЭ - 22 мм/час. Длительность кровотечения - 4 мин., ретракция кровяного сгустка - 32%, время свертывания: начало 8' 15", а конец - 15', фибриноген - 4 г/л.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию коулограммы.

Билет №18

Больная Б., 40 лет, воспитатель, поступила в клинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ломкость ногтей. Из анамнеза: месячные обильные по 7 дней с 13 лет. Объективно: состояние средней тяжести, сухость кожи и бледность кожных покровов. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум не верхушке. ЧСС - 98 уд. в мин. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв - 60 г/л, эр. - 2,5-10 7л, ц.п.= 0,7, лейкоц. - 6109/л, п - 3%, с - 60%, э - 1%, б - 1%, л - 35%, СОЭ - 19 мм/час, тромбоциты - 180-109/л.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию общего анализа крови.

Билет №19

Больная В., 32 лет, бухгалтер, поступила с жалобами на слабость, одышку, отеки лица, туловища, конечностей, увеличение живота. В анамнезе частые ангины. Два года назад перенесла острый гломерулонефрит. В дальнейшем отмечалась протеинурия, микрогематурия. Около недели назад перенесла ангину, после чего появились указанные жалобы. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, анасарка, асцит, гидроторакс. АД - 105/70 мм рт.ст. ЧСС - 85 уд. в минуту. В анализе крови: лейкоц. - 6,1*10⁹/л, СОЭ - 50 мм/час, общий белок - 44 г/л, альбумины - 41%, глобулины - 59%, холестерин - 24 ммоль/л. Анализ мочи: уд.в. 1035, реакция щелочная, белок - 3,5 г/л, лейкоциты - 6-8, эритроциты - 8-10, цилиндры гиалиновые, зернистые, восковидные 3-4, жировые капли 2-3 в поле зрения. Суточная протеинурия - 24 г/л.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию общего анализа мочи.

Билет №20

Больная Н., 22 года, товаровед, поступила в клинику с жалобами на слабость, потливость, ознобы, повышение температуры, боли в поясничной области, больше и чаще справа с иррадиацией в наружные половые органы. Частое болезненное мочеиспускание, отеки под глазами по утрам, моча последний месяц мутная, иногда бурая, с хлопьями. Заболела год назад после сильного переохлаждения, когда появились аналогичные боли в поясничной области, изменился цвет мочи. Принимала отвары трав. 3 дня назад было охлаждение. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 37,8°. Кожные покровы влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, чистые, 88 уд. в мин. АД - 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, участвует в дыхании. Печень и селезенка не увеличены. Пальпируется болезненный нижний полюс правой почки. Симптом Пастернацкого (+) справа. В крови: Нв - 120 г/л, лейкоц. - 13*10⁹, п - 5, с - 73, л - 15, м - 5, э - 2, СОЭ - 128 мм/час. Общий белок - 70 г/л, мочевины крови - 5,8 ммоль/л, креатинин крови 0,08 мм/л в 1 мл мочи. В моче: Б - 0,13 г/л, по Нечипоренко л - 15120, э - 500.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию анализа мочи по Нечипоренко.

Билет №21

Больной Л., 45 лет, поступил с жалобами на головную боль, общую слабость, сонливость днем, бессонницу ночью, носовые кровотечения, жажду, тошноту в утренние часы, иногда - рвоту. Указанные явления появились около полутора месяцев назад. Ранее больным себя не считал, не обследовался. Возникшие иногда боли в поясничной области связывал с физической нагрузкой, а появление одуловатости лица по утрам - с употреблением соленой пищи накануне. В анамнезе частые ангины. Около полугода отмечает жажду и полиурию. При объективном исследовании: состояние средней тяжести. Кожные покровы резко бледные, желтовато-землистой окраски, сухие со следами расчесов. В легких: дыхание везикулярное, жесткое. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, акцент II тона на аорте, АД - 230/130 мм рт.ст. Пульс 75 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Пальпация области почек безболезненна. Синдром Пастернацкого отрицательный с двух сторон. В анализе крови: Нв - 80 г/л, эр. - 2,41012/л, СОЭ - 26 мм/час, креатинин - 1,0 ммоль/л, мочевины - 50 ммоль/л. В анализе мочи: уд. вес 1007, белок - 0,9 г/л, лейкоциты 3-4, эритроциты 5-6, цилиндры гиал. 2-3 в п/зр. Проба Зимницкого: уд. вес 1010-1012, СД 2100 мл, ДД 900 мл, НД 1200 мл.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию анализа мочи по Зимницкому. Оформите историю болезни.

Билет №22

Больной Б., 17 лет, учащийся 11 класса, в течение 11 лет страдает инсулинозависимым сахарным диабетом, доставлен в хирургическую клинику (сопор). Больной в тяжелом состоянии, сознание сохранено. Частая рвота, сильные боли в животе. Объективно: состояние тяжелое. Сухая кожа, язык сухой, обложен желто-коричневым налетом. Гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Пульс 120 в мин., слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. В легких дыхание ослаблено. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите глюко-тест.

Билет №23

Больная Ф., 55 лет, инвалид II группы, надомный труд. Доставлена дежурной бригадой в психиатрическую больницу. Со слов родственников 2 часа назад у больной появилось возбуждение, агрессивное настроение, ругала детей, пыталась поджечь дом. Два года больная страдает сахарным диабетом. Делает сама инсулин. В приемном покое у больной появились судороги, она потеряла сознание. При осмотре кожа бледная, влажная, ЧСС 52 уд. в мин. АД 80/60 мм рт.ст. Сухожильные рефлексы снижены, корнеальный вызывается слабо. Живот без особенностей.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите определение сахара крови глюкометром.

Билет №24

В поликлинику на прием обратилась женщина 30 лет, домохозяйка. Жалуется на отсутствие менструации в течение года, слабость, прибавку в весе за последние полгода на 10 кг, боли в позвоночнике, рост волос на лице, конечностях. Объективно: рост 160 см, масса тела 80 кг. Округлое, гипермированное лицо. Отложение подкожно-жировой клетчатки преимущественно в области живота. Конечности довольно тонкие. На коже живота, бедер багровофиолетовые полосы растяжения. Подбородок, кожа конечностей покрыты волосатым покровом. В легких дыхание везикулярное. Границы

сердца не смещены. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 92 уд. в мин. АД 180/100 мм рт.ст. Печень не увеличена. Отеков нет.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение роста, веса и рассчитайте ИМТ.

Билет №25

Больная В., 33 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боль в межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставах, ограничение подвижности в них, по утрам ощущение скованности в суставах. Болеет 1,5 мес. Кожные покровы бледные, деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. Активные движения в этих суставах резко ограничены из-за боли. Пульс ритмичный, 80 /мин. АД 150/80 мм рт.ст. I тон над верхушкой приглушен, систолический шум и усиление 2 тона над аортой. В остальном внутренние органы без изменений. Анализ крови: эр. 3,4*10¹² /л. НЬ 96 г/л. цв. показатель 0,84, л.- 7,7*10⁹/л, СОЭ 50 мм/час. Сиаловая кислота 260 ед. СРП «+++». Реакция ВаалераРоузе положительная. Результаты рентгенографии лучезапястных суставов: остеопороз в эпифизах, сужение суставной щели, единичные узелки суставных поверхностей.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение роста, веса и рассчитайте ИМТ.

Эталоны ответов к билетам для дифференцированного зачета

ПМ.02 Лечебная деятельность

МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля

Билет № 1

1. Тромбофлебит вен правой голени, ТЭЛА, инфаркт-пневмония S1V-V левого легкого. Фибринозный плеврит. Острое легочное сердце. ДНШ ст. Клинические симптомы: I этапа - внезапность развития одышки, боли в грудной клетке, кашля, кровохарканья, субфебрилитета, II - набухания шейных вен, цианоза, шума трения плевры, тахикардии, акцента 2 тона на легочной артерии, гипотонии, на фоне отечности и болезненности голени. Рентгенологически: симптом инфильтрации легочной ткани. ЭКГ: симптом перегрузки правого желудочка и правого предсердия и ишемии правого желудочка. Анализ крови: умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Тромбофлебит правой голени, на фоне которого внезапно вначале развилась боль в грудной клетке на вдохе и одышка, и только через сутки появление повышенной температуры, рентгенологически синдром инфильтрата в сочетании с острым декомпенсированным легочным сердцем прямые критерии ТЭЛА. Это подтверждается типичными ЭКГ-признаками. Для острой пневмонии характерна триада симптомов: повышение температуры, кашель, боль в грудной клетке на вдохе. Однако при последней она начинается с высокой температуры, кашля и позже боль в грудной клетке, а в данном случае на 2 день, что позволяет ее исключить. Усиленное голосовое дрожание, жесткое дыхание не характерны для плеврального выпота и ателектаза. Ишемия SIII, v1-v2 сочетается с ЭКГ признаками перегрузки правых отделов предсердия и желудочка, что не свойственно ОИМ. Тем более не наблюдаются при ОПМ синдромы легочной инфильтрации, легочной гипертензии, дыхательной недостаточности и тромбофлебита голени.
2. Исследование системы гемостаза, ЭКГ в динамике, ангиопульмонография (АПП). Показана консультация сосудистого хирурга. При АПП - дефект контрастирования сегментарных ветвей верхнедолевой ветви легочной артерии (S1V-V) Нетрудоспособен. Лечение стационарное, первые дни в реанимационном отделении. Стол № 1. Режим строго постельный. Антикоагулянтная терапия: гепарин 20 тыс.ед. в/в, с последующим введением в/кожно через 6 час. по 5 тыс.ед. Фибринолитическая терапия: стрептокиназа, азелизин 500 тыс.-2 млн.ед. в/в капельно. Борьба с дыхательной недостаточностью (кислород 4-6 л/мин. через носовый катетер), болевым синдромом (анальгетики, вплоть до наркотических). Коррекция легочной гипертензии (инфузия эуфиллина). Борьба с острой правожелудочковой недостаточностью (сердечные гликозиды). Антибактериальная терапия. Общее и местное лечение тромбофлебита.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 2

1. Хроническая крапивница неиммунная (псевдоаллергическая). Побочное токсико-метаболическое (псевдоаллергическое) действие лекарственных и пищевых веществ. Хронический гепатит В, средней степени тяжести, активная фаза. Гепатомегалия. Клеточно-печеночная недостаточность. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Фаза ремиссии. Обоснование: клеточно-печеночная недостаточность (горечь во рту); астенический (слабость утрами), гипотония, холестаз (зуд кожи до высыпаний и без них), печеночные ладони и др., симптом "накопления" (на фоне приема лекарственных препаратов, разных по химическому составу - волдырные высыпания), язвенной болезни, гепатомегалии, нарушение пигментного обмена, диспротеинемия и мезенхимально-воспалительный. Указание в анамнезе на перенесенный сывороточный гепатит; наличие признаков хронического гепатита, гепатомегалии с острым плотным безболезненным краем; увеличением в диаметре v. portae; кожные печеночные звездочки в сочетании с поражением поджелудочной железы и 12перстной кишки; нарушение функций печени, на фоне которого последние годы появились побочные реакции на лекарственные вещества разной химической структуры в виде огромной крапивницы. Наличие кожного зуда без высыпаний, без приема лекарств в пользу синдромальной крапивницы, псевдоаллергической. Механизм ее развития обусловлен нарушением биотрансформации ксенобiotиков и эндогенных веществ, вследствие хронической патологии печени. Отсутствие периода сенсibilизации, перекрестной сенсibilизации, хроническое рецидивирующее течение крапивницы исключает иммунную первичную крапивницу.
2. Сканирование печени техницием, биохимия печени в динамике, ФБС, аллeрготестирование с лекарственными препаратами. Аспириновый тест и антипириновый для оценки биотрансформационной функции печени. Анализ крови, мочи. Временно нетрудоспособен. Режим стационарный. Голодание в течение 1-3 суток с ежедневным приемом душа и очистительных клизм. Биохимия печени до и после голодания для уточнения основного диагноза. При псевдоаллергической крапивнице, обусловленной гепатитом, свежие высыпания на фоне голодания (элиминации) сохраняются (в то время как при иммунной ее форме, исчезают). В последующем рекомендуется вегетарианский стол, ограничение белка до 30-40 г/сут., жирного, жареного, свежеспеченных изделий, консервированных, колбасных изделий, продуктов, содержащих консерванты, пищевые красители, ароматизирующие вещества, аналгетики, неспецифические противовоспалительные. Медикаментозное лечение: инфузии 5% глюкозы и гемодеза 3-4 дня, эссенциал или месячные курсы минеральных вод Ессентуки, Аршан, Славянская (до 2-х раз в год), антигистаминные препараты при наличии высыпаний. Вегетарианский стол с соблюдением постов, еженедельные сауны, ежедневные обливания ледяной водой, что позволит контролировать и создавать оптимальные условия для функционирования печени и очищения внутренней среды организма. Прием лекарственных препаратов должен быть только по строгим жизненным показаниям и в половинной суточной дозировке. Прекратить курить, употреблять алкогольные напитки! Избегать тяжелого физического труда и контакта с вредными химическими веществами, как и полипрагмазии. В фазу ремиссии показано санаторно-курортное лечение только на местных курортах Аршан, Дарасун.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 3

1. Анафилактический шок тяжелого течения. Классический вариант с асфиктическим, абдоминальным и кожным синдромами. Активная стадия, период развернутой клиники. Причина - холодная аллергия. Типичная клиническая картина коллапса в сочетании с кожным синдромом, развившаяся после купания в холодной воде, указывают на аллергический характер данного состояния. Для исключения других заболеваний необходимо - осмотр хирурга, невропатолога. Развитие отека Квинке, крапивница на кожных покровах, боли в животе набухание в реке до развития коллапса, указание в анамнезе на холодную аллергию подтверждает предполагаемый диагноз анафилактического шока и исключает острый живот и другие варианты шока. 2.ОАК, ОАМ, ЭКГ, осмотр ЛОР - специалиста, хирурга, невропатолога, в амнестическую стадию анафилактического шока - проведение аллергического обследования.

ЭКГ. Больной временно нетрудоспособен. Нуждается в стационарном лечении в условиях палаты интенсивной терапии. Лечение анафилактического шока: согреть больного; адреналин 0,1% - 0,3-0,5 п/к, в/в на 10 мл физиологического раствора; мезатон 1% или норадrenalин 0,2% - 1,0 на 500 физиологического раствора в/в капельно; преднизолон струйно в/в до 120 мг. После стабилизации АД антигистаминные препараты: димедрол 1% - 1,0 или супрастин 2,0 п/к. Дальнейшее наблюдение в стационаре в течение 2 недель: преднизолон орально в суточной дозе 15-20 мг 5-7 дней с отменой их, супрастин 0,025×3 раза в день. Провести консультацию аллерголога, проведение холодового теста в стадии амнестической АШ. В случае положительного результата в стационаре провести лечение аутосорвоткой. 3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 4

1. Анафилактический шок лекарственного генеза. Классический вариант тяжелого течения (аллерген не уточнен). На этапе опроса ведущими являются симптомы сердечно-сосудистой недостаточности: слабость, головокружение, затем симптомы дыхательной недостаточности (удушье). При осмотре подтверждается симптомы сердечно-сосудистой недостаточности: снижение АД до 60/40 мм рт.ст., тахикардия 110 уд/мин. Чувство удушья объясняется бронхоспазмом - в легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Зуд кожи и волдырная сыпь свидетельствуют о поражении кожи. Гемодинамический синдром является ведущим, связан с остальными единым аллергическим механизмом развития - реакцией на введение пенициллина и стрептомицина. При дифференциальной диагностике сочетание гемодинамических расстройств с асфиксией и волдырными высыпаниями, развитие через 10-15 минут после введения лекарств указывают на его аллергический характер. Бактериальный шок исключается, т.к. шок развился внезапно, этому не предшествовала высокая температура тела, ознобы и др. Кардиогенный шок косвенно исключается наличием волдырных высыпаний, отсутствием признаков поражения сердца, необходимо для его полного исключения провести ЭКГ. Системная реакция, развившаяся через 5-10 мин. после инъекций антибиотиков с острой сосудистой недостаточностью, низкое АД, следовательно, отсутствие компенсаторной стадии шока исключает анафилактикоидный шок и подтверждает анафилактический.

2. По выписке из шока срочно провести ЭКГ для исключения острой сердечной патологии, ОАК, ОАМ. При выписке аллергологическое обследование для уточнения причинно-значимого лекарства-аллергена. Больной временно нетрудоспособен. Нуждается в экстренной помощи и затем в госпитализации, стационарном лечении в течение 2-х недель. Неотложная терапия шока: обколоть место инъекции раствором адреналина 0,1% 0,30,5 в 1,5 мл физиологического раствора, одновременно п/к или в/м ввести еще 0,5 мл раствора адреналина в противоположную конечность, затем 0,2 мл п/к раствора норадrenalина 0,2% или мезатона 1%; преднизолон 60-90 мг в/м. Как только вошли в вену, подключить капельно 1 мл 1% мезатона на 500,0 мл физиологического раствора, преднизолон 60-90 мг в/в. реополиглобина 400,0. После стабилизации АД ввести антигистаминные препараты: димедрол 1% - 1,0 мл или супрастин 2,0, инъекции повторять через 6 часов. В течение 3-4 дней продолжать в/венно введение глюкокортикоидов, реополиглобина, сердечных гликозидов, бронхолитиков под контролем АД. Назначить преднизолон 20 мг орально в течение 5-7 дней. Наблюдать в стационаре в течение 2 недель. Не ранее, чем через месяц после выведения из шока провести врачу-аллергологу аллергологические пробы для уточнения виновного лекарственного препарата. Исключить их дальнейшего назначения. Больной должен иметь при себе браслет аллергического больного и шоковую аптечку:

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 5

1. Бронхиальная астма, неуточненного генеза, тяжелое течение, глюкокортикозависимая. Астматическое состояние III ст. Подострое декомпенсированное легочное сердце IIIA ст. Хронический бронхит, простой, фаза обострения. Затяжное обострение бронхиальной астмы (в течении 2-х месяцев), приступы ежедневно до 6-8 раз в сутки на фоне одышки, кашель со слизью бронхов, глюкокортикозависимость. Цианоз, вынужденная поза, тахипноэ, высокая тахикардия, артериальная гипертензия, двустороннее ослабление дыхания, голосового дрожания, укороченный перкуторный звук с малым количеством сухих хрипов на выдохе, гепатомегалия, пиковая скорость выдоха резко снижена, комбинированный декомпенсированный ацидоз, гиперкапния, гипоксемия. Отсутствие синдрома эмфиземы исключает ХОБ, а сердечной патологии сердечную астму. Сочетание синдромов бронхообструктивного и респираторным, гемодинамическим, гипоксической энцефалопатии и сердечной правожелудочковой недостаточности исключает приступ удушья и свидетельствует об астматическом состоянии у больной, страдающей бронхиальной астмой.

2. Рентгенограммы органов грудной клетки, ЭКГ, анализы крови, мочи, цитология мокроты, ФВД, газы крови, КЩС в динамике. Временно нетрудоспособна. Режим стационарный. Стол № 10а. Наложение микротрахеостомы и проведение санации бронхов физиологическим раствором по 2 мл через 15-20 минут. Оксигенотерапия постоянно чрез назальный катетер. Преднизолон 30 мг в сутки орально. Инфузия эуфиллина 2,4% - 10 мл × 3 раза и преднизолона по 60 мг на 500-700 мл физиологического раствора, т.к. показана гидратационная терапия. Сочетать с в/мышечным введением р-ра папаверина 2% - 2 мл через 6 часов. Сердечные гликозиды инфузионно капельно. Раствор сульфата магния 25% - 10 мл на физиологическом растворе 10 мл планово 2 раза в день и при артериальной гипертензии дополнительно (борьба с отеком мозга). Массаж грудной клетки. В фазу ремиссии болезни еженедельное посещение сауны для улучшения дренажной функции легких, ежедневно постоянно ножные ванны в холодной воде по 20-30 секунд для профилактики острых респираторных инфекций. Перевод с орального курса преднизолона на ингаляционные глюкокортикоиды. Постоянный прием отхаркивающих средств и пролонгированного эуфиллина утром и перед сном. Продолжить изучение причин развития бронхиальной астмы, по возможности аллергологическое обследование. Показано оформление на МСЭК. В период стойкой ремиссии на местных курортах - Братское взморье.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 6

1. Полиноз. Риноконъюнктивит. Бронхиальная астма, интермитирующая, фаза обострения ДН0 (сенсibilизация к злаковым - по анамнезу). Сезонность ринита, конъюнктивита (в течение 5 лет в июне-июле),отягощенная наследственность (у матери - астма), нарушения бронхиальной проходимости (сухие рассеянные хрипы), эозинофилия в секрете носа. Хотя не указано на наличие зуда век, носа, но сезонность риноконъюнктивита, эозинофилия в носовом секрете в пользу полиноза. Жесткая сезонность заболевания в течение 5 лет исключает астматическую аспириновую тетраду и синусит. Наличие в период обострения полиноза рассеянных сухих хрипов с обеих сторон в пользу развития сенной астмы.

2. Кожные и провокационные тесты с растительными и другими неинфекционными аллергенами. Рентгенография пазух носа, органов грудной клетки, ФВД, мониторинг ПСВ, общий анализ мочи. Временно нетрудоспособен. Стационарный режим для проведения курса сезонной специфической гипосенсибилизации. В последующем прием антигистаминных препаратов в течение июня-июля. С октября приступить к круглогодичному классическому курсу специфической гипосенсибилизации на протяжении 5 лет. Рекомендуется с целью повышения реактивности организма и профилактики прогрессирования заболевания: ежедневное обливание стоп ледяной водой, еженедельные посещения сауны, не принимать продукты подсолнуха (масло подсолнечное, халву, семечки). В июне-июле принимать мембраностабилизаторы (кетотифен, задитен) и/или антигистаминные (кларитин).

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 7

1. Язвенная болезнь луковицы 12-перстной кишки, типичная картина, с повышенной желудочной секрецией, стадия обострения. Симптомы - голодных болей в эпигастриальной области, рвота желудочная (облегчающая состояние), слабость, потливость у 32-летнего водителя (работа с этилированными бензином, нарушение режима питания), страдающего много лет гастритом с весенне-осенними обострениями, которые последние годы стали ежегодными. При обследовании выявлена локальная боль точечного характера возле пупка (12-перстная кишка) и рентгенологические "ниши" рубцовых изменений в луковице 12-перстной кишки, повышенная кислотообразующая функция желудка. Похудание, слабость побуждают дифференцировать с "Раком желудка", но молодой возраст, наличие болевого синдрома, часто связанного с приемом пищи и "поздние", повышенная кислотообразующая функция желудка, отсутствие дефекта наполнения на рентгенограмме против этого диагноза. Однако необходимо уточнить слабость, боли, имеют ли нарастающий характер, отсутствуют или сохранен аппетит, а также провести ФГС с биопсией слизистой дефекта около язвенного для окончательного решения этого вопроса. Слабость, потливость настораживают на возможность желудочно-кишечного кровотечения. Необходимо провести дополнительный опрос (головокружение, цвет стула), осмотреть цвет слизистых, кожных покровов.

2. ЧСС, АД, кал на скрытую кровь, анализ крови, ФГДС с биопсией и исследованием на хеликобактер. Временно нетрудоспособен. Режим лечения стационарный. Лечение: режим не строго постельный, стол № 1а - 5 дней, затем № 1, омепразол 20 мг 2 раза в день (утром, на ночь) на период

стационарного лечения, при выявлении хеликобактера – амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, кларитромицин 500 мг 2 раза в день, антациды – альмагель, фосфалогель, ультразвук на эпигастральную область № 10.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 8

1. Хронический аутоиммунный гепатит, высокая степень активности, тяжелое прогрессирующее течение. Клеточно-печеночная недостаточность. На этапе опроса можно выделить следующие симптомы - лихорадка до 39° постоянного типа в течение 3-х дней, артралгии, миалгии, указывающие на наличие воспалительного процесса. На этапе осмотра это подтверждается наличием у больной эритемы лица и суставного синдрома, а в лабораторных данных -повышением СОЭ до 50 мм/час, СРБ +++, гипергаммаглобулинемия. Выявляются признаки поражения печени: жалобы на боли в правом подреберье, слабость, тошноту, анорексию, при осмотре - интенсивная желтуха, "сосудистые звездочки", "печеночные ладони", гепатоспленомегалия. По лабораторным данным - гипербилирубинемия в основном за счет прямой фракции, резкое повышение аминотрансфераз, положительные осадочные пробы, снижение общего белка сыворотки за счет альбуминов. Петехиальная сыпь и носовые кровотечения указывают на нарушение свертывающей системы крови, что также является признаком нарушения белковосинтетической функции печени. Аутоиммунный воспалительный синдром высокой активности, за что свидетельствует полисистемность поражения (артралгия, миалгия, васкулит, гепато- и спленомегалия, высокие фракции а, и а2, гамма-глобулинов, значительно ускоренная СОЭ и СРБ.

2. Динамическое отслеживание печеночных биохимических показателей, периферической крови, общий анализ мочи; -клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, их агрегация, время кровотечения, время свертывания крови, фибриноген ПДФ, этаноловый тест, протромбиновый индекс, коагулограмма (для уточнения стадии ДВС синдрома); -иммунограмма: Ig, А, М, Y, титр иммунных комплексов, Т-клеточный статус, фагоцитоз. Титры ANA, антиLKM1 для уточнения типа аутоиммунного гепатита. Маркеры вирусного гепатита. Биопсия печени. УЗС органов брюшной полости (диаметр v.portae, v.lien). Статическая гаммасцинтиграфия печени. Большая нетрудоспособна. Показано стационарное лечение. Режим постельный. Стол № 5 (ограничить животные белки до 30-40,0 в сутки). Базистерапия: а) преднизолон по 20-40 мг/сут. до клиниколабораторной ремиссии с последующим медленным уменьшением (0,5 таб. в две недели) дозы до поддерживающей (10-15 г); б) гепатопротекторы: р-р гептрала 800 мг в/в № 10, затем 1 капсула х 3 раза в день, р-р глюкозы 5% - 200,0 + аскорбиновая кислота 5% - 10,0 % 10, эссенциале в капсулах по 2 капсулы х 3 раза в день; в)дезинтоксикационная терапия: гемодез 400,0 в/в капельно № 5; г)плазмозферез, гемосорбция; д)заместительная терапия: СЗП 300,0 в/в капельно № 3, альбумин 10% - 200,0в/в капельно № 5 Подлежит диспансерному наблюдению: контроль за режимом с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, трудоустройство с учетом клинической формы заболевания и характера производственной деятельности, курсы витаминотерапии, гепатопротекторов.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 9

1. Хронический бескаменный холецистит, протозойного бактериального генеза, фаза обострения непрерывно рецидивирующее течение с нарушением функции по гипомоторному типу средней степени тяжести. У молодой женщины боли в правом подреберье с типичной вверх иррадиацией, связанные с приемом жирной пищи с периодической рвотой, не приносящей облегчения, которые непрерывно рецидивирующего характера на протяжении 2-х лет, начались во время беременности. Сочетаются последние с горечью во рту по утрам. При пальпации болезненная точка Роже, Мюсси, Кера, Василенко. Язык обложен желтоватым налетом. В дуоденальном содержимом патогенная флора (гемолитический стрептококк), лямблии, лейкоцитоз, слизь. Рентгеноскопически: нарушение моторики желчного пузыря по гипомоторному типу. 2.Болевой синдром по типу "печеночной колики", но без четких признаков приступов (болезненность в т.Роже, Мюсси, Кера, Василенко). Необходимо дифференцировать с хроническим калькулезным холециститом и желчнокаменной болезнью. Изменения в желчи исключают дискинезию желчевыводящих путей.

2. Для уточнения наличия хронического вирусного гепатита необходимо провести печеночные биохимические тесты по оценке пяти клиникпеченочных синдромов (цитолитического, гепатодепрессивного, холестатического, мезенхимально-воспалительного и биотрансформационного). УЗС печени, селезенки, поджелудочной железы (размеры, однородность и эхогенность); состояние внутри- и внепеченочных желчных ходов, их диаметр, состояние желчного пузыря, наличие конкрементов, диаметр v.portae, v.lien, размеры; почки - эхогенность, соотношение коркового и мозгового слоя, их местоположение, состояние мочевыводительной системы. Рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки. ФГС желудка, 12-перстной кишки, состояние фатерова соска. Биохимия желчи и сканирование печени техничем по показаниям. Больная временно нетрудоспособна. Режим лечения стационарный. Голодание 36-часовое без приема жидкости. Инъекция s.atropini sulfurici п/к 0,1% - 1 мл для купирования печеночной колики. Затем питание: каши, сухари из черного хлеба, отварные овощи. Позже в фазу ремиссии свежие салаты, постные борщи, тушеная рыба с овощами. Прием пищи через 4 часа, небольшими порциями с тщательным пережевыванием пищи. По купировании обострения общий стол, разнообразие пищи с акцентом на пищу, богатую пищевой клетчаткой (что усилит моторику желудочно-кишечного тракта, повысит антибактериальную, иммунную защиту организма, нормализует флору кишечника, усилит сорбцию и выведение из организма продуктов воспаления, интоксикации, а также - антиоксидантную защиту организма).

Ограничение животного белка до 50-60,0 в сутки. Свести до минимума употребление консервированных продуктов, газированных вод, свежей выпечки, сдобной, копченой и жареной пищи. Из животной белковой пищи предпочтение отдать рыбе, белому мясу, молоку. Отношение растительного масла и сливочного 1,2:1. Лечение лямблиоза. Курс антибактериальной терапии (тетрациклин орально 0,1 х 4 раза в день — 5 дней). Спазмолитики (в острую фазу на протяжении 5 дней р-р но-шпы 2 мл или паверина 2% - 2 мл через 8 часов, затем таблетированный препарат орально 10-14 дней). Физиолечение: первые 3 дня периодически пузырь со льдом на область желчного пузыря. Позже физиопроцедуры: электрофорез со спазмолитиками 3-5 дней и/или с р-ром сульфата магния на область правого подреберья, если боль сохраняется, затем индуктометрия. После дополнительного обследования и исключения конкрементов в желчевыводящих путях рекомендовать желчегонные (отвар курильского чая с шиповником, холагол и др.) и тюбаж с сорбитом или р-ром глюкозы 40% - 20 мл. или морской солью, или минеральными водами. С целью получения гепатопротекторного, желчегонного эффекта: месячный курс минеральных вод (Аршан за 40 мин. до еды по 1/2-3/4 стакана в подогретом виде 3 раза в день или Эссендуки-17, Боржоми, Славянская; месячный курс рибоксина на 0,5 х 3 раза в день).

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 10

1. Хронический панкреатит, болевая форма с нарушением экскреторной функции, мальабсорбции, фаза обострения, средней степени тяжести. Симптомы на этапе опроса: болевой, задержка отхождения газов, слабость, темный жирный кашицеобразный стул. На этапе осмотра: астеничность, похудание, пятна Воячека, обложенность языка, боль в области поджелудочной железы. На этапе дополнительного обследования: ускорение СОЭ, нормохромная анемия 1 ст. Указание на хронический алкоголизм (одна из основных причин развития панкреатита), похудание, боли в эпигастральной области, вздутие, не отхождение газов, разжиженный жирный стул в пользу хронического панкреатита, болевой варианта, фазы обострения. Отсутствие анорексии, нарастающей слабости при клинических проявлениях панкреатита противоречат диагнозу опухоли поджелудочной железы. Язвенную болезнь 12перстной кишки с осложнениями, пенетрацией в поджелудочную железу или ее малигнизацией можно диагностировать или снять при проведении специальных методов исследования как "опухоль поджелудочной железы".

2.УЗИ органов брюшной полости, определение амилазы в моче и сыворотке крови, липазы и трипсина сыворотки крови, рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки, ФГС, кал на скрытую кровь, капрограмма, определение трипсина в кале, консультация хирурга, по показаниям компьютерная томография поджелудочной железы, холецистопанкреатография. Временно нетрудоспособен. Лечение стационарное. Вести больного как с острым панкреатитом. Режим постельный. Первые дни голодание (Эссендуки №4, Боржоми, отвар шиповника), затем стол № 1а и №1. Инфузия ингибиторов протеаз - сандозстатин 0,1 х 3 раза в/м, антибиотики, детоксикационная терапия и обезболивающая заместительная ферментотерапия при высокой кислотообразующей функции желудка - препараты атропина или блокаторы H2 рецепторов гистамина. Лечение хронического алкоголизма. Соблюдение диеты, режима питания (питание с акцентом на вегетарианство с тщательным пережевыванием пищи. Избегать переедания, употребления алкоголя, жирной, жареной, копченой, консервированной пищи, газированных вод).

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 11

1. Желчнокаменная болезнь. Приступ печеночной колики. Обтурационная желтуха. Холестаз средней степени тяжести. Холестатический гепатит. Симптомы на I этапе (опроса): приступ боли с типичной иррадиацией вверх и вправо, со слабостью и диспепсией; II - ожирение, гиперстеничность, желтуха, боли в точке желчного пузыря, гепатомегалия и на III - лейкоцитоз с нейтрофилизом, повышенная СОЭ, гипербилирубинемия за счет прямого билирубина. Ожирение, приступы печеночной колики с типичной иррадиацией на протяжении 10 лет, желудочной диспепсией, гипербилирубинемией и лейкоцитозом с нейтрофильной реакцией в пользу желчнокаменной болезни или хронического каменного холецистита в фазе обострения. Однако эти же симптомы и давность заболевания не исключают опухоль головки поджелудочной железы с обтурацией фатерова соска. Однако остро развившийся приступ болей, отсутствие синдрома малых симптомов не в пользу опухоли. Наличие желтухи, воспалительного синдрома за острый каменный холецистит и поэтому исключает функциональные расстройства типа дискинезии желчевыводящих путей по гипермоторному типу. Окончательно решить этот вопрос возможно после дополнительного обследования. Горечь во рту, холестаз, цитоллиз - признаки функциональной печеночной недостаточности, а также гепатомегалия диктуют провести обследование на предмет хронического холестатического гепатита. Вздутие живота косвенно свидетельствует о возможности хронического реактивного панкреатита без нарушения экскреторной его функции. Возможно имеются хронический холестатический гепатит и хронический реактивный панкреатит.

2. УЗС печени, желчного пузыря, общего желчного протока, поджелудочной железы, анализ мочи на желчные пигменты, уробилин, кал на стеркобелин. Кровь на общий белок и фракции, АСТ, АЛТ, ЛДП, щелочную фосфатазу, ГГТ, фибриноген, пр. Вельтмана, ХЭ, холестерин, иммуноглобулины А, М, Ш, протромбиновый индекс и время. Холецистография, компьютерная томография печени, общего желчного протока с фатеровым соском и поджелудочной железы для выяснения причины обтурационной желтухи. Временно нетрудоспособна. Лечение стационарное на период обострения в хирургическом отделении. Режим постельный. Голодание, спазмолитики (р-р атропина 0,1% - 1 мл п/к), инфузия глюкозоновокаиновой смеси, реополиглюкина, гемодеза, ингибиторов протеаз и одновременно решения хирургической тактики лечения.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 12

1. Хронический энтероколит неясной этиологии с преимущественным поражением тонкого кишечника, средней степени тяжести, с выраженным синдромом мальабсорбции. Симптомы на этапе опроса: схваткообразные боли в левой подвздошной и околопупочной областях, диарея, метеоризм, кровоточивость десен, слабость, похудание. Симптомы на этапе осмотра: потеря веса, снижение тургора кожи и мышечного тонуса, бледность кожных покровов, тахикардия, обложенность языка, болезненность в подвздошной и околопупочной областях живота, урчание. Вспомогательные лабораторные методы выявили анемию, гипокальциемию, остеопороз. Дифференциальный ряд: дизентерия, алиментарная диспепсия, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, дискинезия кишечника, хронический панкреатит, хронический холецистит, хронический атрофический гастрит. Для бактериальной дизентерии, для острой и хронической рецидивирующей характерен частый жидкий стул с примесью слизи и крови, тенезмы, ложные позывы, постоянное чувство жжения в прямой кишке, что отсутствует у больного. При повторном опросе этому следует уделить внимание. Важен бактериальный анализ на дизгруппу, копрограмма, данные рентгеноскопии. Для амебной дизентерии характерны частый жидкий стул с примесью слизи, иногда крови, боли в животе, часто поражается только правый отдел толстой кишки, которые также отсутствуют! у больного. Указанный диагноз будет полностью отвергнут при отсутствии характерной эндоскопической картины (язвы с подрытыми краями на фоне малоизмененной слизистой) и отсутствие быстрого клинического эффекта при терапии. Наличие у больного синдромов кишечной диспепсии, болевого и мальабсорбции позволяют дифференцировать с болезнью Крона. Для последней характерен субфебрилитет, в месте локализации процесса (чаще правой подвздошной области) может пальпироваться опухолевидное образование, что отсутствует у больного. Для уточнения диагноза болезни Крона, неспецифического язвенного колита необходимо рентгенологическое и эндоскопическое исследование (сужение кишки, свищи, симтом струны). Характер боли схваткообразный в подвздошной и околопупочной областях и продолжительность заболевания до 3-х месяцев исключают как основное заболевание хронический панкреатит или хронический атрофический гастрит или хронический холецистит.

2. ОАМ, биохимические анализы крови (общий белок и белковые фракции, билирубин, сахар крови, холестерин, железо, кальций). ФГДС, УЗИ, колоноскопия, ирригоскопия, бактериологическое исследование кала на дизгруппу, на дисбактериоз, копрограмма. Больной временно нетрудоспособен, режим лечения стационарный. Стол № 4а, бактисубтил (имодиум), в/в р-ры глюкозы 5%-500 мл с аскорбиновой кислотой до 500 мг, гемодез 400 мл, кальция 10%-10 мл, ферменты (фестал 1т х 3 раза в день). В зависимости от результата баканализа-противомикробная и заместительная терапия. Коррекция выявленных изменений других органов пищеварения при лабораторноинструментальном обследовании. В фазе ремиссии - трудоспособен. В период ремиссии бальнеологические курорты: Аршан, Ямаровка, Дарасун, Ессентуки.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №13

1. Хронический лимфолейкоз, II стадия, обострение. Жалобы больного на слабость, потливость с учетом увеличения лимфоузлов можно назвать интоксикационным синдромом. Бледность кожных покровов и снижение показателей гемоглобина (100 г/л) характеризуют анемию легковыраженной степени, при которой также может беспокоить слабость. Увеличение лимфоузлов, селезенки без анализа крови можно было бы оценить воспалительной лимфаденопатией, септической спленомегалией, либо предположить генерализованную лимфому с лейкомизацией. Получив анализ крови, следует говорить о ХЛЛ или генерализованной лимфоме. Гиперпластический синдром (увеличение лимфоузлов, селезенки, лейкоцитоз, лимфоцитоз), анемический (слабость, снижение Нв), интоксикационный (потливость, слабость). На основе данных, указанных в задаче, невозможно с достоверностью дифференцировать ХЛЛ и лимфому, лимфогранулематоз. Для постановки диагноза лимфомы с лейкомизацией необходимо проведение иммунофенотипирования. Биопсия лимфоузла, селезенки с обнаружением клеток Березовского-Штернберга позволит высказаться за лимфогранулематоз. Увеличение лимфоузлов, селезенки, лейкоцитоз, лимфоцитоз свидетельствуют за ХЛЛ. Распространенность процесса с учетом сохранности тромбопоэза, мягкая консистенция лимфоузлов, отсутствие кахексии говорят за стадию II. Ухудшение состояния больного (потливость, слабость, уровень лейкоцитов 150- 109/л) указывают на обострение заболевания. Анемия, скорее всего, носит характер скрытого гемолитического процесса (а не вытеснительного), т.к. гемолитический синдром весьма характерен для лимфопролиферативных процессов. Для уточнения запросить уровень ретикулоцитов крови. Частые пневмонии свидетельствуют об иммунном дефиците.

2. Необходимо провести стерильную пункцию, трепанобиопсию, биоптат лимфоузла, общий анализ мочи, рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, УЗС органов брюшной полости. Иммунофенотипирование лимфоцитов. Спирометрия необходима для оценки функционального состояния легочной системы. Стойкая нетрудоспособность. Режим лечения - стационарный. При выписке направить на МСЭК. Является показанной терапия цитостатическими препаратами (хлорбутином по 0,006 мг в сутки). Онкологические заболевания являются противопоказанием для санаторнокурортного лечения.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №14

1. Хронический миелолейкоз, II стадия, фаза обострения. Жалобы больной (повышенная утомляемость, потливость) являются признаком болезни - интоксикации или гипоксии. Неприятные ощущения в левом подреберье и выявление в этой зоне плотного образования позволяют предполагать какой-то опухолевый процесс, либо увеличение селезенки. При осмотре больной плотное образование оценено как увеличенная селезенка и позволяет сузить круг предполагаемых заболеваний - опухолевыми процессами кроветворной ткани лимфома селезенки, хронический лимфолейкозспленомегалический вариант, хронический лимфолейкоз волосатоклеточный вариант, хронический миелолейкоз, острый лейкоз, лимфогранулематоз, миелофиброз либо застойными процессами, связанными с портальным кровооток (цирроз печени). Данные исследований крови свидетельствуют о пролиферативном заболевании миелоидного ростка (лейкоцитоз, базофилия - 13%, эозинофилия - 10%, миелоциты - 9%, юные формы - 12%, палочкоядерные - 16%). Нейтрофилиз и базофильно-эозинофильная ассоциация (13%+10%) типичные признаки хронического миелолейкоза. Анемия (Нв - 106 г/л) отнесена к проявлениям лейкозного процесса. Синдромы: гиперпластический (увеличение селезенки, лейкоцитоз, базофильно- эозинофильная ассоциация), интоксикационный (повышенная утомляемость, потливость), анемический (Нв - 106 г/л), гематологический (лейкоцитоз, базофильно-эозинофильная ассоциация).

2. Для подтверждения диагноза миелофиброза необходимо проведение трепанобиопсии. Обнаружение разрастания соединительной ткани в трепанате подтвердит диагноз. Вместе с тем, для миелофиброза характерен тромбоцитоз, а у больной нормальное содержание тромбоцитов. Уровень лейкоцитов при миелофиброзе также бывает ниже 100109/л, в отличие от нашей больной, у которой он составляет 140-109/л. Выполнить полный гематологический анализ крови (ПГА), стерильную пункцию, трепанобиопсию, УЗИ органов брюшной полости. Стойкая утрата трудоспособности. Нуждается в направлении на МСЭК. Режим лечения - стационарный. Диета № 15. Вопрос лекарственного лечения (миелосан, гидриа) следует решить после получения данных дополнительного обследования. Санаторно-курортное лечение противопоказано, т.к. у больной онкологическое заболевание.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №15

1. Острый лейкоз, I атака. Жалобы и объективный осмотр, анализы крови позволяют предполагать хр. миелолейкоз, бластный криз. Жалобы больного на слабость, потливость, повышение температуры до 37,5°C свидетельствуют об интоксикации; геморрагии на коже и кровоточивость десен указывают на вовлечение в процесс тромбоцитарного звена гемостаза. Бледность кожи свидетельствует о наличии анемического синдрома. Имеется спленомегалия. Синдромы: гиперпластический (увеличенная селезенка, лимфоузлы, blasts 50%, лейкоцитоз 27x10⁹/л); интоксикационный (слабость, потливость, температура 37,5°C); анемический (бледность кожных покровов, снижение Hb до 100г/л); геморрагический (мелкие геморрагии на коже, тромбоцитопения 90-10 /л). Увеличенная селезенка (с. спленомегалии) в сочетании с данным анализом крови может быть при остром лейкозе, хроническом миелолейкозе (бластном кризе). Анализ крови характеризует картину острого лейкоза, либо бластного криза хронического миелолейкоза, на что указывает бластемия (50%). Лейкоцитоз обусловлен бластемией. Анемия (Hb - 90 г/л), тромбоцитопения (90-109), нейтропения (23%) связаны с пролиферацией патологического клона. По имеющимся данным дифференциальный диагноз острого лейкоза с бластным кризом ХМЛ провести не представляется возможным. При опросе надо уточнить место рождения, социальную принадлежность, условия жизни, перенесенные заболевания, семейный анамнез. Следует выполнить стерильную пункцию, трепанобиопсию. Для установления варианта острого лейкоза следует провести цитохимические исследования бластных клеток, иммунофенотипирование, генетические исследования.

2. Необходимо выполнить: стерильную пункцию, цитохимическое исследование патологических клеток, иммунофенотипирование, генетические исследования. Стойкая утрата трудоспособности. Показано направление на МСЭК. Стационарное лечение. Стол № 15. Цитостатическая терапия по протоколу в зависимости от варианта острого лейкоза. Санаторно-курортное лечение противопоказано, т.к. это онкологический больной.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №16

1. В12-дефицитная анемия тяжелой степени. Миокардиодистрофия с нарушением кровообращения I-II степени. Жалобы больной: слабость, утомляемость, одышка, Hb - 70 г/л укладываются в анемический синдром. Тошноту и неустойчивость стула можно было бы отнести к предполагаемым заболеваниям желудочно-кишечного тракта (гастрит, панкреатит, энтероколит). Одышка и сердцебиение - признаки сердечной недостаточности, характер которой требует уточнения. Резекция 2/3 желудка 6 лет назад позволяет заподозрить дефицит внутреннего фактора Кастла. Осмотр подтверждает сердечную недостаточность (пульс 96 в мин) и позволяет связать ее с анемией (бледность кожных покровов). Полученный анализ крови свидетельствует о панцитопении (снижение эритроцитов, Hb, тромбоцитов, лейкоцитов) с ретикулоцитопенией (0,3%) и гиперхромией эритроцитов (ц.п. = 1,4). Клинико-лабораторные признаки дают классическую картину В12-дефицитной анемии. Синдромы: анемический; неврологический (боли в ногах); гастроэнтерологический (тошнота, неустойчивый стул); изменения в анализе крови: снижение эритроцитов, Hb, лейкоцитов, тромбоцитов, ретикулоцитопения, повышение ц.п. Условия задачи не позволяют исключить заболевания, указанные в ответе. Требуются дополнительные исследования. 2. Необходимо выполнить ПГА, стерильную пункцию, УЗИ органов брюшной полости, ФГС, колоноскопию, осмотр гениталий. Исследовать билирубин крови и его фракции, АЛТ, АСТ, общий белок и его фракции, кал на яйца глист. При необходимости - трепанобиопсию. Для установления патогенетического варианта анемии (В12-дефицитной анемии) необходимы данные стерильного пунктата и исследование ретикулоцитоза на 5-7 день лечения витамином В)

2. Временно нетрудоспособна. Подлежит стационарному лечению. Витамины В12 по 1000 у ежедневно в/м до ретикулоцитарного криза, далее по 500 у ежедневно до нормализации показателей крови. Поддерживающая терапия пожизненно не менее 30 инъекций витамина В2 ежегодно. Санаторно-курортное лечение: Братское взморье, Дарасун, Ямаровка, Шиванда, Аршан, Кука (курорты, где лечат заболевания желудочнокишечного тракта).

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №17

1. Гемофилия (неуточненного типа), гематома левой околоорбитальной области. Больной жалуется на обильное носовое кровотечение после удара по спинке носа, что может быть связано с патологией тромбоцитов, недостатком плазменных факторов свертывания крови. Анамнестические данные указывают на наследственный характер заболевания, что свойственно гемофилии. Бледность кожных покровов и слизистых обусловлена, вероятно, постгеморрагической анемией, развившейся вследствие длительного кровотечения. Обнаруженные изменения в анализе крови обусловлены постгеморрагической анемией (снижение эритроцитов, снижение Hb, ретикулоцитоз, ускоренное СОЭ). Время свертывания удлинено: начало 8'15", конец - 15', что может быть связано с патологией коагуляционного гемостаза. В то же время длительность кровотечения (4 минуты) и ретракция кровяного сгустка 32% в пределах нормы, что указывает на отсутствие патологии в тромбоцитарном звене гемостаза. Наличие у больного геморрагического, анемического и отягощенной наследственности синдромов позволяет предположить гемофилию. Для исключения болезни Виллибрандта необходимо определение фактора Виллибрандта. Нормальные показатели ретракции и удлинения времени свертывания позволяют отвергнуть тромбоцитопатию. Гипофибриногемии исключают данные лабораторных исследований (фибриноген 4 г/л).

2. ПГА, коагулограмма, типирование гемофилии, определение фактора Виллибрандта, количественное определение недостающего фактора. Исследование типа гемофилии и количества недостающего фактора. Временно нетрудоспособен. Лечение стационарное. Диета № 15. Лечение в зависимости от типа гемофилии: - при гемофилии А - криопреципитат в/в струйно до остановки кровотечения; - при гемофилии В и С - свежемороженая плазма в/в струйно или капельно до остановки кровотечения. Местное лечение - тампонада с ферракрилом. Санаторно-курортное лечение: любые курорты без использования тепловых и физиопроцедур.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №18

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести на фоне полименореи. Жалобы на слабость, утомляемость свидетельствуют об анемическом синдроме; выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи - о сидеропеническом синдроме. Анамнестические данные (обильные месячные) позволяют думать о хронической кровопотере, приводящей к железо дефицитной анемии. Снижение эритроцитов, гемоглобина указывает на возможность заподозрить железодефицитную анемию. Анемический синдром (слабость, быстрая утомляемость, тахикардия, систолический шум на верхушке, снижение Hb, эритроцитов, ц.п.). Сидеропенический (сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос). Так как железодефицитная анемия - это синдром какого-то заболевания, то необходимо выяснить причину железодефицитного состояния. Учитывая, что анемия гипохромная, необходимо провести диагноз с талассемией, сидеробластной анемией, анемией при свинцовом отравлении. При этих анемиях сывороточное железо в норме или повышено, а при железодефицитной анемии снижено.

2. ПГА. ОАМ - общий анализ мочи. Белок и его фракции. ЭКГ. ФГС. Колоноскопия. Ректороманоскопия. УЗИ органов брюшной полости. Консультация гинеколога. Определение сывороточного железа. Общая железосвязывающая способность сыворотки. Определение ферритина. Определение сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки, ферритин. Временно нетрудоспособна. Лечение стационарное. Стол № 15. Гемофер, фероградилит в терапевтической дозе: 1 таб. * 2 раза в день за 30 минут до еды до Hb - 100 г/л, затем амбулаторно в этой же дозе препараты до нормализации Hb. После этого дозу препаратов железа снизить в 1/2 раза и продолжить прием до нормализации сывороточного железа. Затем поддерживающая терапия - препараты железа в терапевтической дозе 7-10 дней ежемесячно. Санаторно-курортное лечение определяется в зависимости от причины, приведшей к развитию железодефицитной анемии.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №19

1. Вторичный хронический постстрептококковый гломерулонефрит (ХГН), стадия обострения, нефротический синдром, ХПН, хронический декомпенсированный тонзиллит. Слабость, одышка, отеки. В анамнезе: ангины, острый гломерулонефрит с последующим мочевым синдромом. Бледность, анасарка, асцит, ускорение СЛЭ, гипопротейнемия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия.
2. Полный анализ крови, белковые фракции, СРБ, сиаловые кислоты, фибриноген, сахар плазмы крови, LE-клетки; флюорография грудной клетки, суточная протеинурия, посев мочи на стерильность; ЖГ, ФГС. Больная нетрудоспособна. Нуждается в стационарном лечении. Стол № 7, белковый, с учетом потери белка с мочой. В/в введение белковых препаратов или небелковых заменителей плазмы; антагонисты альдостерона (верошпирон), салуретики (лазикс и др.). Патогенетическая терапия: показаны глюкокортикоидные гормоны, цитостатические препараты; гепарин, антиагреганты. Санация очагов инфекции. В связи с обострением большой санаторно-курортное лечение противопоказано. При достижении ремиссии показано лечение на климатических курортах Ялты, Байрам-Али.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №20

1. Правосторонний нефроптоз. Вторичный хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, фаза обострения, ХПН0. Жалобы на слабость, потливость, ознобы, повышение температуры, боли в поясничной области, преимущественно справа с иррадиацией по ходу мочеточника, частое болезненное мочеиспускание, отеки под глазами, мутную мочу с хлопьями. Температура 37,8°C, гипергидратация, тахикардия, пальпируется болезненный нижний край правой почки, (+) симптом Пастернацкого справа. Нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. Мочевой синдром с минимальной протеинурией, лейкоцитурией в пробе Нечипоренко. Длительность заболевания в течение года. Локализация болей в области поясницы с иррадиацией по ходу мочеточника, сопровождающееся дизурией, мочевой синдром не характерны для острого аппендицита. У больной нет типичной иррадиации болей, характерных для корешкового синдрома, отсутствует локальная болезненность в паравертебральной точке и симптомы натяжения. Не типичны для острого радикулита лихорадка с ознобами, дизурия и мочевой синдром. Против острого холецистита свидетельствует характер локализации болей, их иррадиация, тип лихорадки, мочевой синдром и дизурия.
2. УЗИ почек, посев мочи на бактерию и чувствительность к антибиотикам; при отсутствии эффекта от неспецифической антибактериальной терапии - моча на ВК, экскреторная урография. Временно нетрудоспособна. Показано лечение в стационаре. Стол № 15. Количество жидкости до 2-2,5 л в сутки. Антибактериальная терапия, ЛФК, ношение бандажа, возможны физиолечение, иглорефлексотерапия, закаливание - вне обострения.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №21

1. Первично-хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант, ХПН терминальная стадия. Жалобы на головную боль, общую слабость, нарушение формулы сна, диспептические расстройства, ноющие боли в пояснице. Частые ангины в анамнезе. Бледность кожных покровов, с расчесами, акцент II тона на аорте, гипертензия. Печень, почки, селезенка не пальпируются. Анемия, ускоренное СОЭ, высокая степень азотемии. Гипоизостенурия, небольшая протеинурия, микрогематурия, цилиндрuria. Против острой почечной недостаточности свидетельствует отсутствие причин, которые могут вызвать острое нарушение функции почек: шов и т.д., указание в анамнезе на боли в поясничной области и одутловатость лица по утрам, признаки хронического течения заболевания, появление основных клинических проявлений 1,5 месяца назад, бледноземлистая сухость кожи с расчесами, ишемия при отсутствии гемолиза и кровотечения, низкая осмотическая плотность/ мочи. Отсутствие гипертонических кризов, высокое диастолическое давление свидетельствуют против гипертонической болезни.
2. УЗИ почек: определение их размеров и структуры для определения основного заболевания, приведшего к ХПН. УЗИ сосудов почек. Исследование сосудов глазного дна. ЭКГ. Больной нетрудоспособен, инвалид I группы. Лечение стационарное. Диета с ограничением белка. Жидкость и хлористый натрий - без резкого ограничения, желательнее не менее 1,5 л. Гипотензивные средства, диуретики, энтеросорбенты, витамины С, группы В, Д, эритропоэтин, бикарбонат натрия в/в; перевод на программный гемодиализ или трансплантация почки.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №22

1. Сахарный диабет I тип, тяжелое течение. Диабетическая гипергликемическая кетоацидотическая кома. На этапе опроса - больной 17 лет, в течение 11 лет страдает инсулинозависимым сахарным диабетом, доставлен в хирургическую клинику в тяжелом состоянии (сопор). Частая рвота, сильные боли в животе. Осмотр (II этап) - состояние тяжелое (сопор). Сухая кожа, язык сухой, обложен желтокоричневым налетом. Гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Пульс 120 в мин., слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. В легких дыхание ослаблено. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина. Вспомогательных методов исследования (III этап) в задании нет. Клиника укладывается в синдромы: дегидратации (сухая кожа, язык сухой, обложен желто-коричневым налетом), синдром ацидоза (запах ацетона в выдыхаемом воздухе), синдром перитонита (частая рвота, сильные боли в животе, живот резко болезненный при пальпации, напряжен, положительный симптом Щеткина); синдром угнетения центральной нервной системы (сопор, гипотония мышц, пульс 120 уд. в мин., слабого наполнения, АД 80/55 мм рт.ст., тоны сердца глухие).
2. ОАК, ОАМ, сахар крови, сахар мочи, ацетон в моче, калий, хлориды, pH - крови, холестерин, билирубин, ЭКГ. Консультация хирурга, невропатолога, окулиста. Сахар крови, кетоновые тела в моче и крови, ОАК. В настоящее время больной временно нетрудоспособен, нуждается в стационарном обследовании и лечении. Стол № 1 хирургический с добавлением продуктов, богатых калием (творог, компоты, томатный сок и др.), достаточное количество продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы. Необходимо медикаментозное лечение больного. Инсулинотерапия в режиме малых доз, регидратация, коррекция водно-электролитного и кислотно-щелочного нарушения, симптоматическая терапия. О трудоспособности больного. В состоянии компенсации сахарного диабета - профессиональная ориентация после окончания школы (учеба в вузе, техникуме, профтехучилище). В дальнейшем - работа, не связанная с тяжелым физическим трудом, психическим перенапряжением, командировками, ночными сменами и т.д. В состоянии компенсации санаторно-курортное лечение на курортах: Эссентуки, Трускавец, Аршан, Дарасун.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №23

1. Сахарный диабет I тип, III степени тяжести. Диабетическая гипогликемическая кома. На I этапе - со слов родственников 2 часа назад у больной появилось возбуждение, агрессивное настроение, ругала детей, пыталась поджечь дом. Два года больная страдает сахарным диабетом. Делает сама инсулин. II этап - больная в сопорозном состоянии. Кожа бледная, влажная, ЧСС 52 уд. в мин. АД 80/60 мм рт.ст. Сухожильные рефлексы снижены, корнеальный вызывается слабо. Живот без особенностей. Астеновегетативный синдром (кожа бледная, влажная), судорожный (тонические судороги), синдром угнетения центральной нервной системы (больная в сопорозном состоянии, ЧСС 52 уд. в мин, АД 80/60 мм рт.ст.), психического возбуждения (было возбуждение, агрессивное настроение, ругала детей, пыталась поджечь дом). Для диабетической гипергликемической кетоацидотической комы (астеновегетативный синдром, судорожный синдром) характерен синдром угнетения центральной нервной системы (сопор). Данные объективного осмотра исключают. Появление психического возбуждения, неадекватность поведения больной укладывается в картину алкогольной комы, но нет запаха алкоголя и сопровождающие родственники об этом не говорят. Следует их дополнительно опросить.
2. ОАМ, сахар крови, сахар мочи, ацетон в моче, калий, хлориды, pH - крови, кальций, холестерин, билирубин, ЭКГ. Консультация окулиста, невропатолога, хирурга, гинеколога, токсиколога; алкоголь в крови. Сахар крови, кетоновые тела в моче и крови. В настоящее время больная временно нетрудоспособна, нуждается в стационарном обследовании и лечении. Стол № 1 хирургический с необходимым добавлением повышенного количества углеводов (сладкий чай, мед - 1 ч.л. на стакан воды, 40% р-р глюкозы - 100-200 мл, белые каши, картофельное пюре и т.д.). В/венное введение 40% глюкозы - 80-160 мл, при необходимости в дальнейшем введение 5% р-ра глюкозы в/в капельно до появления глюкозурии (сахар крови 8-9 ммоль/л), глюкогон, кортикостероиды, противосудорожные препараты, оксигенотерапия. Необходимо строгое соблюдение диеты, режима инсулинотерапии. О

стойкой утрате трудоспособности больного. При достижении компенсации сахарного диабета надомную работу выполнять может. Санаторно-курортное лечение не показано, т.к. у больной имеется склонность к неконтролируемым гипогликемическим состояниям и комам. 3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет №24

1. Болезнь Иценко-Кушинга средней степени тяжести На I этапе опроса - у женщины 30 лет отсутствие менструации в течение года, слабость, прибавка в весе за последние полгода на 10 кг, боли в позвоночнике, рост волос на лице, конечностях. На II этапе - округлое, гиперемированное лицо. Отложение подкожножировой клетчатки преимущественно в области живота. Конечности довольно тонкие. На коже живота, бедер багрово-фиолетовые полосы растяжения. Подбородок, кожа конечностей покрыты волосным покровом. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца не смещены. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 92 уд. в мин. АД 180/100 мм рт.ст. Печень не увеличена. Отеков нет.

2. ОАК, ОАМ, АКТГ, кортизол в крови, 17 ОКС и 17 КС в суточной моче, компьютерная томография гипофиза и надпочечников, калий, натрий, кальций в крови, рентгенография позвоночника, ЭКГ, краниография, сахар крови (при необходимости ТТГ-тест толерантности к глюкозе). Консультации невропатолога, окулиста, нейрохирурга, гинеколога. ФРГ грудной клетки. Дексаметазоновая проба (малая и большая). В настоящее время больная временно нетрудоспособна, нуждается в стационарном обследовании и лечении. Диета № 8 (1800 ккал). Лечение: лучевая терапия на гипофиз, при необходимости сочетающаяся с одно- и двусторонней адреналэктомией, а также медикаментозная коррекция (парлодел, хлоридан и т.д.). Исключение психоэмоциональных нагрузок, тяжелого физического труда. О стойкой утрате трудоспособности. Больную направить на МСЭК для определения группы инвалидности (II группа). В состоянии ремиссии основного заболевания местные курорты: Ангара, Братское взморье. 3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму. Билет №50 1. Ревматоидный артрит Обоснование: боль в межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставах, ограничение подвижности в них, по утрам ощущение скованности в суставах. Кожные покровы бледные, деформация проксимальных межфаланговых, пястнофаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. Активные движения в этих суставах резко ограничены из-за боли. Анализ крови: СОЭ 50 мм/час. Сиаловая кислота 260 ед. СРП «+++». Реакция Ваалера-Роузе положительная. Результаты рентгенографии эрозивные и деструктивные изменения в суставах. 2. Исследование на РФ, СРБ, белковые фракции, рентген суставов, ЭКГ, УЗИ сердца, почек. Принципы лечения включают в себя обезболивание (диклофенак, мовалис, целебрекс), уменьшение активности воспалительного процесса (преднизолон), базисная терапия (метотрексат, мабтера). Показано лечение на курортах Пятигорск, влатория, Саки, Сочи 3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

МДК. 02.03. «Оказание акушерско-гинекологической помощи»

БИЛЕТ № 1

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача Больная 26 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на непостоянные ноющие боли внизу живота, в области поясницы. Больной себя считает в течение 2 лет после медицинского аборта, осложнившегося воспалением придатков матки. Перенесенные заболевания: аппендиэктомия в детстве, ангина. Менструации с 13 лет, по 5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные пришли в срок. Половая жизнь с 22 лет, брак первый, зарегистрирован. Одни роды в 23 года без осложнений. При поступлении общее состояние удовлетворительное. АД 110/70 мм рт.ст., пульс 78 в минуту, температура тела 37 градусов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: стенки влагалища и шейка матки «чистые», выделения из цервикального канала слизистые. Бимануальное исследование: матка в положении антеверзии, антефлексию, не увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная; Придатки с обеих сторон «тяжистые», умеренно болезненные.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Проявите на фантоме взятие материала на ГН и флору.
2. Составьте план ухода за пациентом. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов. Определите необходимость диспансеризации.
3. Дайте рекомендации по методам контрацепции данной пациентке. Назовите показания и противопоказания.
4. Подготовьте пациентку и инструменты к пункции брюшной полости через задний свод влагалища.

БИЛЕТ № 2

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача Больная 18 лет обратилась к гинекологу с жалобами на нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голеней, вздутие живота, раздражительность, потливость. Указанные симптомы появляются во вторую фазу менструального цикла и прекращаются после очередной менструации. При гинекологическом осмотре патологических изменений не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Расскажите регуляцию менструального цикла и основные типы нарушения менструальной функции: гипоменорея, гиперполименорея, меноррагия, олигоменорея, опсоменорея, аменорея, ациклические кровотечения, альгодисменорея.
2. Опишите влияние соматических, эндокринных заболеваний, внешней среды на состояние репродуктивного здоровья женщин. Составьте рекомендации пациентки при предменструальном синдроме.
3. Проконсультируйте пациентку по выбору методов контрацепции.
4. Проявите на фантоме пальпацию молочных желез.

БИЛЕТ № 3

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача Больная 45 лет поступала в гинекологическое отделение на хирургическое лечение по поводу подслизистой миомы матки. В анамнезе 2 родов, 3 аборта. Менструальный цикл сохранен, менструации по 8 – 10 дней, обильные, болезненные. При бимануальном исследовании: шейка матки гипертрофирована, деформирована; тело матки увеличено до 8 – 9 недель беременности, плотное, безболезненное; придатки матки с обеих сторон не изменены. Выделения слизистые.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Проявите на фантоме бимануальное исследование.
2. Назовите классификацию миом матки. Опишите клинические симптомы миомы матки. Сформулируйте основные принципы лечения заболевания. Составьте план подготовки пациентки к операции. Определите необходимость диспансеризации.
3. Составьте план беседы по профилактике опухолей женских половых органов.
4. Подготовьте пациентку инструменты к операции диагностического выскабливания полости матки

БИЛЕТ № 4

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача Больная 55 лет обратилась к гинекологу с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, затрудненное мочеиспускание. В анамнезе роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности второй степени. Постменопауза 4 года. Гинекологический статус: половая щель зияет, имеется расхождение ножек мышц, поднимающих задний проход; при натуживании за пределами вульварного кольца определяется тело матки. Шейка матки элонгирована и гипертрофирована. Придатки матки без особенностей.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Назовите причины, приводящие к смещению матки.
2. Опишите клинические признаки и диагностику полного и неполного выпадения матки. Назовите основные принципы лечения данной патологии.
3. Составить план ухода за пациентом в послеоперационном периоде. Сформулировать основные принципы профилактики данного заболевания. Определите необходимость диспансеризации.
4. Подготовьте пациентку и инструменты к зондированию полости матки. Назовите показания и противопоказания.

БИЛЕТ № 5

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача Больная 30 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на

бесплодие. В анамнезе менструации с 13 лет, по 5 – 6 дней через 27 – 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет, состоит в браке, от беременности не предохранялась. С помощью базальной термометрии установлено чередование ановуляторных и овуляторных циклов с укорочением лютеиновой фазы до 4 – 5 дней. При рентгенотелевизионной гистеросальпингографии маточные трубы выполняются контрастным веществом до ампулярных отделов, выход контраста в брюшную полость не обнаружен. При исследовании спермы мужа выявлены астено- и олигозооспермия второй степени. После лечения, назначенного андрологом, сохраняется астенозооспермия второй степени.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Назовите факторы бесплодия у супружеской пары. Какие вспомогательные репродуктивные технологии можно рекомендовать данной супружеской пары
2. Определите понятие «бесплодный брак» (по ВОЗ). Назовите классификацию женского бесплодия, женские факторы бесплодия, иммунологическое бесплодие.
3. Перечислите методы диагностики бесплодия. Составьте план обследования супружеской пары.
4. Подготовить пациентку и набор инструментов для гистеросальпингографии.

БИЛЕТ № 6 Инструкция:

Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача Больной 29 лет произведена биопсия шейки матки. В анамнезе половая жизнь с 15 лет. В браке не состоит. В возрасте 26 лет у пациентки обнаружена ПВЧ инфекция (16 и 18 варианты). При гистоисследовании биоптата выявлена картина плоскоклеточного неороговевающего рака. Глубина инвазии 5 мм.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Назовите клинические симптомы рака шейки матки. Перечислите этиологические факторы развития рака шейки матки, Классификация.
2. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Назовите общие принципы лечения и профилактики.
3. Составить план беседы по профилактике рака шейки матки.
4. Подготовьте пациентку и инструменты к биопсии шейки матки.

БИЛЕТ № 7

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача Больная 39 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Рост 155 см, масса тела 112 кг. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью второй стадии, сахарным диабетом второго типа. При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище узкое, нерожавшей, своды свободны, безболезненны. Шейка матки цилиндрической формы, из цервикального канала обильные кровянистые выделения со сгустками. Матка несколько увеличена, плотноватая, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. Результат гистоисследования: атипическая пролиферация эндометрия.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите причины развития гиперплазии эндометрия. Назовите классификацию гиперплазии эндометрия и клинические проявления.
2. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Сформулируйте основные принципы лечения. Определите необходимость диспансеризации.
3. Составьте план предоперационной подготовки и послеоперационного ухода за пациентом.
4. Продемонстрируйте на фантоме взятие материала на ГН и флору.

БИЛЕТ № 8

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача Больная 35 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные слизисто-гнойные выделения из половых путей. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое родов и два искусственных аборта. Бимануальное исследование каких-либо отклонений не обнаружило. При исследовании с помощью влагалищного зеркала и кольпоскопии диагностирована эктопия шейки матки.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Продемонстрируйте на фантоме взятие мазка на онкоцитологическое исследование.
2. Опишите фоновые заболевания шейки матки. Назовите общие принципы лечения и профилактики, диспансеризации.
3. Перечислите методы контрацепции, которые можно порекомендовать данной пациентке.
4. Подготовьте пациентку и инструменты к кольпоскопии и биопсии шейки матки

БИЛЕТ № 9

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача Больная 38 лет в тяжелом состоянии доставлена бригадой скорой помощи в гинекологическое отделение. В анамнезе 2 срочных родов, 3 медаборта без осложнений. С целью контрацепции использует ВМК (в течение последних 5 лет). Заболела 10 дней назад после случайного полового контакта, к врачу не обращалась. Менструальный цикл сохранен, последняя менструация 3 недели назад. При осмотре АД 100/60 мм рт.ст., пульс 110 в минуту, тахипное. Температура тела 38,5 градусов. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, в боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина-Блюмберга выражен в нижних отделах живота. При бимануальном исследовании в малом тазу пальпируется резко болезненный, ограниченно подвижный конгломерат размерами 16 на 18 см; задний и боковые влагалищные своды нависают, болезненные. Выделения из половых путей гнойные.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Назовите причины и возбудителей воспалительных заболеваний женских половых органов, пути заражения и распространения инфекции.
3. Окажите неотложную помощь и составьте план ухода за пациентом. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов. Определите необходимость диспансеризации.
4. Продемонстрируйте на фантоме взятие материала на ГН и флору.

БИЛЕТ № 10

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача В гинекологическое отделение поступила пациентка 42 лет, с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из влагалища Пациентка состоит на диспансерном учете в женской консультации по поводу миомы матки в течение 3 лет. При гинекологическом обследовании канал шейки матки пропускает палец, тело матки диффузно увеличено до 10 недель беременности, за внутренним зевом определяется полус плотного образования.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Назовите классификацию доброкачественных опухолей матки. Опишите этиопатогенез, клинику, диагностику, осложнения миомы матки.
3. Окажите неотложную помощь и составьте план ухода за пациентом. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики миомы матки. Определите необходимость диспансеризации.
4. Подготовьте пациентку к гистероскопии, назовите показания и противопоказания.

БИЛЕТ № 11

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача .Больная 34 лет в тяжелом состоянии доставлена бригадой скорой помощи. АД 80/40 мм рт.ст., пульс 120 в минуту. В анамнезе 4 медицинских аборта, задержка менструации на 4 недели. Заболела остро 2 часа назад. После приступа болей в правой подвздошной области упала в обморок. При осмотре: больная бледная, вялая, живот мягкий, в нижних отделах болезненный, симптом Щеткина положительный. Притупление перкуторного звука в

отлогах местах. Смещения шейки матки резко болезненны. Четко пропальпировать тело матки и ее придатки не удается. Выделения из половых путей мажущиеся коричневатого цвета.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Проведите оказание неотложной помощи при данном заболевании.
2. Перечислите причины и клинические признаки внематочной беременности. Подготовьте пациентку к операции. Определите необходимость диспансеризации. Составить план реабилитации пациента.
3. Сформулировать основные принципы лечения и профилактики при данном заболевании. Дайте рекомендации по выбору методов контрацепции.
4. Подготовьте пациентку и инструменты для пункции брюшной полости через задний свод влагалища.

БИЛЕТ № 12

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 18 лет обратилась к гинекологу с жалобами на боли внизу живота, субфебрильную температуру, бели и рези при мочеиспускании. Менструальная функция: менархе в 11 лет, менструации по 3 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет, незадум, использует с целью контрацепции эскапел. Заболела остро на 7-й день после полового акта. Общее состояние средней тяжести. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. При наружном осмотре уретра инфицирована; шейка матки в зеркалах гиперемирована, отечна, из цервикального канала слизисто-гнойные выделения в виде ленты; матка несколько увеличена, плотноватой консистенции, подвижная, болезненная, придатки матки с обеих сторон утолщены, болезненны.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Назовите факторы риска ИППП. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Проявите на фантоме взятие материала на бактериологическое исследование.
2. Назовите причины и возбудителей воспалительных заболеваний женских половых органов, пути заражения и распространения инфекции.
3. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов. Определите необходимость диспансеризации.

4. Определите понятие «бесплодный брак» (по ВОЗ). Назовите классификацию женского бесплодия, женские факторы бесплодия, иммунологическое бесплодие. Перечислите методы диагностики бесплодия.

БИЛЕТ № 13

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 19 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, неловкость и затруднение при ходьбе, повышение температуры тела. Заболела 4 дня тому назад после переохлаждения. Менструации с 13 лет по 3 – 4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, имеет несколько половых партнеров. Из вредных привычек отмечает табакокурение. Беременностей – 0. При осмотре в области правой большой половой губы определяется опухолевидное образование 3см на 6см, кожа над ним гиперемирована, горячая наощупь, в центре отмечается флюктуация. Шейка матки в зеркалах цилиндрической формы, из канала слизистые выделения. При бимануальном исследовании тело матки в правильном положении, не увеличено, плотной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон без изменений.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Назовите факторы риска ИППП. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Опишите вирусные поражения женских половых органов: цитомегаловирусная инфекция, папилломавирусная инфекция, генитальный герпес. Назовите пути распространения инфекции, лабораторную диагностику генитальных инфекций и осложнения.
3. составьте план беседы по половому воспитанию и сохранению репродуктивного здоровья.
4. Проявите на фантоме взятие материала на бактериоскопическое исследование.

БИЛЕТ № 14

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 52 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота. Постменопауза 2 года. В анамнезе одни роды, 2 выкидыша, хроническое воспаление придатков матки. При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При бимануальном исследовании матка небольших размеров, смещена вправо, слева от нее пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размерами 10 на 12 см. При УЗИ - исследовании обнаружено опухолевидное образование размером 10 на 12 см.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Подготовьте пациента к ультразвуковому исследованию.
2. Назовите классификацию кистом. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики данного заболевания, диспансеризация.
3. Составьте план беседы по профилактике опухолевых заболеваний яичника.
4. Проявите на фантоме взятие мазка на онкоцитологическое исследование из шейки матки.

БИЛЕТ № 15

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача. В женскую консультацию обратилась пациентка 32 лет с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей, которые появляются за 5 дней после менструации. Боли усиливаются в 1 день менструации, кровянистые выделения продолжаются в течение 3-4 дней после менструации. Заболела после диатермо коагуляции шейки матки, выполненной 2 года назад по поводу осложненной эктопии шейки матки. Бимануальное исследование: тело матки чуть увеличено, шаровидной формы, плотной консистенции, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные с обеих сторон. Шейка матки без патологических изменений.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Назовите классификацию эндометриоза. Опишите основные симптомы. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики данного заболевания. Определите необходимость диспансеризации.
3. Составьте рекомендации по методам контрацепции для данной пациентки.
4. Подготовьте пациента к гистероскопии. Назовите показания, противопоказания.

БИЛЕТ № 16

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача. В связи с началом половой жизни девушка 19 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на выделения из половых путей. В ближайший год беременность не планирует. Менструальная функция не нарушена. В зеркалах: шейка матки с гиперемией вокруг наружного зева, слизистая влагалища умеренно гиперемирована, выделения слизисто-гноевидные, умеренные. Бимануальное исследование: тело матки нормальных размеров, безболезненное, придатки не определяются.

Задание

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Перечислите причины воспалительных заболеваний, пути заражения и распространения инфекции, факторы, способствующие воспалению. Опишите клинические симптомы и принципы лечения острого и хронического эндоцервицита.
3. Составьте план беседы по профилактике ИППП. Перечислите методы контрацепции, которые можно порекомендовать данной пациентке.
4. Проявите на фантоме технику забора материала на бактериологическое исследование.

БИЛЕТ № 17

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Машинной «Скорой помощи» доставлена больная 22 лет с жалобами на выраженную слабость, головокружение после приступа острой боли в животе. Дома была кратковременная потеря сознания. Пациентка в браке не состоит, половой жизнью живет с постоянным партнером. От беременности предохраняется ритмическим методом. Последняя менструация пришла в ожидаемый срок, 2 недели назад. Объективно: кожные покровы бледные, лоб влажный, АД 80/60 мм рт.ст. Пульс 128 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренная болезненность в гипогастриальной области. Бимануальное исследование: матка нормальных размеров, безболезненная, придатки матки не определяются, небольшая болезненность справа. Выделения светлые, слизистые.

Задание

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
2. Назовите классификацию и причины возникновения апоплексии яичника. Опишите клиническую картину и принципы лечения. В каких случаях возможно консервативное ведение пациентки.
3. Дайте рекомендации по методам контрацепции данной пациентки.
4. Продемонстрируйте на фантоме технику забора материала на бактериоскопическое исследование.

БИЛЕТ № 18

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 20 лет обратилась к гинекологу с жалобами на боли внизу живота, больше слева, которые появились после чрезмерной физической нагрузки вчера вечером. Боли усилились к утру. Общее состояние удовлетворительное. Отмечает общую слабость, головокружение, тошноту. Менструальная функция: менархе в 12 лет, менструации по 3 – 5 дней через 24 – 26 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация закончилась неделю назад. В анамнезе ранее диагностировалась киста яичника. Гинекологический статус: молочные железы без изменений. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. При бимануальном исследовании: матка нормальных размеров, в области правых придатков пальпируется образование овоидной формы размерами 5см на 6см, тугоэластической консистенции, подвижное, болезненное. Со стороны левых придатков изменений нет.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Опишите причины перекрута опухоли, механизм образования и строения анатомической ножки опухоли. Назовите клинические симптомы перекрута ножки опухоли яичника, основные принципы лечения. Определите необходимость диспансеризации.
3. Составьте план беседы по профилактике воспалительных заболеваний женских половых органов.
4. Подготовьте пациентку и инструменты к гистеросальпингографии.

БИЛЕТ № 19

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача 13 тс «Острый живот в гинекологии» \215 Замужняя женщина 20 лет обратилась в женскую консультацию для постановки на учёт, считает себя беременной (задержка менструации 10 дней). При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм ртутного столба, пульс 72 удара в 1 минуту. Бимануальное исследование и осмотр с помощью влагалищного зеркала: матка нормальных размеров, обнаружено увеличение маточных придатков справа, цианоз слизистой влагалища. При ультразвуковом исследовании органов малого таза заподозрена прогрессирующая трубная беременность.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Назовите причины, классификацию внематочной беременности. Опишите клиническую картину. Составьте план предоперационной подготовки и послеоперационного ухода за данной пациенткой.
3. Определите необходимость диспансеризации. Составьте план профилактики и реабилитации при данном заболевании.
4. Подготовьте пациентку и инструменты к пункции брюшной полости через задний свод влагалища.

БИЛЕТ № 20

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Пациентка 26 лет. Жалобы на боли в животе справа в течение 2 дней, слабость, головокружение. Боли иррадируют в прямую кишку. Половая жизнь с 23 лет, имела одну беременность, которая закончилась выкидышем. Последняя менструация 1,5 месяца назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, температура 37,2(С, пульс 84 уд/мин., АД 110/70, 105/70 мм ртутного столба. Живот мягкий, при пальпации болезненность в нижних отделах, больше справа. Бимануальное исследование: матка несколько увеличена, смещение её вызывает резкую боль. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечёткими контурами. Выделения скудные, тёмно-коричневого цвета. Содержание ХГЧ в сыворотке крови менее 1000 МЕ/мл.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Назовите причины, классификацию внематочной беременности. Опишите клиническую картину. Составьте план предоперационной подготовки и послеоперационного ухода за данной пациенткой.
3. Определите необходимость диспансеризации. Составьте план профилактики и реабилитации при данном заболевании.
4. Подготовьте пациентку и инструменты к диагностическому выскабливанию полости матки.

БИЛЕТ № 21

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 27 лет поступила на оперативное лечение. В анамнезе: менархе в 12 лет; в последнее время отмечает удлинение менструального периода до 8 дней, появление сгустков крови на прокладке. Половая жизнь с 26 лет. Беременностей не было. При УЗИ трансвагинальным датчиком выявлен в полости матки миоматозный узел диаметром 3,8 см.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Составьте алгоритм неотложной помощи.
2. Назовите причины развития миомы матки. Опишите клиническую картину рождающегося субмукозного узла. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики миомы матки. Определите необходимость диспансеризации.
3. Проконсультируйте данную пациентку по методам контрацепции.
4. Подготовьте пациентку и инструменты к диагностическому выскабливанию полости матки.

БИЛЕТ № 22

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 39 лет поступила в гинекологическое отделение с маточным кровотечением. Общее состояние тяжелое. Жалобы на резкую слабость, головокружение, одышку. Считает себя больной в течение года, когда менструации удлинились до 10 дней. К врачу не обращалась. ОАК: гемоглобин 80 г/л, эритроциты 2,2 млн./л. При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрической формы, из канала умеренные кровянистые выделения. Матка увеличена до 15 недель беременности, плотная, бугристая, ограничено подвижная. Придатки матки пропальпировать не удается.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Продемонстрируйте на фантоме бимануальное исследование.
2. Назовите классификацию миом матки. Опишите клинические симптомы миомы матки. Сформулируйте основные принципы лечения заболевания.

Составьте план подготовки пациентки к операции. Определите необходимость диспансеризации.

3. Составьте план беседы по профилактике опухолей женских половых органов.

4. Подготовьте пациентку инструменты к операции диагностического выскабливания полости матки.

БИЛЕТ № 23

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 32 лет в течение 4 лет периодически проходит лечение у врача в женской консультации по поводу эрозии (эктопии) шейки матки.

Применяются влагалитишные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. Недавно появилась жалоба на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. Бимануальное исследование: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. В зеркалах: на шейке матки видны разрастания в виде "цветной капусты", кровотечение после осмотра. Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Составить план ухода за пациентом в послеоперационном периоде.

2. Опишите этиологические факторы развития рака шейки матки, классификацию клинические симптомы, методы диагностики. Сформулировать основные принципы лечения и профилактики при данном заболевании. Определите необходимость диспансеризации.

3. Составьте план беседы по профилактике онкозаболеваний.

4. Продемонстрируйте на фантоме взятие материала на онкоцитологию.

Билет 24

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

Первобеременная, 22 года, по профессии преподаватель литературы педагогического колледжа. Обратилась в ЖК с подозрением на беременность.

Жалобы на задержку месячных на 3 месяца. До этого месячные с 13 лет, регулярные через 28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке.

Отмечает повышенную сонливость и тошноту. Врач акушер-гинеколог после опроса и осмотра сделал заключение: беременность 10 – 11 недель.

Женщина будет рожать, встает на учет по беременности. Учитывая отсутствие соматических и гинекологических факторов риска, врач поручил акушерке провести подробный сбор анамнеза, наружный осмотр, заполнить форму 111ф, назначить обследование и выписать направления на анализы.

Задания:

1. Выделить проблемы беременной, помочь в их решении.

2. Перечислить основные этапы сбора анамнеза и общего осмотра при взятии беременной на учет.

3. Перечислить методы обследования при взятии на учет.

4. Перечислить признаки беременности.

5. Выполнить манипуляцию “Тест на беременность”.

Эталон ответа:

1. Жалобы возникли в связи с нормально протекающей беременностью.

Необходимо объяснить это женщине и успокоить её. Женщина плохо информирована о физиологии беременности и системе наблюдения, нужно дать соответствующую краткую информацию.

2. Акушерка должна выяснить наследственные факторы, профессиональные вредности (в данном случае это не актуально), вредные привычки, перенесенные заболевания, отдельно выявить инфекционные заболевания и контакты (особенно гепатит и туберкулез), оперативные вмешательства. Выяснить особенности менструальной функции, половой анамнез, гинекологические и венерические заболевания. Предыдущие беременности и их исход, течения данной беременности. Оценка телосложения, питания (кроме того, взвешивание и измерение роста). Осмотр кожных покровов, видимых слизистых, оценка состояния клетчатки, лимфоузлов. Осмотр молочных желез. Измерение АД. Пульса. Выслушивание сердечных тонов и легких. Пальпация живота, поколачивание по пояснице. Выяснение характера физиологических отравлений.

3. Осмотр наружных половых органов, на зеркалах, бимануальное исследование, пельвеометрия, При маленьких сроках остальные методы исследования не проводятся.

4. Перечислить признаки беременности, разделив их на достоверные, вероятные и сомнительные.

5. Выполнение манипуляции.

Билет 25

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

К акушерке родильного дома обратилась 20-летняя первобеременная женщина. Считает, что срок беременности 7-8 недель, просит наблюдать её во время беременности и принять роды на дому. По рассказам матери женщина знает, что в женской консультации большие очереди и слишком много обследований. В родильном доме, по воспоминаниям матери о её собственных родах, 20 лет назад были плохие условия, многоместные палаты, позднее прикладывание ребенка к груди, большая опасность больничной инфекции.

Задания:

1. Выделите проблемы женщины.

2. Составьте план по решению проблем.

3. Объясните женщине о преобразованиях в системе родовспоможения за последние 20 лет, структуре современного акушерского стационара, профилактике внутрибольничной инфекции.

4. Объясните женщине о необходимости дородовой подготовки в условиях женской консультации, целесообразности обследования.

5. Выполните манипуляцию “Взятие крови на RW”.

Эталон ответа:

1. Настоящая проблема в том, что у молодой женщины искаженное представление о системе родовспоможения, назначении ЖК и родильного дома, страх осложнений

Потенциальная проблема: в том, что женщина не будет соответствующим образом обследована во время беременности и может получить осложнение в родах.

2. Объяснить женщине организационную структуру родовспоможения, возможности женской консультации и родильного дома по оказанию помощи беременной, роженице и родильнице. Рассказать о современных прогрессивных преобразованиях. Рассказать, что домашние роды не защищают роженицу и ребенка, а являются наиболее рискованными.

3. Рассказать об методах подготовке к родам, возможности выбора, об индивидуальных роильных залах, послеродовых палатах, совместном пребывании матери и ребенка, раннем прикладывании к груди, профилактике ВБИ.

4. Рассказать о необходимости дородовой диспансеризации и подготовки к родам в интересах самой женщины, её методах. Рассказать, что без полной системы обследования женщина может поступить только в обсервационное отделение.

5. Выполнение манипуляции.

Билет 26

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

Первобеременная, 19 лет, впервые обратилась в ЖК. По профессии маляр. Жалобы на задержку месячных, тошноту, особенно на работе, повышенную сонливость и повышенный аппетит. Половая жизнь вне брака, но собирается зарегистрировать брак с отцом ребенка. Будет рожать. После осмотра врача акушера-гинеколога женщина взята на учет с диагнозом

“Беременность 6 – 7 недель”. Соматической и гинекологической патологии не выявлено. По данным внутреннего исследования – патологических изменений не выявлено. Врач поручил акушерке выделить и помочь решить беременной её проблемы. Назначить обследования и консультации специалистов.

Задания:

1. Выделить проблемы беременной и дать рекомендации по решению данных проблем.
2. Перечислить анализы, которые женщина должна выполнить к следующему разу. Объяснить, где их можно сдать.
3. Перечислить, каких специалистов надо посетить и объяснить, с какой целью эти консультации проводятся.
4. Рассказать о гигиене беременной.
5. Выполнить манипуляцию “Произвести пельвеометрию и оценить результаты».

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы, связанные с ухудшением самочувствия, объясняются беременностью и являются её предполагаемыми признаками. У беременной работа связана с профессиональными вредностями. Брак не зарегистрирован. Незнание структуры ЖК и правил сдачи анализов. Дать беременной справку для ЗАГСа для ускорения регистрации брака, справку об освобождения от вредных работ и устные рекомендации по этим вопросам. Объяснить общие принципы обследования беременной.
2. Перечислить анализы и кратность их сдачи. Объяснить женщине, где и в какое время сдаются анализы (в поликлинике или женской консультации, в лаборатории или процедурном кабинете, с какой целью и откуда берутся, как следует подготовиться и т.п.)
3. Беременная должна посетить терапевта ЖК, офтальмолога и отоларинголога и стоматолога ЖК, объяснить, где можно получить консультацию, с какой целью проводится обследование.
4. Рассказать о гигиене беременной (чистоте тела, одежде, обуви, половой гигиене, режиме дня, рациональной психической и физической нагрузке, гигиене питания).
5. Выполнить манипуляцию.

Билет 27

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

В ЖК обратилась за советом 22-летняя женщина, у которой было два самопроизвольных выкидыша при сроке беременности 5-6 недель. В женскую консультацию не успевала обратиться. В связи с болями в животе и обильными кровянистыми выделениями вызывала скорую помощь. Оба раза женщину доставляли в гинекологическое отделение, где производили выскабливание полости матки по поводу неполного выкидыша. В данных ей рекомендациях не разобралась. В анамнезе: месячные с 14 лет, через 30-35 дней, по 5-7 дней, обильные и умеренно болезненные. В зарегистрированном браке второй год. Вес женщины 47 кг. В женскую консультацию обращалась 2 раза, но данные рекомендации по обследованию не выполнила, так как училась в институте и подрабатывала, убирая помещение офиса. Боится, что доктор ЖК будет ею недоволен. Скоро заканчивает институт, хочет иметь детей. Просит помочь советом.

Задание:

1. Выделить проблемы женщины.
2. Какими методами они могут быть решены?
3. Рассказать о причинах привычного невынашивания.
4. Рассказать о профилактике и лечении привычного невынашивания
5. Выполнить манипуляцию “Взятие мазка.»

Эталон ответа:

1. Настоящая проблема заключена в привычном невынашивании. Женщина не обследована и неинформирована, недостаточно коммуникабельна. Потенциальная проблема: вновь невынашивание и более тяжелые осложнения: кровотечения, воспалительные заболевания, бесплодие и др.
2. Женщине нужно дать совет быть более настойчивой и последовательной в обследовании и лечении. Дать рекомендации в плане обследования и лечения, а также организационного плана. Уверить в благополучном исходе.
3. Причинами невынашивания могут быть гормональные нарушения, последствия выскабливаний, физические нагрузки (все эти факторы имели место у данной пациентки), а также инфекции, аномалии половых органов, соматические заболевания, генетические заболевания, профессиональные, экологические причины, нарушения питания и обмена (у женщины очень маленький вес) и другие факторы, всё это необходимо уточнить при обследовании.
4. Рассказать об учреждениях, где женщина может обследоваться: женская консультация, кабинеты по лечению невынашивания, перинатальные центры, генетические консультации и т.п. Рассказать о планировании беременности, исключении вредных факторов, обследовании на выявление скрытых инфекций, гормональных нарушений, необходимости профилактического лечения до беременности.
5. Выполнение манипуляции.

Билет 28

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

К Медицинскому работнику обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в области поясницы. Появились 2 дня назад, после физической нагрузки .

В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-я, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД - 110/70, 115/70 мм рт.ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком.

Осмотр в зеркалах: Влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка возбудима.

Выделения слизистые.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины и их причины.
2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Перечислить причины данной патологии, рассказать о классификации, методах диагностики и лечения.

5. Выполнить манипуляцию “Осмотр шейки на зеркалах”.

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы женщины: боли, вызванные повышением тонуса маточной мускулатуры; беспокойство за исход беременности; дефицит знаний о своем состоянии, о гигиене беременной, правильной нагрузке.

Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений.

Причина - тяжелая физическая работа. Женщину не перевели на легкий труд и не объяснили, как оберегать свою беременность. Это обязанности акушерки.

2. Состояние беременной можно расценить, как удовлетворительное (кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин, ритмичный, АД-110/70,115/70 мм.рт.ст. Диагноз: беременность 15-16 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш, что подтверждается сроком задержки менструации и данными наружного и влагалищного исследования. Боли внизу живота, в области крестца, повышенная возбудимость миометрия, отсутствие структурных изменений шейки матки и слизистые выделения из половых путей подтверждают диагноз угрожающего выкидыша.

3. Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша, акушерке необходимо:

- успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности;

* госпитализировать в ЦРБ; напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку, согласиться на обследование и сохраняющую терапию.

4. Рассказать о причине выкидышей, профилактике, классификации, клинике, диагностике, методах сохраняющей терапии, перечислить лекарственные средства, указать дозировки, побочные действия.

5. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмами действия

Билет 29

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

23-летняя женщина встала в ЖК на учет по беременности в 10 недель. В прошлом у неё был 1 искусственный аборт без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений. Прошла обследования по назначенной врачом-акушером схеме. Явилась в ЖК на прием в 13 недель. Прием ведет акушерка. Жалоб нет. Все анализы в норме. Группа крови I(0), резус-фактор отрицательный. Раньше обследования на группу и резус не проводились.

Задания:

6. Выделите проблемы беременной, их причины.

7. План по контролю над создавшимися проблемами.

8. Составьте алгоритм обследования беременной на рядовом приеме в 1-й половине беременности.

9. Рассказать о резус-конflikте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.

10. Манипуляция “Взятие крови и определение резус-фактора”.

Эталон ответа:

6. Потенциальная проблема: возникновение резус-конflikта, если у отца ребенка кровь резус-положительная. Риск повышен в связи с абортom в прошлом. Ошибочным было не определить у женщины во время предыдущей беременности резус-фактор и не предложить отказаться от аборта для снижения риска резус-конflikта. Не проведена иммунизация. Учитывая наличие аборта в анамнезе следует отнести беременную к группе риска и по невынашиванию, но в настоящий момент жалоб нет

7. Акушерка должна объяснить женщине ситуацию, в то же время, чтобы не очень её волновать, прежде всего надо обследовать мужа (отца ребенка). В случае, если у него та же группа и резус – опасности нет. В противном случае проводить контроль антител ежемесячно. При выявлении антител – госпитализация. Проводить профилактические курсы (по методике, предложенной в данной ЖК), возможна профилактическая госпитализация.

8. Беременная должна наблюдаться врачом. Выявление жалоб, проблем, контроль веса, АД, пульса, пальпация живота, измерение высоты стояния дна матки, окружности живота, контроль тонуса и болезненности матки, выяснение характера выделений, отеков, особенностей физиологических отпавлений, рекомендации. Назначение явки через 2 недели. Анализ мочи к каждой явке.

9. Рассказать о причинах резус-конflikта, методах профилактики, диагностики, лечения.

5. Выполнение манипуляции.

Билет 30

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

Первобеременная в 16 недель пришла на очередной прием в ЖК, чувствует себя хорошо, все анализы, за исключением общего анализа крови, в норме. По данным УЗИ, патологических отклонений нет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 ударов в минуту, матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком, выделения слизистые скудные. В анализе крови лейкоцитов 7 тыс., СОЭ 18 мм/час, гемоглобин 102 г/л. Беременная не работает, материально хорошо обеспечена, бытовые условия хорошие. Категорически против стационарного наблюдения до родов.

Задания:

6. Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.

7. Дать рекомендации для данной беременной.

8. Рассказать о причинах анемии беременных, методах диагностики, профилактики и лечения.

9. Перечислить возможные лекарственные назначения в связи с данным случаем и выписать рецепты.

10. Манипуляция “Определение гемоглобина крови”.

Эталон ответа:

6. Настоящая проблема: снижение гемоглобина.

Для беременных это можно считать умеренной анемией, остальные показатели допустимы во время беременности. Потенциальной проблемой может стать более выраженная анемия, гипоксия плода, повышенная кровопотеря в родах и т.д. Женщина – против госпитализации.

7. Необходимо назначить клинический анализ крови для выявления более глубоких изменений, возможно, что анемия является следствием гемодилюции. Дать рекомендации по диете, назначить гемостимулирующие средства. Так как беременная против госпитализации, пока, учитывая хорошие домашние условия и умеренный характер анемии, можно проводить наблюдение и лечение в домашних условиях, воспользоваться возможностью дневного стационара. В случае ухудшения может понадобиться госпитализация.

8. Рассказать о причинах анемии у беременных. Главные – это дефицит железа и белковой пищи, большая потребность в железе у матери и плода.

Белковая диета - перечислить продукты. Продукты с повышенным содержанием железа - перечислить. Дать рекомендации по приготовлению и приему пищи. Методы обследования.

9. Примерный вариант: ферроплекс, сорбифер дурулес, фенюльс, фолиевая кислота для приема внутрь, при необходимости, для парентерального применения феррум-лек, витамин В12. Убедить женщину в безопасности для плода при применении этих средств.

10. Выполнение манипуляции.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Задача №1

Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период

обострения, через несколько дней должен был лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту и был черный, как деготь, стул — такого состояния раньше никогда не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз, они перестали беспокоить. При осмотре: некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд. в 1 мин, наполнение снижено, АД 100/60 мм.рт.ст, (обычное давление больного 140/80 мм.рт.ст.), некоторое учащение дыхания. Язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Какие дополнительные исследования следует провести. (ПК 2.4)
3. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного больного в условиях стационара. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте технику наложения пузыря со льдом на эпигастральную область на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №2

В ФАП обратилась больная 45 лет с жалобами на мучительные боли, возникающие во время дефекации и сохраняющиеся еще длительное время после нее. В кале - алая кровь. При осмотре в гинекологическом кресле после разведения ягодиц видна трещина на 6 часах, располагающаяся на переходной складке.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте технику катетеризации мочевого пузыря у женщины на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №3

Фельдшер скорой помощи осматривает женщину, кормящую мать, 25 лет, которая жалуется на боли в правой молочной железе, озноб, головную боль, повышение температуры до 39,0 С.

3 недели назад в молочной железе появились боли, железа увеличилась в объеме, поднялась температура до 39,0 С, появилась головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление грудью стало болезненным. Лечилась водочными компрессами, самостоятельно пыталась сцеживать молоко. При осмотре: в большой железе отчетливо пальпируется плотное образование, размером 6х8 см, кожа над ним синюшно-багрового цвета, образование резко болезненно, в центре его размягчение диаметром 2см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте наложение повязки на молочную железу на статисте. (ПК 2.3.)

Задача №4

Фельдшер ФАП вызван к больному 40 лет, который жалуется на боли в прямой кишке и левой ягодице, повышение температуры. Болен 3 дня с появления многократного жидкого стула, 2 дня назад появились боли в прямой кишке, левой ягодице, опухолевидное образование, повышение температуры до 38,0 С.

При осмотре перинанально слева в толще ягодицы расположено опухолевидное образование диаметром 5см, кожа над ним гиперемирована, при пальпации определяются болезненность и флюктуация. Регионарные паховые лимфатические узлы не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Подготовьте набор инструментов для перевязки гнойной раны. (ПК 2.3.)

Задача №5

Фельдшера пригласили в соседнюю квартиру к больной. Женщина жалуется на боли в правой подвздошной области, рвоты не было, но беспокоит чувство тошноты. Боли постоянного характера, иррадиации нет. Температура тела 37,5. Больной себя считает несколько часов. При осмотре: язык слегка обложен, суховат, живот в правой подвздошной области болезненный, брюшная стенка в этой области напряжена, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны и симптомы Ситковского и Образцова.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных методах исследования, необходимых для подтверждения диагноза. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в условиях стационара. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте на фантоме технику перевязки чистой раны. (ПК 2.3.)

Задача №6

Вызов фельдшера скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38,70. Многократная рвота застойным содержимым. Черты лица заострены, кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Назовите дополнительные физикальные методы обследования для уточнения диагноза и расскажите о методике их применения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику обработки операционного поля на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №7

Мужчина 42 лет почувствовал сильнейшую боль в верхнем отделе живота, которую сравнил с ударом кинжала. Боль появилась в момент физической нагрузки, рвоты не было. Много лет страдает язвенной болезнью желудка по поводу чего многократно лечился в терапевтических клиниках. Вызвана скорая медицинская помощь, приехавший фельдшер осмотрел больного. Больной бледен, покрыт холодным потом, выражение лица страдальческое, положение вынужденное - лежит на боку, ноги приведены к животу, пульс 80 уд. в мин, язык суховат, обложен слегка белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, пальпацией определяется резкое напряжение мышц, болезненность, положительный симптом Щеткина – Блюмберга.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. (ПК 2.1.)

2. Назовите дополнительные симптомы необходимые для уточнения диагноза. (ПК 2.4)
3. Составьте диагностическую и лечебную программу в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику снятия швов на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №8

В ФАП доставлена женщина 52 лет с жалобами на острую боль в правом подреберье, которая появилась на 2-ой день после празднования Нового года. Боль иррадирует в правое надплечье.

Отмечается многократная рвота, не приносящая облегчения.

При обследовании: состояние средней тяжести, склеры с иктеричным оттенком. Больная повышенного питания. Температура тела 37,60. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный. Живот умеренно вздут, правая половина отстает в акте дыхания. В правом подреберье пальпаторно определяется резкая болезненность и мышечное напряжение.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных физикальных методах обследования, о характерных для данного заболевания симптомах и методике их определения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Составьте наборы инструментов для венесекции. (ПК 2.3.)

Задача №9

Вы работаете фельдшером на базе отдыха без врача. К Вам обратился мужчина с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота тупого опоясывающего характера. Беспокоит мучительная неукротимая рвота, не приносящая облегчения. Болен около суток после обильного застолья с употреблением алкогольных напитков.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6 0С. Кожа бледная, язык обложен белым налетом. Пульс 108 ударов в минуту, АД 100 на 70 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут в верхнем отделе, болезнен при глубокой пальпации в эпигастрии, мягкий, симптом Щеткина - Блюмберга отрицателен.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления. (ПК 2.4)
3. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику введения назогастрального зонда на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №10

Фельдшер скорой помощи осматривает мужчину 60 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, неоднократную рвоту кишечным содержимым через каждые пятнадцать минут (рвота сопровождается икотой и мучительной отрыжкой), неотхождение стула и газов.

Заболел три часа назад. При обследовании: пульс 60 ударов в 1 минуту, АД 100и70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут неравномерно, увеличена больше левая половина, на глаз видна перистальтика кишечника. При пальпации живота определяется разлитая болезненность. Из анамнеза выяснено, что в течение последних двух лет больного беспокоили запоры, тенезмы, кал имел лентовидную форму, в кале обнаруживалась периодически алая кровь.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Составьте набор инструментов для трахеостомии. (ПК 2.3.)

Задача №11

Вы работаете фельдшером сельского ФАП. К Вам обратился пожилой мужчина 75 лет с жалобами на затрудненное, учащенное мочеиспускание. Моча выделяется тонкой, слабой струей, временами только каплями, ночью встает от 3 до 5 раз. Считает себя больным около 4 лет, заболевание постепенно прогрессировало. Отмечает неудовлетворенность после мочеиспускания, испытывает чувство остаточной мочи.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,9 0. Кожа чистая, обычной окраски, язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, несколько болезненный над лобком, где при перкуссии - притупление.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о необходимых физикальных методах исследования и технике их проведения. (ПК 2.4.)
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в ЛПУ. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику катетеризации мочевого пузыря у мужчин на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №12

К фельдшеру ФАП обратилась женщина 50 лет. Которая при самообследовании обнаружила в правой молочной железе опухолевый узел. При осмотре молочные железы внешне не изменены. При пальпации в правой молочной железе определяется четкое опухолевидное округлое образование диаметром 3 см., неподвижное относительно ткани молочной железы. Сосок не изменен, выделений из него нет, кожные симптомы над опухолевидным узлом не определяются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения (ПК 2.4.)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику пальпации молочной железы (ПК 2.3.)

Эталон ответов к ситуационным задачам

Эталон ответа к задаче №1

1. Диагноз: желудочное кровотечение, геморрагический шок I степени.

О таком диагнозе можно подумать, прежде всего, исходя из анамнеза- больной страдает язвенной болезнью желудка, без особых причин почувствовал слабость, головокружение, стало подташнивать, практически исчезли боли в области желудка (нейтрализация кислого желудочного содержимого) и, что весьма важно, был черный как деготь стул. Данные осмотра тоже склоняют к такому мнению: больной бледен, пульс 96 ударов в1 мин, снижено артериальное давление до 100/60 мм рт. ст. тогда как обычное давление больного 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий и незначительно болезненный в эпигастрии.

2. Больному следует провести пальцевое исследование прямой кишки

На пальце будет обнаружен черный как деготь кал. Мелена, характерна для желудочного кровотечения.

3. В условиях клиники для уточнения диагноза показано:

* ФГДС. Если содержимое желудка кровь, — кровь удаляется, желудок промывают осторожно прохладным физиологическим раствором, может быть обнаружен источник кровотечения.

* Анализ крови важен для оценки состояния и для сравнения с последующими показателями. Если нет угрожающего кровотечения, то показано консервативное лечение: строгий постельный режим, внутривенное введение крови, плазмы, полиглобулина, реополиглобина и других кровезаменителей. Введение эпсилон — аминокaproновой кислоты, раствора дицинона, хлористого кальция, желатины, фибриногена и т.д. На область желудка накладываются периодически холод. Через рот ничего не дают.

* Проводятся регулярный лабораторный контроль состава крови (Hb, эритроциты, гематокрит), наблюдение за общим состоянием, повторная ФГДС. Иногда для остановки кровотечения используют локальную гипотермию и диатермолазерную коагуляцию.

* При стабилизации состояния и тем более улучшении продолжается консервативная терапия с коррекцией вводимых средств и расширением диеты. В случае продолжающегося кровотечения, угрожающего жизни больного, показано оперативное вмешательство.

Эта операция на высоте кровотечения — мера вынужденная.

4. Практическая манипуляция - выполняется согласно алгоритму.

Эталон ответа к задаче №2

1. Диагноз: Трещина прямой кишки.

Диагноз поставлен на основании очень характерных жалоб больной, наличия крови алого цвета в кале, а также осмотр ануса позволил увидеть дистальный отрезок трещины.

1. Из дополнительных методов диагностики показано ректальное пальцевое исследование.

Можно произвести его в гинекологическом кресле. Для этого фельдшер надевает перчатку, указательный палец обильно смазывает вазелином и на высоте вдоха больной, осторожно, учитывая болезненность этой процедуры при трещине прямой кишки, вводит в просвет прямой кишки. Эта процедура позволяет установить наличие резкого спазма сфинктера прямой кишки. Свежие трещины, имеющие мягкие края, при пальпации обычно обнаружить не удается. Старые трещины, имеющие омозоленные края, плотное дно, пропальпировать можно. Трещину обычно сопровождает геморрой, поэтому при увеличении геморроидальных узлов они могут быть обнаружены, кроме того, на высоте пальца исключается или подтверждается наличие опухоли в просвете прямой кишки.

Пальцевое ректальное исследование можно проводить в положении лежа на спине, с приведенными и согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, в положении на левом боку, с приведенными к животу и согнутыми ногами, в коленно-локтевом положении, с последующим переводом больного в вертикальное положение, “сидя на пальце”.

Осложнением трещин прямой кишки является пектенос заднего прохода и парапроктит.

Пектенозом обозначается возникающее на почве анальных трещин подкожное фиброзное кольцо, суживающее заднепроходный канал. Вторым осложнением анальных трещин является острый парапроктит, точнее, задний прианальный абсцесс, на почве которого под основанием трещины может возникнуть подкожный прямокишечный свищ.

3. Диагностическая и лечебная программа.

Диагностическая программа:

1. В поликлинике ЦРБ хирург осматривает большую ректальным зеркалом в коленно-локтевом положении, что позволяет подтвердить диагноз трещины и исключить туберкулезную язву или рак анального канала, которые внешне напоминают каллезные “старые” трещины. Обязательным является цитологическое и гистологическое исследование стенок и дна трещины.

2. Больной показана ректороманоскопия, в результате которой возможно исследование толстой кишки на высоте до 40 см, с целью исключить сопутствующую патологию.

3. Кроме того, больная получает направление на ФГДС и колоноскопию с инструктажем о правилах подготовки к этим процедурам.

Лечебная программа:

Свежие, недавно возникшие трещины подлежат консервативному лечению, напротив, хронические трещины необходимо оперировать. В поликлинике рекомендуется следующая терапия.

1. Утром производится очистительная клизма. Два раза в день назначаются теплые сидячие ванны (35-360 С) продолжительностью 15-20мин - утром после дефекации и вечером перед сном. Тотчас после ванны больной должен вставить себе в прямую кишку болеутоляющие свечи с новокаином, в случае кровотечения свечи содержат адреналин, красавку. Обезболивающие свечи в остром периоде заболевания следует назначить 2 раза в день — утром и вечером.

2. При резко выраженном болевом синдроме и спазме сфинктера для усиления обезболивающего эффекта рекомендуется применять, кроме свечей, смазывание анального отверстия 2-3 раза в день цинк-новокаиновой пастой.

3. Большую роль играет соблюдение постельного режима.

4. Диетой следует добиться мягкого кашицеобразного стула. Это применение овощей, обязательно свеклы, черного хлеба, чернослива, кураги, слабительных несолевых средств, можно применять по 1 столовой ложке вазелинового масла 3 раза в день.

Подобное лечение “свежих” анальных трещин продолжается 4 недели и обычно бывает эффективным.

В случае безрезультатности консервативного лечения или “старых” каллезных трещин показано хирургическое лечение:

1. После проведения пресакральной блокады проводят девальсию — насильственное растяжение сфинктера с целью вызвать его парез и тем самым обеспечить покой для заживления трещины. Кроме того, рекомендуют при проведении этой процедуры растягивать сфинктер с таким усилием, чтобы надорвать слизистую дна трещины, что ускоряет грануляцию и эпителизацию её.

2. Хороший эффект наблюдается после введения под трещину смеси Шнее (совкаин, фенол, спирт, миндальное масло). Обезболивание достигается на срок до 30 дней. Трещина заживает за это время.

3. При застарелых трещинах их иссекают и накладывают швы на слизистую оболочку. АН. Рыжих предлагает операцию дополнять дозированной сфинктеротомией.

В послеоперационный период показаны:

1. Покой с приподнятым положением ягодиц, расположенных на подушках.

2. Бесшлаковая диета: чай, кисель, сухари, бульон в течение 5 суток.

3. Для задержки стула применяют в течение 5 дней по 8 капель опия 2-3 раза в день.

4. На 6 сутки назначают масляные слабительные: вазелиновое, касторовое масло.

5. После дефекации больному назначают сидячие теплые ванны с перманганатом калия.

6. Дома после выписки больной:

а) пользуется ректальными свечами, чередует через день масляные микроклизмы (подсолнечное масло с витамином А и рыбьем жиром) и ромашковые (настой ромашки: 1 столовая ложка рубленой ромашки на 1 стакан “крутого кипятка”),

б) диета должна содержать овощные блюда,

в) сидеть можно через 14 дней после операции: до этого только ходить или лежать,

г) исключен подъем тяжестей больше 5 кг в течение 3х месяцев. В случае “сидячей” работы необходим комплекс физических упражнений, предупреждающий избыточное кровенаполнение органов малого таза.

4. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Эталон ответа к задаче №3

1. Диагноз. Острый лактационный мастит справа в стадии абсцедирования.

Диагноз поставлен на основании жалоб больной, анамнеза заболевания, а также осмотра, при котором обнаружено плотное образование, кожа над ним синюшно-багрового цвета, в центре размягчение. Общие признаки: повышение температуры, головная боль, разбитость, озноб указывают также на воспалительный характер заболевания.

2. Из дополнительных методов дообследования

Показана пальпация здоровой молочной железы.

3. Диагностическая программа в стационаре

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови.
2. Пальпация молочных желез и периферических лимфатических узлов.
3. Рентгенография легких и УЗИ печени производятся с целью определения возможных метастатических гнойных очагов, учитывая давность заболевания.
4. Осмотр анестезиолога.

Лечебная программа.

1. Больной показана экстренная операция: вскрытие и дренирование абсцесса.
 2. Проходит она под общим обезболиванием (внутривенный наркоз сомбревином или гексиалом с ГОМКом), предварительно за 30–40 минут производится обязательно премедикация.
 3. В операционной начинают инфузионную терапию препаратами гемодинамического (полиглюкин, реополиглюкин) и дезинтоксикационного действия (гемодез), регуляторами водно-солевого обмена (дисоль, трисоль, физиологический раствор), 5% раствором глюкозы.
 4. В послеоперационный период инфузионную терапию надлежит продолжить при выраженной интоксикации.
 5. Стол общий с увеличенным объемом жидкости, витаминов.
 6. Антибиотикотерапия по схеме ЦАМ (кефзол, гентамицин, метронидазол).
 7. Ежедневные перевязки по правилам лечения гнойных ран в зависимости от фазы течения гнойного процесса.
 8. К здоровой молочной железе ребенка прикладывать для кормления весь период лечения, к больной – после прекращения гноетечения из раны или из соска, если оно было, а до этого- производят сцеживание молока 3 раза в день.
 9. Показана также ретромаммарная новокаиновая блокада 0,25% р-ром 100-150 мл с добавлением трипсина 1 раз в 3 дня.
 10. Во время лечения больная пользуется хлопчатобумажными лифчиками на коротких бретельках, фиксирующих и поднимающих молочные железы.
 11. Большая выписывается с рекомендациями правильного ухода за молочными железами во время кормления: соблюдения гигиены, правил кормления, обязательного сцеживания молока после каждого кормления, смазывания трещин соска 1% раствором метиленового синего. После кормления к соскам прикладывают салфетки, смоченные вазелиновым маслом.
4. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Эталон ответа к задаче №4

1. Диагноз. Острый подкожный парапроктит слева.

Диагноз поставлен на основании типичных жалоб больного на боли в области прямой кишки, ягодицы, повышение температуры, а также объективного исследования, выявившего: опухолевидное образование левой ягодицы, гиперемии кожи над ним, болезненность, флюктуацию.

2. Из дополнительных методов диагностики.

Показано пальцевое ректальное исследование. Фельдшер надевает перчатку, указательный палец обильно смазывает вазелином и на высоте вдоха больному, осторожно, учитывая болезненность этой процедуры при парапроктите, вводит в прямую кишку. Возможно обнаружение увеличенных геморроидальных узлов, трещины, рака прямой кишки.

3. Диагностическая программа в стационаре:

1. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи.
2. Рентгенография (либо рентгеноскопия) легких.
3. Объективное физикальное исследование систем организма: аускультация, перкуссия легких, аускультация сердца, пальпация органов брюшной полости, измерение температуры тела.
4. Ректороманоскопия. Подготовка к ректороманоскопии в данном случае несколько отлична от общепринятой, т.к. ситуация экстренная. Больному производят две очистительные клизмы с рекомендацией длительного пребывания на карточках после второй клизмы для полного отхождения клизменных вод. Ректороманоскопия проводится в положении на левом боку с приведенными к животу и согнутыми в коленных суставах ногами или в коленно-локтевом положении. Это исследование позволяет обнаружить трещину, геморрой, полипы, рак на высоте 40 см от ануса.
5. Обязательно больной осматривается анестезиологом.

Лечебная программа:

Данному больному показано оперативное лечение — вскрытие парапроктита. Методом выбора анестезиологического пособия является внутривенный наркоз (сомбревин, гексенал,

ГОМК). Разрез делают полулунным, радиально от ануса, опорожняется гнойник, производят ревизию раны пальцем, рассекают перемычки. Рана дренируется тампоном, обильно пропитанным мазью Вишневского (это особенность ведения гнойных ран в проктологии).

Обязательно производят девиацию сфинктера с последующим введением в просвет кишки тампона, пропитанного мазью Вишневского, и тонкой трубки для отведения газов. Введение в просвет кишки мазевого тампона решает две задачи: во-первых, прикрывают внутреннее отверстие абсцесса, во-вторых, благодаря лечебному действию бальзамической мази, способствует скорейшему заживлению этого отверстия.

Ведение послеоперационного периода:

1. Постельный режим с приподнятым тазовым концом.
2. Бесшлаковая диета (кисель, бульон).
3. Настойка опия на 5 суток по 5 капель 3 раза в день.
4. Перевязки.

Первая перевязка — смена мазевых тампонов в ране и просвете прямой кишки — производится через 3 суток после общей ванны (350 С). Вторая такая же перевязка — еще через 2 дня. В дальнейшем следуют ежедневные перевязки и общие ванны (после дефекации).

4. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Эталон ответа к задаче №5

1. Диагноз: острый аппендицит.

Такое предположение базируется на данных обследования живота — в правой подвздошной области определяется болезненность, напряжение мышц, раздражение брюшины, боль справа усиливается в положении на левом боку (симптом Ситковского), при пальпации правой подвздошной области боль усиливается, когда больная удерживает вытянутую правую ногу в приподнятом положении, то есть когда напряжена пояснично-подвздошная мышца и воспаленный отросток прижимается рукой к напряженной мышце (симптом Образцова).

2. Дополнительные методы исследования.

В сомнительных случаях проверить наличие или отсутствие других симптомов — Воскресенского, Ровзинга, Бартомье- Михельсона, Раздольского.

Симптом Воскресенского (симптом рубашки) — определяют наличие зоны болезненности при проведении рукой сверху вниз вдоль брюшной стенки справа через рубашку.

Симптом Ровзинга — пережимают сигму и производят легкий толчок в направлении к селезеночному углу — усиливается боль справа. Симптом Бартомье — Михельсона при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку боль усиливается.

Симптом Раздольского — болезненность при перкуссии над очагом воспаления.

4. Диагностическая и лечебная программа.

В клинике производят общий анализ крови и мочи. Больная должна быть осмотрена вагинально для исключения патологии женской половой сферы. Если есть сомнения в диагнозе, то следует провести дополнительные исследования, например, лапароскопию, которая позволяет осмотреть почти все органы брюшной полости, оценить состояние париетальной и висцеральной брюшины, выявить наличие или отсутствие экссудата.

Лечение больной с острым аппендицитом только оперативное (исключение составляет случай с плотным аппендикулярным инфильтратом, который стараются разрешить консервативно).

Оперируют взрослых по поводу острого аппендицита чаще под местной анестезией. Подготовка к операции — вводят раствор промедола, бреют

операционное поле, больная должна помочиться. Операция - аппендэктомия. В зависимости от наличия или отсутствия экссудата, его характера и количества, характера изменения брюшины решается вопрос о показаниях к дренированию брюшной полости и виду дренирования. Медикаментозные назначения тоже зависят от характера воспалительного процесса и общего состояния больного (антибиотики, сердечные, инфузионная терапия и т.д.) В послеоперационном периоде важно проводить профилактику пареза кишечника, пневмонии, пролежней, тромбообразований. Если какое-то из осложнений развивается, следует своевременно начать лечение, чтобы предотвратить прогрессирование процесса.

4. Практическая манипуляция - выполняется согласно алгоритму.

Эталон ответа к задаче №6

1. Диагноз: Острый разлитой перитонит аппендикулярной этиологии.

Ставится на основании:

а) анамнеза и жалоб на боли по всему животу, которые вначале локализовались в правый подвздошной области (аппендикулярный перитонит), длительность заболевания – третьи сутки, соответствует токсическому периоду заболевания;

б) объективного исследования:

- местные симптомы: боли в животе, как самостоятельные, так и пальпаторные, напряжение мышц всей передней брюшной стенки, вздутие живота, отсутствие участия живота в акте дыхания;

- общие симптомы: выраженные симптомы интоксикации и обезвоживания: многократная рвота, гипертермия, тахикардия, симптом ножниц, бледность кожи, сухость слизистых, заостренность черт лица, обложенность языка приводят к тяжелому общему состоянию пациента.

Рвота и вздутие живота свидетельствуют о развитии пареза кишечника.

2. Дополнительные физикальные методы обследования

Для подтверждения диагноза необходимо выявить достоверные для перитонита симптомы раздражения брюшины.

Симптом Щеткина-Блюмберга – резкая болезненность при пальпации, усиливающаяся при внезапном отнятии руки от брюшной стенки.

Симптом Воскресенского (рубашки) – резкое усиление болей в конце движения руки исследователя, быстро скользящей по натянутой рубашке, от мечевидного отростка к левой, а затем правой подвздошной области.

Симптом Раздольского – резкое усиление болей со стороны передней брюшной стенки при легкой перкуссии ее кончиками согнутых пальцев кисти.

3. Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят общеклиническое обследование пациента, клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, определение группы крови и Rh-фактора, т.к. перитонит опасен развитием полиорганной недостаточности и необходима своевременная коррекция показателей гомеостаза.

При сомнительной клинике имеют диагностическое значение УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография живота, лапароскопия.

После уточнения диагноза проводят предоперационную подготовку. Целью предоперационной подготовки является стабилизация гемодинамики, функции дыхания, температуры тела. Для этого катетеризируют центральную вену и проводят интенсивную инфузионную терапию препаратами плазмозамещающего, дезинтоксикационного действия, регулирующими водно-электролитный баланс, сердечную деятельность и функцию дыхания.

Применяют также анальгетики, антипиретики, массивные дозы антибиотиков.

Продолжают аспирацию желудочного содержимого через зонд.

Вводят газоотводную трубку в прямую кишку, для декомпрессии кишечника, постоянный катетер в мочевого пузыря для контроля почасового диуреза.

После предоперационной подготовки, которая может продолжаться 3-4 часа до стабилизации состояния, выполняется операция – срединная лапаротомия, удаление источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости под интубационным наркозом.

После операции пациента переводят в отделение реанимации. В послеоперационном периоде продолжают антибактериальную терапию, прежде всего антибиотиками широкого спектра действия, т.к. среди возбудителей перитонита преобладает ассоциативная флора (комбинация кишечной палочки и гноеродных форм стафилококков).

Проводят коррекцию метаболических нарушений, т.к. страдают все виды обмена, а естественное питание в первые дни лечения исключено.

Потери белка компенсируют введением нативной и свежемороженой плазмы, цельнобелковых и аминокислотных кровезаменителей.

Минеральные потери компенсируют регуляторами водно-электролитного баланса; энергообмен – концентрированными растворами глюкозы, реже жировыми эмульсиями; КЩС – введением раствора бикарбоната натрия.

Назначают адекватное обезболивание, включающее наркотические анальгетики.

Применяют бронхолитики, сердечно-сосудистые, десенсибилизирующие средства, пассивную иммунизацию (антистафилококковой плазмой, гамма-глобулином), витаминотерапию.

Ингибиторы протеаз, антикоагулянты, кортикостероиды – средства нормализующие микроциркуляцию применяются под контролем соответствующих показателей.

Широко применяют методы экстракорпоральной детоксикации. Особое внимание уделяют восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (декомпрессия, активная аспирация, коррекция электролитного баланса, применение антихолинэргических препаратов, электростимуляция, различные блокады, по возможности ранее энтеральное питание).

Местное лечение ран проводят в условиях тщательного соблюдения асептики. Решающее значение наряду с комплексным лечением имеет полноценный уход за пациентом.

4. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

Эталон ответа к задаче №7

1. Диагноз. Перфоративная язва желудка.

Можно предположительно поставить диагноз на основании, прежде всего жалоб больного: в момент физической нагрузки больной почувствовал сильнейшие боли в верхнем отделе живота, которые можно сравнить с ударом кинжала.

Положение больного на боку с приведенными к животу ногами тоже характерно для перфорации.

В пользу предполагаемого диагноза говорят и результаты исследования живота — в акте дыхания передняя брюшная стенка не участвует, пальпация резко болезненна, мышцы брюшного пресса напряжены, положительный симптом Щеткина - Блюмберга.

2. Дополнительные симптомы

Дополнительно можно проверить симптом сглаженности или отсутствия печеночной тупости, который объясняется поступлением воздуха в брюшную полость через перфоративное отверстие стенки желудка.

Этот симптом определяется практически всегда при перфорации язвы желудка. В отлогих местах можно определить притупление перкуторного звука за счет поступления в брюшную полость жидкого желудочного содержимого. Пальцевое ректальное и вагинальное исследования могут выявить болезненность тазовой брюшины.

3. Диагностическая и лечебная программа в стационаре.

Выполняют анализы крови и мочи (изменения зависят от сроков заболевания).

При неясной клинической картине проводят дополнительные исследования:

1) обзорную Ro-графию с целью обнаружения “серпа просветления” над печенью;

2) лапароскопию.

Лечение оперативное.

Операция проводится под интубационным наркозом.

Объем операции зависит от времени с момента перфорации, общего состояния больного, квалификации хирурга, особенностей язвенного анамнеза, характера язвы и т.д.

Премедикация (её объем) зависит от состояния пациента.

4. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритма.

Эталон ответа к задаче №8

1. Диагноз: Острый холецистит.

Ставится на основании:

- а) жалоб на острую боль в правом подреберье;
- б) данных анамнеза: погрешность в диете, а возможно и прием алкоголя – типичные провоцирующие факторы развития холецистита;
- в) данных объективного исследования: рвота, не приносящая облегчения, самостоятельная острая боль в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, той же локализации пальпаторная резкая боль и мышечное напряжение, признаки интоксикации.

2. Дополнительные физикальные методы обследования.

Для подтверждения диагноза существует ряд характерных симптомов.

Дополнительно следует применить перкуссию для выявления симптома Ортнера (боль при поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге), пальпацию для выявления симптома Образцова-Мерфи (резкая боль при введении кистей рук в область правого подреберья на высоте вдоха), симптома Мюсси (болезненность в точке диафрагманального нерва – между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Положительный симптом Щеткина-Блюмберга (резкая боль при пальпации брюшной стенки, еще более усиливающаяся при внезапном отнятии руки от брюшной стенки) – симптом раздражения брюшины, свойственный деструктивным формам острого холецистита, при решении вопроса о выборе метода лечения склоняет хирургов, как правило, к оперативной тактике.

3. Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят общеклиническое обследование, клинические анализы крови (ускоренное СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево), мочи, биохимические исследования крови (холестерин, амилаза, сахар, общий билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза, общий белок, белковые фракции), определяют группу крови, Rh-фактор.

Возможно увеличение уровня прямого билирубина, т.к. иктеричность склер на вторые сутки заболевания предполагает частичный холестаза за счет отека слизистой либо наличия конкремента в общем желчном протоке.

Целесообразно УЗИ гепатобилиарной системы, позволяющее выявить наличие холелитиаза и признаков, как воспалительного, так и деструктивного процесса в желчном пузыре. ФГДС, Ro..графия брюшной полости по показаниям.

Экстренное оперативное вмешательство показано больным с картиной перитонита, при гангренозном и перфоративном холецистите. Все более широко применяется лапароскопическая холецистэктомия.

При крайне тяжелом состоянии и показаниях к операции применяют лапароскопическую холецистостомию. В современной практике также применяется чрезкожное, чрезпеченочное дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ (по показаниям).

В остальных случаях лечение начинают с консервативных мероприятий.

Консервативная терапия направлена на борьбу с инфекцией, восстановление оттока из желчного пузыря и желчных путей, снятие воспалительных явлений и интоксикации, коррекцию метаболических, электролитных и симптоматических нарушений.

С этой целью применяют антибактериальные препараты:

* антибиотики (в основном цефалоспорины) широкого спектра действия без гепатотоксического эффекта, внутривенно.

* современные сульфаниламидные препараты пролонгированного действия.

Также назначают голод, аспирацию желудочного содержимого через назогастральный зонд, новокаиновую блокаду круглой связки печени, спазмолитики (нош-па, атропин) и М-холинолитики (атропин, платифиллин), инфузионную терапию (до 3000 л) в сутки.

4. Набор составляют по алгоритму.

Эталон ответа к задаче №19

1. Диагноз: острый панкреатит.

Заключение основано на данных анамнеза:

- * выраженных болей опоясывающего тупого характера;
- * мучительной неукротимой рвоты, не приносящей облегчения.

Характерным провоцирующим фактором возникновения данного заболевания послужило обильное застолье. Употреблявшийся алкоголь является одним из токсикоаллергических причинных факторов в возникновении острого панкреатита.

Кроме того, заключение основано на данных объективного исследования — живот мягкий, болезнен при пальпации в проекции поджелудочной железы, также свидетельствует об остром панкреатите.

2. Дополнительные симптомы для уточнения диагноза:

- * симптом Мейо-Робсона — болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночному углу;
- * симптом Воскресенского - ослабление пульсации брюшной аорты, выявляемое при глубокой пальпации в проекции поджелудочной железы (на половине расстояния между мечевидным отростком и пупком по белой линии передней брюшной стенки).

3. Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят:

1. общеклиническое обследование;
2. обзорную рентгенографию органов брюшной полости, на которой выявляются обычно раздутая петля поперечно-ободочной кишки и сглаженность левой пояснично-подвздошной мышцы.
3. УЗИ поджелудочной железы и органов брюшной полости позволяет выявить изменения в структуре поджелудочной железы, забрюшинной клетчатке, а также наличие жидкости в сальниковой сумке и брюшной полости;
4. фиброгастродуоденоскопию проводят с целью исключения патологии большого дуоденального соска;
5. лабораторные методы диагностики:

* общий анализ крови (лейкоцитоз и ускоренное СОЭ),

* общий анализ мочи (обычно без изменений),

* биохимический анализ крови на амилазу, трипсин, липазу (значение этих ферментов повышено),

* анализ мочи на амилазу (диастазу) (значение этого показателя повышено при отечных формах, при деструктивных остается нормальным или понижается).

Моча в лабораторию доставляется теплой.

В связи с экстренностью ситуации специальной подготовки пациента к перечисленным методам исследования не требуется.

Лечебная программа в стационаре:

1. постельный режим, холод на эпигастральную область, диета “О”;
 2. препараты спазмолитического и анальгетического действия (атропин, баралгин, но-шпа, 0,5 % р-р новокаина в/в), с целью обезболивания и восстановления оттока из поджелудочной железы;
 3. антиферментная терапия (контрикал, гордокс, трасилол).
 4. настоящее время широко используется цитостатик- —5 фторурацил, блокирующий образование ферментов поджелудочной железы;
 5. инфузионная терапия (плазмозамещающие, дезинтоксикационные препараты, регуляторы водно-солевого обмена);
 5. антибиотикотерапия (группы цефалоспоринов и аминогликозидов) для профилактики гнойных осложнений;
 6. двусторонняя новокаиновая паранефральная блокада или блокада круглой связки печени.
4. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

Эталон ответа к задаче №10

1. Диагноз: Острая кишечная непроходимость. Рак прямой кишки?

Диагноз поставлен на основании классических симптомов заболевания: схваткообразные боли в брюшной полости, рвота, икота, неотхождение газов и стула. За рак прямой кишки свидетельствуют следующие анамнестические данные: запоры в течение двух лет, лентовидный кал, алая кровь в кале.

2. Дополнительные объективные методы исследования

Из методов дообследования показана аускультация органов брюшной полости, при которой в ранние сроки выявляется усиленная перистальтика, урчание, шум падающей капли.

В поздних стадиях заболевания перистальтика прекращается, симптом называется “гробовое молчание”.

При сотрясении передней брюшной стенки (симптом должен выявляться осторожно, возможен разрыв кишки) слышен “шум плеска”.

При перкуссии передней брюшной стенки- тимпанит с металлическим оттенком. Симптом Валя – это видимая на глаз перистальтика.

3. Диагностическая и лечебная программа.

Диагностическая программа в стационаре.

1. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.

2. Пальпация и перкуссия органов брюшной полости, выявление ранее перечисленных симптомов.

3. Пальцевое ректальное исследование, позволяющее выявить тонус сфинктера прямой кишки, который бывает, понижен при ОКН-симптом Обуховской больницы. Допустим, что на высоте пальца у нашего больного было обнаружено опухолевидное образование, циркулярное, плотное, пропускающее только кончик пальца, что подтвердило бы предположение о раке прямой кишки.

4. Обзорная рентгенография органов брюшной полости позволяет увидеть горизонтальные уровни в раздутых кишечных петлях, так называемые, чаши Клойбера. Кроме того, видим на рентгенограмме ребристость, называемую симптомом “скелета сеledки”, представляющую собой складки слизистой кишки.

5. Рентгенография легких.

6. Осмотр анестезиолога.

Лечебная программа:

1. Поскольку при пальцевом ректальном исследовании обнаружена обтурирующая опухоль, проведение консервативных мероприятий не целесообразно.

2. Показано оперативное лечение.

3. В предоперационный период проводится интенсивная инфузионная терапия: 5% р-р глюкозы, дисоль, трисоль, изотонический раствор хлорида натрия, реополиглюкин, гемодез.

4. Подготовка операционного поля, сухое бритье.

5. Премедикация за 30 минут до операции

6. Операцию проводят под многокомпонентным интубационным наркозом.

7. Операция. Срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, положение двустольной сигмостомы. Кишечное содержимое из центрального отрезка отсасывается. Перед зашиванием брюшной стенки производят анестезию брыжейки тонкой кишки новокаином, тонкая кишка интубируется по Эбботу-Миллеру.

8. В послеоперационный период продолжается инфузионная терапия (гемодез, полиглюкин, 5% р-р глюкозы, дисоль, трисоль, раствор Рингера- Локка), назначают витамины группы В и С, сердечнососудистые средства, гормональные препараты (преднизолон, гидрокортизон), переливают кровь.

9. Антибиотикотерапия и сульфаниламидные препараты применяют по схеме ЦАМ (кефзол, гентамицин, метронидазол).

10. В послеоперационный период для восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника стимулируется проведением двусторонних паранефральных блокад, введением прозерина, гипертонических клизм в проксимальный конец колостомы.

11. Уход за колостомой.

12. Кормление с третьего дня (бульон, морс, чай, соки), затем включают отварное мясо, рыбу, овощи, хлеб, кефир, яйца.

13. Профилактика пневмонии: дыхательная гимнастика, через день банки, стимуляция кашлевого рефлекса через микротрахеостому.

14. В послеоперационный период больной обследуется по органам и системам с целью выявления отдаленных метастазов:

а) рентгенография легких;

б) УЗИ печени.

В случае отсутствия метастазов через три месяца показана радикальная операция по удалению опухоли. На первом этапе показана лучевая терапия.

4. Манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Эталон ответа к задаче №11

1. Диагноз: предположительный диагноз: аденома предстательной железы.

Заключение основано на данных анамнеза (затрудненное, учащенное мочеиспускание, тонкая и слабая струя мочи, никтурия), постепенное прогрессирование заболевания, пожилой возраст пациента.

2. Физикальные методы исследования.

Данные объективного исследования: некоторая болезненность над лобком и притупление при перкуссии (наличие остаточной мочи после мочеиспускания и сопутствующего цистита) также свидетельствуют об аденоме предстательной железы.

Ректальное исследование предстательной железы, которая при аденоме значительно увеличивается, также облегчает постановку диагноза.

3. Диагностическая и лечебная программа больного с аденомой предстательной железы в ЛПУ (у врача- уролога поликлиники):

а) ректальное исследование предстательной железы;

б) УЗИ мочевого пузыря и предстательной железы с определением количества остаточной мочи, реже - цистоскопия;

в) консервативная терапия заключается в назначении на длительный срок гормональных препаратов и препаратов растительного происхождения (синестрол, депостат, простасерен, омник, кардюра, ЭДАС- 134 и т.д.);

г) радикальным методом лечения (основным) является аденомэктомия.

4. Практическая манипуляция проводится согласно алгоритму.

Эталон ответа к задаче №12

1. Диагноз. Рак правой молочной железы T2N0MX

Диагноз поставлен на основании осмотра больной: опухолевый узел диаметром 3 см соответствует распространенности T2, отсутствие пальпируемых периферических лимфатических узлов соответствует градации N0, Мх-отдаленные метастазы, о существовании которых возможно судить после обследования больной в онкодиспансере.

2. Дополнительными диагностическими приемами во время первичного осмотра являются:

1. Пальпация левой молочной железы,

2. Перкуссия легких, которая позволит выявить специфический плеврит.

3. Пальпация органов брюшной полости - метастазы в печень и яичники (если последние больших размеров), специфический асцит.. Больной выписывается направление в поликлинику онкодиспансера, куда она направляется самостоятельно.

3. Диагностическая и лечебная программа

Диагностическая программа в поликлинике онкодиспансера:

1. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.

2. Пальпация молочных желез.

3. Пальпация периферических лимфатических узлов: шейных, надключичных, подмышечных, паховых.

4. Маммография обеих молочных желез.

5. Дальнейшие методы обследования производят с целью определения отдаленных метастазов.
6. Рентгенография легких позволит выявить метастазы в легких, лимфатические узлы средостения, специфический плеврит.
7. Сканирование скелета производится с целью визуализации метастатических очагов в костях, при наличии которых в них происходит избыточное накопление радиофармпрепарата.
8. УЗИ печени, забрюшинных лимфатических узлов, яичников с целью выявления метастатических очагов в этих органах.
9. Бимануальное гинекологическое исследование надлежит производить для выявления возможных метастазов в яичниках или дугласовом пространстве. Лечебная программа:
Допустим, что отдаленные метастазы не обнаружены, тогда стадия заболевания Па T2 N0 M0, Пункционная биопсия по правилам соблюдения асептики производится в день операции в хирургическом отделении онкодиспансера.
После морфологического подтверждения диагноза большой производится операция Холстеда справа, которая является достаточной при данной распространенности.
И если менопауза у больной менее 10 лет, то в послеоперационный период показано применение в течение 2х лет тамоксифена.
4. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Критерии оценки решения практических заданий

- 5 «отлично» - комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильное проведение дифференциальной диагностики заболевания, обоснование диагноза, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;
- 4 «хорошо» - комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, не полное раскрытие междисциплинарных связей, правильное проведение дифференциальной диагностики заболевания, обоснование диагноза, правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмом действий;
- 3 «удовлетворительно» - затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; проведение дифференциальной диагностики заболевания, обоснование диагноза, выбор тактики действий, в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций;
- 2 «неудовлетворительно» - неверная оценка ситуации; неправильное выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

ТАБЛИЦА СООТВЕТСТВИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОЦЕНОЧНЫМ СРЕДСТВАМ.

Образовательные результаты	Оценочные средства
Иметь практический опыт: назначения лечения и определения тактики ведения пациента; выполнения и оценки результатов лечебных мероприятий;	Задачи №1(2),2(2),3(2),4(2),5(2),6(2),7(2),8(2),9(2),10(2),11(2),12(2),13(2),14(2),15(2),16(2),17(2),18(2),19(2),20(2),21(2),22(2),23(2),24(2) Задачи №1(3),2(4),3(4),4(3),5(3),6(3),7(3),8(3),9(3),10(3),11(1),12(1),13(1),14(1),15(1),16(1),17(1),18(1),19(3),20(3),21(1),22(1),23(1),24(1)
организации специализированного ухода за пациентами при различной патологии с учетом возраста; оказания медицинских услуг в терапии,	Задачи №2(2), 4(2),5(2),6(2),9(2),10(2),12(2), 20(2),21(2),22(2),23(2),24(2)
Уметь: проводить дифференциальную диагностику заболеваний; определять тактику ведения пациента;	Задачи №14(3),15(3),16(3),17(3),18(3),19(3),20(3),21(3),22(3),23(3),24(3) Задачи №2(1),3(1),4(1),5(1),6(1),7(1),8(1),9(1),10(1),11(1),12(1),13(1),14(1),15(1),16(1),17(1),
назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение;	Задачи №2(2),3(2),4(2),5(2),6(2),7(2),8(2),9(2),10(2),11(2),12(2),13(2),14(2),15(2),16(2),17(2),18(2),19(2),20(2),21(2),22(2),23(2),24(2)
определять показания, противопоказания к применению лекарственных средств;	Задачи №2(2),3(2),4(2),5(2),6(2),7(2),8(2),9(2),10(2),11(2),12(2),13(2),14(2),15(2),16(2),17(2),18(2),19(2),20(2),21(2),22(2),23(2),24(2)
применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп;	Задачи №2(2),3(2),4(2),5(2),6(2),7(2),8(2),9(2),10(2),11(2),12(2),13(2),14(2),15(2),16(2),17(2),18(2),19(2),20(2),21(2),22(2),23(2),24(2)
определять показания к госпитализации пациента и организовывать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение; проводить лечебно-диагностические манипуляции; проводить контроль эффективности лечения;	Задачи №2(2),3(2),4(2),5(2),6(2),7(2),8(2),9(2),10(2),11(2),12(2),13(2),14(2),15(2),16(2),17(2),18(2),19(2),20(2),21(2),22(2),23(2),24(2)
осуществлять уход за пациентами при различных заболеваниях с учетом возраста;	Задачи №2(2),3(2),4(2),5(2),6(2),7(2),8(2),9(2),10(2),11(2),12(2),13(2),14(2),15(2),16(2),17(2),18(2),19(2),20(2),21(2),22(2),23(2),24(2) Задачи №2(2),3(2),4(2),5(2),6(2),7(2),8(2),9(2),10(2),11(2),12(2),13(2),14(2),15(2),16(2),17(2),18(2),19(2),20(2),21(2),22(2),23(2),24(2) Задачи №2(2),3(2),4(2),5(2),6(2),7(2),8(2),9(2),10(2),11(2),12(2),13(2),14(2),15(2),16(2),17(2),18(2),19(2),20(2),21(2),22(2),23(2),24(2)

27.6. ПП.02.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ)

I. Лечение пациентов терапевтического профиля
ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ - ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ЗАЧЕТ
ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ - УСТНАЯ

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ЗАЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Задачи для дифференцированного зачета

Билет № 1

Больной Ф., 42 лет, учитель физвоспитания, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на головокружение, обмороки при быстрой ходьбе, одышку, перебои. Больным себя считает в течение 5 лет, когда впервые стали появляться боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, длительностью более 1 часа, перебои, периодически головокружение. Был диагностирован митральный порок сердца. Объективно: состояние удовлетворительное. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от края грудины, верхняя - во II межреберье, левая - по передней аксиллярной линии. Тоны сердца звучные, выслушивается довольно грубый систолический шум с максимумом на верхушке. ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС – 92 в 1 мин., горизонтальное положение электрической оси сердца. ЭхоКГ - систолическое движение передней створки митрального клапана вперед, утолщена межжелудочковая перегородка.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. Определите показания к госпитализации.
3. Оцените результаты обследования.

Билет № 2

Больной С., 52 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в челюсть и левую лопатку. Заболел остро 2 часа назад, когда впервые появились боли за грудиной, боли постепенно усиливались и ничем не купировались. Ранее страдал хроническим холециститом, остеохондрозом. Объективно: общее состояние больного тяжелое, больной мечется, маска ужаса на лице. Кожные покровы бледные, холодные, повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное. Сердце - тоны приглушены, левая граница на 1,5 см кнаружи от среднечлвочной линии. ЧСС - 55 ударов в 1 мин., АД 80/40 мм рт.ст. Печень не увеличена. Сделана ЭКГ - в III, II, aVF отведениях - монофазная кривая.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назначьте лечение и определите тактику ведения пациента и специализированного ухода.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите тропо-тест, и оформите результаты.

Билет № 3

На медосмотре у водителя И., 30 лет, обнаружено повышенное АД. Больного ничего не беспокоит. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. ЧСС - 72 в мин., АД - 180/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Справа от средней линии живота, выше пупка выслушивается систолический шум.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назначьте лечение и определите тактику ведения пациента. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение АД и оцените полученные результаты.

Билет № 4

Больная К., 39 лет, машинист, поступила в клинику с жалобами на появление приступов, сопровождающихся жгучими головными болями, сердцебиением, дрожью, полиурией. Подобные приступы беспокоят в течение 1,5 лет. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, заметны пилomotorные реакции (гусиная кожа). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, ЧСС - 120 в мин., АД 190/110 мм рт.ст. В крови: Нв - 120 г/л, л. – 12*10⁹/л, СОЭ - 10 мм/ч, сахар крови - 7,2 ммоль/л. Ванилилминдальная кислота в суточной моче 52,6 мкмоль/сут.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: анализ мочи на ванилилминдальную кислоту с оформлением направления.

Билет № 5

Больная П., 25 лет, разнорабочая, поступила в клинику с жалобами на боли в затылочной области. Впервые повышение АД обнаружено 3 года назад, раньше АД не измерялось. Объективно: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 80 уд. в мин., АД 160/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, почки не пальпируются. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, эр. – 4*10¹²/л, л. – 6*10⁹/л, п/я - 3%, с/я - 57%, э. - 2%, м. - 3%, л. - 35%, СОЭ - 12 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес 1012, белка нет, лейкоц. 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют. Креатинин крови 0,088 ммоль/л. Внутривенная урография - почки обычно расположены, размеры не изменены, полостная система не деформирована, отмечается запаздывание контрастирования правой почки.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: оформите направление на пробу Реберга и интерпретируйте полученные результаты.

Билет №6

Больная С., 28 лет, разнорабочая, поступила с жалобами на приступы сердцебиения, сопровождающиеся резкой слабостью, головокружением, мельканием "мушек" перед глазами, звоном в ушах, тошнотой, чувством распирания в грудной клетке, одышкой, потливостью. Приступы длятся 10-15 минут, плохо переносятся эмоционально, т.к. у больной возникает неуверенность, чувство страха. Приступ заканчивается самостоятельно, больная отмечает после этого отхождение большого количества мочи. Приступы стали беспокоить последние 3 недели, имеется тенденция к их учащению. Страдает хроническим тонзиллитом, в детстве ставился диагноз ревматического порока митрального клапана. Объективно: состояние удовлетворительное, красный румянец на щеках. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы, зев гиперемирован, миндалины выступают из-за дужек, рыхлые. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны ритмичные, ЧСС - 90 уд. в 1 мин. I тонус усилен, хлопающий, на верхушке выслушивается диастолический и короткий систолический шум. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена, отеков нет. Анализ крови: эр. - 3,8*10¹², гемоглобин - 120 г/л, лейкоц. - 9,8*10⁹, СОЭ - 18 мм/час, сахар крови - 5,3 ммоль/л, общ. белок - 68 г/л, серомукоид 0,3 ед., С-реактивный белок ++, антистрептолизин - 300 МЕ/мл. Во время осмотра развился вышеописанный приступ. На снятой ЭКГ: отсутствие зубца Р, наличие беспорядочных мелких волн f

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Оцените результаты обследования пациента..

Билет №7

Больной Н., 53 лет, инженер, придя на прием в поликлинику, почувствовал головокружение, потерял сознание и упал в коридоре, развились тонические судороги, через 1,5-2 мин. пришел в сознание. Осмотрен невропатологом и терапевтом. Из анамнеза выяснено, что наблюдается у кардиолога по поводу перенесенного 2 месяца назад инфаркта миокарда, страдает перемежающейся хромотой. Отец умер от сердечного заболевания, мать страдала эпилепсией. При осмотре кожные покровы бледные, влажные. Конечности холодные. Губы и ногтевые ложа - цианотичные. Сознание ясное, но не помнит, что произошло с ним. Границы сердца расширены влево на 2 см, тоны приглушены, ритмичные. Систолический шум на верхушке и т.Боткина. АД - 95/65 мм рт.ст., ЧСС - 48 в 1 мин., пульс слабого наполнения и напряжения с трудом определяется на периферии. В легких дыхание жесткое, единичные влажные хрипы с обеих сторон. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. На нижних конечностях трофические нарушения, пастозность в области голеностопного сустава. Неврологический статус без грубой очаговой патологии.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента, программу специализированного ухода.
3. Выполните практическую манипуляцию: интерпретируйте результаты электрокардиограммы

Билет № 8

Больная Е., 72 года, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 м и подъеме на один лестничный пролет, слабость, утомляемость, сердцебиение, боли и тяжесть в области правого подреберья, отеки голеней и стоп, плохой сон. Объективно: состояние средней тяжести. Рост 155 см, вес 102 кг. Акроцианоз, отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 18 в мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, сухие и незвучные хрипы, крепитация. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в 5 межреберье 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край 3 ребра. При аускультации сердца тоны приглушены, выслушивается акцент второго тона во 2 межреберье справа от грудины, шумы. Ритм сердца нарушен - мерцательная аритмия. ЧСС 300 в мин. АД 180/100 мм рт.ст. При пальпации печень плотная, малоболезненная, с ровной поверхностью, увеличена, выступает на 3 см из под края реберной дуги, край ее заостренный. Окружность живота 120 см - асцит. 6-минутный тест ходьбы - 150 метров. Из анамнеза известно, что около 22 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными подъемами цифр АД до 220/110 мм рт.ст. Регулярного лечения не получает. Страдает сахарным диабетом 2 типа. ОАК - лейкоциты 7,4* 10⁹/л, СОЭ 14 мм/ч., ОАМ - реакция кислая, белок 0,075 мг/сут., БАК - уровень холестерина 8,3 ммоль/л, глюкоза 7,8 ммоль/л. ЭКГ - отсутствие зубца Р, наличие беспорядочных мелких волн f, неправильный желудочковый ритм

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите подсчет пульса и ЧСС и запишите результаты в процедурный лист.

Билет № 9

Больной К., 40 лет, доставлен машиной "скорой помощи" с приступом интенсивных болей в левой половине грудной клетки, колющего, давящего характера, продолжающиеся более 30 мин., сердцебиение ("Сердце выскакивает из груди"), резкую слабость, беспокойство, одышку. Из анамнеза выяснено, что заболел несколько дней назад после стрессовой ситуации (поссорился с родственниками), когда появилась слабость, недомогание, разбитость, бессонница, ухудшилось настроение, появилось чувство тревоги, боль в области сердца, затем присоединились вышеописанные приступы. Дважды за последние сутки наблюдались аналогичные приступы, которые купировались самостоятельно. Из анамнеза жизни: наследственность не отягощена. Больной страдает радикулитом, полгода назад лечился в неврологическом отделении по поводу неврита лучевого нерва. Курит - до 1 пачки в день. Алкоголь употребляет «по праздникам», неделю назад в большом количестве - на свадьбе. Объективно: состояние средней тяжести, большой возбужден, мечется по комнате, просит срочно оказать ему помощь. Кожные покровы гиперемированы, влажные, стойкий красный дермографизм, инъекция сосудов склер, на крыльях носа телеангиоэктазии. На коже грудной клетки багрово- синюшные кровоизлияния, рубец от торокотомии ("Ножевое ранение 2 года назад"). В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 22 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, резко учащены до 140 в 1 мин., пульс слабого наполнения, дефицит пульса - 15. АД - 110/90 мм рт.ст. Живот мягкий, печень плотная, выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Отеков нет. В позе Ромберга устойчив, дрожание кистей.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите подсчет пульса и ЧСС и запишите результаты в процедурный лист.

Билет № 10

Больная С., 45 лет, доставлена в приемное отделение машиной «скорой помощи» с жалобами на выраженную одышку в покое, удушье, кашель с мокротой, боли в области сердца сжимающего характера, иррадиирующие в левую руку, лопатку, заднюю поверхность шеи. Беспокоит также головная боль, головокружение, слабость в руках, пелена перед глазами. Из анамнеза выяснено, что страдает гипертонической болезнью в течение двадцати лет, последние месяцы стала намного хуже себя чувствовать, но регулярного лечения не принимала. Неделю назад перенесла стрессовую ситуацию. Все эти дни беспокоила головная боль, тошнота, колющие боли в сердце, ночью плохо спала. Сегодня после еды возникла рвота (больная связывает это с приемом недоброкачественной пищи), появилась слабость в руках и ногах, пелена перед глазами, стало не хватать воздуха, появился кашель и сжимающая боль за грудиной. Объективно: больная избыточного веса. Лицо одутловатое, сознание ясное, сидит на кушетке, держась за область грудины рукой. Границы сердца расширены вправо и влево, тоны ритмичные, тахикардия до 100 уд. в 1 мин, АД- 250/130 мм рт.ст. Дыхание в легких жесткое, в средних и нижних отделах влажные разнокалиберные хрипы, ЧДД - 28 в 1 мин. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, болезненность в эпигастрии. Перкуторно - печень не увеличена, пастозность голеней.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите аускультацию сердца и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 11

На прием к участковому терапевту в поликлинике обратилась пациентка 68 лет с жалобами на головную боль в теменной и затылочной области, шум в голове, бессонницу. Головные боли беспокоят около 10 лет, лечилась с диагнозами: «Мигрень», "Атеросклероз сосудов головного мозга с периодическими улучшениями. Последние 2 недели боль стала более интенсивной и продолжительной, в это же время стал наблюдаться подъем АД до 180/100-170/90 мм рт.ст. (рабочее давление 130/80 или 140/80 мм рт.ст.). Объективно: состояние удовлетворительное. Больная выглядит старше своих лет. В височной области - скантоза. Границы сердца увеличены на 1 см от среднеключичной линии влево, тоны сердца ритмичные, небольшой систолический шум на верхушке и в точке Боткина, периодически выслушивается усиленный, громкий 1 тон. ЧСС 45 в минуту, АД: правая рука - 175/95, левая - 180/90 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень увеличена на 1 см, живот мягкий. На ногах трофические нарушения, пульс ослаблен на артериях стоп. ЭКГ - предсердия и желудочки возбуждаются независимо друг от друга. При учащенном сокращении предсердий в правильном ритме желудочки сокращаются в пределах 45 раз в 1 мин.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите подсчет пульса и ЧСС и запишите результаты в процедурный лист.

Билет № 12

Больной К., 42 лет, поступил в ПИТ по экстренным показаниям из кардиологического отделения в бессознательном состоянии, резким снижением АД, судорожным синдромом. Выяснено, что госпитализирован в отделение с диагнозом постгриппозный миокардит с явлениями сердечной недостаточности (одышка при небольшой физической нагрузке, отеки, увеличение печени), гипертермическим синдромом (температура до 37,7°), тахикардией. В отделении состояние стало ухудшаться, наблюдались эпизоды головокружения, резкой слабости со снижением АД, брадикардией. Один из них

закончился потерей сознания и судорогами, переводом в ПИТ. При осмотре: кожные покровы бледные, холодные. Пульс на лучевых артериях не определяется, АД 60/40 мм рт.ст. Тоны сердца резко приглушены, брадикардия. Дыхание резкое, хрипов нет, зрачки узкие, реагируют на свет. ЭКГ - отмечаются преходящие, неспецифические изменения сегмента S-T и зубца T, нарушения ритма (блокады сердца), снижение вольтажа.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите электрокардиографию.

Билет № 13

Больной М., 44 лет, рабочий, поступил в приемное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 37,8°C, кашель со слизисто-гноной мокротой, слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки. Больным себя считает в течение 2-х дней, когда появился кашель, повышение температуры тела и одышка, последняя нарастает. При объективном обследовании: состояние больного тяжелое, положение вынужденное, кожные покровы повышенной влажности. При пальпации отмечается болезненность правой половины грудной клетки, голосовое дрожание и бронхофония резко ослаблены в задненижних отделах справа. При перкуссии выявляется тупость справа, начиная от угла лопатки и ниже. Дыхание слева везикулярное, справа - от угла лопатки резко ослаблено, ниже VIII ребра дыхание не выслушивается. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца учащены, ритмичны, ЧСС 102 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. При дополнительном обследовании: анализ крови: эр - 4,2*10¹², лейкоц. - 10,5*10⁹, п/я - 6%, э - 1%, с/я - 60%, м - 3%, лимф. - 30%, СОЭ - 18 мм/час. На рентгенограмме грудной клетки: слева патологии нет, справа - в нижнем и среднем легочных полях определяется интенсивное гомогенное затемнение до уровня III ребра, тень средостения смещена влево.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите сравнительную перкуссии легких и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 14

Больная Б., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. Из анамнеза известно, что в возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации над легкими - жесткое дыхание, в нижних отделах выслушивается влажные крупно и мелкопузырчатые хрипы, крепитация. При пальпации грудной клетки верхушечный толчок определяется в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье, верхняя - верхний край III ребра. Ритм сердечных сокращений неправильный, мерцательная аритмия с дефицитом пульса, ЧСС - 103 в мин. АД 110/65 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 13x12x10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный. Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - 6,81x10⁹/л, эритроциты - 4,0x10¹²/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 67%, лимфоциты - 21%, моноциты - 5%, СОЭ - 12 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1010, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию верхушечного толчка сердца и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 15

Больной О., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натошак, нередко ночью, боли проходят быстро после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза: больной много курит, злоупотребляет алкоголем. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развитая удовлетворительно. Со стороны легких и сердечнососудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию живота и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 16

Больной А., 26 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. Поле этого остались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение связывает с переохлаждением. Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Выполните задания: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента. 3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию почек и запишите результаты в историю болезни. Билет № 17 Больная Н., 32 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы. Объективно: температура 38°C, общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное, тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС - 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне межреберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию анализа мочи по Нечипоренко.

Билет № 18

Больная К., 18 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около 2-х месяцев. Объективно: температура 36,6°C, общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развитая недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС 72 в мин., АД 110/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию анализа крови на сахар.

Билет № 19

Больная С., 42 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц. Объективно: температура 37,2°C, общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы ГрEFE и

Мебиуса. Имеется диффузное увеличение железы (симптом толстой шеи), подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 уд/мин., АД 160/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию щитовидной железы и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 20

Больная В., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-й день. Объективно: температура 39,4°C. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии слева над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены, пульс 110 уд/мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите аускультацию легких и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 21

К фельдшеру медпункта доставлен пациент 62 лет. Состоит на диспансерном учете с диагнозом «ишемическая болезнь сердца». Жалобы на интенсивные боли за грудиной сжимающего характера с иррадиацией в левую лопатку. В начале приступа дважды принимал сублингвально нитроглицерин. Эффекта не отмечает. Продолжительность приступа 40 минут. Цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек без особенностей. Выслушивается ослабленный I тон над верхушкой сердца. Пульс – 60 уд/мин., АД – 160/90 мм рт.ст. На ЭКГ – смещение сегмента ST выше изолинии в грудных отведениях, высокий зубец T.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите интерпретацию электрокардиограммы.

Билет № 22

Женщина 45 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Больна в течение 2-х лет. Объективно: температура 35,4°C, общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, анимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 130/70 мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий безболезненный.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию щитовидной железы и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 23

Больная В., 35 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Больна несколько лет. Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень и селезенка не пальпируются.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите пальпацию живота и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 24

Больной К., 28 лет, шахтер, придя с работы, внезапно почувствовал озноб, затем повышение температуры до 39°C, общую слабость, головную боль, боль в правом подреберье на высоте вдоха и сухой кашель. Аспирин, малиновый чай не принесли облегчения. К утру появилась скудная слизистая мокрота ржавого цвета. При осмотре: блеск глаз, цианоз губ и носогубного треугольника. На верхней губе рта - герпес. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно справа, ниже угла лопатки легочный звук притуплен, на остальном протяжении - легочный. Дыхание в зоне притупления жесткое, а голосовое дрожание - усиленное. На высоте вдоха справа над SIX.X - выслушивается крепитация, по аксиллярным линиям - шум трения плевры. ЧДД 42 в мин., Тоны сердца звучные. АД 100/50 мм рт.ст. ЧСС 120 в мин. Язык сухой и покрыт серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: Нв 150 г/л, эр. 5,5*10¹²/л, ц.п. 0,9, лейкоц. 25,2*10⁹/л, э - 4%, п/я - 12%, с/я - 52%, л - 24%, м - 8%, СОЭ - 47 мм/час. Анализ мочи: уд. вес 1028, белки 0,033%, микроскопия осадка: в поле зрения лейкоц. 2-4, эр. 0-1, гиалиновые цилиндры 0-1. На рентгенограмме органов грудной клетки в день поступления: обнаружено гомогенное интенсивное прозрачности в области нижней доли правого легкого. Правый корень расширен. Правый купол диафрагмы ограничен в подвижности. Левое легкое и его корень без патологических изменений. Пульсация сердца учащена, границы его не изменены.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите определение экскурсии края легкого и запишите результаты в историю болезни.

Билет № 25

Больной П., 41 год, учитель, предъявляет жалобы на кашель с трудно отделяемой мокротой слизистого характера, одышку при умеренной физической нагрузке, слабость, повышение температуры тела до 37,5°C. Больной курит на протяжении 30 лет. Заболеванием легких страдает около 20 лет, постоянно беспокоил кашель, особенно по утрам. Последнее обострение в течение недели. При осмотре: грудная клетка несколько расширена в переднезаднем размере, перкуторный звук с коробочным оттенком. Подвижность н/легочного края по лопаточной линии равняется 4 см с обеих сторон. Дыхание везикулярное с обеих сторон сухие рассеянные хрипы. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 84 уд/мин. АД - 120/80 мм рт.ст. Печень не пальпируется, периферических отеков нет. Результаты функционального исследования: спирография: ОФВ1/ФЖЕЛ - 60%. Пневмотахометрия: МОСВД - 4,8 л/сек, МОСВЫД - 2,8 л/сек.

Выполните задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного пациента.
3. Выполните практическую манипуляцию: проведите измерение пиковой скорости выдоха и рассчитайте индекс суточной вариабельности.

Билет № 25

Больная Е, 88 лет, поступила с жалобами на выраженную одышку в покое, слабость, сердцебиение, отеки нижних конечностей. В анамнезе – инфаркт миокарда, ОНМК (2 года назад). Объективно: состояние тяжелое, выраженный акроцианоз, возвышенное положение тела. Самостоятельно не передвигается. АД 90/60 мм рт.ст. ЧСС 113 в минуту, пульс 96 в минуту, аритмичный, дефицит пульса 17, тоны сердца глухие, выслушивается систолический шум на верхушке. ЧДД 30 в минуту, в

легких выслушиваются влажные хрипы слева до углов лопаток, справа дыхание не выслушивается по задней, латеральной поверхности. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Стопы, голени, бедра отечны, кожа над ними изменена – сухая, гиперемированна. Выполните задания:

1. Назначьте лечение и определите тактику ведения больного, составьте программу специализированного ухода.
2. Оцените результаты обследования.
3. Выполните практическую манипуляцию: оцените рентгенограмму и определите показания к плевральной пункции.

Эталоны ответов к билетам для дифференцированного зачета

ПМ.02 Лечебная деятельность

МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля

Билет № 1

1. Гипертрофическая кардиомиопатия, нарушение функции возбудимости Н-1 (подтверждается ЭхоКГ - утолщенная МЖП, систолический пролапс митральной створки). На I этапе - опрос: нарушение ритма, одышка с головокружением и обмороками в условиях физического напряжения, кардиалгии; на II этапе - обследования: кардиомегалия, грубый систолический шум с максимумом на верхушке; на III этапе - ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС – 92 в 1 мин., горизонтальное положение электрической оси сердца. и ЭхоКГ - утолщение межжелудочковой перегородки с систолическими движениями передней створки митрального клапана.
2. Суточное мониторирование для уточнения характера нарушения ритма, анализы крови, мочи, рентгенография грудной клетки. Режим лечения стационарный. Диета № 10. Анаприлин 40 мг х 3 раза в день с последующим увеличением дозы. Направление на МСЭК. Активное лечение и наблюдение (диспансерное) амбулаторно.
3. Практическая манипуляция выполняется по алгоритму.

Билет № 2

1. ИБС, инфаркт миокарда задне-диафрагмальный, рефлекторный кардиогенный шок. Ангинозный статус (I этап опроса); симптомы сосудистой недостаточности (бледность, холодные кожные покровы), брадикардия, артериальная гипотония (80/40) (на II этапе осмотра); на III этапе - ишемическое повреждение миокарда.
2. ОАК, ОАМ, коагулограмма, КФК, АСТ, тропонин, сахар крови, холестерин, триглицериды, липиды. Необходима динамика ЭКГ и ферментов. Строго постельный режим, диета № 10а, затем № 10. Купирование болей наркотическими анальгетиками, фибринолитическая терапия, антикоагулянты, симпатомиметики. В последующем реабилитация в кардиологическом отделении санатория "Ангара", активное диспансерное ведение и реабилитация больного у кардиолога в поликлинике с решением экспертных вопросов о степени стойкой утраты трудоспособности (МСЭК).
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 3

1. Вазоренальная артериальная гипертония. На I этапе симптомов заболевания не выявлено. На II этапе выявлена артериальная гипертония и систолический шум в проекции правой почечной артерии. Возраст больного и отсутствие других сердечно-сосудистых поражений позволяют исключить атеросклероз. Отсутствие признаков воспалительной активности, отсутствие поражения других сосудов ставит под сомнение аортоартериит и узелковый периартериит. Молодой возраст, бессимптомное течение, наличие систолического шума на почечной артерии нехарактерны для гипертонической болезни. Более вероятно врожденная аномалия почечной артерии.
2. Нуждается в стационарном обследовании, поэтому в настоящее время нетрудоспособен. ОАК, ОАМ, глазное дно, ЭКГ, УЗС почек с доплерографией почечных артерий (амбулаторно); ангиография сосудов почек (стационарно). Диета №10. Лозап 50 мг 1/2 т. х 2 р. с последующим увеличением дозы при необходимости. Решение вопроса о хирургическом лечении.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 4

1. Феохромоцитома, пароксизмальная форма, симптоматическая артериальная гипертония. У женщины среднего возраста прослеживаются на протяжении 1,5 лет приступы жгучих головных болей, сопровождающиеся вегетативными кризами (сердцебиение, дрожь, полиурия - на I этапе опроса). Холодный пот, бледность кожных покровов, гусиная кожа, тахикардия до 120 в мин. - на II этапе осмотра с кризовой артериальной гипертонией и на III этапе - повышенная концентрация метаболита катехоламинов в суточной моче - ванилилминдальной кислоты, небольшая гипергликемия и лейкоцитоз во время криза.
2. ОАМ, УЗС надпочечников или компьютерная томография, рентгенография черепа, глазное дно, ЭКГ, консультация эндокринолога. Госпитализация, временно нетрудоспособна. Режим постельный в период кризов, стол № 10. Празозин 1 мг по 1 т. х 3 р. в день при необходимости увеличение дозы. При подтверждении диагноза оперативное лечение.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 5

1. Артериальная гипертония вероятнее всего симптоматическая почечная гипертония (вазоренальная). На I этапе - впервые выявленная артериальная гипертония, 3 года головные боли в затылочной области, косвенно свидетельствующие о ее наличии в эти годы; на II - артериальная гипертония, на III - при отсутствии мочевого синдрома при в/в урографии запаздывание контрастирования правой почки. Скорее всего речь идет о симптоматической гипертонии, т.к. начало заболевания в молодом возрасте, АГ протекает малосимптомно, высокое диастолическое давление. Учитывая запаздывание контрастирования правой почки можно думать о вазоренальной гипертонии.
2. Анализ мочи по Нечипоренко, на бактериальное число, проба Зимницкого, УЗС почек, ЭКГ, глазное дно, доплер-эхография сосудов почек, ангиография сосудов почек. Временно нетрудоспособна, нуждается в обследовании в условиях стационара. Режим стационарный. Стол № 10, Лозап 50 мг 1/2 т. х 2 р. в день с последующим увеличением дозы при необходимости. Решение вопроса хирургической коррекции, МСЭК. Диспансерное наблюдение. Санаторно-курортное лечение в санаториях Дарасун, Пятигорск, Кисловодск.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 6

1. ХРБС, митральный порок без явного преобладания, пароксизм фибрилляции предсердий мерцательной аритмии НКо. Хронический тонзиллит, стадия неполной ремиссии. Синдромы: вегетативной дисфункции, сердцебиения, снижения мозгового кровотока, кардиалгии, полиурии, сердечных шумов, воспалительной реакции крови. Наличие хр. тонзиллита и митрального порока в анамнезе, красный румянец на щеках при внешнем осмотре, выслушивание хлопающего I тона, систоло-диастолического шума на верхушке сердца говорят о ревматическом пороке митрального клапана. Об активности процесса свидетельствуют лейкоцитоз до $9,8 \cdot 10^9$, СОЭ - 18 мм/час, серомукоид до 0,3 ед., Среактивный белок ++, антистрептолизин до 30 МЕ/мл. Пароксизмальное состояние описано типично, а наличие на ЭКГ тахиформы мерцательной аритмии подтверждает активность процесса и объясняет клиническую картину. Степень выраженности симптомов нарушения мозгового кровотока не соответствует имеющемуся Нв - 120 г/л, следовательно, диагноз анемии исключается. Наличие в период приступа мерцательной аритмии в сочетании с вегетативной дисфункцией и нарушением мозгового кровотока говорит в пользу пароксизмальной тахикардии, т.е. данных за гипоталамический синдром с диэнцефальными кризами нет.
2. Выполнение рентгенографии сердца в 3х проекциях, ЭхоКГ. Стационарный режим лечения, полупостельный. Большая, следовательно, нетрудоспособна. Лечение должно быть направлено на купирование активности ревматического процесса (нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики). После уточнения состояния клапанов сердца и ликвидации активности процесса решить вопрос о хирургическом лечении. При повторении приступов с нарушением гемодинамики головного мозга - медикаментозная терапия новокаиномидом или кордаромом, а при неэффективности - электростимуляционная терапия. Ближайший прогноз благоприятный, отдаленный - зависит от хирургического лечения.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 7

1. ИБС: ОИМ, подострый период, синдрома Морганьи-Эдамса-Стокса. Синдромы: снижения мозгового кровотока, судорожный, вегетативной дисфункции, сердечных шумов, трофических нарушений, гипотонии, брадикардии. Синдромом недокровотока по сосудам головного мозга в результате брадикардии и сниженного ударного выброса, т.е. проявлений синдрома Морганьи-Эдамса-Стокса.

2. Уточнение диагноза (ЭКГ, Р-графия грудной клетки). Назначение терапии. Хирургическое лечение - имплантация ЭКС. Прогноз заболевания зависит от своевременного лечения нарушений проводимости и дальнейшего течения ИБС. При имплантации ЭКС - брадикардия будет ликвидирована, нормализуется ударный объем, фракция изгнания, т.е. нормализуется гемодинамика.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 8

1. Гипертоническая болезнь 2 ст., 2 ст., риск 4, ИБС, мерцательная аритмия, ХСН 2Б ст., 3 ФК.

2. Рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, УЗИ (фракция выброса). Лечение: Контроль массы тела 2 раза в неделю ежедневно в одинаковых условиях, в случае прибавки 2 кг за 3 дня – немедленное обращение к врачу. Ограничение потребления поваренной соли 1,2-1,8 г сут. Ограничение приема жидкости (но не менее 750 мл). Разгрузочные диеты 1 раз в 7-10 дней. Отказ от алкоголя, курения. Борьба с ожирением. Дозированные физические тренировки (ходьба, велотренинг). Ингибиторы АПФ – каптоприл 6, 25 мг 3 раза в сутки или эналаприл 2,5 мг 2 раза в сутки с увеличением до 20 мг. БАБ – бисопролол с 1,25 мг 1 раз в сутки до 5 мг или метопролол. Диуретики – гипотиазид или фуросемид 40 мг. Гликозиды – дигоксин 0,25 мг 1 раз в сутки 5 дней в неделю, затем 2 дня перерыв. Статины – аторвастатин 10-20 мг на ночь после ужина. Антиаритмики – кордарон 200 мг 3 раза в сутки. Антикоагулянты – гепарин.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 9

1. Токсическая миокардиодистрофия. Приступы пароксизмальной мерцательной аритмии, выраженный синдром кардиалгии, НК1. Синдромы: вегетативной дисфункции, тахикардии, кардиалгии.

2. Основной причиной развития данных приступов является наличие у больного токсической (алкогольной) миокардиодистрофии, приведшей к срыву ритма в мерцательную аритмию. Госпитализация больного. Назначение дезинтоксикационной терапии (реополиглюкин, поляризующая смесь), гепатопротекторов, сердечных гликозидов по медленной схеме насыщения, снотворных. Восстановление ритма - медикаментозное или электроимпульсная терапия. Прогноз - благоприятный. В настоящее время нетрудоспособен, требуется госпитализация.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 10

1. Гипертоническая болезнь, гипертонический криз, осложненный левожелудочковой недостаточностью (отек легких). Ведущие синдромы: артериальной гипертензии, коронарный, церебральный. Респираторный синдром не укладывается в типичную клиническую картину гипертонического криза.

2. Обследование почек, глазного дна, сердца. Госпитализировать больного, купировать гипертонический криз препаратами, быстро снижающими АД (пентамин, клофелин, арфонад) с последующим назначением гипотензивной терапии в плановом порядке. Прогноз благоприятный при условии подбора адекватной терапии и проведения мероприятий по немедикаментозной терапии. В настоящее время больная нетрудоспособна.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 11

1. Распространенный атеросклероз с поражением сердца, полная поперечная блокада дистального типа. Симптоматическая артериальная гипертензия. У больного развилась полная поперечная блокада АВ узла. Повышение АД обусловлено большим ударным объемом, который возник в результате брадикардии (так называемая симптоматическая артериальная гипертензия при АВ-блокаде). Синдромы: артериальной гипертензии, головных болей, брадикардии. Имеется фоновое заболевание - атеросклероз, проявляющийся ксантомой, трофическими нарушениями на нижних конечностях, шумом в голове.

2. ЭКГ. Имплантация электрокардиостимулятора.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 12

1. Миокардит средней степени тяжести, осложнившийся полной поперечной блокадой проксимального типа. Приступы Морганьи-Эдамса-Стокса. У больного наблюдается осложнение в виде полной поперечной блокады как осложнение миокардита. На ЭКГ: отмечается разобщение синусового и желудочкового ритма, желудочковый комплекс не расширен, не деформирован. Синдром отсутствия сознания, судорожный, гипотонии, сердечной недостаточности, гипертермии. Постгриппозный миокардит осложнился грубыми нарушениями ритма в виде полной поперечной аВ-блокады с резким нарушением гемодинамики.

2. ЭКГ. Необходима срочная временная электрокардиостимуляция + лечение миокардита.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 13

1. Внебольничная пневмония в нижней доле справа (вероятно пневмококковая), осложненная экссудативным плевритом, течение средней степени тяжести. ДН II ст. Клинические симптомы на I этапе обследования: лихорадка, кашель с мокротой, одышка, тяжесть в правой половине грудной клетки. На II - ослабление голосового дрожания и бронхофонии справа, там же тупость при перкуссии, ослабление и отсутствие дыхания, тахипноэ, тахикардия; на III - умеренный лейкоцитоз, небольшой сдвиг влево лейкоцитарной формулы, ускоренная СОЭ, рентгенологически - симптом интенсивного гомогенного затемнения со смещением тени средостения в противоположную сторону от затемнения. Неспецифический воспалительный (лихорадка, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ); бронхитический (кашель со слизисто-гнойной мокротой); дыхательной недостаточности (одышка, тахипноэ, тахикардия); синдром выпота и дыхания - гидроторакса (тяжесть в правой половине грудной клетки, ослабление бронхофонии и голосового дрожания, при перкуссии - тупость, рентгенологически - интенсивное гомогенное затемнение со смещением тени средостения в здоровую сторону). Синдром выпота - гидроторакса, воспалительный синдром. Ателектаз исключается, поскольку синдром не проведения звуков над и/долей справа обусловлен выпотом в плевру, т.к. на рентгенограмме тень средостения смещена в здоровую сторону, а не больную и нет синдрома малых симптомов. При ателектазе смещение средостения обязательно в сторону патологических изменений. Необходимо решить какова причина выпота. Наличие остро развившихся бронхитического и бронхорей синдромов в сочетании с воспалительным в пользу пневмонии неспецифического характера у больного, вероятно, ранее страдавшего хроническим бронхитом (гнойная мокрота, что для острой пневмонии не характерно). Экссудативный характер бронхитического синдрома не в пользу специфического туберкулезного процесса, т.к. при последнем продуктивный характер воспаления и кашель, следовательно, сухой. Нет характерного астеновегетативного синдрома (ночных потов). Для окончательного исключения необходимы цитология и посев мокроты на ВК, уточнение эпиданамнеза.

2. Диагностическая плевральная пункция в типичном месте: справа в VIII-ОМ межреберье по лопаточной линии. Посев мокроты на флору и антибиотикограмму. Получение во время пункции выпота из плевральной полости с удельным весом более 1015, содержанием белка более 20 г/л, положительной пробой Ривальта (качественная проба на белок) свидетельствует о воспалительном характере выпота - экссудате. Рентгенография органов грудной клетки по удалении выпота (плевральной пункции). Лечение стационарное. Режим палатный, стол № 10 с ограничением соли в острый период.

Лечение: антибиотики до нормализации температуры и еще 5 дней, отхаркивающие средства, бронхолитики, витаминотерапия, ингаляции, дыхательная гимнастика и др. Кроме того, необходимы лечебные плевральные пункции 1-2 раза в неделю (или чаще, в зависимости от скорости накопления экссудата) с внутри плевральным введением преднизолона 30 мг для снятия местной гиперергической реакции и профилактики спаечного процесса. При затяжном течении процесса - преднизолон орально 15-20 мг в сутки с ежедневным снижением суточной дозы на 1/4 таблетки до полной их отмены (2-2,5 недели). Больной временно нетрудоспособен на период острого воспалительного процесса легких и плевры, в последующем будет нуждаться в трудоустройстве на 1-2 месяца. Санаторно-курортное лечение в климатических санаториях пульмонологического профиля спустя 6 месяцев после купирования острого воспалительного процесса ("Братское взморье", санаторий "Солнечный" Челябинская область, Ялта, Анапа). 3. Практическая

манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 14

1. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН 3 стадия, 4ФК
2. Дополнительные методы исследования: ЭКГ – наличия патологических зубцов Q в отведениях ЭКГ от передней стенки и блокада левой ножки пучка Гиса
- ЭхоКГ –гипертрофию стенок желудочков, локальную (регионарную, сегментарную) сократимость УЗИ – фракция выброса 6 мин. тест ходьбы Лечение: Немедикаментозное лечение: - диета №10 - ограничение соли, потребности жидкости - контроль за массой тела - запрещение употребления алкоголя, табакокурение - режим физической нагрузки Медикаментозное лечение: - ингибиторы АПФ: периндоприл 2мг./сут - В-адреноблокаторы: бисапролол - диуретики: фуросемид 40 мг., верошпирон 150 мг. - сердечные гликозиды: дигоксин 0.25 мг., строфантин - хирургическое лечение: коррекция порока
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 15

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения. Обоснование: 1) данные анамнеза: - боли в животе "поздние", "голодные", "ночные", проходят после приема молока, - склонность к запорам; - похудание на фоне сохраненного аппетита; - вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем; 2) объективные данные: - при осмотре: бледность кожи, обложенность языка; - при пальпации: резкая болезненность живота в проекции двенадцатиперстной кишки.
2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: повышенная кислотность, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование: симптом «ниши», эндоскопическое исследование. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении. Принципы лечения: Режим постельный Диета № 1, которая должна быть механически, химически и термически щадящей. Вначале назначают молоко, сливки, сливочное масло, яйца, молочные или слизистые супы из круп. Затем добавляют белые сухари, мясные и рыбные блюда (паровые котлеты) Далее разрешают черствый белый хлеб, свежую сметану, вареное мясо и рыбу, нежирные супы, картофельное пюре, каши. Исключаются продукты, повышающие секреторную функцию желудка (пряности, соусы, соленые блюда, черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты): Седативные средства: настойка валерианы, пустырника Блокаторы протонного насоса: омез, омепразол Антациды: альмагель, маалокс Спазмолитики: но-шпа Антибактериальные препараты, обладающие активностью против хеликобактериальной инфекции: амоксициллин, тетрациклин, трихопол Физиотерапия при отсутствии осложнений (парафиновые аппликации) Санаторнокурортное лечение. Прогноз для жизни благоприятный. При эффективном лечении, устранении провоцирующих факторов и отсутствии осложнений можно добиться стойкой ремиссии.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 16

1. Хронический гломерулонефрит в стадии обострения. Обоснование: 1) данные анамнеза: - слабость, одышка, головная боль, тошнота, отеки на лице. - перенесенный острый гломерулонефрит; - сохранившиеся изменения в моче, головная боль, слабость; - связь ухудшения состояния с переохлаждением; 2) объективные данные: - при осмотре: бледность кожи, одутловатость лица, отеки на ногах; - при перкуссии: расширение границ сердца влево; - при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.
2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия, биохимическое исследование крови, анализ мочи по Зимницкому. Радиоизотопное исследование почек. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения. Принципы лечения: Режим постельный. Диета № 7, ограничение поваренной соли до 6 г в сутки, а при нарастании отеков - до 4 г. Количество принимаемой жидкости соответствует суточному диурезу При появлении признаков почечной недостаточности белок ограничивают, а количество принимаемой жидкости увеличивают до 2 л в сутки. Глюкокортикостероиды и /или/ цитостатики для подавления иммунного воспаления (противопоказаны при почечной недостаточности). Нестероидные противовоспалительные препараты: ацетилсалициловая кислота, индометацин, брufen. Антикоагулянты прямого и непрямого действия; гепарин, фенилин. Антиагреганты: курантил. Диуретики. Гипотензивные препараты. Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятен, т.к. исходом заболевания является развитие хронической почечной недостаточности.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 17

1. Острый пиелонефрит. Обоснование: 1) данные анамнеза: синдром интоксикации, ноющая боль в пояснице справа, дизурические явления; связь заболевания с переохлаждением; частые циститы как предрасполагающий фактор заболевания; 2) объективные данные: при осмотре: гипертермия; при пальпации: болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки, положительный симптом Пастернацкого справа.
2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: лейкоцитурия, бактериурия, анализ мочи по Нечипоренко: увеличение количества лейкоцитов, бактериологическое исследование мочи: выявление возбудителя и определение чувствительности его к антибиотикам, ультразвуковое исследование почек. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения: Режим постельный. Диета преимущественно молочно-растительная. Показано обильное питье для естественного промывания мочевыводящих путей: отвар медвежьих ушек, молоко, минеральные воды. Антибактериальная терапия (уроантисептики): антибиотики: полусинтетические пенициллины - ампициллин, оксациллин, метициллин, цефалоспорины, пролонгированные сульфаниламиды: бактрим, бисептол. нитрофураны: фурадонин, фурагин. производные налидиксовой кислоты: неграм, невиврамон, нитроксолин. Спазмолитики и анальгетики - при болях. Физиотерапия (диатермия на область почек). Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении заболевания. . Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 18

1. Сахарный диабет, 1 тип
Обоснование: 1) данные анамнеза: полифагия, полидипсия, полиурия, похудание; молодой возраст; 2) объективные данные: сухость и шелушение кожи; недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки
2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность мочи, биохимическое исследование крови: гипергликемия, исследование гликемического и глюкозурического профиля. Осмотр глазного дна. Пациентка нуждается в срочной госпитализации для уточнения диагноза и назначения инсулинотерапии Принципы лечения: Режим палатный Диета № 9, ограничение легкоусваивающихся углеводов. При расчете диеты исходят не из истинной массы тела пациента, а из должной (соответственно его росту и возрасту). Питание должно быть дробным, чтобы исключить резкие колебания уровня глюкозы в крови (не реже 4-х раз в день) Инсулинотерапия. При подборе дозы используют инсулин короткого действия, затем часть его заменяют инсулином продолжительного действия. При назначении инсулина учитывают, что 1 ЕД. инсулина способствует усвоению 4 г глюкозы, суточная доза препарата подбирается индивидуально. Использование специальных аппаратов - "искусственная поджелудочная железа" и "искусственная в-клетка" Прогноз в отношении жизни благоприятный при компенсации сахарного диабета.
3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 19

1. Диффузный токсический зоб. Обоснование: 1) данные анамнеза: жалобы на повышенную нервную возбудимость, потливость, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание; связь заболевания со стрессовой ситуацией; 2) объективные данные: субфебрильная температура; при осмотре: кожа влажная, тремор, экзофтальм, положительные глазные симптомы, симптом «толстой шеи»; при пальпации: диффузное увеличение щитовидной железы; при аускультации: тахикардия.
2. Общий анализ крови: возможны анемия, лейкопения, биохимический анализ крови: снижение холестерина и альбуминов, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы. Принципы лечения: Режим полупостельный Диета с достаточным содержанием витаминов Тиреостатики: мерказолил, перхлорат калия В-адреноблокаторы: анаприлин Седативные препараты:

валериана, пустырник Лечение радиоактивным йодом Хирургическое лечение

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 20

1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония. Обоснование: 1) данные анамнеза: - синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, кашель со «ржавой мокротой»; - острое начало заболевания; 2) объективные данные: лихорадка, - при осмотре: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании; - при перкуссии: притупление звука над нижней долей правого легкого; - при пальпации – усиление голосового дрожания; - при аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, крепитация.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: затенение соответствующей доли легкого. Пациентка нуждается в стационарном лечении. Принципы лечения: Строгий постельный режим, наблюдение дежурного персонала. Диета № 15, обогащенная витаминами, пища полужидкая, питательная. Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, клюквенный морс, чай с малиновым вареньем, чай с лепестками липы. Антибактериальная терапия Оксигенотерапия. Отхаркивающие средства Обработка герпетических высыпаний. Дыхательная гимнастика. Массаж грудной клетки. Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 21

1. Инфаркт миокарда, ангинозная форма.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи: оценить состояние пациента для определения лечебной тактики; создать физический и психический покой для уменьшения нагрузки на сердце; дать нитроглицерин (сублингвально по 1-2 таблетки, можно повторно через 5 мин.). Нитроглицерин расширяет коронарные сосуды, уменьшает венозный возврат крови к сердцу, улучшает метаболические процессы в миокарде, уменьшает потребность миокарда в кислороде; ввести для обезболивания: - нейролептанальгетики (1-2 мл 0,005% раствора анальгетика фентанила и 2 мл 0,25% раствора нейролептика дроперидола на изотоническом растворе натрия хлорида. Можно использовать 1-2 мл таламонала; - или наркотические анальгетики (1-2 мл 1% раствора морфина, 2% раствора промедола или 2% раствора омнопона в/в + 0,5 мл 0,1% раствора атропина, 1-2 мл 1% раствора димедрола или 12 мл 2,5% раствора пипольфена для уменьшения побочных явлений наркотиков; - или в/в, в/м синтетический анальгетик фортрал 1,0 мл (30мг); - ингаляционно закиси азота с кислородом (вначале один кислород, затем закись азота + кислород в концентрации 4:1 с постепенным уменьшением концентрации закиси азота 3:1,2:1, 1:1; ввести в/в 10-15000 ЕД гепарина с целью ограничения начавшегося тромбоза, профилактики тромбоэмболических осложнений; осуществлять контроль за состоянием пациента (PS, АД, ЭКГ); госпитализировать в положении лежа в кардиологический стационар.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 22

1. Гипотиреоз. Обоснование: 1) данные анамнеза: ухудшение памяти, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, сонливость, зябкость, упорные запоры; 2) объективные данные: пониженная температура тела; при осмотре: сухость и шелушение кожи, отсутствие мимики, отечность век, языка, стоп, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки; при аускультации: приглушение сердечных тонов, брадикардия.

2. Общий анализ крови: анемия, биохимический анализ крови: увеличение холестерина, снижение уровня белка, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы, электрокардиография. Пациентка нуждается в стационарном лечении. Принципы лечения: Режим полупостельный. Диета с повышенным содержанием белков и витаминов, ограничение углеводов и жиров. Тиреоидные препараты: тиреонин, тироксин, трийодтиронин, тиреотом Прогноз при своевременном лечении благоприятный.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 23

1. Хронический холецистит в стадии обострения. Обоснование: 1) данные анамнеза: - тупые ноющие боли в правом подреберье; - связь с приемом обильной жирной пищи и жареных блюд; - ощущение горечи во рту, отрыжка, тошнота, метеоризм, неустойчивый стул; - длительность заболевания; 2) объективные данные: - субфебрильная температура; - при осмотре: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка; - при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье.

2. Общий анализ крови: небольшой лейкоцитоз, увеличение СОЭ, дуоденальное зондирование: порция В желчи мутная, увеличение количества лейкоцитов, ультразвуковое исследование желчного пузыря, рентгенологическое исследование желчного пузыря и протоков. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении. Принципы лечения: Режим полупостельный Диета № 5, исключение жирных, острых жареных блюд. Питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день) Антибактериальные препараты: антибиотики широкого спектра действия Спазмолитики: папаверин, церукал Физиотерапия: в период стихания обострения - парафиновые аппликации Желчегонные средства: аллохол, экстракт бессмертника. Прогноз в отношении жизни благоприятный, при соблюдении диетических рекомендаций и устранении провоцирующих факторов можно добиться длительной ремиссии.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Билет № 24

1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония. Обоснование: 1) данные анамнеза: - синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, - острое начало заболевания; 2) объективные данные: лихорадка, - при осмотре: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании; - при перкуссии: притупление звука над нижней долей правого легкого; - при пальпации – усиление голосового дрожания; - при аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, крепитация.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: затенение соответствующей доли легкого. Пациентка нуждается в стационарном лечении. Принципы лечения: Строгий постельный режим, наблюдение дежурного персонала. Диета № 15, обогащенная витаминами, пища полужидкая, питательная. Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, клюквенный морс, чай с малиновым вареньем, чай с лепестками липы. Антибактериальная терапия Оксигенотерапия. Отхаркивающие средства Обработка герпетических высыпаний. Дыхательная гимнастика. Массаж грудной клетки. Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля

Задача №1

Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту и был черный, как деготь, стул — такого состояния раньше никогда не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз, они перестали беспокоить. При осмотре: некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд. в 1 мин, наполнение снижено, АД 100/60 мм.рт.ст, (обычное давление больного 140/80 мм.рт.ст.), некоторое учащение дыхания. Язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Какие дополнительные исследования следует провести. (ПК 2.4)
3. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного больного в условиях стационара. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте технику наложения пузыря со льдом на эпигастральную область на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №2

В ФАП обратилась больная 45 лет с жалобами на мучительные боли, возникающие во время дефекации и сохраняющиеся еще длительное время после нее. В кале - алая кровь. При осмотре в гинекологическом кресле после разведения ягодиц видна трещина на 6 часов, располагающаяся на переходной складке.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте технику катетеризации мочевого пузыря у женщины на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №3

Фельдшер скорой помощи осматривает женщину, кормящую мать, 25 лет, которая жалуется на боли в правой молочной железе, озноб, головную боль, повышение температуры до 39,0 С.

3 недели назад в молочной железе появились боли, железа увеличилась в объеме, поднялась температура до 39,0 С, появилась головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление грудью стало болезненным. Лечилась водочными компрессами, самостоятельно пыталась сцеживать молоко. При осмотре: в больной железе отчетливо пальпируется плотное образование, размером 6х8 см, кожа над ним синюшно-багрового цвета, образование резко болезненно, в центре его размягчение диаметром 2см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте наложение повязки на молочную железу на статисте. (ПК 2.3.)

Задача №4

Фельдшер ФАП вызван к больному 40 лет, который жалуется на боли в прямой кишке и левой ягодице, повышение температуры. Болен 3 дня с появления многократного жидкого стула, 2 дня назад появились боли в прямой кишке, левой ягодице, опухолевидное образование, повышение температуры до 38,0 С.

При осмотре перианально слева в толще ягодицы расположено опухолевидное образование диаметром 5см, кожа над ним гиперемирована, при пальпации определяются болезненность и флюктуация. Регионарные паховые лимфатические узлы не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Практическая манипуляция. Подготовьте набор инструментов для перевязки гнойной раны. (ПК 2.3.)

Задача №5

Фельдшера пригласили в соседнюю квартиру к больной. Женщина жалуется на боли в правой подвздошной области, рвоты не было, но беспокоит чувство тошноты. Боли постоянного характера, иррадиации нет. Температура тела 37,5. Больной себя считает несколько часов. При осмотре: язык слегка обложен, суховат, живот в правой подвздошной области болезненный, брюшная стенка в этой области напряжена, положительны симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны и симптомы Ситковского и Образцова.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования, необходимых для подтверждения диагноза. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в условиях стационара. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте на фантоме технику перевязки чистой раны. (ПК 2.3.)

Задача №6

Вызов фельдшера скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38,7,0. Многократная рвота застойным содержимым. Черты лица заострены, кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Назовите дополнительные физикальные методы обследования для уточнения диагноза и расскажите о методике их применения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику обработки операционного поля на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №7

Мужчина 42 лет почувствовал сильнейшую боль в верхнем отделе живота, которую сравнил с ударом кинжала. Боль появилась в момент физической нагрузки, рвоты не было. Много лет страдает язвенной болезнью желудка по поводу чего многократно лечился в терапевтических клиниках. Вызвана скорая медицинская помощь, приехавший фельдшер осмотрел больного. Больной бледен, покрыт холодным потом, выражение лица страдальческое, положение вынужденное - лежит на боку, ноги приведены к животу, пульс 80 уд. в мин, язык суховат, обложен слегка белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, пальпацией определяется резкое напряжение мышц, болезненность, положительный симптом Щеткина - Блюмберга.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. (ПК 2.1.)
2. Назовите дополнительные симптомы необходимые для уточнения диагноза. (ПК 2.4)
3. Составьте диагностическую и лечебную программу в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику снятия швов на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №8

В ФАП доставлена женщина 52 лет с жалобами на острую боль в правом подреберье, которая появилась на 2-ой день после празднования Нового года.

Боль иррадирует в правое надплечье.

Отмечается многократная рвота, не приносящая облегчения.

При обследовании: состояние средней тяжести, склеры с иктеричным оттенком. Больная повышенного питания. Температура тела 37,60. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный. Живот умеренно вздут, правая половина отстает в акте дыхания. В правом подреберье пальпаторно определяется резкая болезненность и мышечное напряжение.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных физикальных методах обследования, о характерных для данного заболевания симптомах и методике их определения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Составьте наборы инструментов для венесекции. (ПК 2.3.)

Задача №9

Вы работаете фельдшером на базе отдыха без врача. К Вам обратился мужчина с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота тупого опоясывающего характера. Беспокоит мучительная неукротимая рвота, не приносящая облегчения. Болен около суток после обильного застолья с употреблением алкогольных напитков.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6 0С. Кожа бледная, язык обложен белым налетом. Пульс 108 ударов в минуту, АД 100 на 70 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут в верхнем отделе, болезнен при глубокой пальпации в эпигастрии, мягкий, симптом Щеткина - Блюмберга отрицателен.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления. (ПК 2.4)
3. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику введения назогастрального зонда на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №10

Фельдшер скорой помощи осматривает мужчину 60 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, неоднократную рвоту кишечным содержимым через каждые пятнадцать минут (рвота сопровождается икотой и мучительной отрыжкой), неотхождение стула и газов.

Заболел три часа назад. При обследовании: пульс 60 ударов в 1 минуту, АД 100и70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут неравномерно, увеличена больше левая половина, на глаз видна перистальтика кишечника. При пальпации живота определяется разлитая болезненность. Из анамнеза выяснено, что в течение последних двух лет больного беспокоили запоры, тенезмы, кал имел лентовидную форму, в кале обнаруживалась периодически алая кровь.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. (ПК 2.4)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре. (ПК 2.2.)
4. Составьте набор инструментов для трахеостомии. (ПК 2.3.)

Задача №11

Вы работаете фельдшером сельского ФАП. К Вам обратился пожилой мужчина 75 лет с жалобами на затрудненное, учащенное мочеиспускание. Моча выделяется тонкой, слабой струей, временами только каплями, ночью встает от 3 до 5 раз. Считает себя больным около 4 лет, заболевание постепенно прогрессировало. Отмечает неудовлетворенность после мочеиспускания, испытывает чувство остаточной мочи.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,9 0. Кожа чистая, обычной окраски, язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, несколько болезненный над лобком, где при перкуссии - притупление.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. (ПК 2.1.)
2. Расскажите о необходимых физикальных методах исследования и технике их проведения. (ПК 2.4.)
3. Расскажите о диагностической и лечебной программе в ЛПУ. (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику катетеризации мочевого пузыря у мужчин на фантоме. (ПК 2.3.)

Задача №12

К фельдшеру ФАП обратилась женщина 50 лет. Которая при самообследовании обнаружила в правой молочной железе опухолевый узел. При осмотре молочные железы внешне не изменены. При пальпации в правой молочной железе определяется четкое опухолевидное округлое образование диаметром 3 см., неподвижное относительно ткани молочной железы. Сосок не изменен, выделений из него нет, кожные симптомы над опухолевидным узлом не определяются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз (ПК 2.1.)
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения (ПК 2.4.)
3. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре (ПК 2.2.)
4. Продемонстрируйте технику пальпации молочной железы (ПК 2.3.)

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталон ответа к задаче №1

1. Диагноз: желудочное кровотечение, геморрагический шок I степени.

О таком диагнозе можно подумать, прежде всего, исходя из анамнеза- больной страдает язвенной болезнью желудка, без особых причин почувствовал слабость, головокружение, стало подташнивать, практически исчезли боли в области желудка (нейтрализация кислого желудочного содержимого) и, что весьма важно, был черный как деготь стул. Данные осмотра тоже склоняют к такому мнению: больной бледен, пульс 96 ударов в1 мин, снижено артериальное давление до 100/60 мм рт. ст. тогда как обычное давление больного 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий и незначительно болезненный в эпигастрии.

2. Больному следует провести пальцевое исследование прямой кишки

На пальце будет обнаружен черный как деготь кал. Мелена, характерна для желудочного кровотечения.

3. В условиях клиники для уточнения диагноза показано:

* ФГДС. Если содержимое желудка кровь, — кровь удаляется, желудок промывают осторожно прохладным физиологическим раствором, может быть обнаружен источник кровотечения.

* Анализ крови важен для оценки состояния и для сравнения с последующими показателями. Если нет угрожающего кровотечения, то показано консервативное лечение: строгий постельный режим, внутривенное введение крови, плазмы, полиглобулина, реополиглобулина и других кровезаменителей. Введение эпсилон — аминокaproновой кислоты, раствора дицинона, хлористого кальция, желатины, фибриногена и т.д. На область желудка накладывают периодический холод. Через рот ничего не дают.

* Проводятся регулярный лабораторный контроль состава крови (Hb, эритроциты, гематокрит), наблюдение за общим состоянием, повторная ФГДС.

Иногда для остановки кровотечения используют локальную гипотермию и диатермолазерную коагуляцию.

* При стабилизации состояния и тем более улучшении продолжается консервативная терапия с коррекцией вводимых средств и расширением диеты. В случае продолжающегося кровотечения, угрожающего жизни больного, показано оперативное вмешательство.

Эта операция на высоте кровотечения — мера вынужденная.

4. Практическая манипуляция - выполняется согласно алгоритму.

Эталон ответа к задаче №2

1. Диагноз: Трещина прямой кишки.

Диагноз поставлен на основании очень характерных жалоб больной, наличия крови алого цвета в кале, а также осмотр ануса позволил увидеть дистальный отрезок трещины.

1. Из дополнительных методов диагностики показано ректальное пальцевое исследование.

Можно произвести его в гинекологическом кресле. Для этого фельдшер надевает перчатку, указательный палец обильно смазывает вазелином и на высоте вдоха больной, осторожно, учитывая болезненность этой процедуры при трещине прямой кишки, вводит в просвет прямой кишки. Эта процедура позволяет установить наличие резкого спазма сфинктера прямой кишки. Свежие трещины, имеющие мягкие края, при пальпации обычно обнаружить не удается. Старые трещины, имеющие орозоленные края, плотное дно, пропальпировать можно. Трещину обычно сопровождает геморрой, поэтому при увеличении геморроидальных узлов они могут быть обнаружены, кроме того, на высоте пальца исключается или подтверждается наличие опухоли в просвете прямой кишки.

Пальцевое ректальное исследование можно проводить в положении лежа на спине, с приведенными и согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, в положении на левом боку, с приведенными к животу и согнутыми ногами, в коленно-локтевом положении, с последующим переводом больного в вертикальное положение, “сидя на пальце”.

Осложнением трещин прямой кишки является пектеноз заднего прохода и парапроктит.

Пектенозом обозначается возникающее на почве анальных трещин подкожное фиброзное кольцо, суживающее заднепроходный канал. Вторым осложнением анальных трещин является острый парапроктит, точнее, задний перианальный абсцесс, на почве которого под основанием трещины может возникнуть подкожный прямокишечный свищ.

3. Диагностическая и лечебная программа.

Диагностическая программа:

1. В поликлинике ЦРБ хирург осматривает больную ректальным зеркалом в коленно-локтевом положении, что позволяет подтвердить диагноз трещины и исключить туберкулезную язву или рак анального канала, которые внешне напоминают каллезные “старые” трещины. Обязательным является цитологическое и гистологическое исследование стенок и дна трещины.

2. Больной показана ректороманоскопия, в результате которой возможно исследование толстой кишки на высоте до 40 см, с целью исключить сопутствующую патологию.

3. Кроме того, больная получает направление на ФГДС и колоноскопию с инструктажем о правилах подготовки к этим процедурам.

Лечебная программа:

Свежие, недавно возникшие трещины подлежат консервативному лечению, напротив, хронические трещины необходимо оперировать. В поликлинике рекомендуется следующая терапия.

1. Утром производится очистительная клизма. Два раза в день назначаются теплые сидячие ванны (35-36°С) продолжительностью 15-20 мин - утром после дефекации и вечером перед сном. Тотчас после ванны больной должен вставить себе в прямую кишку болеутоляющие свечи с новокаином, в случае кровотечения свечи содержат адреналин, красавку. Обезболивающие свечи в остром периоде заболевания следует назначить 2 раза в день – утром и вечером.

2. При резко выраженном болевом синдроме и спазме сфинктера для усиления обезболивающего эффекта рекомендуется применять, кроме свечей, смазывание анального отверстия 2-3 раза в день цинк-новокаиновой пастой.

3. Большую роль играет соблюдение постельного режима.

4. Диетой следует добиться мягкого кашицеобразного стула. Это применение овощей, обязательно свеклы, черного хлеба, чернослива, кураги, слабительных несолевых средств, можно применять по 1 столовой ложке вазелинового масла 3 раза в день.

Подобное лечение “свежих” анальных трещин продолжается 4 недели и обычно бывает эффективным.

В случае безрезультатности консервативного лечения или “старых” каллезных трещин показано хирургическое лечение:

1. После проведения пресакральной блокады проводят девульсию — насильственное растяжение сфинктера с целью вызвать его парез и тем самым обеспечить покой для заживления трещины. Кроме того, рекомендуют при проведении этой процедуры растягивать сфинктер с таким усилием, чтобы надорвать слизистую дна трещины, что ускоряет грануляцию и эпителизацию её.

2. Хороший эффект наблюдается после введения под трещину смеси Шнее (совкаин, фенол, спирт, миндальное масло). Обезболивание достигается на срок до 30 дней. Трещина заживает за это время.

3. При застарелых трещинах их иссекают и накладывают швы на слизистую оболочку. АН. Рыжих предлагает операцию дополнять дозированной сфинктеротомией.

В послеоперационный период показаны:

1. Покой с приподнятым положением ягодиц, расположенных на подушках.

2. Бесшлаковая диета: чай, кисель, сухари, бульон в течение 5 суток.

3. Для задержки стула применяют в течение 5 дней по 8 капель опия 2-3 раза в день.

4. На 6 сутки назначают масляные слабительные: вазелиновое, касторовое масло.

5. После дефекации больному назначают сидячие теплые ванны с перманганатом калия.

6. Дома после выписки больной:

а) пользуется ректальными свечами, чередует через день масляные микроклизмы (подсолнечное масло с витамином А и рыбьим жиром) и ромашковые (настой ромашки: 1 столовая ложка рубленой ромашки на 1 стакан “крутого кипятка”),

б) диета должна содержать овощные блюда,

в) сидеть можно через 14 дней после операции: до этого только ходить или лежать,

г) исключен подъем тяжестей больше 5 кг в течение 3х месяцев. В случае “сидячей” работы необходим комплекс физических упражнений, предупреждающий избыточное кровенаполнение органов малого таза.

4. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритма.

Эталон ответа к задаче №3

1. Диагноз. Острый лактационный мастит справа в стадии абсцедирования.

Диагноз поставлен на основании жалоб больной, анамнеза заболевания, а также осмотра, при котором обнаружено плотное образование, кожа над ним синюшно-багрового цвета, в центре размягчение. Общие признаки: повышение температуры, головная боль, разбитость, озноб указывают также на воспалительный характер заболевания.

2. Из дополнительных методов дообследования

Показана пальпация здоровой молочной железы.

3. Диагностическая программа в стационаре

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови.

2. Пальпация молочных желез и периферических лимфатических узлов.

3. Рентгенография легких и УЗИ печени производятся с целью определения возможных метастатических гнойных очагов, учитывая давность заболевания.

4. Осмотр анестезиолога.

Лечебная программа.

1. Большой показана экстренная операция: вскрытие и дренирование абсцесса.
 2. Проходит она под общим обезболиванием (внутривенный наркотик сомбревином или гексиалом с ГОМКом), предварительно за 30–40 минут производится обязательно премедикация.
 3. В операционной начинают инфузионную терапию препаратами гемодинамического (полиглюкин, реополиглюкин) и дезинтоксикационного действия (гемодез), регуляторами водно-солевого обмена (дисоль, трисоль, физиологический раствор), 5% раствором глюкозы.
 4. В послеоперационный период инфузионную терапию надлежит продолжить при выраженной интоксикации.
 5. Стол общий с увеличенным объемом жидкости, витаминов.
 6. Антибиотикотерапия по схеме ЦАМ (кефзол, гентамицин, метронидазол).
 7. Ежедневные перевязки по правилам лечения гнойных ран в зависимости от фазы течения гнойного процесса.
 8. К здоровой молочной железе ребенка прикладывать для кормления весь период лечения, к больной – после прекращения гноетечения из раны или из соска, если оно было, а до этого- производят сцеживание молока 3 раза в день.
 9. Показана также ретромаммарная новокаиновая блокада 0,25% р-ром 100-150 мл с добавлением трипсина 1 раз в 3 дня.
 10. Во время лечения больная пользуется хлопчатобумажными лифчиками на коротких бретельках, фиксирующих и поднимающих молочные железы.
 11. Больная выписывается с рекомендациями правильного ухода за молочными железами во время кормления: соблюдения гигиены, правил кормления, обязательного сцеживания молока после каждого кормления, смазывания трещин соска 1% раствором метиленового синего. После кормления к соскам прикладывают салфетки, смоченные вазелиновым маслом.
4. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Эталон ответа к задаче №4

1. Диагноз. Острый подкожный парапроктит слева.

Диагноз поставлен на основании типичных жалоб больного на боли в области прямой кишки, ягодицы, повышение температуры, а также объективного исследования, выявившего: опухолевидное образование левой ягодицы, гиперемия кожи над ним, болезненность, флюктуацию.

2. Из дополнительных методов диагностики.

Показано пальцевое ректальное исследование. Фельдшер надевает перчатку, указательный палец обильно смазывает вазелином и на высоте вдоха больного, осторожно, учитывая болезненность этой процедуры при парапроктите, вводит в прямую кишку. Возможно обнаружение увеличенных геморроидальных узлов, трещины, рака прямой кишки.

3. Диагностическая программа в стационаре:

1. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи.
2. Рентгенография (либо рентгеноскопия) легких.
3. Объективное физикальное исследование систем организма: аускультация, перкуссия легких, аускультация сердца, пальпация органов брюшной полости, измерение температуры тела.
4. Ректороманоскопия. Подготовка к ректороманоскопии в данном случае несколько отлична от общепринятой, т.к. ситуация экстренная. Больному производят две очистительные клизмы с рекомендацией длительного пребывания на карточках после второй клизмы для полного отхождения клизменных вод. Ректороманоскопия проводится в положении на левом боку с приведенными к животу и согнутыми в коленных суставах ногами или в коленно-локтевом положении. Это исследование позволяет обнаружить трещину, геморрой, полипы, рак на высоте 40 см от ануса.
5. Обязательно больной осматривается анестезиологом.

Лечебная программа:

Данному больному показано оперативное лечение — вскрытие парапроктита. Методом выбора анестезиологического пособия является внутривенный наркотик (сомбревин, гексенал,

ГОМК). Разрез делают полукруглым, радиально от ануса, опорожняется гнойник, производят ревизию раны пальцем, рассекают перемычки. Рана дренируется тампоном, обильно пропитанным мазью Вишневского (это особенность ведения гнойных ран в проктологии).

Обязательно производят девиацию сфинктера с последующим введением в просвет кишки тампона, пропитанного мазью Вишневского, и тонкой трубки для отведения газов. Введение в просвет кишки мазевого тампона решает две задачи: во-первых, прикрывают внутреннее отверстие абсцесса, во-вторых, благодаря лечебному действию бальзамической мази, способствует скорейшему заживлению этого отверстия.

Ведение послеоперационного периода:

1. Постельный режим с приподнятым тазовым концом.
2. Бесшлаковая диета (кисель, бульон).
3. Настойка опия на 5 суток по 5 капель 3 раза в день.
4. Перевязки.

Первая перевязка — смена мазевых тампонов в ране и просвете прямой кишки — производится через 3 суток после общей ванны (350 С). Вторая такая же перевязка — еще через 2 дня. В дальнейшем следуют ежедневные перевязки и общие ванны (после дефекации).

4. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Эталон ответа к задаче №5

1. Диагноз: острый аппендицит.

Такое предположение базируется на данных обследования живота — в правой подвздошной области определяется болезненность, напряжение мышц, раздражение брюшины, боль справа усиливается в положении на левом боку (симптом Ситковского), при пальпации правой подвздошной области боль усиливается, когда больная удерживает вытянутую правую ногу в приподнятом положении, то есть когда напряжена пояснично-подвздошная мышца и воспаленный отросток прижимается рукой к напряженной мышце (симптом Образцова).

2. Дополнительные методы исследования.

В сомнительных случаях проверить наличие или отсутствие других симптомов — Воскресенского, Ровзинга, Бартомье- Михельсона, Раздольского.

Симптом Воскресенского (симптом рубашки) – определяют наличие зоны болезненности при проведении рукой сверху вниз вдоль брюшной стенки справа через рубашку.

Симптом Ровзинга – пережимают сигму и производят легкий толчок в направлении к селезеночному углу – усиливается боль справа. Симптом Бартомье – Михельсона при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку боль усиливается.

Симптом Раздольского – болезненность при перкуссии над очагом воспаления.

4. Диагностическая и лечебная программа.

В клинике производят общий анализ крови и мочи. Больная должна быть осмотрена вагинально для исключения патологии женской половой сферы.

Если есть сомнения в диагнозе, то следует провести дополнительные исследования, например, лапароскопию, которая позволяет осмотреть почти все органы брюшной полости, оценить состояние париетальной и висцеральной брюшины, выявить наличие или отсутствие экссудата.

Лечение больной с острым аппендицитом только оперативное (исключение составляет случай с плотным аппендикулярным инфильтратом, который стараются разрешить консервативно).

Оперируют взрослых по поводу острого аппендицита чаще под местной анестезией. Подготовка к операции – вводят раствор промедола, бреют операционное поле, больная должна помочиться. Операция - аппендэктомия. В зависимости от наличия или отсутствия экссудата, его характера и количества, характера изменения брюшины решается вопрос о показаниях к дренированию брюшной полости и виду дренирования. Медикаментозные назначения тоже зависят от характера воспалительного процесса и общего состояния больного (антибиотики, сердечные, инфузионная терапия и т.д.) В послеоперационном периоде важно проводить профилактику пареза кишечника, пневмонии, пролежней, тромбообразований. Если какое-то из осложнений развивается, следует своевременно начать лечение, чтобы предотвратить прогрессирование процесса.

4. Практическая манипуляция - выполняется согласно алгоритму.

Эталон ответа к задаче №6

1. Диагноз: Острый разлитой перитонит аппендикулярной этиологии.

Ставится на основании:

а) анамнеза и жалоб на боли по всему животу, которые вначале локализовались в правый подвздошной области (аппендикулярный перитонит), длительность заболевания – третьи сутки, соответствует токсическому периоду заболевания;

б) объективного исследования:

- местные симптомы: боли в животе, как самостоятельные, так и пальпаторные, напряжение мышц всей передней брюшной стенки, вздутие живота, отсутствие участия живота в акте дыхания;

- общие симптомы: выраженные симптомы интоксикации и обезвоживания: многократная рвота, гипертермия, тахикардия, симптом ножниц, бледность кожи, сухость слизистых, заостренность черт лица, обложенность языка приводят к тяжелому общему состоянию пациента.

Рвота и вздутие живота свидетельствуют о развитии пареза кишечника.

2. Дополнительные физикальные методы обследования

Для подтверждения диагноза необходимо выявить достоверные для перитонита симптомы раздражения брюшины.

Симптом Щеткина-Блюмберга – резкая болезненность при пальпации, усиливающаяся при внезапном отнятии руки от брюшной стенки.

Симптом Воскресенского (рубашки) – резкое усиление болей в конце движения руки исследователя, быстро скользящей по натянутой рубашке, от мечевидного отростка к левой, а затем правой подвздошной области.

Симптом Раздольского – резкое усиление болей со стороны передней брюшной стенки при легкой перкуссии ее кончиками согнутых пальцев кисти.

3. Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят общеклиническое обследование пациента, клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, определение группы крови и Rh-фактора, т.к. перитонит опасен развитием полиорганной недостаточности и необходима своевременная коррекция показателей гомеостаза.

При сомнительной клинике имеют диагностическое значение УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография живота, лапароскопия.

После уточнения диагноза проводят предоперационную подготовку. Целью предоперационной подготовки является стабилизация гемодинамики, функции дыхания, температуры тела. Для этого катетеризируют центральную вену и проводят интенсивную инфузионную терапию препаратами плазмозамещающего, дезинтоксикационного действия, регулирующими водно-электролитный баланс, сердечную деятельность и функцию дыхания.

Применяют также анальгетики, антипиретики, массивные дозы антибиотиков.

Продолжают аспирацию желудочного содержимого через зонд.

Вводят газоотводную трубку в прямую кишку, для декомпрессии кишечника, постоянный катетер в мочевого пузыря для контроля почасового диуреза.

После предоперационной подготовки, которая может продолжаться 3-4 часа до стабилизации состояния, выполняется операция – срединная лапаротомия, удаление источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости под интубационным наркозом.

После операции пациента переводят в отделение реанимации. В послеоперационном периоде продолжают антибактериальную терапию, прежде всего антибиотиками широкого спектра действия, т.к. среди возбудителей перитонита преобладает ассоциативная флора (комбинация кишечной палочки и грамотрицательных форм стафилококков).

Проводят коррекцию метаболических нарушений, т.к. страдают все виды обмена, а естественное питание в первые дни лечения исключено.

Потери белка компенсируют введением нативной и свежемороженой плазмы, цельнобелковых и аминокислотных кровезаменителей.

Минеральные потери компенсируют регуляторами водно-электролитного баланса; энергообмен – концентрированными растворами глюкозы, реже жировыми эмульсиями; КЩС – введением раствора бикарбоната натрия.

Назначают адекватное обезболивание, включающее наркотические анальгетики.

Применяют бронхолитики, сердечно-сосудистые, десенсибилизирующие средства, пассивную иммунизацию (антистафилококковой плазмой, гамма-глобулином), витаминотерапию.

Ингибиторы протеаз, антикоагулянты, кортикостероиды – средства нормализующие микроциркуляцию применяются под контролем соответствующих показателей.

Широко применяют методы экстракорпоральной детоксикации. Особое внимание уделяют восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (декомпрессия, активная аспирация, коррекция электролитного баланса, применение антихолинэргических препаратов, электростимуляция, различные блокады, по возможности ранее энтеральное питание).

Местное лечение ран проводят в условиях тщательного соблюдения асептики. Решающее значение наряду с комплексным лечением имеет полноценный уход за пациентом.

4. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

Эталон ответа к задаче №7

1. Диагноз. Перфоративная язва желудка.

Можно предположительно поставить диагноз на основании, прежде всего жалоб больного: в момент физической нагрузки больной почувствовал сильнейшие боли в верхнем отделе живота, которые можно сравнить с ударом кинжала.

Положение больного на боку с приведенными к животу ногами тоже характерно для перфорации.

В пользу предполагаемого диагноза говорят и результаты исследования живота — в акте дыхания передняя брюшная стенка не участвует, пальпация резко болезненна, мышцы брюшного пресса напряжены, положительный симптом Щеткина - Блюмберга.

2. Дополнительные симптомы

Дополнительно можно проверить симптом сглаженности или отсутствия печеночной тупости, который объясняется поступлением воздуха в брюшную полость через перфоративное отверстие стенки желудка.

Этот симптом определяется практически всегда при перфорации язвы желудка. В отлогих местах можно определить притупление перкуторного звука за счет поступления в брюшную полость жидкого желудочного содержимого. Пальцевое ректальное и вагинальное исследования могут выявить болезненность тазовой брюшины.

3. Диагностическая и лечебная программа в стационаре.

Выполняют анализы крови и мочи (изменения зависят от сроков заболевания).

При неясной клинической картине проводят дополнительные исследования:

1) обзорную Ro-графию с целью обнаружения “серпа просветления” над печенью;

2) лапароскопию.

Лечение оперативное.

Операция проводится под интубационным наркозом.

Объем операции зависит от времени с момента перфорации, общего состояния больного, квалификации хирурга, особенностей язвенного анамнеза, характера язвы и т.д.

Премедикация (её объем) зависит от состояния пациента.

4. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритма.

Эталон ответа к задаче №8

1. Диагноз: Острый холецистит.

Ставится на основании:

- а) жалоб на острую боль в правом подреберье;
б) данных анамнеза: погрешность в диете, а возможно и прием алкоголя – типичные провоцирующие факторы развития холецистита;
в) данных объективного исследования: рвота, не приносящая облегчения, самостоятельная острая боль в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, той же локализации пальпаторная резкая боль и мышечное напряжение, признаки интоксикации.

2. Дополнительные физикальные методы обследования.

Для подтверждения диагноза существует ряд характерных симптомов.

Дополнительно следует применить перкуссии для выявления симптома Ортнера (боль при поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге), пальпацию для выявления симптома Образцова-Мерфи (резкая боль при введении кистей рук в область правого подреберья на высоте вдоха), симптома Мюсси (болезненность в точке диафрагманального нерва – между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы).

Положительный симптом Щеткина-Блюмберга (резкая боль при пальпации брюшной стенки, еще более усиливающаяся при внезапном отнятии руки от брюшной стенки) – симптом раздражения брюшины, свойственный деструктивным формам острого холецистита, при решении вопроса о выборе метода лечения склоняет хирургов, как правило, к оперативной тактике.

3. Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят общеклиническое обследование, клинические анализы крови (ускоренное СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево), мочи, биохимические исследования крови (холестерин, амилаза, сахар, общий билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза, общий белок, белковые фракции), определяют группу крови, Rh-фактор.

Возможно увеличение уровня прямого билирубина, т.к. иктеричность склер на вторые сутки заболевания предполагает частичный холестаз за счет отека слизистой либо наличия конкремента в общем желчном протоке.

Целесообразно УЗИ гепатобилиарной системы, позволяющее выявить наличие холелитиаза и признаков, как воспалительного, так и деструктивного процесса в желчном пузыре. ФГДС, Ro-графия брюшной полости по показаниям.

Экстренное оперативное вмешательство показано больным с картиной перитонита, при гангренозном и перфоративном холецистите. Все более широко применяется лапароскопическая холецистэктомия.

При крайне тяжелом состоянии и показаниях к операции применяют лапароскопическую холецистостомию. В современной практике также применяется чрезкожное, чрезпеченочное дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ (по показаниям).

В остальных случаях лечение начинают с консервативных мероприятий.

Консервативная терапия направлена на борьбу с инфекцией, восстановление оттока из желчного пузыря и желчных путей, снятие воспалительных явлений и интоксикации, коррекцию метаболических, электролитных и симптоматических нарушений.

С этой целью применяют антибактериальные препараты:

* антибиотики (в основном цефалоспорины) широкого спектра действия без гепатотоксического эффекта, внутривенно.

* современные сульфаниламидные препараты пролонгированного действия.

Также назначают голод, аспирацию желудочного содержимого через назогастральный зонд, новокаиновую блокаду круглой связки печени, спазмолитики (нош-па, атропин) и М-холинолитики (атропин, платифиллин), инфузионную терапию (до 3000 л) в сутки.

4. Набор составляют по алгоритму.

Эталон ответа к задаче №19

1. Диагноз: острый панкреатит.

Заключение основано на данных анамнеза:

* выраженных болей опоясывающего тупого характера;

* мучительной неукротимой рвоты, не приносящей облегчения.

Характерным провоцирующим фактором возникновения данного заболевания послужило обильное застолье. Употреблявшийся алкоголь является одним из токсикоаллергических причинных факторов в возникновении острого панкреатита.

Кроме того, заключение основано на данных объективного исследования — живот мягкий, болезнен при пальпации в проекции поджелудочной железы, также свидетельствует об остром панкреатите.

2. Дополнительные симптомы для уточнения диагноза:

* симптом Мейо-Робсана — болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу;

* симптом Воскресенского - ослабление пульсации брюшной аорты, выявляемое при глубокой пальпации в проекции поджелудочной железы (на половине расстояния между мечевидным отростком и пупком по белой линии передней брюшной стенки).

3. Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят:

1. общеклиническое обследование;

2. обзорную рентгенографию органов брюшной полости, на которой выявляются обычно раздутая петля поперечно-ободочной кишки и сглаженность левой пояснично-подвздошной мышцы.

3. УЗИ поджелудочной железы и органов брюшной полости позволяет выявить изменения в структуре поджелудочной железы, забрюшинной клетчатке, а также наличие жидкости в сальниковой сумке и брюшной полости;

4. фиброгастродуоденоскопию проводят с целью исключения патологии большого дуоденального соска;

5. лабораторные методы диагностики:

* общий анализ крови (лейкоцитоз и ускоренное СОЭ),

* общий анализ мочи (обычно без изменений),

* биохимический анализ крови на амилазу, трипсин, липазу (значение этих ферментов повышено),

* анализ мочи на амилазу (диастазу) (значение этого показателя повышено при отечных формах, при деструктивных остается нормальным или понижается).

Моча в лабораторию доставляется теплой.

В связи с экстренностью ситуации специальной подготовки пациента к перечисленным методам исследования не требуется.

Лечебная программа в стационаре:

1. постельный режим, голод на эпигастральную область, диета "0",

2. препараты спазмолитического и анальгетического действия (атропин, баралгин, но-шпа, 0,5 % р-р новокаина в/в), с целью обезболивания и восстановления оттока из поджелудочной железы;

3. антиферментная терапия (контрикал, гордокс, трасилол).

В настоящее время широко используется цитостатик — 5 фторурацил, блокирующий образование ферментов поджелудочной железы;

4. инфузионная терапия (плазмозамещающие, дезинтоксикационные препараты, регуляторы водно-солевого обмена);

5. антибиотикотерапия (группы цефалоспоринов и аминогликозидов) для профилактики гнойных осложнений;

6. двусторонняя новокаиновая паранефральная блокада или блокада круглой связки печени.

4. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

Эталон ответа к задаче №10

1. Диагноз: Острая кишечная непроходимость. Рак прямой кишки?

Диагноз поставлен на основании классических симптомов заболевания: схваткообразные боли в брюшной полости, рвота, икота, неотхождение газов и стула. За рак прямой кишки свидетельствуют следующие анамнестические данные: запоры в течение двух лет, лентовидный кал, алая кровь в кале.

2. Дополнительные объективные методы исследования

Из методов дообследования показана аускультация органов брюшной полости, при которой в ранние сроки выявляется усиленная перистальтика, урчание, шум падающей капли.

В поздних стадиях заболевания перистальтика прекращается, симптом называется “гробовое молчание”.

При сотрясении передней брюшной стенки (симптом должен выявляться осторожно, возможен разрыв кишки) слышен “шум плеска”.

При перкуссии передней брюшной стенки- тимпанит с металлическим оттенком. Симптом Валя – это видимая на глаз перистальтика.

3. Диагностическая и лечебная программа.

Диагностическая программа в стационаре.

1. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.

2. Пальпация и перкуссия органов брюшной полости, выявление ранее перечисленных симптомов.

3. Пальцевое ректальное исследование, позволяющее выявить тонус сфинктера прямой кишки, который бывает, понижен при ОКН-симптом Обуховской больницы. Допустим, что на высоте пальца у нашего больного было обнаружено опухолевидное образование, циркулярное, плотное, пропускающее только кончик пальца, что подтвердило бы предположение о раке прямой кишки.

4. Обзорная рентгенография органов брюшной полости позволяет увидеть горизонтальные уровни в раздутых кишечных петлях, так называемые, чаши Клойбера. Кроме того, видим на рентгенограмме ребристость, называемую симптомом “скелета селедки”, представляющую собой складки слизистой кишки.

5. Рентгенография легких.

6. Осмотр анестезиолога.

Лечебная программа:

1. Поскольку при пальцевом ректальном исследовании обнаружена обтурирующая опухоль, проведение консервативных мероприятий не целесообразно.

2. Показано оперативное лечение.

3. В предоперационный период проводится интенсивная инфузионная терапия: 5% р-р глюкозы, дисоль, трисоль, изотонический раствор хлорида натрия, реополиглюкин, гемодез.

4. Подготовка операционного поля, сухое бритье.

5. Премедикация за 30 минут до операции

6. Операцию проводят под многокомпонентным интубационным наркозом.

7. Операция. Срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, положение двустольной сигмостомы. Кишечное содержимое из центрального отрезка отсасывается. Перед зашиванием брюшной стенки производят анестезию брыжейки тонкой кишки новокаином, тонкая кишка интубируется по Эбботу-Миллеру.

8. В послеоперационный период продолжается инфузионная терапия (гемодез, полиглюкин, 5% р-р глюкозы, дисоль, трисоль, раствор Рингера- Локка), назначают витамины группы В и С, сердечнососудистые средства, гормональные препараты (преднизолон, гидрокортизон), переливают кровь.

9. Антибиотикотерапия и сульфаниламидные препараты применяют по схеме ЦАМ (кефзол, гентамицин, метронидазол).

10. В послеоперационный период восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника стимулируется проведением двусторонних паранефральных блокад, введением прозерина, гипертонических клизм в проксимальный конец колостомы.

11. Уход за колостомой.

12. Кормление с третьего дня (бульон, морс, чай, соки), затем включают отварное мясо, рыбу, овощи, хлеб, кефир, яйца.

13. Профилактика пневмонии: дыхательная гимнастика, через день банки, стимуляция кашлевого рефлекса через микротрахеостому.

14. В послеоперационный период больной обследуется по органам и системам с целью выявления отдаленных метастазов:

а) рентгенография легких;

б) УЗИ печени.

в) в случае отсутствия метастазов через три месяца показана радикальная операция по удалению опухоли. На первом этапе показана лучевая терапия.

г) Манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Эталон ответа к задаче №11

1. Диагноз: предположительный диагноз: аденома предстательной железы.

Заключение основано на данных анамнеза (затрудненное, учащенное мочеиспускание, тонкая и слабая струя мочи, никтурия), постепенное прогрессирование заболевания, пожилой возраст пациента.

2. Физикальные методы исследования.

Данные объективного исследования: некоторая болезненность над лобком и притупление при перкуссии (наличие остаточной мочи после мочеиспускания и сопутствующего цистита) также свидетельствуют об аденоме предстательной железы.

Ректальное исследование предстательной железы, которая при аденоме значительно увеличивается, также облегчает постановку диагноза.

3. Диагностическая и лечебная программа больного с аденомой предстательной железы в ЛПУ (у врача- уролога поликлиники):

а) ректальное исследование предстательной железы;

б) УЗИ мочевого пузыря и предстательной железы с определением количества остаточной мочи, реже - цистоскопия;

в) консервативная терапия заключается в назначении на длительный срок гормональных препаратов и препаратов растительного происхождения

(синестрол, депостат, простасерен, омник, кардюра, ЭДАС- 134 и т.д.);

г) радикальным методом лечения (основным) является аденомэктомия.

4. Практическая манипуляция проводится согласно алгоритму.

Эталон ответа к задаче №12

1. Диагноз. Рак правой молочной железы T2N0MX

Диагноз поставлен на основании осмотра больной: опухолевый узел диаметром 3 см соответствует распространенности T2, отсутствие пальпируемых периферических лимфатических узлов соответствует градации N0, Mx-отдаленные метастазы, о существовании которых возможно судить после обследования больной в онкодиспансере.

2. Дополнительными диагностическими приемами во время первичного осмотра являются:

1.Пальпация левой молочной железы,

2.Перкуссия легких, которая позволит выявить специфический плеврит.

3.Пальпация органов брюшной полости - метастазы в печень и яичники (если последние больших размеров), специфический асцит.. Больной выписывается направление в поликлинику онкодиспансера, куда она направляется самостоятельно.

3. Диагностическая и лечебная программа

Диагностическая программа в поликлинике онкодиспансера:

1.Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.

2.Пальпация молочных желез.

3.Пальпация периферических лимфатических узлов: шейных, надключичных, подмышечных, паховых.

4.Маммография обеих молочных желез.

5.Дальнейшие методы обследования производят с целью определения отдаленных метастазов.

6.Рентгенография легких позволит выявить метастазы в легких, лимфатические узлы средостения, специфический плеврит.

7.Сканирование скелета производится с целью визуализации метастатических очагов в костях, при наличии которых в них происходит избыточное накопление радиофармпрепарата.

8.УЗИ печени, забрюшинных лимфатических узлов, яичников с целью выявления метастатических очагов в этих органах.

9. Бимануальное гинекологическое исследование надлежит производить для выявления возможных метастазов в яичниках или дугласовом пространстве. Лечебная программа:

Допустим, что отдаленные метастазы не обнаружены, тогда стадия заболевания Па T2 N0 M0. Пункционная биопсия по правилам соблюдения асептики производится в день операции в хирургическом отделении онкодиспансера.

После морфологического подтверждения диагноза больной производится операция Холстеда справа, которая является достаточной при данной распространенности.

И если менопауза у больной менее 10 лет, то в послеоперационный период показано применение в течение 2х лет тамоксифена.

4. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Оказание акушерско-гинекологической помощи

БИЛЕТ № 1

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 26 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на непостоянные ноющие боли внизу живота, в области поясницы. Больной себя считает в течение 2 лет после медицинского аборта, осложнившегося воспалением придатков матки. Перенесенные заболевания: аппендэктомия в детстве, ангина. Менструации с 13 лет, по 5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные пришли в срок. Половая жизнь с 22 лет, брак первый, зарегистрирован. Одни роды в 23 года без осложнений. При поступлении общее состояние удовлетворительное. АД 110/70 мм рт.ст., пульс 78 в минуту, температура тела 37 градусов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: стенки влагалища и шейка матки «чистые», выделения из цервикального канала слизистые. Бимануальное исследование: матка в положении антеверзии, антефлексию, не увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная; Придатки с обеих сторон «тяжистые», умеренно болезненные.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.

Продемонстрируйте на фантоме взятие материала на ГН и флору.

2. Составьте план ухода за пациентом. Сформулировать основные принципы лечения и профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов. Определите необходимость диспансеризации.

3. Дайте рекомендации по методам контрацепции данной пациентке. Назовите показания и противопоказания.

4. Подготовьте пациентку и инструменты к пункции брюшной полости через задний свод влагалища.

БИЛЕТ № 2

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 18 лет обратилась к гинекологу с жалобами на нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голеней, вздутие живота, раздражительность, потливость. Указанные симптомы появляются во вторую фазу менструального цикла и прекращаются после очередной менструации. При гинекологическом осмотре патологических изменений не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Расскажите регуляцию менструального цикла и основные типы нарушения менструальной функции:

гипоменорея, гиперполименорея, меноррагия, олигоменорея, опсоменорея, аменорея, ациклические кровотечения, альгодисменорея.

2. Опишите влияние соматических, эндокринных заболеваний, внешней среды на состояние репродуктивного здоровья женщин. Составьте рекомендации пациентки при предменструальном синдроме.

3. Проконсультируйте пациентку по выбору методов контрацепции.

4. Продемонстрируйте на фантоме пальпацию молочных желез.

БИЛЕТ № 3

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 45 лет поступала в гинекологическое отделение на хирургическое лечение по поводу подслизистой миомы матки. В анамнезе 2 родов, 3 аборта. Менструальный цикл сохранен, менструации по 8 – 10 дней, обильные, болезненные. При бимануальном исследовании: шейка матки гипертрофирована, деформирована; тело матки увеличено до 8 – 9 недель беременности, плотное, безболезненное; придатки матки с обеих сторон не изменены. Выделения слизистые.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.

Продемонстрируйте на фантоме бимануальное исследование.

2. Назовите классификацию миом матки. Опишите клинические симптомы миомы матки. Сформулируйте основные принципы лечения заболевания.

Составьте план подготовки пациентки к операции. Определите необходимость диспансеризации.

3. Составьте план беседы по профилактике опухолей женских половых органов.

4. Подготовьте пациентку и инструменты к операции диагностического выскабливания полости матки

БИЛЕТ № 4

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 55 лет обратилась к гинекологу с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, затрудненное мочеиспускание. В анамнезе роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности второй степени. Постменопауза 4 года. Гинекологический статус: половая щель зияет, имеется расхождение ножек мышц, поднимающих задний проход; при натуживании за пределами вульварного кольца определяются тело матки. Шейка матки элонгирована и гипертрофирована. Придатки матки без особенностей.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Назовите причины, приводящие к смещению матки.

2. Опишите клинические признаки и диагностику полного и неполного выпадения матки. Назовите основные принципы лечения данной патологии.

3. Составить план ухода за пациентом в послеоперационном периоде. Сформулировать основные принципы профилактики данного заболевания.

Определите необходимость диспансеризации.

4. Подготовьте пациентку и инструменты к зондированию полости матки. Назовите показания и противопоказания.

БИЛЕТ № 5

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 30 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на бесплодие. В анамнезе менструации с 13 лет, по 5 – 6 дней через 27 – 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет, состоит в браке, от беременности не предохранялась. С помощью базальной термометрии установлено чередование ановуляторных и овуляторных циклов с укорочением лютеиновой фазы до 4 – 5 дней. При рентгенотелевизионной гистеросальпингографии маточные трубы выполняются контрастным веществом до ампулярных отделов, выход контраста в брюшную полость не обнаружен. При исследовании спермы мужа выявлены астено- и олигозооспермия второй степени. После лечения, назначенного андрологом, сохраняется астенозооспермия второй степени.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Назовите факторы бесплодия у супружеской пары. Какие вспомогательные репродуктивные технологии можно рекомендовать данной супружеской пары

2. Определите понятие «бесплодный брак» (по ВОЗ). Назовите классификацию женского бесплодия, женские факторы бесплодия, иммунологическое бесплодие.

3. Перечислите методы диагностики бесплодия. Составьте план обследования супружеской пары.

4. Подготовить пациентку и набор инструментов для гистеросальпингографии.

БИЛЕТ № 6

Инструкция:

Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больной 29 лет произведена биопсия шейки матки. В анамнезе половая жизнь с 15 лет. В браке не состоит. В возрасте 26 лет у пациентки обнаружена ПВЧ инфекция (16 и 18 вариотипы). При гистоисследовании биоптата выявлена картина плоскоклеточного неороговевающего рака. Глубина инвазии 5 мм.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Назовите клинические симптомы рака шейки матки. Перечислите этиологические факторы развития рака шейки матки, Классификация.
2. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Назовите общие принципы лечения и профилактики.
3. Составить план беседы по профилактике рака шейки матки.
4. Подготовьте пациентку и инструменты к биопсии шейки матки.

БИЛЕТ № 7

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 39 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Рост 155 см, масса тела 112 кг. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью второй стадии, сахарным диабетом второго типа. При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище узкое, нерожавшей, своды свободны, безболезненны. Шейка матки цилиндрической формы, из цервикального канала обильные кровянистые выделения со сгустками. Матка несколько увеличена, плотноватая, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. Результат гистоисследования: атипическая пролиферация эндометрия.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите причины развития гиперплазии эндометрия. Назовите классификацию гиперплазии эндометрия и клинические проявления.
2. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Сформулируйте основные принципы лечения. Определите необходимость диспансеризации.
3. Составьте план предоперационной подготовки и послеоперационного ухода за пациентом.
4. Продемонстрируйте на фантоме взятие материала на ГН и флору.

БИЛЕТ № 8

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 35 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные слизисто-гнойные выделения из половых путей. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое родов и два искусственных аборта. Бимануальное исследование каких-либо отклонений не обнаружило. При исследовании с помощью влагалищного зеркала и кольпоскопии диагностирована эктопия шейки матки.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Продемонстрируйте на фантоме взятие мазка на онкоцитологическое исследование.
2. Опишите фоновые заболевания шейки матки. Назовите общие принципы лечения и профилактики, диспансеризации.
3. Перечислите методы контрацепции, которые можно порекомендовать данной пациентке.
4. Подготовьте пациентку и инструменты к кольпоскопии и биопсии шейки матки

БИЛЕТ № 9 Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача Больная 38 лет в тяжелом состоянии доставлена бригадой скорой помощи в гинекологическое отделение. В анамнезе 2 срочных родов, 3 медаборта без осложнений. С целью контрацепции использует ВМК (в течение последних 5 лет). Заболела 10 дней назад после случайного полового контакта, к врачу не обращалась. Менструальный цикл сохранен, последняя менструация 3 недели назад. При осмотре АД 100/60 мм рт.ст., пульс 110 в минуту, тахипное. Температура тела 38,5 градусов. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, в боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина-Блюмберга выражен в нижних отделах живота. При бимануальном исследовании в малом тазу пальпируется резко болезненный, ограниченно подвижный конгломерат размерами 16 на 18 см; задний и боковые влагалищные своды нависают, болезненные. Выделения из половых путей гнойные. Задание 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. 2. Назовите причины и возбудителей воспалительных заболеваний женских половых органов, пути заражения и распространения инфекции. 3. Окажите неотложную помощь и составьте план ухода за пациентом. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов. Определите необходимость диспансеризации.

4. Продемонстрируйте на фантоме взятие материала на ГН и флору.

БИЛЕТ № 10

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача В гинекологическое отделение поступила пациентка 42 лет, с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из влагалища Пациентка состоит на диспансерном учете в женской консультации по поводу миомы матки в течение 3 лет. При гинекологическом обследовании канал шейки матки пропускает палец, тело матки диффузно увеличено до 10 недель беременности, за внутренним зевом определяется полюс плотного образования.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Назовите классификацию доброкачественных опухолей матки. Опишите этиопатогенез, клинику, диагностику, осложнения миомы матки.
3. Окажите неотложную помощь и составьте план ухода за пациентом. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики миомы матки. Определите необходимость диспансеризации.
4. Подготовьте пациентку к гистероскопии, назовите показания и противопоказания.

БИЛЕТ № 11

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача

Больная 34 лет в тяжелом состоянии доставлена бригадой скорой помощи. АД 80/40 мм рт.ст., пульс 120 в минуту. В анамнезе 4 медицинских аборта, задержка менструации на 4 недели. Заболела остро 2 часа назад. После приступа болей в правой подвздошной области упала в обморок. При осмотре: больная бледная, вялая, живот мягкий, в нижних отделах болезненный, симптом Щеткина положительный. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. Смещения шейки матки резко болезненны. Четко пропальпировать тело матки и ее придатки не удается. Выделения из половых путей мажущиеся коричневатого цвета.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Проведите оказание неотложной помощи при данном заболевании.
2. Перечислите причины и клинические признаки внематочной беременности. Подготовьте пациентку к операции. Определите необходимость диспансеризации, Составить план реабилитации пациента.
3. Сформулировать основные принципы лечения и профилактики при данном заболевании. Дайте рекомендации по выбору методов контрацепции.
4. Подготовьте пациентку и инструменты для пункции брюшной полости через задний свод влагалища.

БИЛЕТ № 12

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 18 лет обратилась к гинекологу с жалобами на боли внизу живота, субфебрильную температуру, бели и рези при мочеиспускании. Менструальная функция: менархе в 11 лет, менструации по 3 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет, незамужем, использует с целью контрацепции эскапел. Заболела остро на 7-й день после полового акта. Общее состояние средней тяжести. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. При наружном осмотре уретра инфильтрирована; шейка матки в зеркалах гиперемирована, отечна, из цервикального канала слизисто-гнойные выделения в виде ленты; матка несколько увеличена, плотноватой консистенции, подвижная, болезненная, придатки матки с обеих сторон утолщены, болезненны.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Назовите факторы риска ИППП. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Продемонстрируйте на фантоме взятие материала на бактериологическое исследование.
2. Назовите причины и возбудителей воспалительных заболеваний женских половых органов, пути заражения и распространения инфекции.
3. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов. Определите необходимость диспансеризации.
4. Определите понятие «бесплодный брак» (по ВОЗ). Назовите классификацию женского бесплодия, женские факторы бесплодия, иммунологическое бесплодие. Перечислите методы диагностики бесплодия.

БИЛЕТ № 13

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 19 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, неловкость и затруднение при ходьбе, повышение температуры тела. Заболела 4 дня тому назад после переохлаждения. Менструации с 13 лет по 3 – 4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, имеет несколько половых партнеров. Из вредных привычек отмечает табакокурение. Беременностей – 0. При осмотре в области правой большой половой губы определяется опухолевидное образование 3см на 6см, кожа над ним гиперемирована, горячая наощупь, в центре отмечается флюктуация. Шейка матки в зеркалах цилиндрической формы, из канала слизистые выделения. При бимануальном исследовании тело матки в правильном положении, не увеличено, плотной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон без изменений.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Назовите факторы риска ИППП. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Опишите вирусные поражения женских половых органов: цитомегаловирусная инфекция, папилломавирусная инфекция, генитальный герпес. Назовите пути распространения инфекции, лабораторную диагностику генитальных инфекций и осложнения.
3. составьте план беседы по половому воспитанию и сохранению репродуктивного здоровья.
4. Продемонстрируйте на фантоме взятие материала на бактериоскопическое исследование.

БИЛЕТ № 14

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 52 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота. Постменопауза 2 года. В анамнезе одни роды, 2 выкидыша, хроническое воспаление придатков матки. При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При бимануальном исследовании матка небольших размеров, смещена вправо, слева и кзади от нее пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размерами 10 на 12 см. При УЗИ - исследовании обнаружено опухолевидное образование размером 10 на 12 см.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Подготовьте пациента к ультразвуковому исследованию.
2. Назовите классификацию кистом. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики данного заболевания, диспансеризация.
3. Составьте план беседы по профилактике опухолевых заболеваний яичника.
4. Продемонстрируйте на фантоме взятие мазка на онкоцитологическое исследование из шейки матки.

БИЛЕТ № 15

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача В женскую консультацию обратилась пациентка 32 лет с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей, которые появляются за 5 дней после менструации. Боли усиливаются в 1 день менструации, кровянистые выделения продолжаются в течение 3-4 дней после менструации. Заболела после диатермо коагуляции шейки матки, выполненной 2 года назад по поводу осложненной эктопии шейки матки. Бимануальное исследование: тело матки чуть увеличено, шаровидной формы, плотной консистенции, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные с обеих сторон. Шейка матки без патологических изменений.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Назовите классификацию эндометриоза. Опишите основные симптомы. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики данного заболевания. Определите необходимость диспансеризации.
3. Составьте рекомендации по методам контрацепции для данной пациентки.
4. Подготовьте пациента к гистероскопии. Назовите показания, противопоказания.

БИЛЕТ № 16

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача В связи с началом половой жизни девушка 19 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на выделения из половых путей. В ближайший год беременность не планирует. Менструальная функция не нарушена. В зеркалах: шейка матки с гиперемией вокруг наружного зева, слизистая влагалища умеренно гиперемирована, выделения слизисто-гноевидные, умеренные. Бимануальное исследование: тело матки нормальных размеров, безболезненное, придатки не определяются.

Задание

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.
2. Перечислите причины воспалительных заболеваний, пути заражения и распространения инфекции, факторы, способствующие воспалению. Опишите клинические симптомы и принципы лечения острого и хронического эндоцервицита.
3. Составьте план беседы по профилактике ИППП. Перечислите методы контрацепции, которые можно порекомендовать данной пациентке.
4. Продемонстрируйте на фантоме технику забора материала на бактериологическое исследование.

БИЛЕТ № 17

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Машиной «Скорой помощи» доставлена больная 22 лет с жалобами на выраженную слабость, головокружение после приступа острой боли в животе. Дома была кратковременная потеря сознания. Пациентка в браке не состоит, половой жизнью живет с постоянным партнером. От беременности предохраняется ритмическим методом. Последняя менструация пришла в ожидаемый срок, 2 недели назад. Объективно: кожные покровы бледные, лоб влажный, АД 80/60 мм рт.ст. Пульс 128 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренная болезненность в гипогастриальной области. Бимануальное исследование: матка нормальных размеров, безболезненная, придатки матки не определяются, небольшая болезненность справа. Выделения светлые, слизистые.

Задание

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения

диагноза. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

2. Назовите классификацию и причины возникновения апоплексии яичника. Опишите клиническую картину и принципы лечения. В каких случаях возможно консервативное ведение пациентки.

3. Дайте рекомендации по методам контрацепции данной пациентки.

4. Продемонстрируйте на фантоме технику забора материала на бактериоскопическое исследование.

БИЛЕТ № 18

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 20 лет обратилась к гинекологу с жалобами на боли внизу живота, больше слева, которые появились после чрезмерной физической нагрузки вчера вечером. Боли усилились к утру. Общее состояние удовлетворительное. Отмечает общую слабость, головокружение, тошноту.

Менструальная функция: менархе в 12 лет, менструации по 3 – 5 дней через 24 – 26 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация закончилась неделю назад. В анамнезе ранее диагностировалась киста яичника. Гинекологический статус: молочные железы без изменений. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. При бимануальном исследовании: матка нормальных размеров, в области правых придатков пальпируется образование овоидной формы размерами 5см на 6см, тугоэластической консистенции, подвижное, болезненное. Со стороны левых придатков изменений нет.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.

2. Опишите причины перекрута опухоли, механизм образования и строения анатомической ножки опухоли. Назовите клинические симптомы перекрута ножки опухоли яичника, основные принципы лечения. Определите необходимость диспансеризации.

3. Составьте план беседы по профилактике воспалительных заболеваний женских половых органов. 4. Подготовьте пациентку и инструменты к гистеросальпингографии.

БИЛЕТ № 19

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача

Замужняя женщина 20 лет обратилась в женскую консультацию для постановки на учёт, считает себя беременной (задержка менструации 10 дней). При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм ртутного столба, пульс 72 удара в 1 минуту. Бимануальное исследование и осмотр с помощью влагалищного зеркала: матка нормальных размеров, обнаружено увеличение маточных придатков справа, цианоз слизистой влагалища. При ультразвуковом исследовании органов малого таза заподозрена прогрессирующая трубная беременность.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.

2. Назовите причины, классификацию внематочной беременности. Опишите клиническую картину. Составьте план предоперационной подготовки и послеоперационного ухода за данной пациенткой.

3. Определите необходимость диспансеризации. Составьте план профилактики и реабилитации при данном заболевании.

4. Подготовьте пациентку и инструменты к пункции брюшной полости через задний свод влагалища.

БИЛЕТ № 20

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Пациентка 26 лет. Жалобы на боли в животе справа в течение 2 дней, слабость, головокружение. Боли иррадируют в прямую кишку. Половая жизнь с 23 лет, имела одну беременность, которая закончилась выкидышем. Последняя менструация 1,5 месяца назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, температура 37,2(С, пульс 84 уд/мин., АД 110/70, 105/70 мм ртутного столба. Живот мягкий, при пальпации болезненность в нижних отделах, больше справа. Бимануальное исследование: матка несколько увеличена, смещение её вызывает резкую боль. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечёткими контурами. Выделения скудные, тёмно-коричневого цвета. Содержание ХГЧ в сыворотке крови менее 1000 МЕ/мл.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.

2. Назовите причины, классификацию внематочной беременности. Опишите клиническую картину. Составьте план предоперационной подготовки и послеоперационного ухода за данной пациенткой.

3. Определите необходимость диспансеризации. Составьте план профилактики и реабилитации при данном заболевании.

4. Подготовьте пациентку и инструменты к диагностическому выскабливанию полости матки.

БИЛЕТ № 21

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 27 лет поступила на оперативное лечение. В анамнезе: менархе в 12 лет; в последнее время отмечает удлинение менструального периода до 8 дней, появление сгустков крови на прокладке. Половая жизнь с 26 лет. Беременностей не было. При УЗИ трансвагинальным датчиком выявлен в полости матки миоматозный узел диаметром 3,8 см. Задание 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Составьте алгоритм неотложной помощи. 2. Назовите причины развития миомы матки. Опишите клиническую картину рождающегося субмукозного узла. Сформулируйте основные принципы лечения и профилактики миомы матки. Определите необходимость диспансеризации. 3. Проконсультируйте данную пациентку по методам контрацепции. 4. Подготовьте пациентку и инструменты к диагностическому выскабливанию полости матки. БИЛЕТ № 22 Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача Больная 39 лет поступила в гинекологическое отделение с маточным кровотечением. Общее состояние тяжелое. Жалобы на резкую слабость, головокружение, одышку. Считает себя больной в течение года, когда менструации удлинились до 10 дней. К врачу не обращалась. ОАК: гемоглобин 80 г/л, эритроциты 2,2 млн./л. При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрической формы, из канала умеренные кровянистые выделения. Матка увеличена до 15 недель беременности, плотная, бугристая, ограничено подвижная. Придатки матки пропальпировать не удается. Задание 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Продемонстрируйте на фантоме бимануальное исследование.

2. Назовите классификацию миом матки. Опишите клинические симптомы миомы матки. Сформулируйте основные принципы лечения заболевания. Составьте план подготовки пациентки к операции. Определите необходимость диспансеризации.

3. Составьте план беседы по профилактике опухолей женских половых органов. 4. Подготовьте пациентку инструменты к операции диагностического выскабливания полости матки.

БИЛЕТ № 23

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин. Задача Больная 32 лет в течение 4 лет периодически проходит лечение у врача в женской консультации по поводу эрозии (эктопии) шейки матки. Применяются влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. Недавно появилась жалоба на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. Бимануальное исследование: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. В зеркалах: на шейке матки видны разрастания в виде "цветной капусты", кровотечение после осмотра.

Задание 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза. Составить план ухода за пациентом в послеоперационном периоде. 2. Опишите этиологические факторы развития рака шейки матки, классификацию клинические симптомы, методы диагностики. Сформулировать основные принципы лечения и профилактики при данном заболевании. Определите необходимость диспансеризации.

3. Составьте план беседы по профилактике онкозаболеваний. 4. Продемонстрируйте на фантоме взятие материала на онкоцитологию.

Билет 24

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

Первобеременная, 22 года, по профессии преподаватель литературы педагогического колледжа. Обратилась в ЖК с подозрением на беременность. Жалобы на задержку месячных на 3 месяца. До этого месячные с 13 лет, регулярные через 28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке. Отмечает повышенную сонливость и тошноту. Врач акушер-гинеколог после опроса и осмотра сделал заключение: беременность 10 – 11 недель. Женщина будет рожать, встает на учет по беременности. Учитывая отсутствие соматических и гинекологических факторов риска, врач поручил акушерке провести подробный сбор анамнеза, наружный осмотр, заполнить форму 111ф, назначить обследование и выписать направления на анализы.

Задания:

1. Выделить проблемы беременной, помочь в их решении.
2. Перечислить основные этапы сбора анамнеза и общего осмотра при взятии беременной на учет.
3. Перечислить методы обследования при взятии на учет.
4. Перечислить признаки беременности.
5. Выполнить манипуляцию “Тест на беременность”.

Эталон ответа:

1. Жалобы возникли в связи с нормально протекающей беременностью. Необходимо объяснить это женщине и успокоить её. Женщина плохо информирована о физиологии беременности и системе наблюдения, нужно дать соответствующую краткую информацию.
2. Акушерка должна выяснить наследственные факторы, профессиональные вредности (в данном случае это не актуально), вредные привычки, перенесенные заболевания, отдельно выявить инфекционные заболевания и контакты (особенно гепатит и туберкулез), оперативные вмешательства. Выяснить особенности менструальной функции, половой анамнез, гинекологические и венерические заболевания. Предыдущие беременности и их исход, течения данной беременности. Оценка телосложения, питания (кроме того, взвешивание и измерение роста). Осмотр кожных покровов, видимых слизистых, оценка состояния клетчатки, лимфоузлов. Осмотр молочных желез. Измерение АД. Пульса. Выслушивание сердечных тонов и легких. Пальпация живота, поколачивание по пояснице. Выяснение характера физиологических отклонений.
3. Осмотр наружных половых органов, на зеркалах, бимануальное исследование, пельвеометрия, При малых сроках остальные методы исследования не проводятся.
4. Перечислить признаки беременности, разделив их на достоверные, вероятные и сомнительные.
5. Выполнение манипуляции.

Билет 25

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

К акушерке родильного дома обратилась 20-летняя первобеременная женщина. Считает, что срок беременности 7-8 недель, просит наблюдать её во время беременности и принять роды на дому. По рассказам матери женщина знает, что в женской консультации большие очереди и слишком много обследований. В родильном доме, по воспоминаниям матери о её собственных родах, 20 лет назад были плохие условия, многоместные палаты, позднее прикладывание ребенка к груди, большая опасность больничной инфекции.

Задания:

1. Выделите проблемы женщины.
2. Составьте план по решению проблем.
3. Объясните женщине о преобразованиях в системе родовспоможения за последние 20 лет, структуре современного акушерского стационара, профилактике внутрибольничной инфекции.
4. Объясните женщине о необходимости дородовой подготовки в условиях женской консультации, целесообразности обследования.
5. Выполните манипуляцию “Взятие крови на RW”.

Эталон ответа:

1. Настоящая проблема в том, что у молодой женщины искаженное представление о системе родовспоможения, назначении ЖК и родильного дома, страх осложнений
- Потенциальная проблема: в том, что женщина не будет соответствующим образом обследована во время беременности и может получить осложнение в родах.
2. Объяснить женщине организационную структуру родовспоможения, возможности женской консультации и родильного дома по оказанию помощи беременной, роженице и родильнице. Рассказать о современных прогрессивных преобразованиях. Рассказать, что домашние роды не защищают роженицу и ребенка, а являются наиболее рискованными.
3. Рассказать об методах подготовке к родам, возможности выбора, об индивидуальных роильных залах, послеродовых палатах, совместном пребывании матери и ребенка, раннем прикладывании к груди, профилактике ВБИ.
4. Рассказать о необходимости дородовой диспансеризации и подготовки к родам в интересах самой женщины, её методах. Рассказать, что без полной системы обследования женщина может поступить только в наблюдательное отделение.
5. Выполнение манипуляции.

Билет 26

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

Первобеременная, 19 лет, впервые обратилась в ЖК. По профессии маляр. Жалобы на задержку месячных, тошноту, особенно на работе, повышенную сонливость и повышенный аппетит. Половая жизнь вне брака, но собирается зарегистрировать брак с отцом ребенка. Будет рожать. После осмотра врача акушера-гинеколога женщина взята на учет с диагнозом “Беременность 6 – 7 недель”. Соматической и гинекологической патологии не выявлено. По данным внутреннего исследования – патологических изменений не выявлено. Врач поручил акушерке выделить и помочь решить беременной её проблемы. Назначить обследования и консультации специалистов.

Задания:

1. Выделить проблемы беременной и дать рекомендации по решению данных проблем.
2. Перечислить анализы, которые женщина должна выполнить к следующему разу. Объяснить, где их можно сдать.
3. Перечислить, каких специалистов надо посетить и объяснить, с какой целью эти консультации проводятся.
4. Рассказать о гигиене беременной.
5. Выполнить манипуляцию “Произвести пельвеометрию и оценить результаты».

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы, связанные с ухудшением самочувствия, объясняются беременностью и являются её предполагаемыми признаками. У

беременной работа связана с профессиональными вредностями. Брак не зарегистрирован. Незнание структуры ЖК и правил сдачи анализов. Дать беременной справку для ЗАГСа для ускорения регистрации брака, справку об освобождении от вредных работ и устные рекомендации по этим вопросам. Объяснить общие принципы обследования беременной.

2. Перечислить анализы и кратность их сдачи. Объяснить женщине, где и в какое время сдаются анализы (в поликлинике или женской консультации, в лаборатории или процедурном кабинете, с какой целью и откуда берутся, как следует подготовиться и т.п.)
3. Беременная должна посетить терапевта ЖК, офтальмолога и отоларинголога и стоматолога ЖК, объяснить, где можно получить консультацию, с какой целью проводится обследование.
4. Рассказать о гигиене беременной (чистоте тела, одежде, обуви, половой гигиене, режиме дня, рациональной психической и физической нагрузке, гигиене питания).
5. Выполнить манипуляцию.

Билет 27

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

В ЖК обратилась за советом 22-летняя женщина, у которой было два самопроизвольных выкидыша при сроке беременности 5-6 недель. В женскую консультацию не успевала обратиться. В связи с болями в животе и обильными кровянистыми выделениями вызвала скорую помощь. Оба раза женщину доставляли в гинекологическое отделение, где производили выскабливание полости матки по поводу неполного выкидыша. В данных ей рекомендациях не разобралась. В анамнезе: месячные с 14 лет, через 30-35 дней, по 5-7 дней, обильные и умеренно болезненные. В зарегистрированном браке второй год. Вес женщины 47 кг. В женскую консультацию обращалась 2 раза, но данные рекомендации по обследованию не выполнила, так как училась в институте и подрабатывала, убирая помещение офиса. Боится, что доктор ЖК будет ею недоволен. Скоро заканчивает институт, хочет иметь детей. Просит помочь советом.

Задание:

1. Выделить проблемы женщины.
2. Какими методами они могут быть решены?
3. Рассказать о причинах привычного невынашивания.
4. Рассказать о профилактике и лечении привычного невынашивания
5. Выполнить манипуляцию «Взятие мазка.»

Эталон ответа:

1. Настоящая проблема заключена в привычном невынашивании. Женщина не обследована и неинформирована, недостаточно коммуникабельна. Потенциальная проблема: вновь невынашивание и более тяжелые осложнения: кровотечения, воспалительные заболевания, бесплодие и др.
2. Женщине нужно дать совет быть более настойчивой и последовательной в обследовании и лечении. Дать рекомендации в плане обследования и лечения, а также организационного плана. Уверить в благополучном исходе.
3. Причинами невынашивания могут быть гормональные нарушения, последствия выскабливаний, физические нагрузки (все эти факторы имели место у данной пациентки), а также инфекции, аномалии половых органов, соматические заболевания, генетические заболевания, профессиональные, экологические причины, нарушения питания и обмена (у женщины очень маленький вес) и другие факторы, всё это необходимо уточнить при обследовании.
4. Рассказать об учреждениях, где женщина может обследоваться: женская консультация, кабинеты по лечению невынашивания, перинатальные центры, генетические консультации и т.п. Рассказать о планировании беременности, исключении вредных факторов, обследовании на выявление скрытых инфекций, гормональных нарушений, необходимости профилактического лечения до беременности.
5. Выполнение манипуляции.

Билет 28

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

К Медицинскому работнику обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в области поясницы. Появились 2 дня назад, после физической нагрузки.

В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-я, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД - 110/70, 115/70 мм рт.ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком.

Осмотр в зеркалах: Влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка возбудима. Выделения слизистые.

Задания:

1. Выявить проблемы женщины и их причины.
2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Перечислить причины данной патологии, рассказать о классификации, методах диагностики и лечения.
5. Выполнить манипуляцию «Осмотр шейки на зеркалах».

Эталон ответа:

1. Настоящие проблемы женщины: боли, вызванные повышением тонуса маточной мускулатуры; беспокойство за исход беременности; дефицит знаний о своем состоянии, о гигиене беременной, правильной нагрузке.

Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений.

Причина - тяжелая физическая работа. Женщину не перевели на легкий труд и не объяснили, как оберегать свою беременность. Это обязанности акушерки.

2. Состояние беременной можно расценить, как удовлетворительное (кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин, ритмичный, АД-110/70,115/70 мм.рт.ст. Диагноз: беременность 15-16 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш, что подтверждается сроком задержки менструации и данными наружного и влагалищного исследования. Боли внизу живота, в области крестца, повышенная возбудимость миометрия, отсутствие структурных изменений шейки матки и слизистые выделения из половых путей подтверждают диагноз угрожающего выкидыша.

3. Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша, акушерке необходимо:

- успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности;

* госпитализировать в ЦРБ; напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку, согласиться на обследование и сохраняющую терапию.

4. Рассказать о причине выкидышей, профилактике, классификации, клинике, диагностике, методах сохраняющей терапии, перечислить лекарственные средства, указать дозировки, побочные действия.

4. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмами действия.

Билет 29 Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

23-летняя женщина встала в ЖК на учет по беременности в 10 недель. В прошлом у неё был 1 искусственный аборт без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений. Прошла обследования по назначенной врачом-акушером схеме. Явилась в ЖК на прием в 13 недель. Прием ведет акушерка. Жалоб нет. Все анализы в норме. Группа крови I(0), резус-фактор отрицательный. Раньше обследования на группу и резус не проводились.

Задания:

6. Выделите проблемы беременной, их причины.
7. План по контролю над создавшимися проблемами.
8. Составьте алгоритм обследования беременной на рядовом приеме в 1-й половине беременности.
9. Рассказать о резус-конflikте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.
10. Манипуляция "Взятие крови и определение резус-фактора".

Эталон ответа:

6. Потенциальная проблема: возникновение резус-конflikта, если у отца ребенка кровь резус-положительная. Риск повышен в связи с абортом в прошлом. Ошибочным было не определить у женщины во время предыдущей беременности резус-фактор и не предложить отказаться от аборта для снижения риска резус-конflikта. Не проведена иммунизация. Учитывая наличие аборта в анамнезе следует отнести беременную к группе риска и по невынашиванию, но в настоящий момент жалоб нет
7. Акушерка должна объяснить женщине ситуацию, в то же время, чтобы не очень её волновать, прежде всего надо обследовать мужа (отца ребенка). В случае, если у него та же группа и резус – опасности нет. В противном случае проводить контроль антител ежемесячно. При выявлении антител – госпитализация. Проводить профилактические курсы (по методике, предложенной в данной ЖК), возможна профилактическая госпитализация.
8. Беременная должна наблюдаться врачом. Выявление жалоб, проблем, контроль веса, АД, пульса, пальпация живота, измерение высоты стояния дна матки, окружности живота, контроль тонуса и болезненности матки, выяснение характера выделений, отеков, особенностей физиологических отклонений, рекомендации. Назначение явки через 2 недели. Анализ мочи к каждой явке.
9. Рассказать о причинах резус-конflikта, методах профилактики, диагностики, лечения.
5. Выполнение манипуляции.

Билет 30

Инструкция: Внимательно прочитайте задание. Время выполнения - 15 мин.

Задача.

Первобеременная в 16 недель пришла на очередной прием в ЖК, чувствует себя хорошо, все анализы, за исключением общего анализа крови, в норме. По данным УЗИ, патологических отклонений нет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 ударов в минуту, матка в нормальном тоне, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком, выделения слизистые скудные. В анализе крови лейкоцитов 7 тыс., СОЭ 18 мм/час, гемоглобин 102 г/л. Беременная не работает, материально хорошо обеспечена, бытовые условия хорошие. Категорически против стационарного наблюдения до родов.

Задания:

6. Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.
7. Дать рекомендации для данной беременной.
8. Рассказать о причинах анемии беременных, методах диагностики, профилактики и лечения.
9. Перечислить возможные лекарственные назначения в связи с данным случаем и выписать рецепты.
10. Манипуляция "Определение гемоглобина крови".

Эталон ответа:

6. Настоящая проблема: снижение гемоглобина. Для беременных это можно считать умеренной анемией, остальные показатели допустимы во время беременности. Потенциальной проблемой может стать более выраженная анемия, гипоксия плода, повышенная кровопотеря в родах и т.д. Женщина – против госпитализации.
7. Необходимо назначить клинический анализ крови для выявления более глубоких изменений, возможно, что анемия является следствием гемодилуции. Дать рекомендации по диете, назначить гемостимулирующие средства. Так как беременная против госпитализации, пока, учитывая хорошие домашние условия и умеренный характер анемии, можно проводить наблюдение и лечение в домашних условиях, воспользоваться возможностью дневного стационара. В случае ухудшения может понадобиться госпитализация.
8. Рассказать о причинах анемии у беременных. Главные – это дефицит железа и белковой пищи, большая потребность в железе у матери и плода. Белковая диета - перечислить продукты. Продукты с повышенным содержанием железа - перечислить. Дать рекомендации по приготовлению и приему пищи. Методы обследования.
9. Примерный вариант: ферроплекс, сорбифер дурулес, фенюльс, фолиевая кислота для приема внутрь, при необходимости, для парентерального применения феррум-лек, витамин В12. Убедить женщину в безопасности для плода при применении этих средств.
10. Выполнение манипуляции.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Критерии оценки решения практических заданий

5 «отлично» - комплексная оценка предложенной ситуации; правильный выбор тактики действий и назначение лекарственных препаратов, четкая, правильная оценка результатов обследования и лечения пациентов; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» - комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при оценке результатов обследования и лечения пациентов, не полное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмом действий;

3 «удовлетворительно» - затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий, в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций;

2 «неудовлетворительно» - неверная оценка ситуации; неправильная выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

ТАБЛИЦА СООТВЕТСТВИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОЦЕНОЧНЫМ СРЕДСТВАМ.

Образовательный результат	Оценочные средства
---------------------------	--------------------

назначения лечения и определения тактики ведения пациента;	№1(2), №3(2), 5(2), №6(2), №7(2), №8(2), №9(2), №10(2), №11(2), №12(2), №13(2), №14(2), №15(2), №16(2), №17(2), №18(2), №19(2), №20(2), №21(2), №22(2), №23(2), №24(2), №25(2).
выполнения и оценки результатов лечебных мероприятий;	№2(2), №3(3), 6(1), №11(1), №12(1), №13(1), №14(1), №15(1), №16(1), №17(1), №18(1), №19(1), №20(1), №21(1), №22(1), №23(1), №24(1), №25(1).
организации специализированного ухода за пациентами при различной патологии с учетом возраста;	№7(2), №8(2), №9(2), №10(2), №11(2), №12(2), №13(2), №14(2), №15(2), №16(2), 19(2), №20(2), №21(2), №22(2), №23(2), №24(2), №25(2).
оказания медицинских услуг в терапии,	№3(3), №4(3), №5(3), №6(3), №17(3), №18(3), №19(3), №22(3), №23(3), №24(3), №25(2).

28. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПМ 03. НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

28.1. МДК.03.01 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Тема: Принципы ведения больных с ОНМК на догоспитальном этапе.

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Этиология и патогенез острых нарушений мозгового кровообращения.

Клиническая картина тяжелого церебрального инсульта.

Дифференциальная диагностика ОНМК.

Нарушения гомеостаза и их коррекция у больных с ОНМК.

Стандарт и алгоритм оказания неотложной помощи пациентам с ОНМК на догоспитальном этапе.

Маршрутизация и транспортировка пациентов с ОНМК.

Оказание неотложной помощи пациентам с отеком мозга.

Оказание неотложной помощи пациентам с внутричерепной гипертензией.

Оказание неотложной помощи пациентам с судорожным синдромом.

Оказание неотложной помощи пациентам с острой дыхательной недостаточности.

Письменная (темы рефератов)

Реперфузионная терапия острых нарушений мозгового кровообращения

Особенности респираторной поддержки в лечении ОНМК

Нейрометаболическая церебропротекция

Тестовые задания

Является ли пневмония ведущим синдромом ОДН при ишемическом инсульте?

А) да*

Б) нет

При увеличении РН свыше 7,45 развивается респираторный и метаболический ацидоз

А) да

Б) нет*

Препаратом выбора для системного тромболитика при ишемическом инсульте является актилизе

А) да*

Б) нет

Показаны ли гипервентиляционные режимы ИВЛ при инсульте?

А) да

Б) нет*

Является ли кома глубиной 8 и более баллов при условии наличия спонтанной гипервентиляции показанием для перевода на ИВЛ?

А) да*

Б) нет

Рекомендовано ли профилактическое назначение антибиотиков при гипертермии

А) да

Б) нет*

В острейшем периоде ишемического инсульта следует не допускать повышения уровня глюкозы выше 6 ммоль/л

Б) нет*

А) да

Показано ли проведение системного тромболитика более чем через 4,5 часа от момента развития инсульта?

- А) да
- Б) нет*

Является ли магнезия первичным нейропротектором?

- А) да*
- Б) нет

Эффективен ли аспирин у больных с ишемическим инсультом

- А) да*
- Б) нет

4. Типовые задачи

Задача №1. Больной Н., 56 лет Заболела остро: появилась двоение в глазах, ослабели правые конечности.

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. Гемодинамика стабильная. АД140/90 ЧСС80 в мин., ритм правильный. ЧДД20 в мин.

В N.S. Глазные щели D>S (птоз слева), Зрачки S<D, расходящееся косоглазие. Глоточные сохранены. Правосторонний гемипарез (46). Рефлексы оживлены D=S, чувствительных нарушений нет, менингеальных знаков нет.

Каков Предварительный клинический диагноз? План обследования и лечения?

Задача №2. Больная П., 69 лет Заболела остро: появилась слабость в левых конечностях, онемение в левых конечностях.

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. Гемодинамика стабильная. АД200/90 ЧСС80 в мин., ритм правильный. ЧДД20 в мин.

В N.S. Глазные щели D=S, Зрачки S=D, глазодвижения полные. Левосторонняя гомонимная гемиопсия. Опущен левый угол рта. Язык девирует влево. Глоточные сохранены. Левосторонний глубокий гемипарез (16). Рефлексы оживлены D>S, Левосторонняя гемигипестезия, с-м Бабинского слева, менингеальных знаков нет.

Предварительный клинический диагноз? План обследования и лечения?

Тема: Принципы ведения больных с гипертоническим кризом на догоспитальном этапе

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Понятие о гипертоническом кризе.

Клинические варианты.

Клиническая картина осложнений.

Оказание помощи при неосложненном гипертоническом кризе.

Оказание неотложной помощи пациентам с гипертоническим кризом, осложненным ОЛЖН.

Письменная (темы рефератов)

Клинические варианты течения гипертонических кризов.

Неосложненный гипертонический криз.

Осложнения гипертонического криза.

Транспортировка и маршрутизация больных с гипертоническими кризами.

Тесты текущего контроля по теме

Выберите один правильный ответ.

1. При гипертоническом кризе АД снижают до:

- а) нормальных цифр,
- б) не снижают,
- в) снижают на 20-25% от исходного уровня,
- г) снижают на 50% от исходного уровня.

2. Осложнения гипертонической болезни:

- а) обморок, коллапс,
- б) ревматизм, порок сердца,
- в) инсульт, инфаркт миокарда,
- г) пневмония, плеврит.

3. К осложнениям гипертонических кризов не относится:

- а) острое нарушение мозгового кровообращения,
- б) острая гипертоническая энцефалопатия с отёком мозга,
- в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром,
- г) миокардит, перикардит.

4. Осложнения гипертонических кризов, при которых наблюдается внезапно возникшая сильная боль в грудной клетке или в животе и спине с частичной иррадиацией в бок и паховые области:

- а) острое нарушение мозгового кровообращения,
- б) острая сердечная недостаточность,
- в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром,
- г) острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты.

5. Резкое повышение АД выше 180/120 мм рт.ст, или до индивидуально высоких величин – это:

- а) гипертонический криз,
- б) артериальная гипертензия,
- в) гипертоническая болезнь,
- г) симптоматическая гипертензия.

6. Ингибиторы АПФ, все кроме:

- а) каптоприл,
- б) эналаприл,
- в) рамиприл,
- г) атенолол.

7. бетта-адреноблокаторы, все кроме:

- а) атенолол,
- б) бипролол,
- в) метопролол,
- г) каптоприл.

8. Блокаторы кальциевых каналов, все кроме:

- а) верапамил,
- б) нифедипин,
- в) кордипин,
- г) атенолол.

9. Гипертонические кризы возможны в стадии:

- а) I,
- б) II,
- в) в любой,
- г) III.

10. Аускультативные данные при гипертоническом кризе:

- а) тоны сердца громкие, акцент второго тона над аортой, возможны застойные хрипы в легких,
- б) тоны сердца глухие, одышка в покое, застойные хрипы в легких,
- в) тоны сердца громкие, акцент первого тона над аортой, возможны застойные хрипы в легких,
- г) тоны ритмичные, в легких хрипов не бывает.

Эталон ответов: 1в, 2в, 3г, 4г, 5а, 6г, 7г, 8г, 9г, 10а.

Вариант 2

Выберите один правильный ответ.

1. Ингибиторы АПФ, все кроме:

- а) каптоприл,
- б) эналаприл,
- в) рамиприл,
- г) атенолол.

2. бетта-адреноблокаторы, все кроме:

- а) атенолол,
- б) бипролол,
- в) метопролол,
- г) каптоприл.

3. Блокаторы кальциевых каналов, все кроме:

- а) верапамил,
- б) нифедипин,
- в) кордипин,
- г) атенолол.

4. Гипертонические кризы возможны в стадии:

- а) I,
- б) II,
- в) в любой,
- г) III.

5. Аускультативные данные при гипертоническом кризе:

- а) тоны сердца громкие, акцент второго тона над аортой, возможны застойные хрипы в легких,
- б) тоны сердца глухие, одышка в покое, застойные хрипы в легких,

- в) тоны сердца громкие, акцент первого тона над аортой, возможны застойные хрипы в легких,
- г) тоны ритмичные, в легких хрипов не бывает.

6. При гипертоническом кризе АД снижают до:

- а) нормальных цифр,
- б) не снижают,
- в) снижают на 20-25% от исходного уровня,
- г) снижают на 50% от исходного уровня.

7. Осложнения гипертонической болезни:

- а) обморок, коллапс,
- б) ревматизм, порок сердца,
- в) инсульт, инфаркт миокарда,
- г) пневмония, плеврит.

8. К осложнениям гипертонических кризов не относится:

- а) острое нарушение мозгового кровообращения,
- б) острая гипертоническая энцефалопатия с отёком мозга,
- в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром,
- г) миокардит, перикардит.

9. Осложнения гипертонических кризов, при которых наблюдается внезапно возникшая сильная боль в грудной клетке или в животе и спине с частичной иррадиацией в бок и паховые области:

- а) острое нарушение мозгового кровообращения,
- б) острая сердечная недостаточность,
- в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром,
- г) острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты.

10. Резкое повышение АД выше 180/120 мм рт.ст, или до индивидуально высоких величин – это:

- а) гипертонический криз,
- б) артериальная гипертензия,
- в) гипертоническая болезнь,
- г) симптоматическая гипертензия.

Эталон ответов: 1г, 2г, 3г, 4г, 5а, 6в, 7в, 8г, 9г, 10а.

3. Типовые задачи

Задача №1.

Больной Н., 64 лет. Жалобы на внезапно возникшие головную боль, сердцебиение, дрожь. Гипертоническая болезнь в течение 5 лет. Последние 3 месяца антигипертензивные препараты принимает не регулярно. АД 220/95 мм рт. ст. Пульс 114 уд/мин. Сопутствующие заболевания - язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, хронический бронхит. Курит до 20 сигарет в день в течение многих лет.

Дополнительные методы исследования.

ЭКГ: синусовая тахикардия.

Ан.крови общий: без патологии. Общий анализ мочи - без патологии. Биохимический анализ крови: калий 3,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л, креатинин 112 мкмоль/л, общий холестерин - 7,4 мкмоль/л.

Вопросы:

Каков тип гипертонического криза?

Тактика лечения?

Показана ли госпитализация в блок интенсивной терапии?

Какие рекомендации следует дать больному после купирования криза?

Ответы.

1-й тип, неосложненный гипертонический криз.

Постепенное снижение АД с помощью таблетированных лекарственных средств. Наблюдение в течение 3-6 часов

Нет

Регулярно принимать предписанные врачом антигипертензивные медикаменты.

Задача №2

Больной К., 62 лет. Жалобы на сильную головную боль, тошноту, рвоту, сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, возникающие как на фоне физической нагрузки, так и в покое, боли снимаются приемом 3-х таблеток нитроглицерина. Гипертоническая болезнь в течении 15 лет. Принимал эналаприл в дозе 10 мг х 2 раза в сутки, однако последние 3 дня не принимал препарата. В течение 5 лет - ИБС, стенокардия ФК 2. АД 180/130 мм рт. ст. Пульс - 78 уд/мин. Сопутствующие заболевания - атеросклероз бедренных артерий. Не курит.

Дополнительные методы исследования.

Ан.крови общий: без патологии. Общий анализ мочи - белок 0,033, сахар - abs, лейкоциты 0-1 в п/зр. В биохимическом анализ крови - АЛТ, АСТ, ЛДГ, МВ-КФК в норме.

ЭКГ без очаговых изменений.

Вопросы:

Каков тип гипертонического криза?

Имеются ли у данного больного осложнения ГК? Если да, то какие?

Показана ли экстренная госпитализация в блок интенсивной терапии? больного?

Какие препараты показаны для лечения ГК?

Какие препараты не рекомендуются для лечения ГК у данного больного?

Ответы.

2-й, осложненный ГК

Да, прогрессирующая стенокардия

3)Да

Нитроглицерин, эсмолол

Гидралазин, нитропруссид, нифедипин

Критерии оценки:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется без беседы по вопросам, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов студенту, имеющему достаточно высокий рейтинг, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	Выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг, если он показывает добросовестное отношение к учебе.

Тема: Принципы ведения больных с нарушениях ритма сердца на догоспитальном этапе.

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Этиология и патогенез нарушений ритма сердца.

Клиническая картина аритмий.

Дифференциальная диагностика аритмий.

Жизне-угрожающие аритмии.

Маршрутизация и транспортировка пациентов с аритмиями.

Оказание помощи при фибрилляции желудочков.

Оказание неотложной помощи пациентам с фибрилляцией предсердий.

Оказание неотложной помощи пациентам с пароксизмальными тахикардиями.

Оказание неотложной помощи пациентам с брадиаритмиями.

Письменная (темы рефератов)

Фибрилляция предсердий

Пароксизмальные тахикардии

Атрио-вентрикулярные и сино-аурикулярные блокады

Тестовые задания

Импульсы в узле Киса-Флака возникают с частотой:

10-15 в мин

20-40 в мин

60-80 в мин

Узел Ашоффа-Тавара является водителем ритма:

I порядка

II порядка

III порядка

Ножки пучка Гиса и волокна Пуркинье «латентными пэйс-мэйкерами»

являются

не являются

Первая фаза реполяризации рабочего миокарда обусловлена выходом ионов:

натрия

калия

кальция

Под эффективным рефрактерным периодом понимается минимальный интервал между двумя стимулами, когда второй стимул:

вызывает потенциал действия

не вызывает потенциал действия

Перерезка n.vagus период десинхронизации возбуждения клеток миокарда:

увеличивает

не изменяет

уменьшает

Блокада α -адренорецепторов период десинхронизации возбуждения клеток миокарда:

увеличивает

не изменяет

уменьшает

Для постстрессорных аритмий характерно:

усиление эктопического автоматизма предсердий

снижение эктопического автоматизма предсердий

При постстрессорных аритмиях наблюдается переход:

от симпатической гиперактивности к парасимпатической

от парасимпатической гиперактивности к симпатической

К аритмиям вследствие нарушения функции возбудимости относится:

диссоциация с интерференцией

пароксизмальная тахикардия

атриовентрикулярный ритм

синусовая брадикардия

Синусовая тахикардия связана с тонусом симпатической нервной системы:

повышенным

пониженным

появление синусовой аритмии у больных в постинфарктном периоде является признаком:

благоприятным

неблагоприятным

Для возникновения аритмий по типу «ре-энтри» необходимо наличие:

одного пути проведения

двух и более путей проведения

Циркуляция импульса по типу «ведущего круга» обусловлена:

анатомическим препятствием

функциональными блоками проведения

Теория «следовых потенциалов» связывает возникновение экстрасистол с:

увеличением амплитуды следовых потенциалов

снижением амплитуды следовых потенциалов

Для купирования приступа пароксизмальной тахикардии необходимо стимулировать:

симпатическую нервную систему

парасимпатическую нервную систему

Основной ЭКГ-признак атриовентрикулярной блокады:

увеличение интервала PQ

уменьшение интервала PQ

При мерцательной аритмии частота сокращения волокон предсердий составляет:

100-120 в мин

140-220 в мин

350-700 в мин

Мерцание желудочков на фоне органических заболеваний сердца является:

первичным

вторичным

При мерцании желудочков частота сердечных сокращений составляет:

до 120 в мин

до 220 в мин

до 800 в мин

ЭКГ-признаком фибрилляции желудочков является:

понижение волн f

удлинение интервала PQ

увеличение амплитуды зубца R

неравномерные интервалы RR

замена нормальных сердечных комплексов волнообразными колебаниями различной формы и амплитуды

Полная диссоциация предсердного и желудочкового ритма возможна при:

- продольной блокаде (ножки пучка Гиса)
- поперечной блокаде пучка Гиса 1 степени
- поперечной блокаде пучка Гиса 2 степени
- поперечной блокаде пучка Гиса 3 степени
- поперечной блокаде пучка Гиса 4 степени

ВАРИАНТ 1

Синусовый узел является водителем ритма:

I порядка

II порядка

III порядка

Импульсы в узле Ашоффа-Тавара вырабатываются с частотой:

10-15 в мин

40-60 в мин

60-80 в мин

При прохождении через атриовентрикулярный узел импульсы из предсердия:

замедляются

ускоряются

Скорость проведения импульса в синусовом узле составляет:

0,02-0,1 м/с

0,1-1 м/с

до 4 м/с

В относительный рефрактерный период потенциал действия может вызывать:

нормальный стимул

усиленный стимул

Раздраженный n.vagus период десинхронизации возбуждения в клетках миокарда:

увеличивает

не изменяет

уменьшает

Блокада β -адренорецепторов период десинхронизации возбуждения в клетках миокарда:

увеличивает

не изменяет

уменьшает

Возникновение постстрессорных аритмий связано:

С гиперактивностью симпатических центров регуляции

С гипоактивностью симпатических центров регуляции

При постстрессорных аритмиях эктопическая активность атриовентрикулярного узла:

усиливается

не меняется

снижается

К аритмиям вследствие нарушения автоматизма не относится

синусовая аритмия

слабость синусового узла

экстрасистолия

идиовентрикулярный ритм

Синусовая брадикардия связана с тонусом парасимпатической нервной системы

повышенным

пониженным

При дыхательной синусовой аритмии частота сердечных сокращений во время вдоха:

увеличивается

не меняется

снижается

Эктопические ритмы – это ритмы, импульсы для которых исходят из очага, расположенного:

в синусовом узле

вне синусового узла

При аритмиях по типу «ре-энтри» продолжительность рефрактерного периода в клетках рабочего миокарда:

увеличена

не изменена

уменьшена

Экстрасистолы возникают при реполяризации отдельных структур миокарда:

одновременной

асинхронной

При пароксизмальной тахикардии частота сердечных сокращений составляет:

100 – 120 в мин

140 – 200 в мин

до 500 в мин

приступы Морганьи-Эдемса-Стокса характерны для:

экстрасистолии

синаурикулярной блокады

атриовентрикулярной блокады

«Предсердная волна f» на ЭКГ характерна для:

синусовой аритмии

пароксизмальной тахикардии

мерцательной аритмии

идиовентрикулярного ритма

Мерцание желудочков при переохладении является:

первичным

вторичным

При трепетании желудочков частота сердечных сокращений составляет:

до 120 в мин

до 220 в мин

до 800 в мин

Экстрасистола, возникающая после каждого двух синусовых сокращений, обозначается как:

синусовая тахикардия

бигеминия

тригеминия

атриовентрикулярная блокада

квадригеминия

Фибрилляцию желудочков сердца может спровоцировать:

гипонатриемия

гипохлоремия

гиперкальциемия

Ответы на тесты «Патофизиология нарушений сердечного ритма. Аритмии»

№ ответа	Варианта №1	Вариант №2
1	1	3
2	2	2
3	1	2
4	1	2
5	2	2
6	3	3
7	1	1
8	1	1
9	1	1
10	3	2
11	1	1
12	3	1
13	2	2
14	1	2
15	2	1
16	2	2
17	3	1
18	3	3
19	1	2
20	3	3
21	2	4
22	2	5

3. Типовые задачи

Задача №1. Больная Н., 56 лет Заболела остро: появились сердцебиение, одышка

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. Одышка в покое 26 в 1 мин. В легких на фоне жесткого дыхания влажные хрипы в нижне-боковых отделах. АД140/90 ЧСС 170 в 1 мин. На ЭКГ – R – R от 0,28 до 0,36 сек. Зубец Р отсутствует. Регистрируются волны ff.

Каков Предварительный клинический д-з? План лечения?

Пароксизм фибрилляции предсердий.

Внутривенно дигоксин 1.0 на 10 мл физ. раствора.

Задача №2. Больная П., 69 лет Заболела остро: появилась боль за грудиной иррадиирующая в шею и левую руку. Внезапно потеряла сознание, были клонические судороги. Дочь вызвала скорую помощь

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. АД 200/500 мм рт. ЧСС 32 в 1 мин., ЧДД20 в мин. На ЭКГ – синусовая брадикардия. Признаки

повреждения нижней стенки.

Каков Предварительный клинический д-з? План лечения?

Атропин 0,1% -1,0 в/в.

Критерии оценки:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется без беседы по вопросам, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов студенту, имеющему достаточно высокий рейтинг, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	Выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг, если он показывает добросовестное отношение к учебе.

Тема: Принципы ведения больных с острой церебральной недостаточностью на догоспитальном этапе.

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Основные патогенетические звенья повреждения головного мозга

Принципы борьбы с отеком мозга при нарушениях сознания

Принципы интенсивной терапии коматозных состояний при сахарном диабете

Принципы ведения больных с комами

Респираторная поддержка при лечении больных в коме

Особенности ведения больных с первичноцеребральными комами

Шкалы оценивающие степень нарушения сознания

Критерии оценки:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется без беседы по вопросам, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов студенту, имеющему достаточно высокий рейтинг, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг, если он показывает добросовестное отношение к учебе.

Письменная (темы рефератов)

«ИВЛ при коме: режимы, параметры, возможные осложнения»

«Нарушение сознания: оценка степени, принципы ведения больных»

«Кома при сахарном диабете: варианты, принципы интенсивной терапии»

Тестовые задания

- Верно ли утверждение, что продуктивными нарушениями сознания являются опероид, оменция и делирий?
А) да*
Б) нет
- Виды ком: первичноцеребральные, вторичноцеребральные.
А) да*
Б) нет
- Главным структурным элементом ЦНС, отвечающим за уровень сознания является ретикулярная формация.
А) да*
Б) нет
- Верно ли утверждение, что нейротрансмиттерная система, активизирующая бодрствование - серотонинэргическая?
А) да
Б) нет*
- Одним из препаратов неотложной помощи при гипогликемической коме является преднизолон в дозе 30 -90 мг?
А) да*
Б) нет

6. Верно ли утверждение, что наиболее часто встречающимся дислокационным синдромом является височно-тенториальное вклинение?
 - А) да*
 - Б) нет
7. Есть ли связь гипергликемической кетоацидотической комы с инъекциями инсулина?
 - А) да
 - Б) нет*
8. Верно ли утверждение, что при снижении рН ниже 7,2 необходим перевод больного на аппаратное дыхание?
 - А) да*
 - Б) нет
9. Методом выбора респираторной поддержки при лечении больных в глубокой коме является ИВЛ в режиме CMV (ACMV)
 - А) да*
 - Б) нет
10. При угнетении сознания ниже 8 баллов больных с первичноцеребральными комами производят ли перевод на ИВЛ
 - А) да*
 - Б) нет
11. Синдром Гертвига-Можанди свидетельствует о поражении каудальных структур мозгового ствола
 - А) да
 - Б) нет*
12. Верно ли утверждение, что для профилактики ИВЛ-ассоциированной пневмонии необходимо превентивное назначение антибиотиков?
 - А) да
 - Б) нет*

Тесты 2 уровня

1. Что относится к непродуктивным нарушениям сознания?
 - А) Кома*
 - Б) Делирий
 - В) Вегетативные нарушения*
 - Г) Оменция
2. Какое количество баллов по шкале Glasgow свидетельствует о коме?
 - А) 10-9 баллов
 - Б) 8-7 баллов*
 - В) менее 6 баллов
3. Что из перечисленного относится к механизмам развития отека мозга?
 - А) Лактоацидоз
 - Б) Асептическое воспаление
 - В) Нарушения трансмембранных процессов
 - Г) Ликвородинамические нарушения
 - Д) Все из перечисленного*
4. Что характерно для гипергликемической кетоацидотической комы?
 - А) Нет связи с инъекцией инсулина
 - Б) Постепенное развитие
 - В) Запах ацетона изо рта
 - Г) Полиурия
 - Д) Все из перечисленного*
5. Какую дозу инсулина необходимо вводить при кетоацидотической коме?
 - А) 1-2 ЕД на 1 ммоль глюкозы выше нормы
 - Б) 3-5 ЕД на 1 ммоль глюкозы выше нормы*
 - В) 7-8 ЕД на 1 ммоль глюкозы выше нормы
6. Какой объем жидкости при коме необходимо вводить в сутки?
 - А) 20-25 мл/кг массы тела
 - Б) 30-35 мл/кг массы тела*
 - В) 40-45 мл/кг массы тела
7. Какой ритм на ЭЭГ характерен для комы II-III ст.
 - А) альфа-ритм
 - Б) бета-ритм
 - В) дельта-ритм*
8. Нейротрансмиттерные системы, угнетающие бодрствование?
 - А) Дофанинергическая
 - Б) холинергическая
 - В) катехоламинергическая
 - Г) ГАМК-ергическая*
9. Предпочтительным подходом при проведении ИВЛ в режиме гипервентиляции является
 - А) Объемная гипервентиляция
 - Б) Частотная гипервентиляция*
 - В) Оба подхода
10. Каковы принципы ведения больных с первичноцеребральными комами
 - А) Ранняя интубация трахеи
 - Б) Перевод на ИВЛ при угнетении сознания ниже 8 баллов

- В) Мониторинг параметров КЩР, ВЭР и газообмена
- Г) Активная борьба с отеком мозга
- Д) Первичная и вторичная нейропротекция
- Е) все перечисленное*

11. Какие подходы являются приоритетными при ведении больного с отеком мозга при ОНМК?

1. Применение осмолитивных препаратов*
2. Применение барбитуратов
3. Гипервентиляция

12. При какой величине осмоляльности плазмы может развиваться гиперосмолярная кома?

1. 340 мосмоль/л
2. 380 мосмоль/л*
3. 350 мосмоль/л

4. Типовые задачи

Больная М., 68 лет, доставлена в отделение реанимации машиной СМП с подозрением на ОНМК

Объективно: кома I, влажные кожные покровы, профузный пот, высокий тонус глазных яблок, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 86 в мин., сатурация кислорода 93 %, мышечная сила в конечностях снижена, повышены сухожильные рефлексы. В анамнеза известно, что больная страдает сахарным диабетом 1 типа. Тактика ведения и ИТ данной пациентки.

-сахар крови cito, инсулинотерапия, контроль и коррекция осмоляльности, газов крови, симптоматическая терапия.

Больная Н. 55 лет, находилась на лечение в эндокринологическом отделении с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа, средней тяжести, декомпенсация.

Состояние больной ухудшилось.

Объективно: сознание угнетено до комы I, кожа бледная, сухая, с выраженным диабетическим румянцем на щеках, слизистые сухие, ярко-красного цвета. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор мягких тканей снижен, мышечный тонус также снижен, рефлексы замедлены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Температура тела понижена, пульс 96 в мин., нитевидный, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Запах ацетона изо рта. В крови - высокий уровень глюкозы. Тактика ведения и ИТ данной пациентки.

-контроль ацетона мочи, инфузионная терапия, инсулинотерапия.

Тема: Принципы ведения больных с острой дыхательной недостаточностью на догоспитальном этапе

Устная (устный опрос)

Задания для практического выполнения:

1. Физиология и патофизиология системы внешнего дыхания
2. Патофизиологические основы острой дыхательной недостаточности
3. Классификация ОДН
4. Вентиляционная ОДН
5. Паренхиматозная ОДН
6. Понятие об искусственной вентиляции легких
7. Режимы и паттерны ИВЛ
8. Показания для перевода на ИВЛ
9. Мониторинг при ИВЛ
10. Осложнения ИВЛ
11. Прекращение ИВЛ

Письменная (темы рефератов)

«Неинвазивная ИВЛ»

«Трудные дыхательные пути»

3. Тестовые задания

В	001	К абсолютным показаниям перевода на ИВЛ относится:
О	А	Уровень сознания (ШКГ) < 8 баллов
О	Б	Бронхорея
О	В	Астматический статус
О	Г	Судорожный приступ
В	002	ИВЛ является продленной при длительности более:
О	А	7 суток
О	Б	6 суток
О	В	8 суток
О	Г	5 суток
В	003	Какие специальные шкалы для оценки респираторного статуса применяются
О	А	CPIS
О	Б	NIH
О	В	SOFA
О	Г	MODS

В	004	Какой режим ИВЛ относится к числу адаптивных
О	А	ASV
О	Б	SIMV
О	В	Spont
О	Г	CMV
В	005	Какой режим ИВЛ относится к числу принудительных
О	А	CMV
О	Б	SIMV
О	В	ASV
О	Г	PSV
В	006	Рекрутмент применяется
О	А	В первую стадию РДСВ
О	Б	Во вторую стадию РДСВ
О	В	В третью стадию РДСВ
О	Г	Во вторую и третью стадию РДСВ
В	007	Инверсия инспираторно-эксираторного соотношения применяется при
О	А	Реализации протокола «поврежденное легкое»
О	Б	Отеке мозга
О	В	Обструктивных состояниях
О	Г	Отлучении от ИВЛ
В	008	Максимальное значение PIP при проведении маневра раскрытия альвеол не должно превышать
О	А	40 см H ₂ O
О	Б	50 смH ₂ o
О	В	15 смH ₂ o
О	Г	20 смH ₂ o
В	009	Абсолютными показаниями для перевода на ИВЛ являются, все кроме:
О	А	Бронхорея
О	Б	Апноэ или тяжелые нарушения ритма дыхания
О	В	SpO ₂ < 90%
О	Г	PaO ₂ < 60 мм. Hg
О	Д	Выраженные нарушения сознания (сопор, кома)
В	010	На какой уровень гипокпапнии следует ориентироваться для купирования внутричерепной гипертензии при гипервентиляции
О	А	25 - 28 мм.рт.ст.
О	Б	30 – 35 мм.рт.ст.
О	В	Менее 24 мм.рт.ст.
О	Г	Более 35 мм.рт. Ст.
В	011	Какие алгоритмы (режимы) ИВЛ применяются при отмене респираторной поддержки:
О	А	SIMV и SBT-тест
О	Б	IMV
О	В	CMV-PC
О	Г	CMV-VC
В	012	Фракция шунта – это:
О	А	Qs/Qt
О	Б	Petco ₂
О	В	PaO ₂ /fio ₂
О	Г	AaDO ₂
В	013	Индекс оксигенации – это
О	А	PaO ₂ /fio ₂
О	Б	Sao ₂
О	В	Qs/Qt
О	Г	AaDO ₂
В	014	Норма альвеолярно-артериальной разницы по кислороду составляет
О	А	10-20 мм рт.ст.
О	Б	Выше 20 мм рт.ст.

О	В	Ниже 10 мм рт.ст.
О	Г	20-30 мм рт. Ст
В	015	Наиболее частым осложнением ИВЛ является
О	А	Вентилятор – ассоциированная пневмония
О	Б	ТЭЛА
О	В	Баротравма
О	Г	Волюмотравма
В	016	Осложнение в ходе ИВЛ, при котором происходит разрыв тканей легких или бронхов это
О	А	Баротравма
О	Б	Волюмотравма
О	В	Ателектотравма
О	Г	Биотравма
В	017	Норма индекса оксигенации
О	А	Выше 350
О	Б	100-200
О	В	Выше 450
О	Г	Выше 300
В	018	Норма фракции шунта
О	А	0,1
О	Б	1,0
О	В	0,5
О	Г	0,2
В	019	Протокол ИВЛ «поврежденное легкое» предполагает вентиляцию с ДО
О	А	5-6 мл/кг
О	Б	10-12 мл/кг
О	В	7-8 мл/кг
О	Г	9-10 мл/кг
В	020	При рекрутменте значение РЕЕР выставляется
О	А	На 2 см H2O выше уровня, при котором регистрировалось снижение spo2
О	Б	На 4 см H2O выше уровня, при котором регистрировалось снижение spo2
О	В	На 1 см H2O выше уровня, при котором регистрировалось снижение spo2
О	Г	На уровне, при котором регистрировалось снижение spo2
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
ЗУ		Больная Н., 23 года. С детства страдает эпилепсией после перенесенного в раннем возрасте менингоэнцефалита. Последние 2 года отмечает учащение эпилептических припадков. 12 часов назад появились тонико-клонические припадки, которые постепенно учащались, была госпитализирована. При поступлении: без сознания, тонико-клонические припадки длительностью до 40-60 секунд повторяются каждые 4-5 минут. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Корнеальные рефлексы вялые, мышечная атония, арефлексия. Цианоз кожных покровов, дыхание поверхностное, тоны сердца приглушены, пульс до 140 в минуту, аритмичный, АД 80/50 мм. рт. ст.
1В		Какова классификация эпилептического статуса по длительности?
Э		- предстатус (0-9 мин с момента начала приступов); - начальный (10-30 мин); - развернутый (31-60 мин); - рефрактерный (свыше 60 мин).
Р2		Полный и верный ответ
Р1		Частично верный ответ
Р0		Неверный ответ
2В		Какова интенсивная терапия?
Э		Необходимо - интубирование пациента с переводом на искусственную вентиляцию легких (СМV); - барбитуровый наркоз: введение тиопентала натрия (в 1 мл 2,5% раствора 25 мг) в/в в средней дозировке 100-250 мг в течение 20 с. При отсутствии эффекта - дополнительное введение препарата в дозе 50 мг в/в каждые 3 мин до полного купирования приступов. Далее переход на поддерживающую дозу - в среднем 3-5 мг/кг в/в каждый час (необходим постоянный мониторинг уровня препарата в крови). Суммарная доза препарата не должна превышать 1 г. Продолжительность барбитурового наркоза обычно составляет 12-24 ч. - преднизолон 2-4 мг/кг - мониторинг и коррекция параметров гомеостаза

P2		Полный и верный ответ
P1		Частично верный ответ
P0		Неверный ответ
ЗВ		Перечислить основные звенья патогенеза эпилептического статуса?
Э		1.Отк головного мозга 2.Гипоксия, гипоксемия 3.Респираторный ацидоз 4.ОДН 5.Синдром полиорганной недостаточности
P2		Ответ полностью соответствует эталону.
P1		Ответ неполный. Указаны не все звенья патогенеза.
P0		Ответ неверный.

Тема: Интенсивная терапия больным бронхиальной астмой и ХОБЛ на догоспитальном этапе

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Понятие о бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)

Клиническая картина бронхиальной астмы и ХОБЛ.

Современные подходы к лечению этих состояний на догоспитальном этапе.

Показания к госпитализации больных.

Письменная (темы рефератов)

Клиническая картина бронхиальной астмы и ХОБЛ.

Понятие о бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)

Тестовые задания

Цель исследования мочи по Нечипоренко:

Определение функционального состояния почек

Определение суточного диуреза

Определение микрофлоры мочи

Определение количества форменных элементов осадка мочи

Протеинурия- это наличие в моче:

Лейкоцитов

Эритроцитов

Сахара

Белка

Нормальное АД составляет:

систолическое 100-140 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст

систолическое 100-60 мм. рт. ст, диастолическое 80-50 мм.рт.ст

систолическое 140-180 мм. рт. ст, диастолическое 90-100 мм.рт.ст

систолическое 100-145 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст

Какие лечебные мероприятия целесообразно проводить при отравлении этиловым спиртом?

Промывание желудка

Форсированный диурез

Проведение гемодиализа

Проведение гемосорбции

Симптом почечной колики:

Недержание мочи

Полиурия

Острая боль в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника

Задержка стула и газов

Доврачебная помощь при приступе удушья:

Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами

Дать таблетку нитроглицерина под язык

Начать оксигенотерапию

Ввести жаропонижающие средства

Признаки легочного кровотечения:

Кровь тёмная сгустками типа "кофейной гущи "

Мокрота с прожилками крови

Выделение крови с рвотой

Розовая пенная мокрота

Электрокардиография -это:

Исследование сердца при помощи ультра звука
Графическая запись звуков, возникающих при работе сердца
Графическая запись электрических явлений, возникающих при работе сердца
Выслушивание сердца при помощи фонендоскопа

Показания к постановке сифонной клизмы:

Отравления, запоры, подозрение на кишечную непроходимость
Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
Кровотечения из ЖКТ , перед инструментальными исследованиями
Отравления, язвенные процессы толстой кишки

Особенности подготовки пациентов к УЗИ почек и мочевого пузыря:
Очистительные клизмы накануне вечером и утром перед исследованием
Водная нагрузка перед исследованием
Обязательный приём активированного угля и ферментных препаратов
Психологическая подготовка

Цель исследования общего анализ мочи:

Общее количество мочи, относительная плотность и микроскопия
Определение функционального состояния почек
Определение форменных элементов крови
Определение физических, химических свойств мочи и микроскопия

Показанием к катетеризации мочевого пузыря является:

Появление отеков
Недержание мочи
Задержка мочеиспускания, вызванная травмой мочеиспускательного канала
Острая задержка мочи более 6-ти часов

Неотложная помощь при приступе почечной колики:

Тепло на поясничную область, "сидячие" горячие ванны, баралгин, наркотики в/в
Холод на поясничную область, антибиотики в/м
Холод, голод, покой, кровоостанавливающие средства в/в
Холод, голод, покой, баралгин, наркотики, контрикал, дезинтоксикационная терапия в/в

У пациента, на второй день после операции по поводу острого аппендицита возникла проблема "метеоризм". Независимые сестринские вмешательства:

Проведение массажа живота
Дать грелку на живот
Ввести газоотводную трубку
Ввести но-шпу в/м

С каких мероприятий целесообразно начинать борьбу с запорами у лиц пожилого и старческого возраста?

Прием растительных слабительных
Прием солевых слабительных
Постановка очистительных клизм
Введение в рацион питания овощей и фруктов

Предметы ухода при недержании мочи:

Мочеприёмник и резиновый катетер
Грелка, резиновое судно
Грушевидный баллон или шприц Жане
Мочеприёмник, резиновое судно, памперсы

Независимое сестринское вмешательство при сердечной астме:

Придать положение с приподнятым ножным концом
Наложить венозные жгуты на конечности
Поставить горчичники на грудную клетку
Обложить грелками

Метеоризм - это

Задержка стула более 48 часов
Частый жидкий стул
Патологическое газообразование в кишечнике
Спастические боли в кишечнике

Показания к постановке очистительной клизмы:

Отравления, запоры, предоперационный период
Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
Кровотечения из ЖКТ , перед инструментальными исследованиями
Отравления, язвенные процессы толстой кишки
Запоры, послеоперационный период на ЖКТ

4. Типовые задачи

ЗАДАЧА № 1

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь

крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 40,0 С с ознобом, к утру упала до 36,0 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продemonстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;

кашель со зловонной мокротой;

беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,

связанное с развитием осложнений,

кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

ЗАДАЧА № 2

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продemonстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;

слабость;

плохой сон;

беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;

риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

Тема: Интенсивная терапия больным бронхиальной астмой и ХОБЛ на догоспитальном этапе

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Понятие о бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)

Клиническая картина бронхиальной астмы и ХОБЛ.

Современные подходы к лечению этих состояний на догоспитальном этапе.

Показания к госпитализации больных.

Письменная (темы рефератов)

Клиническая картина бронхиальной астмы и ХОБЛ.

Понятие о бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)

Тестовые задания

Цель исследования мочи по Нечипоренко:

Определение функционального состояния почек

Определение суточного диуреза

Определение микрофлоры мочи

Определение количества форменных элементов осадка мочи

Протеинурия- это наличие в моче:

Лейкоцитов

Эритроцитов

Сахара

Белка

Нормальное АД составляет:

систолическое 100-140 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст

систолическое 100-60 мм. рт. ст, диастолическое 80-50 мм.рт.ст

систолическое 140-180 мм. рт. ст, диастолическое 90-100 мм.рт.ст

систолическое 100-145 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст

Какие лечебные мероприятия целесообразно проводить при отравлении этиловым спиртом?

Промывание желудка

Форсированный диурез

Проведение гемодиализа

Проведение гемосорбции

Симптом почечной колики:

Недержание мочи

Полиурия

Острая боль в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника

Задержка стула и газов

Доврачебная помощь при приступе удушья:

Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами

Дать таблетку нитроглицерина под язык
Начать оксигенотерапию
Ввести жаропонижающие средства

Признаки легочного кровотечения:
Кровь тёмная сгустками типа "кофейной гущи"
Мокрота с прожилками крови
Выделение крови с рвотой
Розовая пенная мокрота

Электрокардиография -это:
Исследование сердца при помощи ультра звука
Графическая запись звуков, возникающих при работе сердца
Графическая запись электрических явлений, возникающих при работе сердца
Выслушивание сердца при помощи фонендоскопа

Показания к постановке сифонной клизмы:
Отравления, запоры, подозрение на кишечную непроходимость
Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
Кровотечения из ЖКТ, перед инструментальными исследованиями
Отравления, язвенные процессы толстой кишки

Особенности подготовки пациентов к УЗИ почек и мочевого пузыря:
Очистительные клизмы накануне вечером и утром перед исследованием
Водная нагрузка перед исследованием
Обязательный приём активированного угля и ферментных препаратов
Психологическая подготовка

Цель исследования общего анализ мочи:
Общее количество мочи, относительная плотность и микроскопия
Определение функционального состояния почек
Определение форменных элементов крови
Определение физических, химических свойств мочи и микроскопия

Показанием к катетеризации мочевого пузыря является:
Появление отеков
Недержание мочи
Задержка мочеиспускания, вызванная травмой мочеиспускательного канала
Острая задержка мочи более 6-ти часов

Неотложная помощь при приступе почечной колики:
Тепло на поясничную область, "сидячие" горячие ванны, баралгин, наркотики в/в
Холод на поясничную область, антибиотики в/м
Холод, голод, покой, кровоостанавливающие средства в/в
Холод, голод, покой, баралгин, наркотики, контрикал, дезинтоксикационная терапия в/в

У пациента, на второй день после операции по поводу острого аппендицита возникла проблема "метеоризм". Независимые сестринские вмешательства:
Проведение массажа живота
Дать грелку на живот
Ввести газоотводную трубку
Ввести но-шпу в/м

С каких мероприятий целесообразно начинать борьбу с запорами у лиц пожилого и старческого возраста?
Прием растительных слабительных
Прием солевых слабительных
Постановка очистительных клизм
Введение в рацион питания овощей и фруктов

Предметы ухода при недержании мочи:
Мочеприёмник и резиновый катетер
Грелка, резиновое судно
Грушевидный баллон или шприц Жане
Мочеприёмник, резиновое судно, памперсы

Независимое сестринское вмешательство при сердечной астме:
Придать положение с приподнятым ножным концом
Наложить венозные жгуты на конечности
Поставить горчичники на грудную клетку
Обложить грелками

Метеоризм - это
Задержка стула более 48 часов
Частый жидкий стул
Патологическое газообразование в кишечнике
Спастические боли в кишечнике

Показания к постановке очистительной клизмы:
Отравления, запоры, предоперационный период
Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры

Кровотечения из ЖКТ, перед инструментальными исследованиями
Отравления, язвенные процессы толстой кишки
Запоры, послеоперационный период на ЖКТ

4. Типовые задачи

ЗАДАЧА № 1

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 40,0 С с ознобом, к утру упала до 36,0 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продemonстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;

кашель со зловонной мокротой;

беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,

связанное с развитием осложнений,

кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

ЗАДАЧА № 2

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продemonстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;
лихорадка;
неприятные ощущения в области сердца;
снижение аппетита;
слабость;
плохой сон;
беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;
риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

Тема: Постреанимационная болезнь.

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Задания для практического выполнения:

1. Понятие о постреанимационной болезни.
2. Патогенетические особенности постреанимационной болезни.
3. Стадии постреанимационной болезни.
4. Неотложная помощь при постреанимационной болезни.
5. Основы лечения СПОН при постреанимационной болезни.
6. Прогноз постреанимационной болезни. Факторы, влияющие на исход.
7. Апатический синдром.

Письменная (темы рефератов)

«Особенности метаболизма ЦНС при ПРБ»

«Хроническое вегетативное состояние»

3. Тестовые задания

В	01	Четвертая стадия постреанимационной болезни характеризуется развитием
О	А	Сепсиса
О	Б	Синдрома полиорганной недостаточности
О	В	Острой церебральной недостаточности
О	Г	Острой почечной недостаточности
В	02	Для оценки тяжести СПОН и прогноза целесообразно пользоваться следующими шкалами
О	А	SOFA, MODS II
О	Б	NIH, Orgазозо, Скандинавская,
О	В	NIH, Orgазозо, Скандинавская
О	Г	NIH, Orgазозо, Скандинавская, ШКГ
В	03	Третья стадия постреанимационной болезни характеризуется развитием
О	А	Синдрома полиорганной недостаточности
О	Б	Сепсиса
О	В	Острой церебральной недостаточности
О	Г	Острой почечной недостаточности
В	04	К числу патогенетических механизмов при постреанимационной болезни относят
О	А	Реперфузионное повреждение
О	Б	Асептическое воспаление
О	В	Ишемию
О	Г	Эксайтотоксичность

В	05	Прогноз сердечно-легочной реанимации зависит от
О	А	Все вышеперечисленное
О	Б	Времени до начала реанимационных мероприятий
О	В	Температуры окружающей среды
О	Г	Вида остановки кровообращения
В	06	К исходам постреанимационной болезни относят
О	А	Все вышеперечисленное
О	Б	Синдром малого сознания
О	В	Постгипоксическая энцефалопатия
О	Г	Хроническое вегетативное состояние
В	07	Данное состояние не относится к числу терминальных
О	А	Постреанимационная болезнь
О	Б	Предагония
О	В	Агония
О	Г	Клиническая смерть
В	08	У пациента на ЭКГ диагностирована фибрилляция желудочков. Первоочередным терапевтическим мероприятием должно быть
О	А	Электрическая дефибрилляция
О	Б	Введение адреналина
О	В	Введение хлорида кальция
О	Г	Введение атропина
В	09	Четвертая стадия постреанимационной болезни характеризуется развитием
О	А	Сепсиса
О	Б	Синдрома полиорганной недостаточности
О	В	Острой церебральной недостаточности
О	Г	Острой почечной недостаточности
В	010	Для оценки тяжести СПОН и прогноза целесообразно пользоваться следующими шкалами
О	А	SOFA, MODS II
О	Б	NIH, Orgазого, Скандинавская,
О	В	NIH, Orgазого, Скандинавская
О	Г	NIH, Orgазого, Скандинавская, ШКТ
В	011	Третья стадия постреанимационной болезни характеризуется развитием
О	А	Синдрома полиорганной недостаточности
О	Б	Сепсиса
О	В	Острой церебральной недостаточности
О	Г	Острой почечной недостаточности
В	012	К числу патогенетических механизмов при постреанимационной болезни относят
О	А	Реперфузионное повреждение
О	Б	Асептическое воспаление
О	В	Ишемию
О	Г	Эксайтотоксичность
В	013	Прогноз сердечно-легочной реанимации зависит от
О	А	Все вышеперечисленное
О	Б	Времени до начала реанимационных мероприятий
О	В	Температуры окружающей среды
О	Г	Вида остановки кровообращения

4. Типовые задачи

И	5	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
ЗУ		<p>Больной П., 38 лет, находился 4-е сутки в отделении реанимации и интенсивной терапии с диагнозом острая постгипоксическая энцефалопатия.</p> <p>На вторые сутки развилась остановка дыхания и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия были эффективны</p> <p>Анамнез известен неполно. Был госпитализирован с явлениями тяжелой гипоксии и печеночной и церебральной недостаточности.</p> <p>Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Кома I ст. Кожные покровы желтушные, сухие. Единичные экхимозы.</p> <p>Дыхание аппаратное жесткое, множество влажных хрипов по всем полям. Параметры респираторной поддержки: SIMV-VC с ЧДД – 16 в мин, ДО 460 мл., РЕЕР 4см вод ст. FiO2 0,35. АД=110/70 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС – 115 в мин, пульс удовлетворительного наполнения. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания. Печень</p>

		на 2 см ниже края правой реберной дуги. Диурез 15 мл/ч. Отеки периферические. На ЭКГ синусовая тахикардия. Нарушение процессов реполяризации боковой стенки ЛЖ. На обзорной рентгенограмме легких усилен легочный рисунок. В анализах крови: лейкоциты – 16,5 * 10 ⁹ ,сдвига лейкоформулы нет.; эритроциты 3,0*10 ¹² ; СОЭ – 35 мм/ч; РаО ₂ – 70 мм рт. ст.; SaO ₂ – 93 %; Ра СО ₂ – 45 мм рт.ст.; ЦВД 140 мм вод. ст.; Гемоглобин 100 г/л. Гематокрит 25 %. Креатинин 180 ммоль/л. Общий белок 54г/л, альбумины 29 г/л., билирубин 110 мкмоль/л., АсАТ 650, АлАТ 1020, МНО-1,9, АЧТВ 45.
1В		Чем определяется тяжесть состояния пациента?
Э		Тяжесть состояния пациента определяется явлениями полиорганной недостаточности приведшими к остановке кровообращения.
Р2		Ответ правильный с анализом клинической картины
Р1		Ответ правильный, анализ клинической картины и проблем недостаточный
Р0		Ответ неправильный
2В		Какие направления интенсивной терапии необходимо проводить?
Э		Проведение ЛСР
Р2		Ответ правильный и полный
Р1		Ответ правильный, но неполный
Р0		Ответ неправильный
3В		Прогноз развития ситуации
Э		Прогноз серьезный или неблагоприятный. Если не будут решены проблемы СПОН, состояние будет прогрессивно ухудшаться. Высокий риск присоединения госпитальной инфекции и развития сепсиса в постреанимационный период.
Р2		Ответ правильный и полный
Р1		Ответ правильный, но неполный
Р0		Ответ неправильный

Тема: Понятие о неотложных, критических, терминальных состояниях.

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Задания для практического выполнения:

1. Понятие о неотложных и критических состояниях на догоспитальном этапе.
2. Терминальные состояния.
3. Особенности патофизиологии и метаболизма при умирании.
4. Агония, предагония, терминальная пауза.
5. Клиническая смерть.
6. Формы остановки кровообращения.

Письменная (темы рефератов)

«Особенности метаболизма ЦНС при терминальных состояниях»

«Смерть мозга»

3.Тестовые задания

В	001	К терминальным состояниям не относятся
О	А	Кома
О	Б	Клиническая смерть
О	В	Агония
О	Г	Терминальная пауза
В	002	Как чередуют искусственная вентиляция легких и непрямой массаж сердца, если помощь оказывают два человека
О	А	30 компрессий – 2 вдоха
О	Б	2 вдоха -15 компрессий
О	В	1 вдох - 5 компрессий
О	Г	2 вдоха - 4 - 5 компрессии
В	003	К формам остановки кровообращения относится все, кроме
О	А	Фибрилляция предсердий
О	Б	Фибрилляция желудочков
О	В	Полная а/в блокада
О	Г	Электро-механическая диссоциация
В	004	На какое время допустимо прерывать непрямой массаж сердца
О	А	Не более чем на 10 секунд
О	Б	Не более чем на 20 секунд
О	В	Не более чем на 30 секунд
О	Г	Не более чем на 60 секунд
В	002	Если больной заинтубирован, каково соотношение компрессий и вдохов
О	А	Вдохи и компрессии не синхронизируются

О	Б	30 компрессий – 2 вдоха
О	В	2 вдоха – 15 компрессий
О	Г	1 вдох – 5 компрессий
В	005	С какой частотой проверяется эффективность реанимационных мероприятий
О	А	Не чаще чем через 2 минуты
О	Б	Не чаще чем через 5 минут
О	В	Не чаще чем через 10 минут
О	Г	Ежеминутно
В	006	Какой мощности разряд используется при дефибриляции
О	А	Максимально возможный для имеющегося дефибриллятора
О	Б	200 Дж
О	В	300 Дж
О	Г	200 Дж – 200 Дж -360 Дж
В	007	Максимальная доза адреналина во время реанимации
О	А	Не ограничена
О	Б	3 – 5 мг
О	В	5 – 10 мг
О	Г	10 – 15 мг
В	008	Максимальная доза атропина во время реанимации
О	А	3 мг
О	Б	5 – 10 мг
О	В	10 – 15 мг
О	Г	Не ограничена
В	009	Глубина компрессий при непрямом массаже сердца у взрослых
О	А	5 – 6 см
О	Б	3 – 4 см
О	В	7 – 8 см
О	Г	1/3 от размера грудной клетки
В	010	Доза лидокаина при некупирующейся фибрилляции желудочков
О	А	1 мг на килограмм веса
О	Б	2 – 3 мг на килограмм веса
О	В	5 – 10 мг на килограмм веса
О	Г	15 – 20 мг
В	011	Доза кордарона при некупирующейся фибрилляции желудочков
О	А	300 мг
О	Б	600 мг
О	В	900 мг
О	Г	1200 мг
В	012	Когда показано проведение дефибриляции
О	А	При фибрилляции желудочков и пароксизмальной желудочковой тахикардии
О	Б	При фибрилляции предсердий
О	В	При асистолии
О	Г	При электромеханической диссоциации и идиовентрикулярном ритме
В	013	Какие действия недопустимы при проведении реанимационных мероприятий
О	А	Трахеостомия
О	Б	Коникостомия
О	В	Пункция центральных вен
О	Г	Внутрисердечное введение адреналина
В	014	Каков объем вдоха при ИВЛ при проведении реанимации
О	А	400 – 600 мл
О	Б	700 – 800 мл
О	В	900 – 1000 мл
О	Г	1 - 2 л

4. Типовые задачи

И	5	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
ЗУ		Больной Р., 28 лет, находился 4-е сутки в отделении реанимации и интенсивной терапии в связи с отравлением неизвестным ядом в составе курительных смесей. Анамнез известен неполно. Был госпитализирован с явлениями тяжелой гипоксии и печеночной и церебральной

		<p>недостаточности. Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Кома I ст. Кожные покровы желтушные, сухие. Единичные экхимозы. Дыхание аппаратное жесткое, множество влажных хрипов по всем полям. Параметры респираторной поддержки: SIMV-VC с ЧДД – 16 в мин, ДО 460 мл., РЕЕР 4см вод ст. FiO2 0,35. АД=110/70 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС – 115 в мин, пульс удовлетворительного наполнения. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания. Печень на 2 см ниже края правой реберной дуги. Диурез 15 мл/ч. Отеки периферические. На ЭКГ синусовая тахикардия. Нарушение процессов реполяризации боковой стенки ЛЖ. На обзорной рентгенограмме легких усилен легочный рисунок. В анализах крови: лейкоциты – 16,5 * 10⁹ ,сдвига лейкоформулы нет,; эритроциты 3,0*10¹²; СОЭ – 35 мм/ч; РаО₂ – 70 мм рт. ст.; SaO₂ – 93 %; Ра CO₂ – 45 мм рт.ст.; ЦВД 140 мм вод. ст.; Гемоглобин 100 г/л. Гематокрит 25 %. Креатинин 180 ммоль/л. Общий белок 54г/л, альбумины 29 г/л., билирубин 110 мкмоль/л., АсАТ 650, АлАТ 1020, МНО-1,9, АСТВ 45. Произошла остановка кровообращения.</p>
1В		Чем определяется тяжесть состояния пациента?
Э		Тяжесть состояния пациента определяется явлениями полиорганной недостаточности приведшими к остановке кровообращения.
Р2		Ответ правильный с анализом клинической картины
Р1		Ответ правильный, анализ клинической картины и проблем недостаточный
Р0		Ответ неправильный
2В		Какие направления интенсивной терапии необходимо проводить?
Э		Проведение ЛСР
Р2		Ответ правильный и полный
Р1		Ответ правильный, но неполный
Р0		Ответ неправильный
3В		Прогноз развития ситуации
Э		Прогноз серьезный или неблагоприятный. Если не будут решены проблемы СПОН, состояние будет прогрессивно ухудшаться. Высокий риск присоединения госпитальной инфекции и развития сепсиса в постреанимационный период.
Р2		Ответ правильный и полный
Р1		Ответ правильный, но неполный
Р0		Ответ неправильный

Тема: Шок. Понятие, виды. Интенсивная терапия на догоспитальном этапе.
Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Понятие о шоке. Этиология. Патогенез.

Клиническая картина травматического шока.

Клиническая картина геморрагического шока.

Клиническая картина септического шока.

Клинические синдромы: гиповолемия, коагулопатия.

Нарушение гомеостаза у пациентов с шоком. Коррекция гомеостаза.

Неотложная помощь пациентам с гиповолемией, коагулопатией

Стандарты и алгоритмы оказания неотложной помощи пациентам в состоянии различных видов шока.

Интенсивная терапия шока на догоспитальном этапе

Письменная (темы рефератов)

Геморрагический шок. Клиника. Интенсивная терапия.

Травматический шок. Клиника. Интенсивная терапия.

Анафилактический шок. Клиника. Интенсивная терапия.

Септический шок. Клиника. Интенсивная терапия.

Тестовые задания

Цель исследования мочи по Нечипоренко:

Определение функционального состояния почек

Определение суточного диуреза

Определение микрофлоры мочи

Определение количества форменных элементов осадка мочи

Протеинурия- это наличие в моче:

Лейкоцитов

Эритроцитов

Сахара

Белка

Нормальное АД составляет:

систолическое 100-140 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст

систолическое 100-60 мм. рт. ст, диастолическое 80-50 мм.рт.ст

систолическое 140-180 мм. рт. ст, диастолическое 90-100 мм.рт.ст
систолическое 100-145 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст

Какие лечебные мероприятия целесообразно проводить при отравлении этиловым спиртом?

Промывание желудка
Форсированный диурез
Проведение гемодиализа
Проведение гемосорбции

Симптом почечной колики:

Недержание мочи
Полиурия
Острая боль в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника
Задержка стула и газов

Доврачебная помощь при приступе удушья:

Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами
Дать таблетку нитроглицерина под язык
Начать оксигенотерапию
Ввести жаропонижающие средства

Признаки легочного кровотечения:

Кровь тёмная сгустками типа "кофейной гущи "
Мокрота с прожилками крови
Выделение крови с рвотой
Розовая пенная мокрота

Электрокардиография -это:

Исследование сердца при помощи ультра звука
Графическая запись звуков, возникающих при работе сердца
Графическая запись электрических явлений, возникающих при работе сердца
Выслушивание сердца при помощи фонендоскопа

Показания к постановке сифонной клизмы:

Отравления, запоры, подозрение на кишечную непроходимость
Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
Кровотечения из ЖКТ , перед инструментальными исследованиями
Отравления, язвенные процессы толстой кишки

Особенности подготовки пациентов к УЗИ почек и мочевого пузыря:

Очистительные клизмы накануне вечером и утром перед исследованием
Водная нагрузка перед исследованием
Обязательный приём активированного угля и ферментных препаратов
Психологическая подготовка

Цель исследования общего анализ мочи:

Общее количество мочи, относительная плотность и микроскопия
Определение функционального состояния почек
Определение форменных элементов крови
Определение физических, химических свойств мочи и микроскопия

Показанием к катетеризации мочевого пузыря является:

Появление отеков
Недержание мочи
Задержка мочеиспускания, вызванная травмой мочеиспускательного канала
Острая задержка мочи более 6-ти часов

Неотложная помощь при приступе почечной колики:

Тепло на поясничную область, "сидячие" горячие ванны, баралгин, наркотики в/в
Холод на поясничную область, антибиотики в/м
Холод, голод, покой, кровоостанавливающие средства в/в
Холод, голод, покой, баралгин, наркотики, контрикал, дезинтоксикационная терапия в/в

У пациента, на второй день после операции по поводу острого аппендицита возникла проблема "метеоризм". Независимые сестринские вмешательства:

Проведение массажа живота
Дать грелку на живот
Ввести газоотводную трубку
Ввести но-шпу в/м

С каких мероприятий целесообразно начинать борьбу с запорами у лиц пожилого и старческого возраста?

Прием растительных слабительных
Прием солевых слабительных
Постановка очистительных клизм
Введение в рацион питания овощей и фруктов

Предметы ухода при недержании мочи:

Мочеприёмник и резиновый катетер
Грелка, резиновое судно
Грушевидный баллон или шприц Жане

Мочеприёмник, резиновое судно, памперсы

Независимое сестринское вмешательство при сердечной астме:

- Придать положение с приподнятым ножным концом
- Наложить венозные жгуты на конечности
- Поставить горчичники на грудную клетку
- Обложить грелками

Метеоризм - это

Задержка стула более 48 часов

Частый жидкий стул

Патологическое газообразование в кишечнике

Спастические боли в кишечнике

Показания к постановке очистительной клизмы:

- Отравления, запоры, предоперационный период
- Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
- Кровотечения из ЖКТ, перед инструментальными исследованиями
- Отравления, язвенные процессы толстой кишки
- Запоры, послеоперационный период на ЖКТ

4. Типовые задачи

ЗАДАЧА № 1

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 40⁰ С с ознобом, к утру упала до 36⁰ С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;

кашель со зловонной мокротой;

беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,

связанное с развитием осложнений,

кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

ЗАДАЧА № 2

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;

слабость;

плохой сон;

беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;

риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

Тема: Основы инфузионной терапии на догоспитальном этапе.

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Понятие о инфузионной терапии на догоспитальном этапе;

Инфузионная терапия – как основа инфузионной терапии;

Принципы и средства инфузионной терапии;

Кристаллоидные растворы;

Коллоидные растворы;

Осложнения инфузионной терапии

Письменная (темы рефератов)

Кристаллоидные кровезаменители

Коллоидные кровезаменители

Тестовые задания

Цель исследования мочи по Нечипоренко:

Определение функционального состояния почек

Определение суточного диуреза

Определение микрофлоры мочи

Определение количества форменных элементов осадка мочи

Протеинурия- это наличие в моче:

Лейкоцитов
Эритроцитов
Сахара
Белка

Нормальное АД составляет:

систолическое 100-140 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст
систолическое 100-60 мм. рт. ст, диастолическое 80-50 мм.рт.ст
систолическое 140-180 мм. рт. ст, диастолическое 90-100 мм.рт.ст
систолическое 100-145 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст

Какие лечебные мероприятия целесообразно проводить при отравлении этиловым спиртом?

Промывание желудка
Форсированный диурез
Проведение гемодиализа
Проведение гемосорбции

Симптом почечной колики:

Недержание мочи
Полиурия
Острая боль в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника
Задержка стула и газов

Доврачебная помощь при приступе удушья:

Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами
Дать таблетку нитроглицерина под язык
Начать кислородотерапию
Ввести жаропонижающие средства

Признаки легочного кровотечения:

Кровь тёмная сгустками типа "кофейной гущи "
Мокрота с прожилками крови
Выделение крови с рвотой
Розовая пеннистая мокрота

Электрокардиография -это:

Исследование сердца при помощи ультра звука
Графическая запись звуков, возникающих при работе сердца
Графическая запись электрических явлений, возникающих при работе сердца
Выслушивание сердца при помощи фонендоскопа

Показания к постановке сифонной клизмы:

Отравления, запоры, подозрение на кишечную непроходимость
Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
Кровотечения из ЖКТ , перед инструментальными исследованиями
Отравления, язвенные процессы толстой кишки

Особенности подготовки пациентов к УЗИ почек и мочевого пузыря:

Очистительные клизмы накануне вечером и утром перед исследованием
Водная нагрузка перед исследованием
Обязательный приём активированного угля и ферментных препаратов
Психологическая подготовка

Цель исследования общего анализ мочи:

Общее количество мочи, относительная плотность и микроскопия
Определение функционального состояния почек
Определение форменных элементов крови
Определение физических, химических свойств мочи и микроскопия

Показанием к катетеризации мочевого пузыря является:

Появление отеков
Недержание мочи
Задержка мочеиспускания, вызванная травмой мочеиспускательного канала
Острая задержка мочи более 6-ти часов

Неотложная помощь при приступе почечной колики:

Тепло на поясничную область, "сидячие" горячие ванны, баралгин, наркотики в/в
Холод на поясничную область, антибиотики в/м
Холод, голод, покой, кровоостанавливающие средства в/в
Холод, голод, покой, баралгин, наркотики, констриктор, дезинтоксикационная терапия в/в

У пациента, на второй день после операции по поводу острого аппендицита возникла проблема "метеоризм". Независимые сестринские вмешательства:

Проведение массажа живота
Дать грелку на живот
Ввести газоотводную трубку
Ввести но-шпу в/м

С каких мероприятий целесообразно начинать борьбу с запорами у лиц пожилого и старческого возраста?

Прием растительных слабительных
Прием солевых слабительных
Постановка очистительных клизм
Введение в рацион питания овощей и фруктов

Предметы ухода при недержании мочи:

Мочеприёмник и резиновый катетер
Грелка, резиновое судно
Грушевидный баллон или шприц Жане
Мочеприёмник, резиновое судно, памперсы

Независимое сестринское вмешательство при сердечной астме:

Придать положение с приподнятым ножным концом
Наложить венозные жгуты на конечности
Поставить горчичники на грудную клетку
Обложить грелками

Метеоризм - это

Задержка стула более 48 часов
Частый жидкий стул
Патологическое газообразование в кишечнике
Спастические боли в кишечнике

Показания к постановке очистительной клизмы:

Отравления, запоры, предоперационный период
Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
Кровотечения из ЖКТ, перед инструментальными исследованиями
Отравления, язвенные процессы толстой кишки
Запоры, послеоперационный период на ЖКТ

4. Типовые задачи

ЗАДАЧА № 1

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 40,0 С с ознобом, к утру упала до 36,0 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Большой заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;
кашель со зловонной мокротой;
беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,
связанное с развитием осложнений,
кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха

палаты	кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

ЗАДАЧА № 2

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;

слабость;

плохой сон;

беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;

риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

Тема: Неотложная помощь острых отравлений на догоспитальном этапе

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Понятие яда, токсиканта, ксенобиотика.

Токсикокинетика, токсикодинамика.

Токсикологическая болезнь

Классификация отравлений

Диагностика острых отравлений, способы идентификации токсического агента

Суть понятия «летальный синтез», Клинические примеры

Основные клинические синдромы, характерные для острого отравления

Интенсивная терапия синдромов.

Методика промывания желудка, противопоказания, осложнения, профилактика осложнений.

Показания к госпитализации

Письменная (темы рефератов)

Диагностика острых отравлений, способы идентификации токсического агента
Основные клинические синдромы, характерные для острого отравления

Тестовые задания

Цель исследования мочи по Нечипоренко:
Определение функционального состояния почек
Определение суточного диуреза
Определение микрофлоры мочи
Определение количества форменных элементов осадка мочи

Протеинурия- это наличие в моче:
Лейкоцитов
Эритроцитов
Сахара
Белка

Нормальное АД составляет:
систолическое 100-140 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст
систолическое 100-60 мм. рт. ст, диастолическое 80-50 мм.рт.ст
систолическое 140-180 мм. рт. ст, диастолическое 90-100 мм.рт.ст
систолическое 100-145 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст

Какие лечебные мероприятия целесообразно проводить при отравлении этиловым спиртом?
Промывание желудка
Форсированный диурез
Проведение гемодиализа
Проведение гемосорбции

Симптом почечной колики:
Недержание мочи
Полиурия
Острая боль в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника
Задержка стула и газов

Доврачебная помощь при приступе удушья:
Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами
Дать таблетку нитроглицерина под язык
Начать оксигенотерапию
Ввести жаропонижающие средства

Признаки легочного кровотечения:
Кровь тёмная сгустками типа "кофейной гущи "
Мокрота с прожилками крови
Выделение крови с рвотой
Розовая пенная мокрота

Электрокардиография -это:
Исследование сердца при помощи ультра звука
Графическая запись звуков, возникающих при работе сердца
Графическая запись электрических явлений, возникающих при работе сердца
Выслушивание сердца при помощи фонендоскопа

Показания к постановке сифонной клизмы:
Отравления, запоры, подозрение на кишечную непроходимость
Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
Кровотечения из ЖКТ , перед инструментальными исследованиями
Отравления, язвенные процессы толстой кишки

Особенности подготовки пациентов к УЗИ почек и мочевого пузыря:
Очистительные клизмы накануне вечером и утром перед исследованием
Водная нагрузка перед исследованием
Обязательный приём активированного угля и ферментных препаратов
Психологическая подготовка

Цель исследования общего анализ мочи:
Общее количество мочи, относительная плотность и микроскопия
Определение функционального состояния почек
Определение форменных элементов крови
Определение физических, химических свойств мочи и микроскопия

Показанием к катетеризации мочевого пузыря является:
Появление отеков

Недержание мочи

Задержка мочеиспускания, вызванная травмой мочеиспускательного канала
Острая задержка мочи более 6-ти часов

Неотложная помощь при приступе почечной колики:

Тепло на поясничную область, "сидячие" горячие ванны, баралгин, наркотики в/в
Холод на поясничную область, антибиотики в/м
Холод, голод, покой, кровоостанавливающие средства в/в
Холод, голод, покой, баралгин, наркотики, контрикал, дезинтоксикационная терапия в/в

У пациента, на второй день после операции по поводу острого аппендицита возникла проблема "метеоризм". Независимые сестринские вмешательства:

Проведение массажа живота
Дать грелку на живот
Ввести газоотводную трубку
Ввести но-шпу в/м

С каких мероприятий целесообразно начинать борьбу с запорами у лиц пожилого и старческого возраста?

Прием растительных слабительных
Прием солевых слабительных
Постановка очистительных клизм
Введение в рацион питания овощей и фруктов

Предметы ухода при недержании мочи:

Мочеприёмник и резиновый катетер
Грелка, резиновое судно
Грушевидный баллон или шприц Жане
Мочеприёмник, резиновое судно, памперсы

Независимое сестринское вмешательство при сердечной астме:

Придать положение с приподнятым ножным концом
Наложить венозные жгуты на конечности
Поставить горчичники на грудную клетку
Обложить грелками

Метеоризм - это

Задержка стула более 48 часов
Частый жидкий стул
Патологическое газообразование в кишечнике
Спастические боли в кишечнике

Показания к постановке очистительной клизмы:

Отравления, запоры, предоперационный период
Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
Кровотечения из ЖКТ, перед инструментальными исследованиями
Отравления, язвенные процессы толстой кишки
Запоры, послеоперационный период на ЖКТ

4. Типовые задачи

ЗАДАЧА № 1

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 40,0 С с ознобом, к утру упала до 36,0 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Большой заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;
кашель со зловонной мокротой;
беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,
связанное с развитием осложнений,
кровотечение,
дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышечкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

ЗАДАЧА № 2

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;

слабость;

плохой сон;

беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;

риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

Тема: Организация неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

1. Что понимается под термином «догоспитальный этап оказания мед. помощи»
2. Скорая и неотложная медицинская помощь.
3. Структура службы скорой и неотложной помощи этапа.
4. Функциональные обязанности фельдшера СМП и ФАПа.
5. Медицина катастроф. Медицинская характеристика чрезвычайных ситуаций.

Письменная (темы рефератов)

Структура службы скорой и неотложной помощи этапа.
Функциональные обязанности фельдшера СМП и ФАПа.

Тестовые задания

Цель исследования мочи по Нечипоренко:

- Определение функционального состояния почек
- Определение суточного диуреза
- Определение микрофлоры мочи
- Определение количества форменных элементов осадка мочи

Протеинурия- это наличие в моче:

- Лейкоцитов
- Эритроцитов
- Сахара
- Белка

Нормальное АД составляет:

- систолическое 100-140 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст
- систолическое 100-60 мм. рт. ст, диастолическое 80-50 мм.рт.ст
- систолическое 140-180 мм. рт. ст, диастолическое 90-100 мм.рт.ст
- систолическое 100-145 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст

Какие лечебные мероприятия целесообразно проводить при отравлении этиловым спиртом?

- Промывание желудка
- Форсированный диурез
- Проведение гемодиализа
- Проведение гемосорбции

Симптом почечной колики:

- Недержание мочи
- Полиурия
- Острая боль в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника
- Задержка стула и газов

Доврачебная помощь при приступе удушья:

- Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами
- Дать таблетку нитроглицерина под язык
- Начать оксигенотерапию
- Ввести жаропонижающие средства

Признаки легочного кровотечения:

- Кровь тёмная сгустками типа "кофейной гущи "
- Мокрота с прожилками крови
- Выделение крови с рвотой
- Розовая пенная мокрота

Электрокардиография -это:

- Исследование сердца при помощи ультра звука
- Графическая запись звуков, возникающих при работе сердца
- Графическая запись электрических явлений, возникающих при работе сердца
- Выслушивание сердца при помощи фонендоскопа

Показания к постановке сифонной клизмы:

- Отравления, запоры, подозрение на кишечную непроходимость
- Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
- Кровотечения из ЖКТ , перед инструментальными исследованиями
- Отравления, язвенные процессы толстой кишки

Особенности подготовки пациентов к УЗИ почек и мочевого пузыря:

- Очистительные клизмы накануне вечером и утром перед исследованием
- Водная нагрузка перед исследованием
- Обязательный приём активированного угля и ферментных препаратов

Психологическая подготовка

Цель исследования общего анализ мочи:

- Общее количество мочи, относительная плотность и микроскопия
- Определение функционального состояния почек
- Определение форменных элементов крови
- Определение физических, химических свойств мочи и микроскопия

Показанием к катетеризации мочевого пузыря является:

- Появление отеков
- Недержание мочи
- Задержка мочеиспускания, вызванная травмой мочеиспускательного канала
- Острая задержка мочи более 6-ти часов

Неотложная помощь при приступе почечной колики:

- Тепло на поясничную область, "сидячие" горячие ванны, баралгин, наркотики в/в
- Холод на поясничную область, антибиотики в/м
- Холод, голод, покой, кровоостанавливающие средства в/в
- Холод, голод, покой, баралгин, наркотики, контрикал, дезинтоксикационная терапия в/в

У пациента, на второй день после операции по поводу острого аппендицита возникла проблема "метеоризм". Независимые сестринские вмешательства:

- Проведение массажа живота
- Дать грелку на живот
- Ввести газоотводную трубку
- Ввести но-шпу в/м

С каких мероприятий целесообразно начинать борьбу с запорами у лиц пожилого и старческого возраста?

- Прием растительных слабительных
- Прием солевых слабительных
- Постановка очистительных клизм
- Введение в рацион питания овощей и фруктов

Предметы ухода при недержании мочи:

- Мочеприёмник и резиновый катетер
- Грелка, резиновое судно
- Грушевидный баллон или шприц Жане
- Мочеприёмник, резиновое судно, памперсы

Независимое сестринское вмешательство при сердечной астме:

- Придать положение с приподнятым ножным концом
- Наложить венозные жгуты на конечности
- Поставить горчичники на грудную клетку
- Обложить грелками

Метеоризм - это

- Задержка стула более 48 часов
- Частый жидкий стул
- Патологическое газообразование в кишечнике
- Спастические боли в кишечнике

Показания к постановке очистительной клизмы:

- Отравления, запоры, предоперационный период
- Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
- Кровотечения из ЖКТ, перед инструментальными исследованиями
- Отравления, язвенные процессы толстой кишки
- Запоры, послеоперационный период на ЖКТ

4. Типовые задачи

ЗАДАЧА № 1

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 40,0 С с ознобом, к утру упала до 36,0 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота.

Большой заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются

крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;
кашель со зловонной мокротой;
беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,
связанное с развитием осложнений,
кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

ЗАДАЧА № 2

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;

слабость;

плохой сон;

беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;

риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров

7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

Тема: Лабораторный и инструментальный мониторинг критических состояний на догоспитальном этапе.

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Основные патогенетические звенья критических состояний.

Принципы диагностики критических состояний на догоспитальном этапе.

Принципы лабораторного мониторинга на догоспитальном этапе, показания для его проведения.

Принципы инструментального мониторинга критических состояний на догоспитальном этапе.

Принципы ведения больных с критическими состояниями.

Респираторная поддержка при лечении больных с критическими состояниями.

Клинический минимум лабораторного и инструментального мониторинга у пациентов с критическими состояниями на догоспитальном этапе.

Критерии оценки:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется без беседы по вопросам, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов студенту, имеющему достаточно высокий рейтинг, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг, если он показывает добросовестное отношение к учебе.

Письменная (темы рефератов)

«Лабораторные и инструментальные исследования у пациентов с ОНМК на догоспитальном этапе»

«Лабораторные и инструментальные исследования у больных с нарушением сознания.»

«Кома при сахарном диабете: варианты, лабораторные и инструментальные исследования, принципы интенсивной терапии»

Тестовые задания

1. ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ В СПИНУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

острого перикардита

разрыва пищевода

+расслаивающей аневризмы аорты

тромбоэмболии легочной артерии

спонтанного пневмоторакса

2. СОЧЕТАНИЕ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ С ГИПОТЕНЗИЕЙ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

тромбоэмболии легочной артерии

острого инфаркта миокарда

напряженного пневмоторакса

гемотампонады сердца

+острого сухого перикардита

СОЧЕТАНИЕ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ С НАБУХАНИЕМ ШЕЙНЫХ ВЕН НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

тромбоэмболии легочной артерии

разрыва межжелудочковой перегородки

гемотампонады сердца

инфаркта правого желудочка

+расслаивающей аневризмы аорты

ЗАВИСИМОСТЬ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОДНОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

пролапс митрального клапана

тромбоэмболия легочной артерии

+острый перикардит

расслаивающая аневризма аорты

инфаркт миокарда

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИТРОГЛИЦЕРИНА В КУПИРОВАНИИ ПРИСТУПА ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ ПОМИМО СТЕНОКАРДИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

ТАКЖЕ ПРИ

+кардиоспазме

нейроциркуляторной дистонии

пролапсе митрального клапана

остром перикардите

грыже пищеводного отверстия диафрагмы

СОЧЕТАНИЕ ИНТЕНСИВНЫХ РАЗЛИТЫХ БОЛЕЙ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ И ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ, КРОМЕ ГАСТРАЛГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

обострение язвенной болезни желудка

расслаивающую аневризму аорты

+острый панкреатит

острый гастродуоденит

ИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ БОЛЯМИ В ГРУДИ, ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ

+синдроме Титце

пролапсе митрального клапана

остром перикардите

спонтанном пневмотораксе

ПОЯВЛЕНИЕ КОЛЮЩИХ ОДНОСТОРОННИХ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВО ВРЕМЯ КАШЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

рефлюкс-эзофагита

+спонтанного пневмоторакса

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

пролапса митрального клапана

ЭЛЕВАЦИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ПРИ ИНТЕНСИВНЫХ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЯХ ПОМИМО ОКН ТИПИЧНА ТАКЖЕ ДЛЯ

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

+острого перикардита

спонтанного пневмоторакса

кардиоспазма

нейроциркуляторной дистонии

ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В БОЛЬШИНСТВЕ ОТВЕДЕНИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

тромбоэмболии легочной артерии

гипокалиемии

гиперкалиемии

+острого перикардита

всего перечисленного

ПОЯВЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЗУБЦОВ T НА ЭКГ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

гипервентиляции

+гиперкалиемии

дисгормональных нарушений

нарушения мозгового кровообращения

мелкоочагового инфаркта миокарда

РАЗВИТИЕ ОЧАГОВОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ФОНЕ ПРИСТУПА ИНТЕНСИВНЫХ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ УКАЗЫВАЕТ НА

тромбоэмболию легочной артерии

острый панкреатит

острый перикардит

вариантную стенокардию

+расслаивающую аневризму аорты

БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, РАЗВИВШИЕСЯ НА ФОНЕ ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШЕЙСЯ ОДЫШКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

острого перикардита

расслаивающей аневризмы аорты

разрыва пищевода

+тромбоэмболии легочной артерии

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

ОСТРО ВОЗНИКШАЯ У ПАЦИЕНТА В АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ОДНОСТОРОННЯЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, СВЯЗАННАЯ С АКТОМ ДЫХАНИЯ, ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

+спонтанный пневмоторакс

острый плеврит

межреберную невралгию

тромбоэмболию легочной артерии

синдром Цириакса

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЭКГ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

инверсия зубца T

+горизонтальная депрессия ST > 1 мм

подъем сегмента ST > 1 мм

снижение амплитуды зубца R

ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ В СОЧЕТАНИИ С ОБМОРОКАМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

недостаточности клапанов аорты

митрального стеноза

недостаточности митрального клапана

+стеноза устья аорты

вариантной стенокардии

ПРИЕМ НИТРОПРЕПАРАТОВ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

бронхоспазмом

брадикардией

диареей

+артериальной гипотонией

брадипноэ

РАЦИОНАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ В-БЛОКАТОРОВ

верапамил (изоптином)

с дилтиаземом (кардилем)

с кордароном

с дигоксином

+с нитратами

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

пропранолол (обзидан)

кордарон

верапамил (изоптин)

+нифедипин

клофелин

ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ И ЧСС 58 ВМИНУТУ МОЖНО НАЗНАЧАТЬ

пропранолол (обзидан)

верапамил (изоптин)

+изокет

дилтиазем (кардил)

кордарон

МОНОФАЗНАЯ КРИВАЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОБЫЧНО УДЕРЖИВАЕТСЯ

до 24 часов

+до 1 недели

до 1 месяца

до 3 месяцев

ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST, ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ T В I, AVL, V3-V6, А ТАКЖЕ УМЕНЬШЕНИЕ АМПЛИТУДЫ ЗУБЦА R В ЭТИХ ОТВЕДЕНИЯХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

мелкоочагового переднего инфаркта

+интрамурального переднебокового инфаркта

крупноочагового бокового инфаркта

мелкоочагового бокового инфаркта

интрамурального заднебокового инфаркта

ПОЯВЛЕНИЕ КОМПЛЕКСОВ QS BV1-V3 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

+переднеперегородочной локализации

нижней локализации

боковой локализации

задней стенки

правого желудочка

У БОЛЬНЫХ С БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПОЯВЛЕНИЕ ЗУБЦОВ S В ОТВЕДЕНИЯХ I, AVL, V5-6 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА

передне-перегородочной локализации

нижней локализации

+боковой локализации

задней стенки

все перечисленное не верно

ДЛЯ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО

благоприятный прогноз

более редкие, чем при трансмуральном инфаркте миокарда, осложнения

+частые рецидивы

неосложненное течение

возникновение чаще у молодых больных

ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ

тромбоэмболическими осложнениями

+фибрилляцией желудочков

перикардитом

плевритом

аневризмой

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА

+в первые часы

на вторые сутки

одинакова на всех стадиях болезни

нарастает постепенно

возможны все перечисленные варианты

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

кардиогенный шок

отек легких

+фибрилляция желудочков

гемотампонада сердца

полная атриовентрикулярная блокада

ВНЕЗАПНАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ И ПУЛЬСА ПРИ СОХРАНЕНИИ ЭКГ-СИГНАЛОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

фибрилляции желудочков

+разрыва сердца

тромбоэмболии легочной артерии

полной поперечной блокады

синдрома Фредерика

ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ, PQ — 0,32 С, ЧСС — 62 В МИН, АД — 120/80 ММ РТ. СТ. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

проводить антиаритмическую терапию

ввести препараты калия

ввести гормоны

ввести атропин
+ничего предпринимать не надо

4. Типовые задачи

Поступил вызов - Больная М., 68 лет, внезапно стало плохо. Вызвали СМП.

Объективно: кома I, влажные кожные покровы, профузный пот, высокий тонус глазных яблок, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 86 в мин., сатурация кислорода 93 %, мышечная сила в конечностях снижена, повышены сухожильные рефлексы. В анамнеза известно, что больная страдает сахарным диабетом I типа. Тактика ведения и ИТ данной пациентки. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить на догоспитальном этапе? -сахар крови cito, ЭКГ, контроль и коррекция осмоляльности, газов крови, симптоматическая терапия.

Больная К. 60 лет, находилась длительное время дома, со слов родственников высокий сахар крови (более 20 ммоль/л) уже удерживается в течение 7 дней. За помощью не обращалась. Состоит на учете у эндокринолога с диагнозом: Сахарный диабет I типа, средней тяжести, декомпенсация. Постоянно использует инсулин по схеме.

Объективно: сознание угнетено до комы I, кожа бледная, сухая, с выраженным диабетическим румянцем на щеках, слизистые сухие, ярко-красного цвета. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор мягких тканей снижен, мышечный тонус также снижен, рефлексы замедлены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Температура тела понижена, пульс 96 в мин., нитевидный, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Запах ацетона изо рта. В крови - высокий уровень глюкозы. Тактика ведения и ИТ данной пациентки.

-контроль ацетона мочи, инфузионная терапия, ЭКГ.

Тема: Лабораторный и инструментальный мониторинг критических состояний на догоспитальном этапе.

Форма текущего контроля успеваемости:

Устная (устный опрос)

Вопросы:

Основные патогенетические звенья критических состояний.

Принципы диагностики критических состояний на догоспитальном этапе.

Принципы лабораторного мониторинга на догоспитальном этапе, показания для его проведения.

Принципы инструментального мониторинга критических состояний на догоспитальном этапе.

Принципы ведения больных с критическими состояниями.

Респираторная поддержка при лечении больных с критическими состояниями.

Клинический минимум лабораторного и инструментального мониторинга у пациентов с критическими состояниями на догоспитальном этапе.

Критерии оценки:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется без беседы по вопросам, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов студенту, имеющему достаточно высокий рейтинг, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	На выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг, если он показывает добросовестное отношение к учебе.

Письменная (темы рефератов)

«Лабораторные и инструментальные исследования у пациентов с ОНМК на догоспитальном этапе»

«Лабораторные и инструментальные исследования у больных с нарушением сознания.»

«Кома при сахарном диабете: варианты, лабораторные и инструментальные исследования, принципы интенсивной терапии»

Тестовые задания

1. ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ В СПИНУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

острого перикардита

разрыва пищевода

+расслаивающей аневризмы аорты

тромбоэмболии легочной артерии

спонтанного пневмоторакса

2. СОЧЕТАНИЕ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ С ГИПОТЕНЗИЕЙ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

тромбоэмболии легочной артерии

острого инфаркта миокарда

напряженного пневмоторакса

гемотампонады сердца

+острого сухого перикардита

СОЧЕТАНИЕ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ С НАБУХАНИЕМ ШЕЙНЫХ ВЕН НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

тромбоэмболии легочной артерии

разрыва межжелудочковой перегородки
гемотампонады сердца
инфаркта правого желудочка
+расслаивающей аневризмы аорты

ЗАВИСИМОСТЬ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОДНОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

пролапс митрального клапана
тромбоэмболия легочной артерии
+острый перикардит
расслаивающая аневризма аорты
инфаркт миокарда

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИТРОГЛИЦЕРИНА В КУПИРОВАНИИ ПРИСТУПА ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ ПОМИМО СТЕНОКАРДИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ТАКЖЕ ПРИ

+кардиоспазме
нейроциркуляторной дистонии
пролапсе митрального клапана
остром перикардите
грыже пищеводного отверстия диафрагмы
СОЧЕТАНИЕ ИНТЕНСИВНЫХ РАЗЛИТЫХ БОЛЕЙ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ И ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ, КРОМЕ ГАСТРАЛГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
обострение язвенной болезни желудка
расслаивающую аневризму аорты

+острый панкреатит
острый гастродуоденит
ИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ БОЛЯМИ В ГРУДИ, ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ

+синдроме Титце
пролапсе митрального клапана
остром перикардите
спонтанном пневмотораксе

ПОЯВЛЕНИЕ КОЛЮЩИХ ОДНОСТОРОННИХ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВО ВРЕМЯ КАШЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

рефлюкс-эзофагита
+спонтанного пневмоторакса
грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
пролапса митрального клапана

ЭЛЕВАЦИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ПРИ ИНТЕНСИВНЫХ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЯХ ПОМИМО ОКН ТИПИЧНА ТАКЖЕ ДЛЯ

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
+острого перикардита
спонтанного пневмоторакса
кардиоспазма
нейроциркуляторной дистонии

ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В БОЛЬШИНСТВЕ ОТВЕДЕНИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

тромбоэмболии легочной артерии
гипокалиемии
гиперкалиемии
+острого перикардита
всего перечисленного

ПОЯВЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЗУБЦОВ T НА ЭКГ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

гипервентиляции
+гиперкалиемии
дисгормональных нарушений
нарушения мозгового кровообращения
мелкоочагового инфаркта миокарда

РАЗВИТИЕ ОЧАГОВОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ФОНЕ ПРИСТУПА ИНТЕНСИВНЫХ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ УКАЗЫВАЕТ НА

тромбоэмболию легочной артерии
острый панкреатит
острый перикардит
вариантную стенокардию

+расслаивающую аневризму аорты
БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, РАЗВИВШИЕСЯ НА ФОНЕ ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШЕЙСЯ ОДЫШКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
острого перикардита

расслаивающей аневризмы аорты
разрыва пищевода
+тромбоэмболии легочной артерии

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

ОСТРО ВОЗНИКШАЯ У ПАЦИЕНТА В АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ОДНОСТОРОННЯЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, СВЯЗАННАЯ С АКТОМ ДЫХАНИЯ, ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

+спонтанный пневмоторакс

острый плеврит
межреберную невралгию
тромбоэмболию легочной артерии

синдром Цирякса

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЭКГ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

инверсия зубца T

+горизонтальная депрессия ST>1 мм
подъем сегмента ST>1 мм
снижение амплитуды зубца R
ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ В СОЧЕТАНИИ С ОБМОРОКАМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
недостаточности клапанов аорты
митрального стеноза
недостаточности митрального клапана
+стеноза устья аорты
вариантной стенокардии
ПРИЕМ НИТРОПРЕПАРАТОВ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ
бронхоспазмом
брадикардией
диареей
+артериальной гипотонией
брадипноэ

РАЦИОНАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ В-БЛОКАТОРОВ

верапамил (изоптин)
с дилтиаземом (кардилем)
с кордароном
с дигоксином

+с нитратами
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
пропранолол (обзидан)

кордарон
верапамил (изоптин)

+нифедипин
клофелин

ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ И ЧСС 58 ВМИНУТУ МОЖНО НАЗНАЧАТЬ

пропранолол (обзидан)
верапамил (изоптин)

+изокет
дилтиазем (кардил)

кордарон

МОНОФАЗНАЯ КРИВАЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОБЫЧНО УДЕРЖИВАЕТСЯ

до 24 часов

+до 1 недели

до 1 месяца

до 3 месяцев

ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST, ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ T В I, AVL, V3-V6, А ТАКЖЕ УМЕНЬШЕНИЕ АМПЛИТУДЫ ЗУБЦА R В ЭТИХ
ОТВЕДЕНИЯХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

мелкоочагового переднего инфаркта

+интрамурального переднебокового инфаркта

крупноочагового бокового инфаркта

мелкоочагового бокового инфаркта

интрамурального заднебокового инфаркта

ПОЯВЛЕНИЕ КОМПЛЕКСОВ QS BV1-V3 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

+переднеперегородочной локализации

нижней локализации

боковой локализации

задней стенки

правого желудочка

У БОЛЬНЫХ С БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПОЯВЛЕНИЕ ЗУБЦОВ S В ОТВЕДЕНИЯХ I, AVL, V5-6 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
ИНФАРКТА МИОКАРДА

передне-перегородочной локализации

нижней локализации

+боковой локализации

задней стенки

все перечисленное не верно

ДЛЯ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО

благоприятный прогноз

более редкие, чем при трансмуральном инфаркте миокарда, осложнения

+частые рецидивы

неосложненное течение

возникновение чаще у молодых больных

ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ

тромбоэмболическими осложнениями

+фибрилляцией желудочков

перикардитом

плевритом

аневризмой

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА

+в первые часы

на вторые сутки

одинакова на всех стадиях болезни

нарастает постепенно

возможны все перечисленные варианты

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ
кардиогенный шок

отек легких
+фибриляция желудочков
гемотампонада сердца
полная атриовентрикулярная блокада
ВНЕЗАПНАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ И ПУЛЬСА ПРИ СОХРАНЕНИИ ЭКГ-СИГНАЛОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
фибриляции желудочков
+разрыва сердца
тромбоэмболии легочной артерии
полной поперечной блокады
синдрома Фредерика
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ, PQ — 0,32 С, ЧСС — 62 В МИН, АД — 120/80 ММ РТ. СТ. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ
проводить антиаритмическую терапию
вести препараты калия
вести гормоны
вести атропин
+ничего предпринимать не надо

4. Типовые задачи

Поступил вызов - Больная М., 68 лет, внезапно стало плохо. Вызвали СМП.
Объективно: кома I, влажные кожные покровы, профузный пот, высокий тонус глазных яблок, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 86 в мин., сатурация кислорода 93 %, мышечная сила в конечностях снижена, повышены сухожильные рефлексы. В анамнеза известно, что больная страдает сахарным диабетом I типа. Тактика ведения и ИТ данной пациентки. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить на догоспитальном этапе?
-сахар крови cito, ЭКГ, контроль и коррекция осмоляльности, газов крови, симптоматическая терапия.

Больная К. 60 лет, находилась длительное время дома, со слов родственников высокий сахар крови (более 20 ммоль/л) уже удерживается в течение 7 дней. За помощью не обращалась. Состоит на учете у эндокринолога с диагнозом: Сахарный диабет I типа, средней тяжести, декомпенсация. Постоянно использует инсулин по схеме.
Объективно: сознание угнетено до комы I, кожа бледная, сухая, с выраженным диабетическим румянцем на щеках, слизистые сухие, ярко-красного цвета. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор мягких тканей снижен, мышечный тонус также снижен, рефлексы замедлены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Температура тела понижена, пульс 96 в мин., нитевидный, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Запах ацетона изо рта. В крови - высокий уровень глюкозы. Тактика ведения и ИТ данной пациентки.
-контроль ацетона мочи, инфузионная терапия, ЭКГ.

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет

Форма проведения: комбинированная

Устный опрос

Вопросы:

Этиология и патогенез острых нарушений мозгового кровообращения.
Клиническая картина тяжелого церебрального инсульта. Отек мозга. Внутричерепная гипертензия. Дислокационные синдромы.
Дифференциальная диагностика ОНМК.
Церебро-висцеральные синдромы при церебральном инсульте.
Нарушения гомеостаза и их коррекция у больных с ОНМК .
Дыхательная недостаточность у больных с тяжелыми органическими поражениями головного мозга.
Стандарт и алгоритм оказания неотложной помощи пациентам с ОНМК на догоспитальном этапе.
Маршрутизация и транспортировка пациентов с ОНМК.
Нейромониторинг и его место при ведении больных с ОНМК.
Базисная терапия больных с ОНМК.
Оказание неотложной помощи пациентам с отеком мозга.
Оказание неотложной помощи пациентам с внутричерепной гипертензией.
Оказание неотложной помощи пациентам с судорожным синдромом.
Оказание неотложной помощи пациентам с острой дыхательной недостаточности.
Методы ранней реабилитации пациентов с ОНМК.
Профилактические мероприятия по профилактике пролежней, тромбозов, пневмоний у пациентов с ОНМК.
Нейрореабилитация больных с ОНМК.
Понятие о гипертоническом кризе.
Гипертонический криз. Клинические варианты.
Гипертонический криз. Клиническая картина осложнений.
Оказание помощи при неосложненном гипертоническом кризе.
Оказание неотложной помощи пациентам с гипертоническим кризом, осложненным ОЛЖН
Этиология и патогенез нарушений ритма сердца.
Клиническая картина аритмий.
Дифференциальная диагностика аритмий.
Жизне-угрожающие аритмии.
Маршрутизация и транспортировка пациентов с аритмиями.
Оказание помощи при фибрилляции желудочков.
Оказание неотложной помощи пациентам с фибрилляцией предсердий.
Оказание неотложной помощи пациентам с пароксизмальными тахикардиями.
Оказание неотложной помощи пациентам с брадиаритмиями.
Основные патогенетические звенья повреждения головного мозга
Принципы борьбы с отеком мозга при нарушениях сознания

Принципы интенсивной терапии коматозных состояний при сахарном диабете
Принципы ведения больных с комами
Респираторная поддержка при лечении больных в коме
Особенности ведения больных с первичноцеребральными комами
Шкалы оценивающие степень нарушения сознания
Патофизиологические основы острой дыхательной недостаточности
Классификация ОДН
Режимы и паттерны ИВЛ
Показания для перевода на ИВЛ
Клинико-параклинический мониторинг при ИВЛ
Осложнения ИВЛ
Прекращение ИВЛ
Понятие о бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)
Клиническая картина бронхиальной астмы и ХОБЛ.
Современные подходы к лечению этих состояний на догоспитальном этапе.
Показания к госпитализации больных бронхиальной астмы и ХОБЛ.
Этио-патогенетические особенности постреанимационной болезни.
Классификация постреанимационной болезни.
Общий уход за пациентами с постреанимационной болезнью.
Прогноз постреанимационной болезни.
Хроническое вегетативное состояние.
Виды терминальных состояний.
Особенности патофизиологии и метаболизма при умирании.
Агония, предагония, терминальная пауза. Тактика на догоспитальном этапе.
Клиническая смерть. Тактика на догоспитальном этапе.
Формы остановки кровообращения. Прогноз при различных формах остановки кровообращения.
Понятие о шоке. Этиология. Патогенез.
Клиническая картина травматического шока.
Клиническая картина геморрагического шока.
Клиническая картина септического шока.
Клинические синдромы: гиповолемия, коагулопатия.
Нарушение гомеостаза у пациентов с шоком. Коррекция гомеостаза.
Неотложная помощь пациентам с гиповолемией, коагулопатией
Стандарты и алгоритмы оказания неотложной помощи пациентам в состоянии различных видов шока.
Интенсивная терапия шока на догоспитальном этапе.
Понятие о интенсивной терапии на догоспитальном этапе;
Инфузионная терапия – как основа интенсивной терапии;
Принципы и средства инфузионной терапии;
Кристаллоидные растворы;
Коллоидные растворы;
Осложнения инфузионной терапии
Понятие яда, токсиканта, ксенобиотика.
Токсикокинетика, токсикодинамика.
Токсикологическая болезнь
Классификация отравлений
Диагностика острых отравлений, способы идентификации токсического агента
Суть понятия «летальный синтез», Клинические примеры
Основные клинические синдромы, характерные для острого отравления
Интенсивная терапия синдромов.
Методика промывания желудка, противопоказания, осложнения, профилактика осложнений.
Острое отравление. Показания к госпитализации.
Что понимается под термином «догоспитальный этап оказания мед.помощи»
Скорая и неотложная медицинская помощь.
Структура службы скорой и неотложной помощи этапа.
Функциональные обязанности фельдшера СМП и ФАПа.
Медицина катастроф. Медицинская характеристика чрезвычайных ситуаций.
Основные патогенетические звенья критических состояний.
Принципы диагностики критических состояний на догоспитальном этапе.
Принципы лабораторного мониторинга на догоспитальном этапе, показания для его проведения.
Принципы инструментального мониторинга критических состояний на догоспитальном этапе.
Принципы ведения больных с критическими состояниями.
Респираторная поддержка при лечении больных с критическими состояниями.
Клинический минимум лабораторного и инструментального мониторинга у пациентов с критическими состояниями на догоспитальном этапе.

Тестовые задания

Патогенетические подтипы ишемического инсульта

- А) Кардиоэмболический
- Б) Гемодинамический
- В) Атеротромботический
- Г) все перечисленные

Респираторный алкалоз развивается при

- А) снижении P_{CO_2} ниже 35 мм рт. ст.
- Б) повышении P_{CO_2} выше 35 мм рт. ст.
- В) неизменном P_{CO_2}

Максимальная доза актилизе

- А) 60 мг
- Б) 70мг
- В) 90мг
- Г) 100мг

Основная причина смертности при ОНМК из экстрацеребральных причин является

- А) пневмония
- Б) ГЭЛА
- В) ОИМ

Обязательные шкалы для оценки тяжести инсульта

- А) Скандинавская шкала
- Б) Glasgow
- В) NIHSS
- Г) Оргогозо
- Д) Шкала Ранкин
- Е) БВД

Максимальные цифры АД в острейшем периоде инсульта?

- А) 200/100 мм.рт.ст
- Б) 185/105 мм рт. ст.
- В) 170/90 мм.рт.ст.

Рекомендуется снижение температуры у больных с ОНМК при

- А) >38,5 °С
- Б) >37,5 °С
- В) >39 °С

Препаратом выбора для проведения системного тромболитика является

- А) урокиназа
- Б) актилизе
- В) проурокиназа

Основные направления по борьбе с отеком мозга

- А) Применение осмодиуретиков и ГЭК
- Б) Гипотермия
- В) Оптимизация режимов ИВЛ
- Г) Борьба с метаболическим ацидозом
- Д) все перечисленное

Запрещенные подходы к ведению больных с ишемическим инсультом

- А) Пирацетам
- Б) Фуросемид
- В) Аспирин
- Г) Снижение уровня глюкозы при цифрах ниже 10 ммоль / л

У больных с инсультом при нарушении ясности сознания, но при условии отсутствии явлений гипоксии рекомендуются следующие режимы ИВЛ

- А) АСМV
- Б) SIMV
- В) ViPAP

Является ли пневмония ведущим синдромом ОДН при ишемическом инсульте?

- А) да
- Б) нет

При увеличении pH свыше 7,45 развивается респираторный и метаболический ацидоз

- А) да
- Б) нет

Препаратом выбора для системного тромболитика при ишемическом инсульте является актилизе

- А) да
- Б) нет

Показаны ли гипервентиляционные режимы ИВЛ при инсульте?

- А) да
- Б) нет

Показано ли проведение системного тромболитика более чем через 4,5 часа от момента развития инсульта?

- А) да
- Б) нет

Является ли магnezия первичным нейропротектором?

- А) да
- Б) нет

Эффективен ли аспирин у больных с ишемическим инсультом

- А) да
- Б) нет

Правило 3 катетеров при инсульте включает интубацию трахеи при наличии показаний

- А) да
- Б) нет

20. Является ли кома глубиной 8 и более баллов при условии наличия спонтанной гипервентиляции показанием для перевода на ИВЛ?

- А) да
- Б) нет

21. При гипертоническом кризе АД снижают до:

- а) нормальных цифр,
- б) не снижают,
- в) снижают на 20-25% от исходного уровня,
- г) снижают на 50% от исходного уровня.

22. Осложнения гипертонической болезни:

- а) обморок, коллапс,
- б) ревматизм, порок сердца,
- в) инсульт, инфаркт миокарда,
- г) пневмония, плеврит.

23. К осложнениям гипертонических кризов не относится:

- а) острое нарушение мозгового кровообращения,
- б) острая гипертоническая энцефалопатия с отёком мозга,
- в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром,
- г) миокардит, перикардит.

24. Осложнения гипертонических кризов, при которых наблюдается внезапно возникшая сильная боль в грудной клетке или в животе и спине с частичной иррадиацией в бок и паховые области:

- а) острое нарушение мозгового кровообращения,
- б) острая сердечная недостаточность,
- в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром,
- г) острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты.

25. Резкое повышение АД выше 180/120 мм рт.ст, или до индивидуально высоких величин – это:

- а) гипертонический криз,
- б) артериальная гипертензия,
- в) гипертоническая болезнь,
- г) симптоматическая гипертензия.

26. Ингибиторы АПФ, все кроме:

- а) каптоприл,
- б) эналаприл,
- в) рамиприл,
- г) атенолол.

27. бета-адреноблокаторы, все кроме:

- а) атенолол,
- б) бипролол,
- в) метопролол,
- г) каптоприл.

28. Блокаторы кальциевых каналов, все кроме:

- а) верапамил,
- б) нифедипин,
- в) кордипин,
- г) атенолол.

29. Гипертонические кризы возможны в стадии:

- а) I,
- б) II,
- в) в любой,
- г) III.

30. Аускультативные данные при гипертоническом кризе:

- а) тоны сердца громкие, акцент второго тона над аортой, возможны застойные хрипы в легких,
- б) тоны сердца глухие, одышка в покое, застойные хрипы в легких,
- в) тоны сердца громкие, акцент первого тона над аортой, возможны застойные хрипы в легких,
- г) тоны ритмичные, в легких хрипов не бывает.

31. Ингибиторы АПФ, все кроме:

- а) каптоприл,
- б) эналаприл,
- в) рамиприл,
- г) атенолол.

32. бета-адреноблокаторы, все кроме:

- а) атенолол,
- б) бипролол,
- в) метопролол,
- г) каптоприл.

33. Блокаторы кальциевых каналов, все кроме:

- а) верапамил,
- б) нифедипин,
- в) кордипин,
- г) атенолол.

34. Гипертонические кризы возможны в стадии:

- а) I,
- б) II,
- в) в любой,

- г) III.
35. Аускультативные данные при гипертоническом кризе:
- а) тоны сердца громкие, акцент второго тона над аортой, возможны застойные хрипы в легких,
 - б) тоны сердца глухие, одышка в покое, застойные хрипы в легких,
 - в) тоны сердца громкие, акцент первого тона над аортой, возможны застойные хрипы в легких,
 - г) тоны ритмичные, в легких хрипов не бывает.
36. При гипертоническом кризе АД снижают до:
- а) нормальных цифр,
 - б) не снижают,
 - в) снижают на 20-25% от исходного уровня,
 - г) снижают на 50% от исходного уровня.
37. Осложнения гипертонической болезни:
- а) обморок, коллапс,
 - б) ревматизм, порок сердца,
 - в) инсульт, инфаркт миокарда,
 - г) пневмония, плеврит.
38. К осложнениям гипертонических кризов не относится:
- а) острое нарушение мозгового кровообращения,
 - б) острая гипертоническая энцефалопатия с отёком мозга,
 - в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром,
 - г) миокардит, перикардит.
39. Осложнения гипертонических кризов, при которых наблюдается внезапно возникшая сильная боль в грудной клетке или в животе и спине с частичной иррадиацией в бок и паховые области:
- а) острое нарушение мозгового кровообращения,
 - б) острая сердечная недостаточность,
 - в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром,
 - г) острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты.
40. Резкое повышение АД выше 180/120 мм рт.ст, или до индивидуально высоких величин – это:
- а) гипертонический криз,
 - б) артериальная гипертензия,
 - в) гипертоническая болезнь,
 - г) симптоматическая гипертензия.
41. Импульсы в узле Киса-Флака возникают с частотой:
- 10-15 в мин
 - 20-40 в мин
 - 60-80 в мин
42. Узел Ашоффа-Тавара является водителем ритма:
- I порядка
 - II порядка
 - III порядка
- Ножки пучка Гиса и волокна Пуркинье «латентными пэйс-мэйкерами» являются
- являются
 - не являются
- Первая фаза реполяризации рабочего миокарда обусловлена выходом ионов:
- натрия
 - калия
 - кальция
- Под эффективным рефрактерным периодом понимается минимальный интервал между двумя стимулами, когда второй стимул:
- вызывает потенциал действия
 - не вызывает потенциал действия
- Перерезка n.vagus период десинхронизации возбуждения клеток миокарда:
- увеличивает
 - не изменяет
 - уменьшает
- Блокада α -адренорецепторов период десинхронизации возбуждения клеток миокарда:
- увеличивает
 - не изменяет
 - уменьшает
- Для постстрессорных аритмий характерно:
- усиление эктопического автоматизма предсердий
 - снижение эктопического автоматизма предсердий
- При постстрессорных аритмиях наблюдается переход:
- от симпатической гиперактивности к парасимпатической
 - от парасимпатической гиперактивности к симпатической
- К аритмиям вследствие нарушения функции возбудимости относится:
- диссоциация с интерференцией
 - пароксизмальная тахикардия
 - атриовентрикулярный ритм
 - синусовая брадикардия
- Синусовая тахикардия связана с тонусом симпатической нервной системы:
- повышенным
 - пониженным
- Появление синусовой аритмии у больных в постинфарктном периоде является признаком:
- благоприятным
 - неблагоприятным
- Для возникновения аритмий по типу «ре-энтри» необходимо наличие:
- одного пути проведения
 - двух и более путей проведения
- Циркуляция импульса по типу «ведущего круга» обусловлена:

анатомическим препятствием

функциональными блоками проведения

Теория «следовых потенциалов» связывает возникновение экстрасистол с:

увеличением амплитуды следовых потенциалов

снижением амплитуды следовых потенциалов

Для купирования приступа пароксизмальной тахикардии необходимо стимулировать:

симпатическую нервную систему

парасимпатическую нервную систему

Основной ЭКГ-признак атриовентрикулярной блокады:

увеличение интервала PQ

уменьшение интервала PQ

При мерцательной аритмии частота сокращения волокон предсердий составляет:

100-120 в мин

140-220 в мин

350-700 в мин

Мерцание желудочков на фоне органических заболеваний сердца является:

первичным

вторичным

При мерцании желудочков частота сердечных сокращений составляет:

до 120 в мин

до 220 в мин

до 800 в мин

ЭКГ-признаком фибрилляции желудочков является:

понижение волн f

удлинение интервала PQ

увеличение амплитуды зубца R

неравномерные интервалы RR

замена нормальных сердечных комплексов волнообразными колебаниями различной формы и амплитуды

Полная диссоциация предсердного и желудочкового ритма возможна при:

продольной блокаде (ножки пучка Гиса)

поперечной блокаде пучка Гиса 1 степени

поперечной блокаде пучка Гиса 2 степени

поперечной блокаде пучка Гиса 3 степени

поперечной блокаде пучка Гиса 4 степени

Синусовый узел является водителем ритма:

I порядка

II порядка

III порядка

Импульсы в узле Ашоффа-Тавара вырабатываются с частотой:

10-15 в мин

40-60 в мин

60-80 в мин

При прохождении через атриовентрикулярный узел импульсы из предсердия:

замедляются

ускоряются

Скорость проведения импульса в синусовом узле составляет:

0,02-0,1 м/с

0,1-1 м/с

до 4 м/с

В относительный рефрактерный период потенциал действия может вызывать:

нормальный стимул

усиленный стимул

Раздраженный n. vagus период десинхронизации возбуждения в клетках миокарда:

увеличивает

не изменяет

уменьшает

Блокада β -адренорецепторов период десинхронизации возбуждения в клетках миокарда:

увеличивает

не изменяет

уменьшает

Возникновение постстрессорных аритмий связано:

С гиперактивностью симпатических центров регуляции

С гипоактивностью симпатических центров регуляции

При постстрессорных аритмиях эктопическая активность атриовентрикулярного узла:

усиливается

не меняется

снижается

К аритмиям вследствие нарушения автоматизма не относится

синусовая аритмия

слабость синусового узла

экстрасистолия

идиовентрикулярный ритм

Синусовая брадикардия связана с тонусом парасимпатической нервной системы

повышенным

пониженным

При дыхательной синусовой аритмии частота сердечных сокращений во время вдоха:

увеличивается

не меняется

снижается

Эктопические ритмы – это ритмы, импульсы для которых исходят из очага, расположенного:

в синусовом узле
вне синусового узла

При аритмиях по типу «ре-энтри» продолжительность рефрактерного периода в клетках рабочего миокарда:

увеличена
не изменена
уменьшена

Экстрасистолы возникают при реполяризации отдельных структур миокарда:

одновременной
асинхронной

При пароксизмальной тахикардии частота сердечных сокращений составляет:

100 – 120 в мин
140 – 200 в мин
до 500 в мин

приступы Морганьи-Эдемса-Стокса характерны для:

экстрасистолии
синаурикулярной блокады
атриовентрикулярной блокады
«Предсердная волна f» на ЭКГ характерна для:

синусовой аритмии
пароксизмальной тахикардии
мерцательной аритмии
идиовентрикулярного ритма

Мерцание желудочков при переохлаждении является:

первичным
вторичным

При трепетании желудочков частота сердечных сокращений составляет:

до 120 в мин
до 220 в мин
до 800 в мин

Экстрасистола, возникающая после каждых двух синусовых сокращений, обозначается как:

синусовая тахикардия

бигеминия
тригеминия
атриовентрикулярная блокада
квадригеминия

Фибрилляцию желудочков сердца может спровоцировать:

гипонатриемия
гипохлоремия
гиперкальциемия

Верно ли утверждение, что продуктивными нарушениями сознания являются опероид, оменция и делирий?

А) да
Б) нет

86. Виды ком: первичноцеребральные, вторичноцеребральные.

А) да
Б) нет

87. Главным структурным элементом ЦНС, отвечающим за уровень сознания является ретикулярная формация.

А) да
Б) нет

88. Верно ли утверждение, что нейротрансмиттерная система, активизирующая бодрствование - серотонинэргическая?

А) да
Б) нет

89. Одним из препаратов неотложной помощи при гипогликемической коме является преднизолон в дозе 30 -90 мг?

А) да
Б) нет

90. Верно ли утверждение, что наиболее часто встречающимся дислокационным синдромом является височно-тенториальное вклинение?

А) да
Б) нет

91. Есть ли связь гипергликемической кетоацидотической комы с инъекциями инсулина?

А) да
Б) нет

92. Верно ли утверждение, что при снижении рН ниже 7,2 необходим перевод больного на аппаратное дыхание?

А) да
Б) нет

93. Методом выбора респираторной поддержки при лечении больных в глубокой коме является ИВЛ в режиме CMV (ACMV)

А) да
Б) нет

94. При угнетении сознания ниже 8 баллов больных с первичноцеребральными комами производят ли перевод на ИВЛ

А) да
Б) нет

95. Синдром Гертвига-Можанди свидетельствует о поражении каудальных структур мозгового ствола

А) да
Б) нет

96. Верно ли утверждение, что для профилактики ИВЛ-ассоциированной пневмонии необходимо превентивное назначение антибиотиков?

А) да
Б) нет

97. Что относится к непродуктивным нарушениям сознания?

А) Кома
Б) Делирий

- В) Вегетативные нарушения*
Г) Оменция
98. Какое количество баллов по шкале Glasgow свидетельствует о коме?
А) 10-9 баллов
Б) 8-7 баллов
В) менее 6 баллов
99. Что из перечисленного относится к механизмам развития отека мозга?
А) Лактоацидоз
Б) Асептическое воспаление
В) Нарушения трансмембранных процессов
Г) Ликвородинамические нарушения
Д) Все из перечисленного
100. Что характерно для гипергликемической кетоацидотической комы?
А) Нет связи с инъекцией инсулина
Б) Постепенное развитие
В) Запах ацетона изо рта
Г) Полиурия
Д) Все из перечисленного*
101. Какую дозу инсулина необходимо вводить при кетоацидотической коме?
А) 1-2 ЕД на 1 ммоль глюкозы выше нормы
Б) 3-5 ЕД на 1 ммоль глюкозы выше нормы
В) 7-8 ЕД на 1 ммоль глюкозы выше нормы
102. Какой объем жидкости при коме необходимо вводить в сутки?
А) 20-25 мл/кг массы тела
Б) 30-35 мл/кг массы тела
В) 40-45 мл/кг массы тела
103. Какой ритм на ЭЭГ характерен для комы II-III ст.
А) альфа-ритм
Б) бета-ритм
В) дельта-ритм
104. Нейротрансмиттерные системы, угнетающие бодрствование?
А) Дофанинергическая
Б) холинергическая
В) катехоламинергическая
Г) ГАМК-ергическая
105. Предпочтительным способом при проведении ИВЛ в режиме гипервентиляции является
А) Объемная гипервентиляция
Б) Частотная гипервентиляция
В) Оба подхода
106. Каковы принципы ведения больных с первичноцеребральными комами
А) Ранняя интубация трахеи
Б) Перевод на ИВЛ при угнетении сознания ниже 8 баллов
В) Мониторинг параметров КЩР, ВЭР и газообмена
Г) Активная борьба с отеком мозга
Д) Первичная и вторичная нейропротекция
Е) все перечисленное
107. Какие подходы являются приоритетными при ведении больного с отеком мозга при ОНМК?
1. Применение осмотических препаратов
2. Применение барбитуратов
3. Гипервентиляция
108. При какой величине осмоляльности плазмы может развиваться гиперосмолярная кома?
1. 340 мосмоль/л
2. 380 мосмоль/л
3. 350 мосмоль/л
109. При обструктивных явлениях в легких инспираторно-экспираторное соотношение целесообразно
А Уменьшать
Б Не менять
В Увеличивать
Г Инверсировать
110. Неинвазивная ИВЛ показана при всем, кроме
А Кома
Б Синдром ночного апноэ
В ХОБЛ
Г Декомпенсация ХСН
111. При ИВЛ с управлением по объему выставляется значение тригера
А Потока
Б Объема
В Триггер не выставляется
Г Давления
112. При ИВЛ с управлением по давлению выставляется значение тригера
А Давления
Б Потока
В Объема
Г Триггер не выставляется
113. При неинвазивной ИВЛ не применяется режим
А АСМВ
Б SPONT+apное
В PS
Г PS-pro

- Д SPONT
114. Пациент не готов к отлучению от ИВЛ, если
- А Все вышеперечисленное
 - Б Не пройден SBT-тест
 - В Вдох равен выдоху или превышает его
 - Г Имеют место клинические или параклинические признаки гипоксии
115. При ВАП чаще поражаются
- А Нижние доли легких
 - Б Легочный интерстиций
 - В Все вышеперечисленное
 - Г Верхние доли легких
116. Причиной ОРДС не является
- А Острая левожелудочковая недостаточность
 - Б Токсико-аллергический пневмонит
 - В Геморрагический инсульт
 - Г Травма грудной клетки
 - Д Вирусная пневмония
117. Режим ИВЛ SIMV отличает
- А Высокий риск гипервентиляции
 - Б Высокий риск гиповентиляции
 - В Игнорирование инспираторной активности пациента
 - Г Все вышеперечисленное
118. Максимальная величина РЕЕР при котором не происходит влияние на внутричерепное давление
- А 15 см H₂O
 - Б 16 см H₂O
 - В 17 см H₂O
 - Г 18 см H₂O
119. ИВЛ при ОЦН необходима для
- А Все вышеперечисленное
 - Б Профилактика развития ателектазов
 - В Лечение ателектазов
 - Г Уменьшение явлений внутричерепной гипертензии
120. К вспомогательным режимам вентиляции относится
- А SIMV
 - Б VIPAP
 - В CPAP
 - Г CMV
121. Показанием для изменении параметров вентиляции является все, кроме
- А SpO₂>95
 - Б Рао₂ менее 70 мм рт. Ст.
 - В Ph менее 7,2
 - Г РаСО₂ менее 25 мм рт. Ст.
122. Причиной артериоло-венозного легочного шунта является все, кроме
- А Инфаркт миокарда
 - Б ТЭЛА
 - В Пневмония
 - Г Ателектаз
123. Цель исследования мочи по Нечипоренко:
- Определение функционального состояния почек
 - Определение суточного диуреза
 - Определение микрофлоры мочи
 - Определение количества форменных элементов осадка мочи
124. Протеинурия- это наличие в моче:
- Лейкоцитов
 - Эритроцитов
 - Сахара
 - Белка
125. Нормальное АД составляет:
- систолическое 100-140 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст
 - систолическое 100-60 мм. рт. ст, диастолическое 80-50 мм.рт.ст
 - систолическое 140-180 мм. рт. ст, диастолическое 90-100 мм.рт.ст
 - систолическое 100-145 мм. рт. ст, диастолическое 90-60 мм.рт.ст
126. Какие лечебные мероприятия целесообразно проводить при отравлении этиловым спиртом?
- Промывание желудка
 - Форсированный диурез
 - Проведение гемодиализа
 - Проведение гемосорбции
127. Симптом почечной колики:
- Недержание мочи
 - Полиурия
 - Острая боль в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника
 - Задержка стула и газов
128. Доврачебная помощь при приступе удушья:
- Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами
 - Дать таблетку нитроглицерина под язык
 - Начать оксигенотерапию
 - Ввести жаропонижающие средства
129. Признаки легочного кровотечения:
- Кровь тёмная сгустками типа "кофейной гущи "

Мокрота с прожилками крови
Выделение крови с рвотой
Розовая пенная мокрота

130. Электрокардиография -это:
Исследование сердца при помощи ультра звука
Графическая запись звуков, возникающих при работе сердца
Графическая запись электрических явлений, возникающих при работе сердца
Выслушивание сердца при помощи фонендоскопа

131. Показания к постановке сифонной клизмы:
Отравления, запоры, подозрение на кишечную непроходимость
Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
Кровотечения из ЖКТ , перед инструментальными исследованиями
Отравления, язвенные процессы толстой кишки

132. Особенности подготовки пациентов к УЗИ почек и мочевого пузыря:
Очистительные клизмы накануне вечером и утром перед исследованием
Водная нагрузка перед исследованием
Обязательный приём активированного угля и ферментных препаратов
Психологическая подготовка

134. Цель исследования общего анализа мочи:
Общее количество мочи, относительная плотность и микроскопия
Определение функционального состояния почек
Определение форменных элементов крови
Определение физических, химических свойств мочи и микроскопия

135. Показанием к катетеризации мочевого пузыря является:
Появление отеков
Недержание мочи
Задержка мочеиспускания, вызванная травмой мочеиспускательного канала
Острая задержка мочи более 6-ти часов

136. Неотложная помощь при приступе почечной колики:
Тепло на поясничную область, "сидячие" горячие ванны, баралгин, наркотики в/в
Холод на поясничную область, антибиотики в/м
Холод, голод, покой, кровоостанавливающие средства в/в
Холод, голод, покой, баралгин, наркотики, контрикал, дезинтоксикационная терапия в/в

137. У пациента, на второй день после операции по поводу острого аппендицита возникла проблема "метеоризм". Независимые сестринские вмешательства:
Проведение массажа живота
Дать грелку на живот
Ввести газоотводную трубку
Ввести но-шпу в/м

138. С каких мероприятий целесообразно начинать борьбу с запорами у лиц пожилого и старческого возраста?
Прием растительных слабительных
Прием солевых слабительных
Постановка очистительных клизм
Введение в рацион питания овощей и фруктов

139. Предметы ухода при недержании мочи:
Мочеприёмник и резиновый катетер
Грелка, резиновое судно
Грушевидный баллон или шприц Жане
Мочеприёмник, резиновое судно, памперсы

140. Независимое сестринское вмешательство при сердечной астме:
Придать положение с приподнятым ножным концом
Наложить венозные жгуты на конечности
Поставить горчичники на грудную клетку
Обложить грелками

141. Метеоризм - это
Задержка стула более 48 часов
Частый жидкий стул
Патологическое газообразование в кишечнике
Спастические боли в кишечнике

142. Показания к постановке очистительной клизмы:
Отравления, запоры, предоперационный период
Опухоли прямой кишки, трещины заднего прохода, запоры
Кровотечения из ЖКТ , перед инструментальными исследованиями
Отравления, язвенные процессы толстой кишки
Запоры, послеоперационный период на ЖКТ

143. Дыхание с положительным давлением в конце выдоха используется для:
восстановления сознания больного
улучшения функции желудочно-кишечного тракта
профилактики и лечения ARDS
увлажнения дыхательной смеси

144. При обнаружении кровотечения из трахеостомы дежурная мед-сестра должна:
провести гемостатическую терапию
срочно вызвать врача
провести санацию ТБД
измерить показатели гемодинамики

145. Больной, находящийся на ИВЛ, интубирован пластмассовой термопластической трубкой. Предельный срок допустимости пребывания трубки в трахее без реинтубации:
6 часов
12 часов

- 3 дня
7-10 дней
146. ЦВД измеряют на уровне:
точки пересечения большой грудной мышцы и IV ребра
среднеключичной линии в IV межреберье
переднеподмышечной линии
среднеподмышечной линии
147. Протившоковым можно назвать вводимый внутривенно анестетик:
сомбревин
диприван
калипсол
гексенал
148. Средства, которые используют при анафилактическом шоке:
плазма нативная и свежемороженая
антибиотики широкого спектра действия
адреналин, гормоны, антигистаминные, мочегонные
мезатон, лазикс
149. Образовавшиеся пролежни обрабатывают:
1% раствором йодопирона
5% раствором перманганата калия
3% перекисью водорода
камфорным спиртом
150. Перед катетеризацией мочевого пузыря:
просят больного помочиться
проводят гигиенические мероприятия
вводят анальгетики
дают выпить до 1 л жидкости
151. При возникновении рвоты у больного после операции необходимо:
вызвать дежурного врача
срочно опустить головной конец кровати и повернуть голову больного на бок
провести зондирование желудка
сделать инъекцию церукала
152. В состав клизмы по Огневу входят:
перекись водорода, глицерин, гипертонический раствор
1 л кипяченой воды
вазелиновое масло, перекись водорода
33% раствор натрия сульфата
153. Промывание мочевого пузыря проводится 2-4 раза в сутки:
1% раствором диоксида
фурацилином 1:1000
0,025% раствором перманганата калия
колларголом
154. Диурез у взрослого больного, страдающего почечной недостаточностью, составил 350 мл/сут. Данный показатель оценивается как:
анурия
олигурия
полиурия
Норма
155. У взрослого больного развилась острая почечная недостаточность со снижением диуреза до 45 мл/сут. Данный показатель характеризуется как:
анурия
олигурия
полиурия
изостенурия
156. При остром отравлении желудок промывается:
до чистых промывных вод
12-15 л воды
8 л кипяченой воды
холодной водой
157. Жировые слабительные применяются при отравлении:
кислотой
щелочью
угарным газом
дихлорэтаном
158. Промывание глаз производят:
кипяченой водой
0,05% перекисью водорода
раствором перманганата калия 1:1000
альбуцидом
159. Зонд в желудок взрослого человека вводится:
на расстояние 30-35 см

до второй отметки
на расстояние от крыльев носа до мочки уха, умноженное на 3
до появления рвоты

160. Препаратом выбора при анестезии у шоковых больных является:
тиопентал натрия
ГОМК
диприван
пентамин

161. Объем воды для промывания желудка при алкогольной коме должен составлять:
1 л
3 л
10 л
5 л

162. Наиболее предпочтительный препарат при развитии острой сердечной недостаточности от передозировки фторотана:
адреналин
парадrenalин
эфедрин
допамин

163. Четвертая стадия постреанимационной болезни характеризуется развитием
А SIRS
Б Синдрома полиорганной недостаточности
В Острой церебральной недостаточности
Г Острой почечной недостаточности

164. Для оценки глубины комы целесообразно пользоваться следующими шкалами
А ШКГ
Б NIH, Orgазозо, Скандинавская, MODS II
В NIH, Orgазозо, Скандинавская
Г NIH, Orgазозо, Скандинавская,

165. Третья стадия постреанимационной болезни характеризуется развитием
А СПОН
Б Сепсиса
В Острой церебральной недостаточности
Г Острой почечной недостаточности

166. К числу патогенетических механизмов при постреанимационной болезни относят
А Реперфузионное повреждение
Б Асептическое воспаление
В Ишемию
Г Эксайтотоксичность

167. Прогноз сердечно-легочной реанимации зависит от
А Все вышеперечисленное
Б Времени до начала реанимационных мероприятий
В Температуры окружающей среды
Г Вида остановки кровообращения

168. К исходам постреанимационной болезни относят
А Все вышеперечисленное
Б Синдром малого сознания
В Постгипоксическая энцефалопатия
Г Хроническое вегетативное состояние

169. Данное состояние не относится к числу терминальных
А Постреанимационная болезнь
Б Преагония
В Агония
Г Клиническая смерть

170. У пациента на ЭКГ диагностирована фибрилляция желудочков.
Первоочередным терапевтическим мероприятием должно быть

А Электрическая дефибрилляция
Б Введение адреналина
В Введение хлорида кальция
Г Введение атропина

171. Четвертая стадия постреанимационной болезни характеризуется развитием
А Сепсиса
Б Синдрома полиорганной недостаточности
В Острой церебральной недостаточности
Г Острой почечной недостаточности

172. Для оценки тяжести СПОН и прогноза целесообразно пользоваться следующими шкалами

- А SOFA, MODS II
- Б НИИ, Оргазозо, Скандинавская,
- В НИИ, Оргазозо, Скандинавская
- Г НИИ, Оргазозо, Скандинавская, ШКГ

173. Третья стадия постреанимационной болезни характеризуется развитием

- А Синдрома полиорганной недостаточности
- Б Сепсиса
- В Острой церебральной недостаточности
- Г Острой почечной недостаточности

174. К числу патогенетических механизмов при постреанимационной болезни относят

- А Реперфузионное повреждение
- Б Асептическое воспаление
- В Ишемию
- Г Эксайтотоксичность

175. Прогноз сердечно-легочной реанимации зависит от

- А Все вышеперечисленное
- Б Времени до начала реанимационных мероприятий
- В Температуры окружающей среды
- Г Вида остановки кровообращения

176. К терминальным состояниям относятся

- А Агония
- Б Кома
- В Шок
- Г Сопор

177. Для агонии характерно

- А Абсолютное преобладание анаэробных процессов в организме
- Б Абсолютное преобладание аэробных процессов в организме
- В Отсутствие сердечной деятельности
- Г Гиперрефлексия

178. К формам остановки кровообращения относится

- А Фибрилляция желудочков
- Б Фибрилляция предсердий
- В Коллапс
- Г Кардиогенный шок

179. На какое время допустимо прерывать непрямой массаж сердца

- А Не более чем на 10 секунд
- Б Не более чем на 20 секунд
- В Не более чем на 30 секунд
- Г Не более чем на 60 секунд

180. Если больной заинтубирован, каково соотношение компрессий и вдохов

- А Вдохи и компрессии не синхронизируются
- Б 30 компрессий – 2 вдоха
- В 2 вдоха – 15 компрессий
- Г 1 вдох – 5 компрессий

181. С какой частотой проверяется эффективность реанимационных мероприятий

- А Не чаще чем через 2 минуты
- Б Не чаще чем через 5 минут
- В Не чаще чем через 10 минут
- Г Ежеминутно

182. Какой мощности разряд используется при дефибрилляции

- А Максимально возможный для имеющегося дефибриллятора
- Б 200 Дж
- В 300 Дж
- Г 200 Дж – 200 Дж -360 Дж

183. Максимальная доза адреналина во время реанимации

- А Не ограничена
- Б 3 – 5 мг
- В 5 – 10 мг
- Г 10 – 15 мг

184. Максимальная доза атропина во время реанимации

- А 3 мг
- Б 5 – 10 мг
- В 10 – 15 мг
- Г Не ограничена

185. Губина компрессий при непрямом массаже сердца у взрослых

- А 5 – 6 см

- Б 3 – 4 см
- В 7 – 8 см
- Г 1/3 от размера грудной клетки

186. Доза лидокаина при некупирующейся фибрилляции желудочков

- А 1 мг на килограмм веса
- Б 2 – 3 мг на килограмм веса
- В 5 – 10 мг на килограмм веса
- Г 15 – 20 мг

187. Доза кордарона при некупирующейся фибрилляции желудочков

- А 300 мг
- Б 600 мг
- В 900 мг
- Г 1200 мг

188. Когда показано проведение дефибрилляции

- А При фибрилляции желудочков и пароксизмальной желудочковой тахикардии
- Б При фибрилляции предсердий
- В При асистолии
- Г При электромеханической диссоциации и идиовентрикулярном ритме

189. Какие действия недопустимы при проведении реанимационных мероприятий

- А Трахеостомия
- Б Коникостомия
- В Пункция центральных вен
- Г Внутрисердечное введение адреналина

190. Каков объем вдоха при ИВЛ при проведении реанимации

- А 400 – 600 мл
- Б 700 – 800 мл
- В 900 – 1000 мл
- Г 1 - 2 л

191. Дыхание с положительным давлением в конце выдоха используется для:

- восстановления сознания больного
- улучшения функции желудочно-кишечного тракта
- профилактики и лечения ARDS
- увлажнения дыхательной смеси

192. При обнаружении кровотечения из трахеостомы дежурная мед-сестра должна:

- провести гемостатическую терапию
- срочно вызвать врача
- провести санацию ТБД
- измерить показатели гемодинамики

193. Больной, находящийся на ИВЛ, интубирован пластмассовой термопластической трубкой. Предельный срок допустимости пребывания трубки в трахее без реинтубации:

- 6 часов
- 12 часов
- 3 дня
- 7-10 дней

194. ЦВД измеряют на уровне:

- точки пересечения большой грудной мышцы и IV ребра
- среднеключичной линии в IV межреберье
- переднеподмышечной линии
- среднеподмышечной линии

195. Протившоковым можно назвать вводимый внутривенно анестетик:

- сомбревин
- диприван
- калипсол
- гексенал

196. Средства, которые используют при анафилактическом шоке:

- плазма нативная и свежемороженая
- антибиотики широкого спектра действия
- адреналин, гормоны, антигистаминные, мочегонные
- мезатон, лазикс

197. Образовавшиеся пролежни обрабатывают:

- 1% раствором йодопирона
- 5% раствором перманганата калия
- 3% перекисью водорода
- камфорным спиртом

198. Перед катетеризацией мочевого пузыря:

- просят больного помочиться

проводят гигиенические мероприятия
вводят анальгетики
дают выпить до 1 л жидкости

199. При возникновении рвоты у больного после операции необходимо:
вызвать дежурного врача
срочно опустить головной конец кровати и повернуть голову больного на бок
провести зондирование желудка
сделать инъекцию церукала

200. В состав клизмы по Огневу входят:
перекись водорода, глицерин, гипертонический раствор
1 л кипяченой воды
вазелиновое масло, перекись водорода
33% раствор натрия сульфата

201. Промывание мочевого пузыря проводится 2-4 раза в сутки:
1% раствором диоксида
фурацилином 1:1000
0,025% раствором перманганата калия
колларголом

202. Диурез у взрослого больного, страдающего почечной недостаточностью, составил 350 мл/сут. Данный показатель оценивается как:
анурия
олигурия
полиурия
Норма

203. У взрослого больного развилась острая почечная недостаточность со снижением диуреза до 45 мл/сут. Данный показатель характеризуется как:
анурия
олигурия
полиурия
изостенурия

204. При остром отравлении желудок промывается:
до чистых промывных вод
12-15 л воды
8 л кипяченой воды
холодной водой

205. Жировые слабительные применяются при отравлении:
кислотой
щелочью
угарным газом
дихлорэтаном

206. Промывание глаз производят:
кипяченой водой
0,05% перекисью водорода
раствором перманганата калия 1:1000
альбунидом

207. Зонд в желудок взрослого человека вводится:
на расстояние 30-35 см
до второй отметки
на расстояние от крыльев носа до мочки уха, умноженное на 3
до появления рвоты

208. Препаратом выбора при анестезии у шоковых больных является:
тиопентал натрия
ГОМК
диприван
пентамин

209. Объем воды для промывания желудка при алкогольной коме должен составлять:
1 л
3 л
10 л
5 л

210. Наиболее предпочтительный препарат при развитии острой сердечной недостаточности от передозировки фторотана:
адреналин
параадреналин
эфедрин
допамин

211. ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ В СПИНУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
острого перикардита
разрыва пищевода
расслаивающей аневризмы аорты

тромбоэмболии легочной артерии
спонтанного пневмоторакса

212. СОЧЕТАНИЕ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ С ГИПОТЕНЗИЕЙ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

тромбоэмболии легочной артерии
острого инфаркта миокарда
напряженного пневмоторакса
гемотампонады сердца

острого сухого перикардита

213. СОЧЕТАНИЕ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ С НАБУХАНИЕМ ШЕЙНЫХ ВЕН НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

тромбоэмболии легочной артерии
разрыва межжелудочковой перегородки
гемотампонады сердца

инфаркта правого желудочка
расслаивающей аневризмы аорты

214. ЗАВИСИМОСТЬ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОДНОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

пролапс митрального клапана
тромбоэмболия легочной артерии

острый перикардит
расслаивающая аневризма аорты

инфаркт миокарда

215. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИТРОГЛИЦЕРИНА В КУПИРОВАНИИ ПРИСТУПА ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ ПОМИМО СТЕНОКАРДИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ТАКЖЕ ПРИ

кардиоспазме

нейроциркуляторной дистонии

пролапсе митрального клапана

остром перикардите

грыже пищеводного отверстия диафрагмы

216. СОЧЕТАНИЕ ИНТЕНСИВНЫХ РАЗЛИТЫХ БОЛЕЙ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ И ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ, КРОМЕ ГАСТРАЛГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

обострение язвенной болезни желудка

расслаивающую аневризму аорты

острый панкреатит

острый гастродуоденит

217. ИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ БОЛЯМИ В ГРУДИ, ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ

синдроме Гитце

пролапсе митрального клапана

остром перикардите

спонтанном пневмотораксе

218. ПОЯВЛЕНИЕ КОЛЮЩИХ ОДНОСТОРОННИХ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВО ВРЕМЯ КАШЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

рефлюкс-эзофагита

спонтанного пневмоторакса

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

пролапса митрального клапана

219. ЭЛЕВАЦИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ПРИ ИНТЕНСИВНЫХ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЯХ ПОМИМО ОКН ТИПИЧНА ТАКЖЕ ДЛЯ

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

острого перикардита

спонтанного пневмоторакса

кардиоспазма

нейроциркуляторной дистонии

220. ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В БОЛЬШИНСТВЕ ОТВЕДЕНИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

тромбоэмболии легочной артерии

гипокалиемии

гиперкалиемии

острого перикардита

всего перечисленного

221. ПОЯВЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЗУБЦОВ T НА ЭКГ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

гипервентиляции

гиперкалиемии

дисгормональных нарушений

нарушения мозгового кровообращения

мелкоочагового инфаркта миокарда

222. РАЗВИТИЕ ОЧАГОВОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ФОНЕ ПРИСТУПА ИНТЕНСИВНЫХ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ УКАЗЫВАЕТ НА

тромбоэмболию легочной артерии

острый панкреатит

острый перикардит

вариантную стенокардию

расслаивающую аневризму аорты

223. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, РАЗВИВШИЕСЯ НА ФОНЕ ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШЕЙСЯ ОДЫШКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

острого перикардита

расслаивающей аневризмы аорты

разрыва пищевода

тромбоэмболии легочной артерии

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

224. ОСТРО ВОЗНИКШАЯ У ПАЦИЕНТА В АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ОДНОСТОРОННЯЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, СВЯЗАННАЯ С АКТОМ ДЫХАНИЯ, ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

спонтанный пневмоторакс

острый плеврит

межреберную невралгию
тромбоэмболию легочной артерии
синдром Цириакса

225. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЭКГ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
инверсия зубца Т

горизонтальная депрессия ST > 1 мм
подъем сегмента ST > 1 мм
снижение амплитуды зубца R

226. ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ В СОЧЕТАНИИ С ОБМОРОКАМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
недостаточности клапанов аорты
митрального стеноза

недостаточности митрального клапана
стеноза устья аорты
вариантной стенокардии

227. ПРИЕМ НИТРОПРЕПАРАТОВ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

бронхоспазмом
брадикардией
диареей
артериальной гипотонией
брадикардией

228. РАЦИОНАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ В-БЛОКАТОРОВ

верапамил (изоптин)
с дилтиаземом (кардил)
с кордароном
с дигоксином

с нитратами

229. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
пропранолол (обзидан)

кордарон
верапамил (изоптин)
нифедипин
клофелин

230. ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ И ЧСС 58 ВМИНУТУ МОЖНО НАЗНАЧАТЬ

пропранолол (обзидан)
верапамил (изоптин)
изокет
дилтиазем (кардил)

кордарон

231. МОНОФАЗНАЯ КРИВАЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОБЫЧНО УДЕРЖИВАЕТСЯ

до 24 часов
до 1 недели
до 1 месяца
до 3 месяцев

232. ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST, ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Т В I, AVL, V3-V6, А ТАКЖЕ УМЕНЬШЕНИЕ АМПЛИТУДЫ ЗУБЦА R В ЭТИХ
ОТВЕДЕНИЯХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

мелкоочагового переднего инфаркта
интрамурального переднебокового инфаркта
крупноочагового бокового инфаркта
мелкоочагового бокового инфаркта
интрамурального заднебокового инфаркта

233. ПОЯВЛЕНИЕ КОМПЛЕКСОВ QS В V1-V3 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

переднеперегородочной локализации
нижней локализации
боковой локализации
задней стенки

правого желудочка

234. У БОЛЬНЫХ С БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПОЯВЛЕНИЕ ЗУБЦОВ S В ОТВЕДЕНИЯХ I, AVL, V5-6 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
ИНФАРКТА МИОКАРДА

передне-перегородочной локализации
нижней локализации
боковой локализации
задней стенки

все перечисленное не верно

235. ДЛЯ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО

благоприятный прогноз
более редкие, чем при трансмуральном инфаркте миокарда, осложнения
частые рецидивы
неосложненное течение

возникновение чаще у молодых больных

236. ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ

тромбоэмболическими осложнениями
фибрилляцией желудочков
перикардитом

плевритом

аневризмой

237. ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА

в первые часы

на вторые сутки

одинакова на всех стадиях болезни

нарастает постепенно

возможны все перечисленные варианты

238. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

кардиогенный шок

отек легких

фибрилляция желудочков

гемотампонада сердца

полная атриовентрикулярная блокада

239. ВНЕЗАПНАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ И ПУЛЬСА ПРИ СОХРАНЕНИИ ЭКГ-СИГНАЛОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

фибрилляции желудочков

разрыва сердца

тромбоэмболии легочной артерии

полной поперечной блокады

синдрома Фредерика

240. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ, PQ — 0,32 С, ЧСС — 62 В МИН, АД — 120/80 ММ РТ. СТ. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

проводить антиаритмическую терапию

вести препараты калия

вести гормоны

вести атропин

ничего предпринимать не надо

3. Типовые задачи

Задача №1. Больной Н., 56 лет Заболела остро: появилась двоение в глазах, ослабели правые конечности.

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. Гемодинамика стабильная. АД140/90 ЧСС80 в мин., ритм правильный. ЧДД20 в мин.

В N.S. Глазные щели D>S (птоз слева), Зрачки S<D, расходящееся косоглазие. Глоточные сохранены. Правосторонний гемипарез (46). Рефлексы оживлены D=S, чувствительных нарушений нет, менингеальных знаков нет.

Каков Предварительный клинический д-з? План обследования и лечения?

Ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне. С-м Вебера.

План обследования: МРТ головного мозга, ЭКГ, ОАК, ОАМ,

развернутая биохимия, УЗДГ+дуплексное сканирование.

План лечения: Пентоксифиллин 2% - 5 мл в/в кап. На 400 мл физ. р-ра, ноотропил 12г. в/в кап на 400 мл физю р-ра, глицерин 10%-200 мл X 2р.в/в кап.

Целесообразно назначение антиоксидантов.

Задача №2. Больная П., 69 лет Заболела остро: появилась слабость в левых конечностях, онемение в левых конечностях.

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. Гемодинамика стабильная. АД200/90 ЧСС80 в мин., ритм правильный. ЧДД20 в мин.

В N.S. Глазные щели D=S, Зрачки S=D, глазодвижения полные. Левосторонняя гомонимная гемиопсия. Опущен левый угол рта. Язык девирует влево. Глоточные сохранены. Левосторонний глубокий гемипарез (16). Рефлексы оживлены D>S, Левосторонняя гемигипестезия, с-м Бабинского слева, менингеальных знаков нет.

Предварительный клинический д-з? План обследования и лечения

С-м внутренней капсулы. Бассейн правой средней мозговой артерии.

Ишемический инсульт в Бассейне правой средней

мозговой артерии. С-м внутренней капсулы

План обследования: КТ головного мозга, ЭКГ, ОАК, ОАМ,

развернутая биохимия, УЗДГ+дуплексное сканирование.

План лечения: Гепарин 5 тысX4 р. в/в кап при снижении АД до 160 ммрт ст, пираретам 12 г.в/в кап. На 400 мл физ р-ра, осмодиуретики, гипотензивная терапия с использованием кальциевых антагонистов, у ингибиторов АПФ.

Задача №3. Больной А., 60 лет., заболел остро: появилось поперхивание, гнусавый голос, храп во сне. При обследовании выявлены следующие с-мы: дизартрия, дисфония, поперхивание при глотании, глоточный рефлекс утрачен. Гемодинамика стабильная. На ЭКГ признаки повреждения миокарда в области передней стенки и перегородки.

Лечение?

Имеет место сочетание ишемического инсульта и острого инфаркта миокарда.

Гепарин 5 тысX4 р. в/в кап при снижении АД до 160 ммрт ст, пираретам 12 г.в/в кап. На 400 мл физ р-ра, осмодиуретики, возможно назначение таблетированных форм нитратов (нитрогранулонг, нитросорбид). Лечение болевого синдрома.

Задача №4.

Больной Н., 64 лет. Жалобы на внезапно возникшие головную боль, сердцебиение, дрожь. Гипертоническая болезнь в течение 5 лет. Последние 3 месяца антигипертензивные препараты принимает не регулярно. АД 220/95 мм рт. ст. Пульс 114 уд/мин. Сопутствующие заболевания - язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, хронический бронхит. Курит до 20 сигарет в день в течение многих лет.

Дополнительные методы исследования.

ЭКГ: синусовая тахикардия.

Ан. крови общий: без патологии. Общий анализ мочи - без патологии. Биохимический анализ крови: калий 3,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л, креатинин 112 мкмоль/л, общий холестерин - 7,4 мкмоль/л.

Вопросы:

Каков тип гипертонического криза?

Тактика лечения?

Показана ли госпитализация в блок интенсивной терапии?

Какие рекомендации следует дать больному после купирования криза?

Ответы.

1-й тип, неосложненный гипертонический криз.

Постепенное снижение АД с помощью таблетированных лекарственных средств. Наблюдение в течение 3-6 часов

Нет

Регулярно принимать предписанные врачом антигипертензивные медикаменты.

Задача №5

Больной К., 62 лет. Жалобы на сильную головную боль, тошноту, рвоту, сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, возникающие как на фоне физической нагрузки, так и в покое, боли снимаются приемом 3-х таблеток нитроглицерина. Гипертоническая болезнь в течении 15 лет. Принимал эналаприл в дозе 10 мг х 2 раза в сутки, однако последние 3 дня не принимал препарата. В течение 5 лет - ИБС, стенокардия ФК 2. АД 180/130 мм рт. ст. Пульс - 78 уд/мин. Сопутствующие заболевания - атеросклероз бедренных артерий. Не курит.

Дополнительные методы исследования.

Ан. крови общий: без патологии. Общий анализ мочи - белок 0,033, сахар - abs, лейкоциты 0-1 в п/зр. В биохимическом анализе крови - АЛТ, АСТ, ЛДГ, МВ-КФК в норме.

ЭКГ без очаговых изменений.

Вопросы:

Каков тип гипертонического криза?

Имеются ли у данного больного осложнения ГК? Если да, то какие?

Показана ли экстренная госпитализация в блок интенсивной терапии? Больного?

Какие препараты показаны для лечения ГК?

Какие препараты не рекомендуются для лечения ГК у данного больного?

Ответы.

2-й, осложненный ГК

Да, прогрессирующая стенокардия

3) Да

Нитроглицерин, эсмолол

Гидралазин, нитропруссид, нифедипин

Задача №6. Больная Н., 56 лет Заболела остро: появились сердцебиение, одышка

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. Одышка в покое 26 в 1 мин. В легких на фоне жесткого дыхания влажные хрипы в нижне-боковых отделах. АД 140/90 ЧСС 170 в 1 мин. На ЭКГ – R – R от 0,28 до 0,36 сек. Зубец P отсутствует. Регистрируются волны ff.

Каков Предварительный клинический д-з? План лечения?

Пароксизм фибрилляции предсердий.

Внутривенно дигоксин 1.0 на 10 мл физ. раствора.

Задача №7. Больная П., 69 лет Заболела остро: появилась боль за грудиной иррадиирующая в шею и левую руку. Внезапно потеряла сознание, были клонические судороги. Дочь вызвала скорую помощь

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. АД 200/500 мм рт. ЧСС 32 в 1 мин., ЧДД 20 в мин. На ЭКГ – синусовая брадикардия. Признаки повреждения нижней стенки.

Каков Предварительный клинический д-з? План лечения?

Атропин 0,1% -1,0 в/в.

Задача № 8. Больная М., 68 лет, доставлена в отделение реанимации машиной СМП с подозрением на ОНМК

Объективно: кома I, влажные кожные покровы, профузный пот, высокий тонус глазных яблок, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 86 в мин., сатурация кислорода 93 %, мышечная сила в конечностях снижена, повышены сухожильные рефлексы. В анамнеза известно, что больная страдает сахарным диабетом 1 типа.

Тактика ведения и ИТ данной пациентки.

-сахар крови cito, инсулинотерапия, контроль и коррекция осмоляльности, газов крови, симптоматическая терапия.

Задача № 9. Больная Н. 55 лет, находилась на лечении в эндокринологическом отделении с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа, средней тяжести, декомпенсация. Состояние больной ухудшилось.

Объективно: сознание угнетено до комы I, кожа бледная, сухая, с выраженным диабетическим румянцем на щеках, слизистые сухие, ярко-красного цвета. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор мягких тканей снижен, мышечный тонус также снижен, рефлексы замедлены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Температура тела понижена, пульс 96 в мин., нитевидный, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Запах ацетона изо рта. В крови - высокий уровень глюкозы. Тактика ведения и ИТ данной пациентки.

-контроль ацетона мочи, инфузионная терапия, инсулинотерапия.

Задача №10. В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 400 С с ознобом, к утру упала до 360 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;

кашель со зловонной мокротой;

беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,

связанное с развитием осложнений,

кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты

3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Задача №11. Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;

слабость;

плохой сон;

беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;

риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Задача №12. В стационар поступил пациент Л., 25 лет, с диагнозом язвенная болезнь 12-перстной кишки.

Жалобы на острые боли в эпигастральной области, возникающие через 3-4 часа после еды, нередко ночью, отрыжка кислым, изжога, запоры, похудание. Аппетит сохранен. Больным себя считает около года, однако к врачам не обращался. Работа связана с нервным перенапряжением, много курит. Пациент обеспокоен состоянием своего здоровья, снижением трудоспособности.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии живота выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

Пациенту назначено исследование - ФГДС.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните диагностическую ценность предстоящей процедуры и подготовку пациента к ней.

Продемонстрируйте технику постановки очистительной клизмы.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в эпигастральной области, возникающие через 3-4 часа после еды;

ночные боли;
похудание;
изжога;
запоры.

Потенциальные:
кровотечения;
пенетрация;
перфорация.

Приоритетная:
проблема пациента:

боли в эпигастральной области, возникающие через 3-4 часа после еды, нередко ночью.

Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение болей к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить удобное положение в постели	Для облегчения состояния больного
2. Контролировать соблюдение пациентом постельного режима	Для уменьшения болей, профилактики кровотечения
3. Контролировать соблюдение пациентом назначенной диеты: исключить соленое, острое, жареное, питаться часто малыми порциями	Для уменьшения продукции желудочного сока
4. Провести беседу с родственниками об обеспечении рационального питания пациента	Для эффективного лечения
5. Провести беседу с пациентом о приеме и возможных побочных эффектах антацидных препаратов	Для эффективной защиты слизистой от воздействия соляной кислоты

Задача №13. В онкологическом отделении находится на стационарном лечении мужчина, 48 лет, с диагнозом рак желудка.

Жалобы на рвоту, слабость, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудание, сильные боли в эпигастральной области, отрыжку, вздутие живота. Пациент адинамичен, подавлен, вступает в контакт с трудом, замкнут, испытывает чувство страха смерти.

Объективно: Состояние тяжелое, температура 37,90С, кожные покровы бледные с землистым оттенком, больной резко истощен, при пальпации в эпигастральной области отмечаются болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки. Печень плотная, болезненная, бугристая, выступает на 5 см из-под края реберной дуги.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Составьте план беседы с родственниками пациента об уходе за онкологическим больным.

Продемонстрируйте технику постановки питательной клизмы.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в эпигастральной области,
слабость;
отсутствие аппетита;
снижение массы тела;
отрыжка;
метеоризм;
рвота;
чувство страха смерти.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента, связанное с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности;
желудочного кровотечения;
перитонита.

Приоритетная проблема пациента:

сильные боли в эпигастральной области.

Краткосрочные и долгосрочные цели: уменьшение интенсивности болей со дня поступления и к моменту выписки, адаптация к состоянию своего здоровья.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациенту покой, повышенное внимание, сочувствие	Для создания психологического комфорта
2. Следить за соблюдением постельного режима	Для создания физического покоя
3. Обеспечить пациенту высококалорийное, легкоусвояемое разнообразное, богатое белками и витаминами питание	Для повышения аппетита, улучшения пищеварения
4. Организовать кормление пациента в постели	Для снижения потери веса и для компенсации потери белка и витаминов, для поддержания защитных сил организма
5. Помочь пациенту при физиологических отправлениях и гигиенических процедурах; осуществлять профилактику пролежней; своевременно менять постельное и нательное белье	Для поддержания гигиенических условий и профилактики осложнений
6. Обеспечить регулярное проветривание палаты и регулярную уборку	Для предотвращения возможных осложнений
7. Контролировать температуру, массу тела, пульс, АД, стул, внешний вид кала	Для ранней диагностики и своевременной неотложной помощи в случае возникновения осложнений (сердечно-сосудистая недостаточность, кровотечение)
8. Оказывать неотложную помощь при рвоте	Для предотвращения аспирации рвотных масс

9. Обучить родственников уходу за онкологическим больным.	Для профилактики пролежней, инфекционных осложнений, аспирации рвотных масс.
-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

Задача №14. Пациентка С., 40 лет, поступила в стационар на лечение с диагнозом хронический холецистит, стадия обострения. Жалобы на ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, тошноту, по утрам горечь во рту, однократно была рвота желчью, общую слабость. Считает себя больной около 7 лет, ухудшение наступило в течение последней недели, которое связывает с приемом обильной, жирной пищи.

Пациентка тревожна, депрессивна, жалуется на усталость, плохой сон. В контакт вступает с трудом, говорит, что не верит в успех лечения, выражает опасение за свое здоровье.

Объективно: состояние удовлетворительное, подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, кожа сухая, чистая, отмечается желтушность склер, язык сухой, обложен серо-белым налетом. При пальпации болезненность в правом подреберье. Симптомы Ортнера и Кера положительны. Пульс 84 уд./мин. АД 130/70 мм рт. ст., ЧДД 20 в мин.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните методику проведения тюбажа в домашних условиях.

Продемонстрируйте на фантоме технику дуоденального зондирования.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в правом подреберье;

горечь во рту;

нарушение сна;

беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

- риск развития осложнений (калькулезный холецистит; перфорация желчного пузыря; эмпиема желчного пузыря; гангрена желчного пузыря).

Приоритетная проблема пациентки: боль в правом подреберье.

Краткосрочная цель: пациентка отметит стихание болей к концу недели стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациентка не будет предъявлять жалоб на боли в правом подреберье к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Проследить за соблюдением назначенной диеты	Для максимального щажения желчного пузыря
2. Провести беседу о сути её заболевания и современных методах его диагностики, лечения, профилактики.	Для уменьшения беспокойства за исход лечения, снятия тревоги за своё будущее
3. Провести беседу с пациенткой о подготовке к УЗИ ГБС и дуоденальному зондированию	Для повышения эффективности диагностических процедур
4. Обучить пациентку правилам приема мезим-форте.	Для эффективного действия лекарственного средства.
5. Провести беседу с родственниками пациентки об обеспечении питания с ограничением жирных, соленых, жареных, копченых блюд	Для предупреждения возникновения болевого синдрома
6. Обучить пациентку методике проведения тюбажа	Для снятия спазма желчных ходов, оттока желчи
7. Наблюдать за состоянием и внешним видом пациентки.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений

Задача №15. Больной Р., 68 лет, находился 4-е сутки в отделении реанимации и интенсивной терапии в связи с отравлением неизвестным ядом в составе курительных смесей.

Анамнез известен неполно. Был госпитализирован с явлениями тяжелой гипоксии и печеночной и церебральной недостаточности.

Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Кома I ст. Кожные покровы желтушные, сухие. Единичные экхимозы.

Дыхание аппаратное жесткое, множество влажных хрипов по всем полям. Параметры респираторной поддержки: SIMV-VC с ЧДД – 16 в мин, ДО 460 мл., РЕЕР 4см вод ст. FiO2 0,35. АД=110/70 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС – 115 в мин, пульс удовлетворительного наполнения. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания. Печень на 2 см ниже края правой реберной дуги. Диурез 15 мл/ч. Отеки периферические. На ЭКГ синусовая тахикардия. Нарушение процессов реполяризации боковой стенки ЛЖ.

На обзорной рентгенограмме легких усилен легочный рисунок. В анализах крови: лейкоциты – 16,5 * 10⁹ /л, сдвига лейкоформулы нет.; эритроциты 3,0*10¹²; СОЭ – 35 мм/ч; РаО₂ – 70 мм рт. ст.; SaO₂ – 93 %; Ра CO₂ – 45 мм рт.ст.; ЦВД 140 мм вод. ст.; Гемоглобин 100 г/л. Гематокрит 25 %. Креатинин 180 мкмоль/л. Общий белок 54г/л, альбумины 29 г/л., билирубин 110 мкмоль/л., АсАТ 650, АлАТ 1020, МНО-1,9, АЧТВ 45.

Произошла остановка кровообращения.

Чем определяется тяжесть состояния пациента?

Тяжесть состояния пациента определяется явлениями полиорганной недостаточности приведшими к остановке кровообращения.

Какие направления интенсивной терапии необходимо проводить?

Проведение ЛСР

Задача №16. Б-ой М-ев, 64 лет обнаружен в утrome без сознания. При первичном осмотре кожные покровы цианотичны, зрачки нормальных размеров с хорошей реакцией на свет. Корнеальный рефлекс сохранен, на болевые раздражители открывает глаза, издает отдельные звуки и разгипертонические движения в конечностях. Патологических рефлексов не выявлено. Дыхание самостоятельное, 34 в 1 минуту, в легких дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. Тоны сердца громкие, чсс 118 в мин., АД- 140/100. По органам без выраженных изменений. Анализ крови на СОН (карбоксигемоглобин) не проводился.

Во время транспортировки развилось агональное состояние на фоне нарастания явлений органной недостаточности. Развилась клиническая смерть.

К какой группе по классификации коматозных состояний: а) при заболеваниях внутренних органов; б) при заболеваниях эндокринной системы; в) при церебральных поражениях; г) при инфекционных заболеваниях; д) при экзотоксических влияниях; е) при воздействии физических факторов , следует отнести описанный случай?

Дайте клиническую оценку шкалы ком Глазго: 15 баллов, 12-14 баллов, 11-8 баллов, 6-8 баллов, < 5 баллов.

Клиническая оценка шкалы ком Глазго:

15 баллов –ясное сознание

14-12 баллов –оглушение(умеренное,глубокое)

8-9 баллов-сопор

7-4 баллов –кома (умеренная,глубокая)

3 балла –кома запредельная (смерть мозга)

Поставьте диагноз, оцените тяжесть состояния , назовите возможную причину заболевания.

Гипоксическая кома, 6 баллов по шкале Глазго. Причину комы следует дифференцировать между токсической энцефалопатией (СОН) и приемом лекарственных препаратов (барбитураты, транквилизаторы)

Задача №17. Поступил вызов - Больная М., 68 лет, внезапно стало плохо. Вызвали СМП.

Объективно: кома I, влажные кожные покровы, профузный пот, высокий тонус глазных яблок, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 86 в мин., сатурация кислорода 93 %, мышечная сила в конечностях снижена, повышены сухожильные рефлексы. В анамнеза известно, что больная страдает сахарным диабетом I типа. Тактика ведения и ИТ данной пациентки. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить на догоспитальном этапе?

-сахар крови cito, ЭКГ, контроль и коррекция осмоляльности, газов крови, симптоматическая терапия.

Задача №18. Больная К. 60 лет, находилась длительное время дома, со слов родственников высокий сахар крови (более 20 ммоль/л) уже удерживается в течение 7 дней. За помощью не обращалась. Состоит на учете у эндокринолога с диагнозом: Сахарный диабет I типа, средней тяжести, декомпенсация. Постоянно использует инсулин по схеме.

Объективно: сознание угнетено до комы I, кожа бледная, сухая, с выраженным диабетическим румянцем на щеках, слизистые сухие, ярко-красного цвета. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор мягких тканей снижен, мышечный тонус также снижен, рефлексы замедлены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Температура тела понижена, пульс 96 в мин., нитевидный, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Запах ацетона изо рта. В крови - высокий уровень глюкозы. Тактика ведения и ИТ данной пациентки.

-контроль ацетона мочи, инфузионная терапия, ЭКГ.

Критерии оценки:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется без беседы по вопросам, если студент не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием, а также входит в группу риска. Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках студента, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае, если он не входит в группу риска.
Хорошо	Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. При спорных ответах по одному из вопросов студенту, имеющему достаточно высокий рейтинг, допускается возможность поставить «хорошо».
Отлично	Выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы (теоретического и практического характера), учитывается рейтинг, если он показывает добросовестное отношение к учебе.

Формируемые знания и умения

Знание 1

алгоритм действия фельдшера при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи

Знание 2

этиологию и патогенез неотложных состояний; основные параметры жизнедеятельности; особенности диагностики неотложных состояний

Знание 3

алгоритм действия фельдшера при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи

Знание 4

этиологию и патогенез неотложных состояний; основные параметры жизнедеятельности

Знание 5

основы лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения в чрезвычайных ситуациях

Знание 6

алгоритм действия фельдшера при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи

Знание 7

особенности диагностики неотложных состояний

Знание 8

этиологию и патогенез неотложных состояний; основные параметры жизнедеятельности; особенности диагностики неотложных состояний

Знание 9

алгоритм действия фельдшера при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи

Вопросы и задания для проверки

Вопросы: 7,8,10,11,12,13,14,22,27,28,29,30,31,38,58,59,60, 61,62,63,64,65,66,67,68,69,91,92,93,94,96

Вопросы: 1,2,6,18,19,20,23,24,25,26,32,39,40,46,47,50,51, 54,55,56,57,58,59,75,76,77,78,80,81,82,83,84,87,88,89,90

Вопросы: 3,9,25,38,43,59,61,62,63,64,91,92,93,96

Вопросы: 1,2,6,18,19,20,23,24,25,26,32,39,40,46,47,50,51, 54,55,56,57,58,59,75,76,77,78,80,81,82,83,84,87,88,89,90

Вопросы: 1,2,6,18,19,20,23,24,25,26,32,39,40,46,47,50,51, 54,55,56,57,58,59,75,76,77,78,80,81,82,83,84,87,88,89,90

Вопросы: 1,2,3,6,9,18,19,20,23,24,25,26,32,38,39,40,43,46, 47,50,51,54,55,56,57,58,59,61,62,63,64,75,76,77,78,80,81, 82,83,84,87,88,89,90,91,92,93,96

Вопросы: 7,8,10,11,12,13,14,22,27,28,29,30,31,38,58,59,60, 61,62,63,64,65,66,67,68,69,91,92,93,94,96

Вопросы: 1,2,6,18,19,20,23,24,25,26,32,39,40,46,47,50,51, 54,55,56,57,58,59,75,76,77,78,80,81,82,83,84,87,88,89,90

Знание 10 этиологию и патогенез неотложных состояний; основные параметры жизнедеятельности	
Знание 11 особенности диагностики неотложных состояний	Вопросы: 1,2,6,18,19,20,23,24,25,26,32,39,40,46,47,50,51,54,55,56,57,58,59,75,76,77,78,80,81,82,83,84,87,88,89,90
Знание 12 этиологию и патогенез неотложных состояний; основные параметры жизнедеятельности	
Знание 13 этиологию и патогенез неотложных состояний; основные параметры жизнедеятельности	Вопросы: 7,8,10,11,12,13,14,22,27,28,29,30,31,38,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,91,92,93,94,96
Знание 14 особенности диагностики неотложных состояний	
Знание 15 алгоритм действия фельдшера при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи	Вопросы: 3,9,25,38,43,59,61,62,63,64,91,92,93,96
Знание 16 принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе; правила, принципы и виды транспортировки пациентов в лечебно-профилактическое учреждение	Вопросы: 1,2,3,6,9,18,19,20,23,24,25,26,32,38,39,40,43,46,47,50,51,54,55,56,57,58,59,61,62,63,64,75,76,77,78,80,81,82,83,84,87,88,89,90,91,92,93,96
Знание 17 правила заполнения медицинской документации	Вопросы: 7,8,10,11,12,13,14,22,27,28,29,30,31,38,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,91,92,93,94,96
Знание 18 этиологию и патогенез неотложных состояний; основные параметры жизнедеятельности	Вопросы: 3,9,25,38,43,59,61,62,63,64,91,92,93,96
Знание 19 правила, принципы и виды транспортировки пациентов в лечебно-профилактическое учреждение	Вопросы: 7,8,10,11,12,13,14,22,27,28,29,30,31,38,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,91,92,93,94,96
Знание 20 правила заполнения медицинской документации	Вопросы: 10,21,22,27,28,29,30,31,33,34,35,48,66,67,68,69,70,71,72,73,82
Знание 21 принципы организации, задачи, силы и средства службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны; классификацию чрезвычайных ситуаций, основные поражающие факторы и медико-тактическую характеристику природных и техногенных катастроф	Вопросы: 5,85,87,88
	Вопросы: 1,2,6,18,19,20,23,24,25,26,32,39,40,46,47,50,51,54,55,56,57,58,59,75,76,77,78,80,81,82,83,84,87,88,89,90
	Вопросы: 35,48,66,67,68,69,70,71,72,73,82
	Вопросы: 5,85,87,88
	Вопросы: 1,2,6,18,19,20,23,24,25,26,32,39,40,46,47,50,51,54,55,56,57,58,59,75,76,77,78,80,81,82,83,84,87,88,89,90 Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18
Умение 1 Понимать социальную значимость своей будущей профессии, осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения профессиональных задач, использовать информационно-коммуникационные технологии для совершенствования профессиональной деятельности.	
Умение 2 определять тяжесть состояния пациента;	

оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений, организовывать работу команды по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам

Задачи: 4,15,16

Умение 3
выделять ведущий синдром

Умение 4
проводить обследование пациента при неотложных состояниях на догоспитальном этапе

Умение 5
организовывать работу команды по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам; обучать пациентов само- и взаимопомощи

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

Умение 6
организовывать работу команды по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

Умение 7
пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты; оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений

Умение 8
выделять ведущий синдром; проводить дифференциальную диагностику

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

Умение 9
оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений

Задачи: 1,2,3,4, 15,16

Умение 10
определять тяжесть состояния пациента;

Умение 11
организовывать работу команды по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам

Задачи: 10,11,12,13,14,15

Умение 12
пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

Умение 13
обучать пациентов само- и взаимопомощи

Умение 14
проводить обследование пациента при неотложных состояниях на догоспитальном этапе

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

Умение 15
проводить дифференциальную диагностику, определять тяжесть состояния пациента

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

Умение 16
работать с портативной диагностической и реанимационной аппаратурой; оказывать посиндромную неотложную медицинскую помощь; проводить сердечно-легочную реанимацию, осуществлять фармакотерапию на догоспитальном этапе

Задачи: 4, 7,8,9,10,11,15,16

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

Умение 17
оценивать эффективность оказания неотложной медицинской помощи

Умение 18
контролировать основные параметры жизнедеятельности

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

Умение 19
определять показания к госпитализации и осуществлять транспортировку

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

пациента, сортировку, первую медицинскую, доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

Умение 20

оформлять медицинскую документацию

Умение 21

проводить обследование пациента при неотложных состояниях на догоспитальном этапе; определять тяжесть состояния пациента; организовывать и проводить

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

медицинскую сортировку, первую медицинскую, доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях; пользоваться коллективными и индивидуальными средствами

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

защиты; оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений; оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений в чрезвычайных ситуациях

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18

28.2. УП.03.01 УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

Форма текущего контроля успеваемости: решение задач.

Тема: Принципы ведения больных с гипертоническим кризом на догоспитальном этапе

Задача № 1.

Больной Н., 64 лет. Жалобы на внезапно возникшие головную боль, сердцебиение, дрожь. Гипертоническая болезнь в течение 5 лет. Последние 3 месяца антигипертензивные препараты принимает не регулярно. АД 220/95 мм рт. ст. Пульс 114 уд/мин. Сопутствующие заболевания - язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, хронический бронхит. Курит до 20 сигарет в день в течение многих лет.

Дополнительные методы исследования.

ЭКГ: синусовая тахикардия.

Ан. крови общий: без патологии. Общий анализ мочи - без патологии. Биохимический анализ крови: калий 3,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л, креатинин 112 мкмоль/л, общий холестерин - 7,4 мкмоль/л.

Вопросы:

Каков тип гипертонического криза?

Тактика лечения?

Показана ли госпитализация в блок интенсивной терапии?

Какие рекомендации следует дать больному после купирования криза?

Ответы.

1-й тип, неосложненный гипертонический криз.

Постепенное снижение АД с помощью таблетированных лекарственных средств. Наблюдение в течение 3-6 часов

Нет

Регулярно принимать предписанные врачом антигипертензивные медикаменты.

Задача № 2.

Больной К., 62 лет. Жалобы на сильную головную боль, тошноту, рвоту, сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, возникающие как на фоне физической нагрузки, так и в покое, боли снимаются приемом 3-х таблеток нитроглицерина. Гипертоническая болезнь в течении 15 лет. Принимал эналаприл в дозе 10 мг x 2 раза в сутки, однако последние 3 дня не принимал препарата. В течение 5 лет - ИБС, стенокардия ФК 2. АД 180/130 мм рт. ст. Пульс - 78 уд/мин. Сопутствующие заболевания - атеросклероз бедренных артерий. Не курит.

Дополнительные методы исследования.

Ан. крови общий: без патологии. Общий анализ мочи - белок 0,033, сахар - abs, лейкоциты 0-1 в п/зр. В биохимическом анализ крови - АЛТ, АСТ, ЛДГ, МВ-КФК в норме.

ЭКГ без очаговых изменений.

Вопросы:

Каков тип гипертонического криза?

Имеются ли у данного больного осложнения ГК? Если да, то какие?

Показана ли экстренная госпитализация в блок интенсивной терапии? больного?

Какие препараты показаны для лечения ГК?

Какие препараты не рекомендуются для лечения ГК у данного больного?

Ответы.

2-й, осложненный ГК

Да, прогрессирующая стенокардия

3) Да

Нитроглицерин, эсмолол

Гидралазин, нитропруссид, нифедипин

Тема: Принципы ведения больных с ОНМК на догоспитальном этапе.

Задача № 3. Больной Н., 56 лет Заболела остро: появилась двоение в глазах, ослабели правые конечности.

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. Гемодинамика стабильная. АД 140/90 ЧСС 80 в мин., ритм правильный. ЧДД 20 в мин.

В N.S. Глазные щели D>S (птоз слева), Зрачки S<D, расходящееся косоглазие. Глоточные сохранены. Правосторонний гемипарез (46). Рефлексы оживлены D=S, чувствительных нарушений нет, менингеальных знаков нет.

Каков Предварительный клинический диагноз?

План обследования и лечения?

Задача № 4. Больная П., 69 лет Заболела остро: появилась слабость в левых конечностях, онемение в левых конечностях.

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. Гемодинамика стабильная. АД 200/90 ЧСС 80 в мин., ритм правильный. ЧДД 20 в мин.

В N.S. Глазные щели D=S, Зрачки S=D, глазодвижения полные. Левосторонняя гомонимная гемиопсия. Опушен левый угол рта. Язык девиирует влево.

Глоточные сохранены. Левосторонний глубокий гемипарез (16). Рефлексы оживлены D>S, Левосторонняя гемипгестезия, с-м Бабинского слева, менингеальных знаков нет.

Предварительный клинический диагноз?
План обследования и лечения?

Тема: Принципы ведения больных с нарушениях ритма сердца на догоспитальном этапе.

Задача №5. Больная Н., 56 лет Заболела остро: появились сердцебиение, одышка

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. Одышка в покое 26 в 1 мин. В легких на фоне жесткого дыхания влажные хрипы в ниже-боковых отделах. АД140/90 ЧСС 170 в 1 мин. На ЭКГ – R – R от 0,28 до 0,36 сек. Зубец P отсутствует. Регистрируются волны ff.

Каков Предварительный клинический д-з? План лечения?

Пароксизм фибрилляции предсердий.

Внутривенно дигоксин 1.0 на 10 мл физ. раствора.

Задача № 6. Больная П., 69 лет Заболела остро: появилась боль за грудиной иррадирующая в шею и левую руку. Внезапно потеряла сознание, были клонические судороги. Дочь вызвала скорую помощь

Об-но: состояние тяжелое. Ясное сознание. АД 200/500 мм рт. ЧСС 32 в 1 мин., ЧДД20 в мин. На ЭКГ – синусовая брадикардия. Признаки повреждения нижней стенки.

Каков Предварительный клинический д-з? План лечения?

Атропин 0,1% -1,0 в/в.

Тема: Принципы ведения больных с острой церебральной недостаточностью на догоспитальном этапе.

Задача №7 Больная М., 68 лет, доставлена в отделение реанимации машиной СМП с подозрением на ОНМК

Объективно: кома I, влажные кожные покровы, профузный пот, высокий тонус глазных яблок, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 86 в мин., сатурация кислорода 93 %, мышечная сила в конечностях снижена, повышены сухожильные рефлексы. В анамнеза известно, что больная страдает сахарным диабетом 1 типа. Тактика ведения и ИТ данной пациентки.

-сахар крови cito, инсулинотерапия, контроль и коррекция осмоляльности, газов крови, симптоматическая терапия.

Задача № 8 Больная Н. 55 лет, находилась на лечение в эндокринологическом отделении с диагнозом: Сахарный диабет I типа, средней тяжести, декомпенсация. Состояние больной ухудшилось.

Объективно: сознание угнетено до комы I, кожа бледная, сухая, с выраженным диабетическим румянцем на щеках, слизистые сухие, ярко-красного цвета. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор мягких тканей снижен, мышечный тонус также снижен, рефлексы замедлены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Температура тела понижена, пульс 96 в мин., нитевидный, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Запах ацетона изо рта. В крови - высокий уровень глюкозы. Тактика ведения и ИТ данной пациентки.

-контроль ацетона мочи, инфузионная терапия, инсулинотерапия.

Тема: Интенсивная терапия больным бронхиальной астмой и ХОБЛ на догоспитальном этапе

Задача № 9

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 400 С с ознобом, к утру упала до 360 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;

кашель со зловонной мокротой;

беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,

связанное с развитием осложнений,

кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
------	-----------

1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

Задача № 10

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;

слабость;

плохой сон;

беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;

риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

Тема: Постреанимационная болезнь.

Задача № 11

И	11	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

ЗУ		<p>Больной П., 38 лет, находился 4-е сутки в отделении реанимации и интенсивной терапии с диагнозом острая постгипоксическая энцефалопатия.</p> <p>На вторые сутки развилась остановка дыхания и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия были эффективны</p> <p>Анамнез известен неполно. Был госпитализирован с явлениями тяжелой гипоксии и печеночной и церебральной недостаточности.</p> <p>Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Кома I ст. Кожные покровы желтушные, сухие. Единичные экхимозы.</p> <p>Дыхание аппаратное жесткое, множество влажных хрипов по всем полям. Параметры респираторной поддержки: SIMV-VC с ЧДД – 16 в мин, ДО 460 мл., РЕЕР 4см вод ст. FiO2 0,35. АД=110/70 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС – 115 в мин, пульс удовлетворительного наполнения. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания. Печень на 2 см ниже края правой реберной дуги. Диурез 15 мл/ч. Отеки периферические. На ЭКГ синусовая тахикардия.</p> <p>Нарушение процессов реполяризации боковой стенки ЛЖ.</p> <p>На обзорной рентгенограмме легких усилен легочный рисунок. В анализах крови: лейкоциты – 16,5 * 10⁹ ,сдвига лейкоформулы нет.; эритроциты 3,0*10¹²; СОЭ – 35 мм/ч; РаО₂ – 70 мм рт. ст.; SaO₂ – 93 %; Ра CO₂ – 45 мм рт.ст.; ЦВД 140 мм вод. ст.; Гемоглобин 100 г/л. Гематокрит 25 %. Креатинин 180 ммоль/л. Общий белок 54г/л, альбумины 29 г/л., билирубин 110 мкмоль/л., АсАТ 650, АлАТ 1020, МНО-1,9, АЧТВ 45.</p>
1В		Чем определяется тяжесть состояния пациента?
Э		Тяжесть состояния пациента определяется явлениями полиорганной недостаточности приведшими к остановке кровообращения.
Р2		Ответ правильный с анализом клинической картины
Р1		Ответ правильный, анализ клинической картины и проблем недостаточный
Р0		Ответ неправильный
2В		Какие направления интенсивной терапии необходимо проводить?
Э		Проведение ЛСР
Р2		Ответ правильный и полный
Р1		Ответ правильный, но неполный
Р0		Ответ неправильный
3В		Прогноз развития ситуации
Э		Прогноз серьезный или неблагоприятный. Если не будут решены проблемы СПОН, состояние будет прогрессивно ухудшаться. Высокий риск присоединения госпитальной инфекции и развития сепсиса в постреанимационный период.
Р2		Ответ правильный и полный
Р1		Ответ правильный, но неполный
Р0		Ответ неправильный

Тема: Понятие о неотложных, критических, терминальных состояниях.

Задача № 12

И	5	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
ЗУ		<p>Больной Р., 28 лет, находился 4-е сутки в отделении реанимации и интенсивной терапии в связи с отравлением неизвестным ядом в составе курительных смесей.</p> <p>Анамнез известен неполно. Был госпитализирован с явлениями тяжелой гипоксии и печеночной и церебральной недостаточности.</p> <p>Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Кома I ст. Кожные покровы желтушные, сухие. Единичные экхимозы.</p> <p>Дыхание аппаратное жесткое, множество влажных хрипов по всем полям. Параметры респираторной поддержки: SIMV-VC с ЧДД – 16 в мин, ДО 460 мл., РЕЕР 4см вод ст. FiO2 0,35. АД=110/70 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС – 115 в мин, пульс удовлетворительного наполнения. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания. Печень на 2 см ниже края правой реберной дуги. Диурез 15 мл/ч. Отеки периферические. На ЭКГ синусовая тахикардия.</p> <p>Нарушение процессов реполяризации боковой стенки ЛЖ.</p> <p>На обзорной рентгенограмме легких усилен легочный рисунок. В анализах крови: лейкоциты – 16,5 * 10⁹ ,сдвига лейкоформулы нет.; эритроциты 3,0*10¹²; СОЭ – 35 мм/ч; РаО₂ – 70 мм рт. ст.; SaO₂ – 93 %; Ра CO₂ – 45 мм рт.ст.; ЦВД 140 мм вод. ст.; Гемоглобин 100 г/л. Гематокрит 25 %. Креатинин 180 ммоль/л. Общий белок 54г/л, альбумины 29 г/л., билирубин 110 мкмоль/л., АсАТ 650, АлАТ 1020, МНО-1,9, АЧТВ 45.</p> <p>Произошла остановка кровообращения.</p>
1В		Чем определяется тяжесть состояния пациента?
Э		Тяжесть состояния пациента определяется явлениями полиорганной недостаточности приведшими к остановке кровообращения.
Р2		Ответ правильный с анализом клинической картины
Р1		Ответ правильный, анализ клинической картины и проблем недостаточный
Р0		Ответ неправильный
2В		Какие направления интенсивной терапии необходимо проводить?
Э		Проведение ЛСР

P2		Ответ правильный и полный
P1		Ответ правильный, но неполный
P0		Ответ неправильный
ЗВ		Прогноз развития ситуации
Э		Прогноз серьезный или неблагоприятный. Если не будут решены проблемы СПОН, состояние будет прогрессивно ухудшаться. Высокий риск присоединения госпитальной инфекции и развития сепсиса в постреанимационный период.
P2		Ответ правильный и полный
P1		Ответ правильный, но неполный
P0		Ответ неправильный

Тема: Шок. Понятие, виды. Интенсивная терапия на догоспитальном этапе.

Задача № 13

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 400 С с ознобом, к утру упала до 360 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;

кашель со зловонной мокротой;

беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,

связанное с развитием осложнений,

кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

Задача № 14

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца

приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;

слабость;

плохой сон;

беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;

риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

Тема: Основы инфузионной терапии на догоспитальном этапе.

Задача № 15

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 40,0 С с ознобом, к утру упала до 36,0 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота.

Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;

кашель со зловонной мокротой;

беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,

связанное с развитием осложнений,

кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышечкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

Задача № 16

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;
лихорадка;
неприятные ощущения в области сердца;
снижение аппетита;
слабость;
плохой сон;
беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;
риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

Тема: Неотложная помощь острых отравлений на догоспитальном этапе

Задача № 17

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 40,0 С с ознобом, к утру упала до 36,0 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;

кашель со зловонной мокротой;

беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,

связанное с развитием осложнений,

кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

Задача № 18

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;
слабость;
плохой сон;
беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;
риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

Тема: Организация неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Задача № 19

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 400 С с ознобом, к утру упала до 360 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота.

Большой заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;

кашель со зловонной мокротой;

беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,

связанное с развитием осложнений,

кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха

палаты	кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

Задача № 20

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;

слабость;

плохой сон;

беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;

риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

Тема: Лабораторный и инструментальный мониторинг критических состояний на догоспитальном этапе.

Задача № 21. Больная К. 60 лет, находилась длительное время дома, со слов родственников высокий сахар крови (более 20 ммоль/л) уже удерживается в течение 7 дней. За помощью не обращалась. Состоит на учете у эндокринолога с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа, средней тяжести, декомпенсация. Постоянно использует инсулин по схеме.

Объективно: сознание угнетено до комы I, кожа бледная, сухая, с выраженным диабетическим румянцем на щеках, слизистые сухие, ярко-красного цвета. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор мягких тканей снижен, мышечный тонус также снижен, рефлексы замедлены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Температура тела понижена, пульс 96 в мин., нитевидный, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Запах ацетона изо рта. В крови - высокий уровень глюкозы. Тактика ведения и ИТ данной пациентки.

-контроль ацетона мочи, инфузионная терапия, ЭКГ.

Тема: Лабораторный и инструментальный мониторинг критических состояний на догоспитальном этапе.

Задача № 22. Поступил вызов - Больная М., 68 лет, внезапно стало плохо. Вызвали СМП.

Объективно: кома I, влажные кожные покровы, профузный пот, высокий тонус глазных яблок, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 86 в мин., сатурация кислорода 93 %, мышечная сила в конечностях снижена, повышены сухожильные рефлексы. В анамнеза известно, что больная страдает сахарным диабетом I типа. Тактика ведения и ИТ данной пациентки. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить на догоспитальном этапе? -сахар крови cito, ЭКГ, контроль и коррекция осмоляльности, газов крови, симптоматическая терапия.

Критерии оценки:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется если студент не решил задачу и не справился с вопросами, поставленными в задаче. Незнание основных понятий, неумение применить знания практически. Отсутствие навыков и знаний о выполнении манипуляций. Отсутствие дневника практики и отчета, либо отсутствие записей в дневнике практики и отчете о практических навыках.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильное решение задачи и недостаточно полные ответы на вопросы, поставленные в задаче свидетельствующие о существенных недоработках студента. Частичное заполнение дневника практики и отчета. Недостаточно полное освоение манипуляций.
Хорошо	Выставляется за самостоятельное решение задач, однако в ответах на вопросы, поставленные в задаче имеются неточности, не носящие принципиального характера. В заполнение дневника практики и отчета имеются недостатки, не носящие принципиального характера. В проведении манипуляций имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за самостоятельное решение задачи, полные ответы на все вопросы поставленные в задаче. В заполнение дневника практики и отчета нет замечаний. В проведении манипуляций нет замечаний.

Промежуточная аттестация:

Форма: дифференцированный зачет.

Форма проведения: собеседование по отчету и дневнику, решение ситуационных задач.

ЗАДАЧА № 1

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 40,0 С с ознобом, к утру упала до 36,0 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;
кашель со зловонной мокротой;
беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,
связанное с развитием осложнений,
кровотечение,
дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом

7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

ЗАДАЧА № 2

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;

слабость;

плохой сон;

беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;

риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

ЗАДАЧА № 3

Больной Н., 64 лет. Жалобы на внезапно возникшие головную боль, сердцебиение, дрожь. Гипертоническая болезнь в течение 5 лет. Последние 3 месяца антигипертензивные препараты принимает не регулярно. АД 220/95 мм рт. ст. Пульс 114 уд/мин. Сопутствующие заболевания - язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, хронический бронхит. Курит до 20 сигарет в день в течение многих лет.

Дополнительные методы исследования.

ЭКГ: синусовая тахикардия.

Ан. крови общий: без патологии. Общий анализ мочи - без патологии. Био-химический анализ крови: калий 3,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л, креатинин 112 мкмоль/л, общий холестерин - 7,4 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Каков тип гипертонического криза?

2. Тактика лечения?

3. Показана ли госпитализация в блок интенсивной терапии?

4. Какие рекомендации следует дать больному после купирования криза?

Ответы.

1. 1-й тип, несложненный гипертонический криз.

2. Постепенное снижение АД с помощью таблетированных лекарственных средств. Наблюдение в течение 3-6 часов
3. Нет
4. Регулярно принимать предписанные врачом антигипертензивные медикаменты.

ЗАДАЧА №4

Больной К., 62 лет. Жалобы на сильную головную боль, тошноту, рвоту, сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, возникающие как на фоне физической нагрузки, так и в покое, боли снимаются приемом 3-х таблеток нитроглицерина. Гипертоническая болезнь в течении 15 лет.

Принимал эналаприл в дозе 10 мг x 2 раза в сутки, однако последние 3 дня не принимал препарата. В течение 5 лет - ИБС, стенокардия ФК 2. АД 180/130 мм рт. ст. Пульс - 78 уд/мин. Сопутствующие заболевания - атеросклероз бедренных артерий. Не курит.

Дополнительные методы исследования.

Ан. крови общий: без патологии. Общий анализ мочи - белок 0,033, сахар - abs, лейкоциты 0-1 в п/зр. В биохимическом анализе крови - АЛТ, АСТ, ЛДГ, МВ-КФК в норме.

ЭКГ без очаговых изменений.

Вопросы:

1. Каков тип гипертонического криза?
2. Имеются ли у данного больного осложнения ГК? Если да, то какие?
3. Показана ли экстренная госпитализация в блок интенсивной терапии? больного?
4. Какие препараты показаны для лечения ГК?
5. Какие препараты не рекомендуются для лечения ГК у данного больного?

Ответы.

1. 2-й, осложненный ГК
2. Да, прогрессирующая стенокардия
- 3) Да
4. Нитроглицерин, эсмолол
5. Гидралазин, нитропруссид, нифедипин

ЗАДАЧА № 5 Больная М., 68 лет, доставлена в отделение реанимации машиной СМП с подозрением на ОНМК

Объективно: кома I, влажные кожные покровы, профузный пот, высокий тонус глазных яблок, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 86 в мин., сатурация кислорода 93 %, мышечная сила в конечностях снижена, повышены сухожильные рефлексы. В анамнезе известно, что больная страдает сахарным диабетом I типа.

Вопросы: Тактика ведения и интенсивная терапия данной пациентки.

Ответы: сахар крови cito, инсулинотерапия, контроль и коррекция осмоляльности, газов крови, симптоматическая терапия.

ЗАДАЧА № 6 Больная Н. 55 лет, находилась на лечение в эндокринологическом отделении с диагнозом: Сахарный диабет I типа, средней тяжести, декомпенсация. Состояние больной ухудшилось.

Объективно: сознание угнетено до комы I, кожа бледная, сухая, с выраженным диабетическим румянцем на щеках, слизистые сухие, ярко-красного цвета. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор мягких тканей снижен, мышечный тонус также снижен, рефлексы замедлены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Температура тела понижена, пульс 96 в мин., нитевидный, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Запах ацетона изо рта. В крови - высокий уровень глюкозы.

Вопросы: Тактика ведения и интенсивная терапия данной пациентки.

Ответы: контроль ацетона мочи, инфузионная терапия, инсулинотерапия.

ЗАДАЧА № 7. Больная К. 60 лет, находилась длительное время дома, со слов родственников высокий сахар крови (более 20 ммоль/л) уже удерживается в течение 7 дней. За помощью не обращалась. Состоит на учете у эндокринолога с диагнозом: Сахарный диабет I типа, средней тяжести, декомпенсация.

Постоянно использует инсулин по схеме.

Объективно: сознание угнетено до комы I, кожа бледная, сухая, с выраженным диабетическим румянцем на щеках, слизистые сухие, ярко-красного цвета. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор мягких тканей снижен, мышечный тонус также снижен, рефлексы замедлены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Температура тела понижена, пульс 96 в мин., нитевидный, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Запах ацетона изо рта. В крови - высокий уровень глюкозы.

Вопросы: Тактика ведения и интенсивная терапия данной пациентки.

Ответы: контроль ацетона мочи, инфузионная терапия, ЭКГ.

Критерии оценки:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется, если студент не решил задачу и не справился с вопросами, поставленные в задаче. Незнание основных понятий, неумение применить знания практически. Отсутствие навыков и знаний о выполнении манипуляций. Отсутствие дневника практики и отчета, либо отсутствие записей в дневнике практики и отчете о практических навыках.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильное решение задачи и недостаточно полные ответы на вопросы, поставленные в задаче свидетельствующие о существенных недоработках студента.

	Частичное заполнение дневника практики и отчета. Недостаточно полное освоение манипуляций.
Хорошо	Выставляется за самостоятельное решение задач, однако в ответах на вопросы, поставленные в задаче имеются неточности, не носящие принципиального характера. В заполнение дневника практики и отчета имеются недостатки, не носящие принципиального характера. В проведении манипуляций имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за самостоятельное решение задачи, полные ответы на все вопросы поставленные в задаче. В заполнение дневника практики и отчета нет замечаний. В проведении манипуляций нет замечаний.

Таблица соответствия образовательных результатов и оценочных средств:

Формируемые умения и практический опыт	Вопросы и задания для проверки
Умение 1 проводить обследование пациента при неотложных состояниях на догоспитальном этапе; определять тяжесть состояния пациента; выделять ведущий синдром;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7 Задачи: 4,5, 6,
Умение 2 работать с портативной диагностической и реанимационной аппаратурой;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7
Умение 3 оказывать посиндромную неотложную медицинскую помощь; оценивать эффективность оказания неотложной медицинской помощи;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7
Умение 4 проводить сердечно-легочную реанимацию;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7
Умение 5 контролировать основные параметры жизнедеятельности;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7
Умение 6 осуществлять фармакотерапию на догоспитальном этапе;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7
Умение 7 определять показания к госпитализации и осуществлять транспортировку пациента; осуществлять мониторинг на всех этапах догоспитальной помощи;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7 Задачи: 1,2,5,7
Умение 8 организовывать работу команды по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7
Умение 9 обучать пациентов само- и взаимопомощи;	
Умение 10 организовывать и проводить медицинскую сортировку, первую медицинскую, доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7 Задачи: 1,2,3,4,5,6,7
Умение 11 пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7
Умение 12 оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений;	
Умение 13 оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений в чрезвычайных ситуациях.	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9
Практический опыт 1 проведения клинического обследования при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9

Практический опыт 2 определения тяжести состояния пациента и имеющегося ведущего синдрома;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9
Практический опыт 3 проведения дифференциальной диагностики заболеваний;	Задачи: 1,2,5,7,8 Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9
Практический опыт 4 работы с портативной диагностической и реанимационной аппаратурой;	Задачи: 1,3,4,5,7,8
Практический опыт 5 оказания посиндромной неотложной медицинской помощи;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9
Практический опыт 6 определения показаний к госпитализации и осуществления транспортировки пациента;	
Практический опыт 7 оказания экстренной медицинской помощи при различных видах повреждений.	

28.3. ПП.03.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ)

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет
Форма проведения: решение задач, собеседование по отчету и дневнику практики.

ЗАДАЧА № 1

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т., 68 лет, с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 400 С с ознобом, к утру упала до 360 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните технику проведения постурального дренажа и элементы дыхательной гимнастики, направленной на стимуляцию отхождения мокроты.

Продемонстрируйте технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

лихорадка;

кашель со зловонной мокротой;

беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные:

ухудшение состояния пациента,

связанное с развитием осложнений,

кровотечение,

дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема:

кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить пациента плевательницей с притертой крышечкой, заполненной на 1/3 дез. раствором	Для сбора мокроты с гигиенической целью
2. Создать пациенту удобное положение в постели (постуральный дренаж)	Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты
3. Обучить пациента правильному поведению при кашле	Для активного участия пациента в процессе выздоровления
4. Обучить пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.	Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты
5. Контролировать выполнение пациентом комплекса дыхательных упражнений	Для улучшения микроциркуляции в легочной ткани
6. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты	Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания	Для компенсации потери белка и повышения защитных сил

пациента с высоким содержанием белков, витаминов и микроэлементов.	организма
8. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает значительное облегчение, кашель уменьшился, мокрота к моменту выписки исчезла. Цель достигнута.

Студент рассказывает о технике постурального дренажа и элементах дыхательной гимнастики.

Студент демонстрирует технику разведения и в/м введения бензилпенициллина натриевой соли в соответствии с алгоритмом действий.

ЗАДАЧА № 2

Пациент Н., 17 лет, поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматическая болезнь, активная фаза, ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните необходимость соблюдения постельного режима.

Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Эталоны ответов

Проблемы пациента

Настоящие:

боли в суставах;

лихорадка;

неприятные ощущения в области сердца;

снижение аппетита;

слабость;

плохой сон;

беспокойство по поводу исхода болезни.

Потенциальные:

формирование порока сердца;

риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение болей в суставах к 7-му дню стационарного лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту	Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания
2. Укрыть теплым одеялом	Для снятия болей
3. Обеспечить пациента витаминизированным питьем (1,5–2,0 л)	Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача	Для снятия воспаления
5. Следить за диурезом пациента	Для контроля водного баланса
6. Следить за деятельностью кишечника	Для профилактики запоров
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента	Для ранней диагностики возможных осложнений
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с назначенной диетой	Для уменьшения задержки жидкости в организме
9. Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Оценка: пациент отмечает исчезновение болей, отеков, восстановление функций пораженных суставов, демонстрирует знания по профилактике ревматизма. Цель достигнута.

Студент аргументировано объясняет необходимость соблюдения пациентом постельного режима.

Студент демонстрирует на фантоме технику измерения артериального давления в соответствии с алгоритмом действий.

ЗАДАЧА № 3

Больной Н., 64 лет. Жалобы на внезапно возникшие головную боль, сердцебиение, дрожь. Гипертоническая болезнь в течение 5 лет. Последние 3 месяца антигипертензивные препараты принимает не регулярно. АД 220/95 мм рт. ст. Пульс 114 уд/мин. Сопутствующие заболевания - язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, хронический бронхит. Курит до 20 сигарет в день в течение многих лет.

Дополнительные методы исследования.

ЭКГ: синусовая тахикардия.

Ан. крови общий: без патологии. Общий анализ мочи - без патологии. Био-химический анализ крови: калий 3,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л, креатинин 112 мкмоль/л, общий холестерин - 7,4 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Каков тип гипертонического криза?
2. Тактика лечения?
3. Показана ли госпитализация в блок интенсивной терапии?
4. Какие рекомендации следует дать больному после купирования криза?

Ответы.

1. 1-й тип, неосложненный гипертонический криз.
2. Постепенное снижение АД с помощью таблетированных лекарственных средств. Наблюдение в течение 3-6 часов

3. Нет
4. Регулярно принимать предписанные врачом антигипертензивные медикаменты.

ЗАДАЧА №4

Больной К., 62 лет. Жалобы на сильную головную боль, тошноту, рвоту, сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, возникающие как на фоне физической нагрузки, так и в покое, боли снимаются приемом 3-х таблеток нитроглицерина. Гипертоническая болезнь в течении 15 лет.

Принимал эналаприл в дозе 10 мг х 2 раза в сутки, однако последние 3 дня не принимал препарата. В течение 5 лет - ИБС, стенокардия ФК 2. АД 180/130 мм рт. ст. Пульс - 78 уд/мин. Сопутствующие заболевания - атеросклероз бедренных артерий. Не курит.

Дополнительные методы исследования.

Ан. крови общий: без патологии. Общий анализ мочи - белок 0,033, сахар - abs, лейкоциты 0-1 в п/зр. В биохимическом анализе крови - АЛТ, АСТ, ЛДГ, МВ-КФК в норме.

ЭКГ без очаговых изменений.

Вопросы:

1. Каков тип гипертонического криза?
2. Имеются ли у данного больного осложнения ГК? Если да, то какие?
3. Показана ли экстренная госпитализация в блок интенсивной терапии? больного?
4. Какие препараты показаны для лечения ГК?
5. Какие препараты не рекомендуются для лечения ГК у данного больного?

Ответы.

1. 2-й, осложненный ГК
2. Да, прогрессирующая стенокардия

3) Да

4. Нитроглицерин, эсмолол
5. Гидралазин, нитропруссид, нифедипин

ЗАДАЧА № 5 Больная М., 68 лет, доставлена в отделение реанимации машиной СМП с подозрением на ОНМК

Объективно: кома I, влажные кожные покровы, профузный пот, высокий тонус глазных яблок, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 86 в мин., сатурация кислорода 93 %, мышечная сила в конечностях снижена, повышены сухожильные рефлексы. В анамнезе известно, что больная страдает сахарным диабетом 1 типа.

Вопросы: Тактика ведения и интенсивная терапия данной пациентки.

Ответы: сахар крови cito,
инсулинотерапия,
контроль и коррекция осмоляльности,
газов крови,
симптоматическая терапия.

ЗАДАЧА № 6 Больная Н. 55 лет, находилась на лечение в эндокринологическом отделении с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа, средней тяжести, декомпенсация. Состояние больной ухудшилось.

Объективно: сознание угнетено до комы I, кожа бледная, сухая, с выраженным диабетическим румянцем на щеках, слизистые сухие, ярко-красного цвета. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор мягких тканей снижен, мышечный тонус также снижен, рефлексы замедлены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Температура тела понижена, пульс 96 в мин., нитевидный, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Запах ацетона изо рта. В крови - высокий уровень глюкозы.

Вопросы: Тактика ведения и интенсивная терапия данной пациентки.

Ответы: контроль ацетона мочи,
инфузионная терапия,
инсулинотерапия.

ЗАДАЧА № 7. Больная К. 60 лет, находилась длительное время дома, со слов родственников высокий сахар крови (более 20 ммоль/л) уже удерживается в течение 7 дней. За помощью не обращалась. Состоит на учете у эндокринолога с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа, средней тяжести, декомпенсация.

Постоянно использует инсулин по схеме.

Объективно: сознание угнетено до комы I, кожа бледная, сухая, с выраженным диабетическим румянцем на щеках, слизистые сухие, ярко-красного цвета. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор мягких тканей снижен, мышечный тонус также снижен, рефлексы замедлены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Температура тела понижена, пульс 96 в мин., нитевидный, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Запах ацетона изо рта. В крови - высокий уровень глюкозы.

Вопросы: Тактика ведения и интенсивная терапия данной пациентки.

Ответы: контроль ацетона мочи,
инфузионная терапия,
ЭКГ.

ЗАДАЧА № 8

Больной П., 38 лет, находился 4-е сутки в отделении реанимации и интенсивной терапии с диагнозом острая постгипоксическая энцефалопатия.

На вторые сутки развилась остановка дыхания и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия были эффективны

Анамнез известен неполно. Был госпитализирован с явлениями тяжелой гипоксии и печеночной и церебральной недостаточности.

Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Кома I ст. Кожные покровы желтушные, сухие. Единичные экхимозы.

Дыхание аппаратное жесткое, множество влажных хрипов по всем полям. Параметры респираторной поддержки: SIMV-VC с ЧДД - 16 в мин, ДО 460 мл., РЕЕР 4см вод ст. FiO2 0,35. АД=110/70 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС - 115 в мин, пульс удовлетворительного наполнения. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания. Печень на 2 см ниже края правой реберной дуги. Диурез 15 мл/ч. Отеки периферические. На ЭКГ синусовая тахикардия. Нарушение процессов реполяризации боковой стенки ЛЖ.

На обзорной рентгенограмме легких усилен легочный рисунок. В анализах крови: лейкоциты - 16,5 * 10⁹ /л, сдвига лейкоформулы нет.; эритроциты

3,0*1012; COЭ – 35 мм/ч; PaO2 – 70 мм рт. ст.; SaO2 – 93 %; Pa CO2 – 45 мм рт.ст.; ЦВД 140 мм вод. ст.; Гемоглобин 100 г/л. Гематокрит 25 %. Креатинин 180 ммоль/л. Общий белок 54г/л, альбумины 29 г/л., билирубин 110 мкмоль/л., АсАТ 650, АлАТ 1020, МНО-1,9, АЧТВ 45.

Вопросы: 1. Чем определяется тяжесть состояния пациента?

Какие направления интенсивной терапии необходимо проводить?

Прогноз развития ситуации

Ответы: 1. Тяжесть состояния пациента определяется явлениями полиорганной недостаточности приведшими к остановке кровообращения.

2. Проведение ЛСР

3. Прогноз серьезный или неблагоприятный. Высокий риск присоединения госпитальной инфекции и развития сепсиса в постреанимационный период.

ЗАДАЧА № 9

Больной Р., 28 лет, находился 4-е сутки в отделении реанимации и интенсивной терапии в связи с отравлением неизвестным ядом в составе курительных смесей.

Анамнез известен неполно. Был госпитализирован с явлениями тяжелой гипоксии и печеночной и церебральной недостаточности.

Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Кома I ст. Кожные покровы желтушные, сухие. Единичные экхимозы.

Дыхание аппаратное жесткое, множество влажных хрипов по всем полям. Параметры респираторной поддержки: SIMV-VC с ЧДД – 16 в мин, ДО 460 мл., РЕЕР 4см вод ст. FiO2 0,35. АД=110/70 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС – 115 в мин, пульс удовлетворительного наполнения. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания. Печень на 2 см ниже края правой реберной дуги. Диурез 15 мл/ч. Отеки периферические. На ЭКГ синусовая тахикардия. Нарушение процессов реполяризации боковой стенки ЛЖ.

На обзорной рентгенограмме легких усилен легочный рисунок. В анализах крови: лейкоциты – 16,5 * 109 ,сдвига лейкоформулы нет.; эритроциты 3,0*1012; COЭ – 35 мм/ч; PaO2 – 70 мм рт. ст.; SaO2 – 93 %; Pa CO2 – 45 мм рт.ст.; ЦВД 140 мм вод. ст.; Гемоглобин 100 г/л. Гематокрит 25 %. Креатинин 180 ммоль/л. Общий белок 54г/л, альбумины 29 г/л., билирубин 110 мкмоль/л., АсАТ 650, АлАТ 1020, МНО-1,9, АЧТВ 45.

Произошла остановка кровообращения.

Вопросы: 1. Чем определяется тяжесть состояния пациента?

2. Какие направления интенсивной терапии необходимо проводить?

3. Прогноз развития ситуации

Ответы: 1. Тяжесть состояния пациента определяется явлениями полиорганной недостаточности приведшими к остановке кровообращения.

2. Проведение ЛСР.

3. Прогноз серьезный или неблагоприятный. Высокий риск присоединения госпитальной инфекции и развития сепсиса в постреанимационный период.

Критерии оценки:

Оценка	Критерии
Неудовлетворительно	Выставляется если студент не решил задачу и не справился с вопросами в задаче. Незнание основных понятий, неумение применить знания практически. Отсутствие навыков и знаний о выполнении манипуляций. Отсутствие дневника практики и отчета, либо отсутствие записей в дневнике практики и отчета о практических навыках.
Удовлетворительно	Выставляется за частично правильное решение задачи и недостаточно полные ответы на вопросы в задаче свидетельствующие о существенных недоработках студента. Частичное заполнение дневника практики и отчета. Недостаточно полное освоение манипуляций.
Хорошо	Выставляется за самостоятельное решение задач, однако в ответах на вопросы в задаче имеются неточности, не носящие принципиального характера. В заполнение дневника практики и отчета имеются недостатки, не носящие принципиального характера. В проведении манипуляций имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Отлично	Выставляется за самостоятельное решение задачи, полные ответы на все вопросы в задаче. В заполнение дневника практики и отчета нет замечаний. В проведении манипуляций нет замечаний.

Таблица соответствия образовательных результатов и оценочных средств:

Формируемый практический опыт	Вопросы и задания для проверки
1. проведения клинического обследования при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9
2. определения тяжести состояния пациента и имеющегося ведущего синдрома;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9
3. проведения дифференциальной диагностики заболеваний;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9
4. работы с портативной диагностической и реанимационной аппаратурой;	
5. оказания посиндромной неотложной медицинской помощи;	Задачи: 1,2,5,7,8
6. определения показаний к госпитализации и осуществления транспортировки пациента;	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9
7. оказания экстренной медицинской помощи при различных видах повреждений.	Задачи: 1,3,4,5,7,8
	Задачи: 1,2,3,4,5,6,7,8,9

29. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПМ. 04 ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

29.1. МДК.04.01 ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Текущий контроль осуществляется по темам:

Формы текущего контроля успеваемости на занятиях:

- устный опрос,
- решение ситуационных задач,
- письменная (конспект, реферат, контрольная работа)
- типовые тесты.

Раздел 1. Проведение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп населения. Организация здоровьесберегающей среды. Проведение санитарно-гигиенического просвещения населения. Организация и проведение работы школ здоровья для пациентов и их окружения.

Тема 1. Организация и проведение работы в центрах медицинской профилактики, центрах здоровья.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Указать нормативные правовые акты, регламентирующие формирование здорового образа жизни населения.
2. Приемы и методы проведения профилактических бесед, методик составления рекомендаций, анкет и вопросников на заданную тему для пациентов по профилактике заболеваний.
3. Анкетирование по самооценке уровня здоровья и самооздоровления человека.
4. Создание программ индивидуального обучения приоритетным нормам здорового образа жизни и нормам гигиенического поведения.
5. Укажите методы и технологии гигиенического обучения и воспитания населения. Подготовка информационной беседы для населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах.
6. Ведение учета работы по учетной форме N025-ЦЗ/у- «Карта центра здоровья» и N002-ЦЗ/у- «Карта здорового образа жизни».
7. Подготовка плана заседания школы здоровья по заданной теме.

Тема 2. Организация и проведение школ здоровья.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

Что такое профилактическое консультирование? Какие выделяют виды профилактического консультирования? Назовите приемы и методы проведения профилактических бесед.

Сколько времени должно занимать краткое профилактическое консультирование пациента?

Сколько времени отводится на углубленное профилактическое консультирование пациента?

Какие выделяют факторы эффективного углубленного профилактического консультирования?

Какая классификация методов и средств гигиенического обучения и воспитания

Каковы принципы эффективного общения с пациентами?

Какие выделяют модели восприятия пациентом заболевания?

Что такое школа пациента? Цели и задачи школы пациента?

Как должна быть организована школа пациента?

Что такое школа здоровья? Цели и задачи школы здоровья?

12. Назовите методики составления рекомендаций, анкет и вопросников на заданную тему для пациентов для проведения занятий в школах здоровья.

13. Как проводится анкетирование по самооценке уровня здоровья и самооздоровления человека.

14. Создайте программу индивидуального обучения пациентов в школе сахарного диабета.

15. Создайте программу индивидуального обучения пациентов по артериальной гипертензии.

16. Создайте программу индивидуального обучения пациентов в школе по бронхиальной астме.

17. Принципы подготовки информационной беседы для населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах.

18. Принципы разработки индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни.

Раздел 2. Планирование, организация и проведение профилактики различных заболеваний. Диспансеризация населения при заболеваниях терапевтического профиля.

Тема 1. Диспансеризация населения.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Укажите нормативные правовые акты, регламентирующие формирование здорового образа жизни населения.

2. Назовите приемы и методы проведения профилактических бесед, методик составления рекомендаций, анкет и вопросников на заданную тему для пациентов по профилактике заболеваний.

3. Как осуществляется проведение анкетирования по самооценке уровня здоровья и самооздоровления человека.

4. Принципы создания программ индивидуального обучения приоритетным нормам здорового образа жизни и нормам гигиенического поведения.

5. Методы и технологии гигиенического обучения и воспитания населения. Подготовка информационной беседы для населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах.

6. Ведение учета работы по учетной форме N025-ЦЗ/у- «Карта центра здоровья» и N002-ЦЗ/у- «Карта здорового образа жизни».

7. Принципы подготовки плана заседания школы здоровья по заданной теме.

Тема 2. Профилактические осмотры.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

Что такое профилактическое консультирование? Какие выделяют виды профилактического консультирования?

2. Назовите приемы и методы проведения профилактических бесед.

Сколько времени должно занимать краткое профилактическое консультирование пациента?

Сколько времени отводится на углубленное профилактическое консультирование пациента?

Какие выделяют факторы эффективного углубленного профилактического консультирования?

Какая классификация методов и средств гигиенического обучения и воспитания

Каковы принципы эффективного общения с пациентами?

Какие выделяют модели восприятия пациентом заболевания?

Что такое школа пациента? Цели и задачи школы пациента?

Как должна быть организована школа пациента?

Что такое школа здоровья? Цели и задачи школы здоровья?

21. Назовите методики составления рекомендаций, анкет и вопросников на заданную тему для пациентов для проведения занятий в школах здоровья.

22. Как проводится анкетирование по самооценке уровня здоровья и самооздоровления человека.

23. Создайте программу индивидуального обучения пациентов в школе сахарного диабета.

24. Создайте программу индивидуального обучения пациентов по артериальной гипертензии.

25. Создайте программу индивидуального обучения пациентов в школе по бронхиальной астме.

26. Принципы подготовки информационной беседы для населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах.

27. Принципы разработки индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни.

Тема 3. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Дайте определение диспансеризации.
2. Назовите основные цели диспансеризации.
3. Каковы задачи фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации?
4. Перечислите основные задачи участкового терапевта.
5. Назовите этапы диспансеризации.
6. Перечислите контингент лиц, подлежащих диспансеризации.
7. Назовите цель I этапа диспансеризации.
8. Что включает в себя I этап диспансеризации?
9. Назовите состав и задачи отделения профилактики.

Тема 4. Отделение профилактики.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Изучение нормативных правовых актов, регламентирующих организацию работы отделения (кабинета) профилактики.
2. Назовите структуру отделения (кабинета) профилактики.
3. Перечислите функции отделения (кабинета) профилактики.
4. Назовите порядок организации работы в отделении (кабинете) профилактики.
4. Проведение анкетирования по оценке уровня здоровья и выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и вредных привычек.
5. Какова роль фельдшера в отделении (кабинете) медицинской профилактики;
6. Какие основные мероприятия по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактике ХНИЗ включены в задачи не только врачебной амбулатории, но и врачебного (фельдшерского) здравпункта и фельдшерско- акушерского пункта (ФАП)?
7. Подготовить план заседания школы здоровья по заданной теме.

Тема 5. Профилактика болезней органов дыхания.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Назовите факторы риска развития болезней органов дыхания (курение, генетическая предрасположенность, экология, профессиональные вредности, аллергены и раздражители, злоупотребление алкоголем, длительный постельный режим, неправильное питание и пр.).
2. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней органов дыхания.
3. Каковы немедикаментозные методы (рациональное питание, надлежащая физическая активность, контроль массы тела, использование приемов психогигиенической и психотерапевтической самопомощи, создание гипоаллергенной среды, контроль данных пикфлоуметрии и др.) воздействия на пациента
4. Каковы медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента?
5. Назовите особенности профилактики болезней органов дыхания в различных возрастных периодах.
6. Как проводится динамическое наблюдение групп диспансерного учета и ведение документации групп диспансерного учета.
7. Каковы принципы консультирования пациента и его окружения по вопросам использования пикфлоуметра, ингаляторов и небулайзера, контроля физической нагрузки при хронических болезнях органов дыхания и т.д.
8. Укажите роль фельдшера в организации и проведении профилактики данных заболеваний на закрепленном участке, в организации и проведении диспансеризации пациентов для выявления ранних симптомов болезней органов дыхания, предупреждения их осложнений и обострений, в обеспечении регулярности обследования диспансерных больных у врача.

Тема 6. Профилактика болезней системы кровообращения.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Назовите факторы риска развития болезней органов кровообращения (курение, генетическая предрасположенность, экология, профессиональные вредности, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, неправильное питание и пр.).
2. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся болезней органов кровообращения.
3. Каковы немедикаментозные методы (рациональное питание, надлежащая физическая активность, контроль массы тела, использование приемов психогигиенической и психотерапевтической самопомощи и др.) воздействия на пациента.
4. Каковы медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента?
5. Назовите особенности профилактики болезней органов кровообращения в различных возрастных периодах.
6. Как проводится динамическое наблюдение групп диспансерного учета и ведение документации групп диспансерного учета.
7. Каковы принципы консультирования пациента и его окружения по вопросам контроля физической нагрузки при хронических болезнях органов кровообращения и т.д.
8. Укажите роль фельдшера в организации и проведении профилактики данных заболеваний на закрепленном участке, в организации и проведении диспансеризации пациентов для выявления ранних симптомов болезней органов кровообращения, предупреждения их осложнений и обострений, в обеспечении регулярности обследования диспансерных больных у врача.

Тема 7. Профилактика болезней органов пищеварения.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Назвать факторы риска развития болезней органов пищеварения (неправильное питание, стрессы, курение, злоупотребление алкоголем, генетическая предрасположенность, неблагоприятная экологическая ситуация, профессиональные вредности, наличие аллергенов, употребление имеющих побочное действие лекарственных препаратов и пр.).
2. Указать технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней органов пищеварения.
3. перечислить немедикаментозные методы (рациональное питание, надлежащая физическая активность, контроль массы тела, приемы психогигиенической и психотерапевтической самопомощи и пр.) и медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента.
4. Каковы особенности профилактики болезней органов пищеварения в различных возрастных периодах.
5. Назвать принципы проведения динамического наблюдения групп диспансерного учета.
6. Как оформлять документацию групп диспансерного учета.
7. Освоить консультирование пациента и его окружения по вопросам рационального питания.

8. Какова роль фельдшера в проведении диспансерного наблюдения у больных с заболеваниями органов пищеварения?

Тема 8. Профилактика болезней почек и мочевыводящих путей.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Назвать факторы риска развития болезней почек и мочевыводящих путей: неправильное питание, курение, злоупотребление алкоголем, генетическая предрасположенность,
2. Назвать признаки неблагоприятной экологической ситуации, профессиональные вредности, употребление имеющих побочное действие лекарственных препаратов, сахарный диабет, стрептококковые инфекции,.
3. Указать технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней почек и мочевыводящих путей.
4. Указать немедикаментозные методы (рациональное питание, контроль питьевого режима, надлежащая физическая активность, контроль физической нагрузки при мочекаменной болезни, прием фитопрепаратов и пр.)
5. Назовите медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента.
6. Укажите особенности профилактики болезней почек и мочевыводящих путей в различных возрастных периодах.
7. Перечислите принципы динамического наблюдения групп диспансерного учета.
8. Назовите нормативную документацию групп диспансерного учета.

Тема 9. Профилактика болезней эндокринной системы.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Назовите факторы риска развития болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ (стрессы, генетическая предрасположенность, неправильное питание, избыточная масса тела, гиподинамия, эндемическая местность и пр.).
2. Перечислите технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ.
3. Как проводится скрининговое тестирование новорожденных в эндемических областях для выявления гипотиреоза, скрининговое тестирование групп риска для выявления сахарного диабета.
4. Перечислите немедикаментозные методы (рациональное питание, надлежащая физическая активность, контроль массы тела, использование приемов психогигиенической и психотерапевтической самопомощи, контроль уровня гликемии и др.) и медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента.
5. Назовите особенности профилактики болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ в различных возрастных периодах.
6. Составьте алгоритм динамического наблюдения групп диспансерного учета. Документация групп диспансерного учета.
7. Укажите роль фельдшера в организации и проведении профилактики данных заболеваний на закрепленном участке, в организации и проведении диспансеризации пациентов для выявления ранних симптомов болезней органов кровообращения, предупреждения их осложнений и обострений, в обеспечении регулярности обследования диспансерных больных у врача.

Тема 10. Профилактика болезней крови и кроветворных органов.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Назовите факторы риска развития болезней крови и кроветворных органов.
2. Каковы принципы профилактики болезней крови и органов кроветворения.
3. Какие вы знаете немедикаментозные методы (устранение аллергенов в домашних и внедомашних условиях, рациональное питание, оздоровление окружающей среды и др.) на примере анемий.
4. Каковы медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента.
5. Укажите особенности профилактики анемий и состояний в различных возрастных группах.
6. Проведите динамическое наблюдение групп диспансерного учета.
7. Принципы заполнения документации групп диспансерного учета.
8. Каковы принципы разработки практических рекомендаций по профилактике анемий и других заболеваний органов кроветворения.

Тема 11. Профилактика аллергических болезней.

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Назовите факторы риска развития аллергических болезней (наличие аллергенов, генетическая предрасположенность, неблагоприятная экологическая ситуация, профессиональные вредности, курение, неправильное питание, употребление имеющих побочное действие лекарственных препаратов и пр.).
2. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики аллергических болезней и острых аллергических состояний.
3. Какие вы знаете немедикаментозные методы (устранение аллергенов в домашних и внедомашних условиях, рациональное питание, оздоровление окружающей среды и др.)
4. Каковы медикаментозные методы профилактического воздействия на пациента.
5. Укажите особенности профилактики аллергических болезней и состояний в различных возрастных группах.
6. Проведите динамическое наблюдение групп диспансерного учета.
7. Принципы заполнения документации групп диспансерного учета.
8. Назовите принципы консультирования пациента и его окружения по вопросам создания гипоаллергенной среды, исключения самолечения.

Тема 12. Иммунопрофилактика

Вопросы для самоконтроля обучающимся:

1. Назовите нормативные правовые акты, регламентирующие проведение иммунопрофилактики разных возрастных групп.
2. Как осуществляется проведение иммунопрофилактики инфекционных болезней, основные понятия, цели, задачи. Государственная политика в области иммунопрофилактики. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.
3. Сформулируйте понятие о профилактических прививках. Медицинские иммунобиологические препараты. Характеристика основных препаратов, используемых для: 1) активной иммунопрофилактики инфекционных болезней; 2) пассивной иммунопрофилактики (иммунокоррекции); 3) экстренной профилактики. Транспортировка и хранение иммунобиологических препаратов. Способы введения иммунобиологических препаратов.
4. Назовите атипичные реакции на их введение.
5. Охарактеризуйте национальный календарь профилактических прививок.
6. Проведите планирование, организация и проведение профилактических прививок детскому населению в соответствии с календарем профилактических прививок: вакцинация и ревакцинация против гепатита, туберкулеза, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи,

эпидемического паротита, гриппа.

7. Понятие о сертификате о профилактических прививках .

8. Как осуществляется проведение внеплановой иммунопрофилактики, иммунокоррекции и экстренной профилактики при возникновении отдельных эпидемических ситуаций. Проведение иммунопрофилактики по эпидпоказаниям при кишечных инфекциях (брюшном тифе, паратифах, холере), при бактериальных зоонозах (чуме, сибирской язве, бруцеллезе), при вирусных инфекциях центральной нервной системы (остром полиомиелите, энцефалите, бешенстве), при вирусных геморрагических лихорадках, вирусных гепатитах А и В.

9. Назовите принципы проведения индивидуальной химиопрофилактики при туберкулезе и малярии.

10. Каковы принципы профилактики болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

11. В чем заключается деятельность фельдшера в организации и проведении иммунопрофилактики и химиопрофилактики.

12. Назовите принципы оформления медицинской документации, отражающей проведение активной и пассивной иммунизации.

Критерии оценивания текущего контроля:

Отлично - дан полный, развернутый ответ на поставленные теоретические вопросы и/или при решении ситуационных задач, показана совокупность осознанных знаний, доказательно раскрыты основные положения, в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность. Ответ изложен терминологически правильно. Тесты решены на 91-100%.

Хорошо - дан полный, развернутый ответ на поставленные теоретические вопросы и/или при решении ситуационных задач, показана совокупность осознанных знаний, доказательно раскрыты основные положения, в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность. Ответ изложен терминологически правильно. Тесты решены на 81-90%.

Удовлетворительно - дан недостаточно полный и последовательный ответ на поставленные вопросы, Не решена одна ситуационная задача. Ответ логичен и изложен в научных терминах. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно. Тесты решены на 71-80%.

Неудовлетворительно – не правильно дан ответ на вопрос и/или решена ситуационная задача. Тесты решены менее 70%.

Образцы Тестовых заданий

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. диспансерное наблюдение проводится в отношении
всех граждан, прошедших диспансеризацию
граждан, страдающих отдельными видами (или их сочетаниями)
хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний
граждан, находящихся в восстановительном периоде
после перенесенных тяжелых острых заболеваний
граждан, имеющих высокий риск развития хронических заболеваний

2. Основными целями ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ являются
раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний,
определение необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан
определение группы состояния здоровья
проведение профилактического консультирования
определение группы диспансерного наблюдения
своевременная госпитализация

3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ включает в себя комплекс мероприятий
профилактических
диагностических
психологических
эпидемиологических
лечебно-оздоровительных

4. Порядок диспансерного наблюдения определяется приказом

- 1) № 834н
- 2) № 1011н
- 3) № 1344н
- 4) № 543н
- 5) № 869н

5. основные этапы ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

скрининг
дополнительное обследование и уточнение диагноза заболевания
оценка эффективности проведенных мероприятий
планирование и организация активного выявления диспансеризуемых контингентов

6. УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) контрольная карта диспансерного наблюдения
- 2) карта ежегодной диспансеризации
- 3) статистический талон
- 4) амбулаторная карта

7. Второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения проводится

- 1) всем мужчинам в возрасте 45-66 лет
- 2) всем женщинам в возрасте 45-66 лет
- 3) всем подлежащим диспансеризации
- 4) в соответствии с показаниями, определенными на 1 этапе

8. ЛИЦА, С НАЛИЧИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВХОДЯТ В _____ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

- 1) 1
- 2) 2

- 3) 3
- 4) 4

9. БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

- 1) 1 раз в год
- 2) 1 раз в 3 месяца
- 3) 1 раз в 6 месяцев
- 4) ежемесячно

10. При заполнении учетной формы N 030/у «контрольная карта диспансерного наблюдения» номер карты должен соответствовать номеру

- 1) страхового медицинского полиса пациента
- 2) СНИЛС пациента
- 3) «Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025/у)
- 4) «Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025-1/у)

11. диспансеризация проводится среди следующих групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше)

- работающие граждане;
- неработающие граждане;
- обучающиеся в образовательных организациях по очной форме
- обучающиеся в образовательных организациях по заочной форме

12. Диспансеризация работающего населения осуществляется

- 1) 1 раз в квартал
- 2) 1 раз в 3 года
- 3) 1 раз в 2 года
- 4) ежегодно

13. Диспансеризация проводится

- 1) без согласия гражданина в обязательном порядке
- 2) при наличии информированного добровольного согласия гражданина
- 3) по приказу работодателя
- 4) по желанию пациента

14. Частота осмотра больных стенокардией при диспансерном наблюдении составляет

- 1) 1 раз в год
- 3) 3 раза в год
- 3) 2-4 раза в год и чаще в зависимости от тяжести заболевания
- 4) 1 раза в полгода

15. Кратность диспансерного наблюдения для больных со стабильной стенокардией напряжения II фк составляет

- 2 раза в год
- ежемесячно
- 4 раза в год
- 1 раз в год
- 6 раз в год

16. Диспансеризация проводится для инвалидов Великой Отечественной войны и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда"

- 1 раз в год
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в 3 года
- 1 раз в 4 года

17. ответственными за организацию и проведение диспансеризации населения являются

- участковый врач-терапевт
- врач-терапевт цехового врачебного участка
- врач общей практики
- медсестра
- врач-невролог

18. КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- охват диспансеризацией населения
- уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением
- охват индивидуальным профилактическим консультированием на первом этапе диспансеризации
- охват углубленным (индивидуальным или групповым) профилактическим консультированием на втором этапе диспансеризации
- охват граждан с впервые выявленными болезнями системы кровообращения, высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском диспансерным наблюдением

19. основные формы активного выявления больных

- предварительные медицинские осмотры
- периодические медицинские осмотры
- целевые медицинские осмотры
- текущая обращаемость в лечебное учреждение
- обращение в бюро МСЭ

20. экспресс-методом на I этапе диспансеризации определяют уровень

общего билирубина
креатинина
глюкозы в крови
общего холестерина
все выше перечисленное

21. Больной, перенесший инфаркт миокарда, состоящий на «Д» учете у кардиолога поликлиники, передается на учет к врачу-терапевту участковому через _____ месяцев

- 1) 6
- 2) 12
- 3) 9
- 4) 10

22. К III б ГРУППЕ состояния здоровья ОТНОСЯТСЯ

здоровые, не предъявляющие жалоб, в анамнезе и при осмотре которых не выявлены хронические заболевания и физикальные нарушения лица, с пограничными состояниями не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной помощи лица с факторами риска больные с хроническими заболеваниями, нуждающиеся в лечении

23. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРОВОДИТСЯ СОГЛАСНО ПРИКАЗУ

- 1) № 770
- 2) №869н
- 3) № 1006н
- 4) № 411н
- 5) № 543н

24. По результатам диспансеризации формируется

- 1) 4 группы
- 2) 3 группы
- 3) 2 группы
- 4) 1 группа

25. ДИСПАНСЕРНОМУ ПАЦИЕНТУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО

- 1) пройти обследование
- 2) пролечиться в отделении реабилитации
- 3) пролечиться в дневном стационаре
- 4) проконсультироваться в центре здоровья

26. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО

- 1) самостоятельно расширить объем диспансеризации либо отказаться от отдельных видов медицинских вмешательств
- 2) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств
- 3) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств по решению суда
- 4) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, если он не работает

27. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АГ В СОЧЕТАНИИ С ИБС, ЦВБ ИЛИ ХПН ПРОВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ НЕ МЕНЕЕ 1 РАЗА В (МЕС.)

- 1) 1
- 2) 6
- 3) 3
- 4) 12

28. Критериями эффективности диспансерного наблюдения являются

уменьшение частоты обострений хронических заболеваний
снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением
своевременность выявления заболеваний
своевременность взятия на "Д" учет
уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности

29. Диспансеризация проводится в

- 1 этап
- 2 этапа
- 3 этапа
- 4 этапа

30. Первый этап диспансеризации проводится в ЦЕЛЯХ

выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний
выявления у граждан факторов риска
выявления потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза
проведения дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания

31. второй этап диспансеризации проводится с целью

выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний
выявления у граждан факторов риска
выявления потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза

проведения дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания

32. Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются
выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания
достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания
устранение факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний
выход на первичную инвалидность

33. Диспансеризация начинается с
регистратуры
кабинета терапевта
доврачебного кабинета
ФГ
смотрового кабинета

34. К ТЕРАПЕВТУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫЕ С АГ I СТЕПЕНИ ВЫЗЫВАЮТСЯ

1 раз в год
2 раза в год
4-5 раз в год
первый год 3 раза, затем 1 раз в год
1 раз в два года

35. ОСМОТРЫ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОПАТОЛОГИИ, ТУБЕРКУЛЕЗА, СПИДА, ГЛАУКОМЫ, САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЮТСЯ

профилактическими
целевыми
предварительными
периодическими

36. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ, ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЫЗЫВАЮТСЯ К ТЕРАПЕВТУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

2 раза в год
1 раз в год
4 раза в год
до 8 раз в год
3 раза в год

37. ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРОВОДЯТ

1) исследование крови на холестерин
2) исследование глазного дна
3) исследование крови на креатинин
4) исследование крови на амилазу
5) ЭКГ

38. Наиболее значимым фактором риска развития хронических бронхолегочных заболеваний является

1) частые вирусные инфекции дыхательных путей
2) загрязнение воздуха
3) гиперреактивность бронхов
4) курение

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1. – 2,3,4	16. – 1	31. – 5
2. – 1,2,3,4	17. – 1,2,3	32. – 1,2,3
3. – 1,2,5	18. – 1,3,4,5	33. – 3
4. – 3	19. – 1,2,3	34. – 2
5. – 1,2	20. – 3,4	35. – 2
6. – 1	21. – 2	36. – 3
7. – 4	22. – 3	37. – 1,2,3,5
8. – 2	23. – 2	38. – 4
9. – 3	24. – 2	
10. – 3	25. – 1	
11. – 1,2,3	26. – 2	
12. – 2	27. – 2	
13. – 2	28. – 1,2,5	
14. – 3	29. – 2	
15. – 1	30. – 1,2,3,4	

ВАРИАНТ 2

Здоровье человека зависит на 50% от:

А) наследственности
Б) экологии
В) развития медицины
Г) образа жизни

1.2 Индивидуальные особенности здоровья проявляются в аспектах:

А) генетическом

- Б) возрастном
 - В) половом
 - Г) во всех аспектах
- 1.3 Первые признаки инфекционного заболевания проявляются в:
- А) нарушении биоритмов
 - Б) повышении температуры
 - В) нарушении памяти
 - Г) потери аппетита
- 1.4 Какой % вашего здоровья зависит от генотипа?
- А) 50%;
 - Б) 30%
 - В) 20%
 - Г) 10%
- 2.1 Ведущим показателем функционального состояния организма являются
- А) сила
 - Б) выносливость
 - В) гибкость
 - Г) общая физическая работоспособность
 - Д) ловкость

- 2.2 Осанку взрослого человека считают правильной, если:
- А) – вертикальная ось тела проходит от середины головы у заднего края нижней челюсти по касательной к вершине шейного лордоза, опускается, слегка срезая пояснично-крестцовый лордоз, через середину тазовой оси (линии, соединяющей центры вращения тазобедренных суставов), идет впереди плоскости коленного сустава и заканчивается немного впереди от плоскости сустава Шопара.
 - Б) – четко просматривается шейный и пояснично-крестцовый лордоз.
 - В) – ему удобно двигаться.

Дата _____ Подпись _____

Кол-во баллов _____

- 2.3 Двигательным качеством не является:
- А) сила
 - Б) выносливость
 - В) гибкость
 - Г) утомляемость
- 2.4 Работоспособность можно определить методом:
- А) Купера
 - Б) СWP 170
 - В) степ-тестом
 - Г) подъемом на определенную высоту

- 3.1 Уровни здоровья:
- А) общественное, групповое, индивидуальное
 - Б) общественное, групповое, общемировое
 - В) групповое, индивидуальное, собственное
 - Г) групповое, индивидуальное, собственное

- 3.2 Общественное здоровье – это
- А) здоровье группы людей;
 - Б) личное здоровье;
 - В) здоровье населения страны;
 - Г) здоровье людей определенной этнической группы

- 3.3 Вид здоровья, характеризующий состояние органов и систем человека и наличие резервных возможностей называется

- А) физическое здоровье;
 - Б) духовное здоровье;
 - В) нравственное здоровье;
 - Г) социальное здоровье;
- 3.4 Выберите фактор нездорового образа жизни
- А) полноценный отдых
 - Б) сбалансированное питание
 - В) социальная пассивность
 - Г) регулярная двигательная активность

Вариант 2

Тестовое задание

- 1.1 Выберите правильный вариант ответа
Уровень здоровья объективно можно определить:
- А) по самочувствию
 - Б) по анамнезу
 - В) по работоспособности
 - Г) по тестам, пробам, индексам

- 1.2 Поводом для развития болезни может быть:

- А) стресс
- Б) переохлаждение
- В) недоедание
- Г) инфекция
- Д) все выше перечисленное

- 1.3 Наука о факторах среды, влияющих на здоровье называется:

- А) валеология
- Б) гигиена
- В) санология

Г) медицина

1.4 Состояние полного физического, душевного, социального и духовного благополучия называется

- А) блаженство
- Б) нирвана
- В) здоровье
- Г) релаксация

2.1 Осанка – это

А) – непринужденное, без необходимости активного напряжения мышц, привычное положение тела при стоянии, ходьбе или сидении, определяющееся характером физиологических изгибов позвоночника.

Б) – привычная поза (вертикальная поза, вертикальное положение тела человека) в покое и при движении.

В) – Внешность, манера держать свою фигуру.

2.2 Критерии определения оптимальности тренировочных нагрузок:

- А) Соответствие объема и интенсивности нагрузок функциональному состоянию организма
- Б) соответствие объема и интенсивности нагрузок возрастным нормам
- В) Выбор характера нагрузок в соответствии с поставленными целями тренировок
- Г) частота тренировок не менее 5 раз в неделю
- Д) верно а, б, в

Дата _____ Подпись _____

Кол-во баллов _____

2.3 Выносливость организма можно тренировать:

- А) перебрасыванием мяча
- Б) дыхательными упражнениями
- В) бегом
- Г) изометрическими упражнениями

2.4 Индивидуальная программа тренировки составляется с учетом:

- А) состояния здоровья
- Б) физического развития
- В) Функционального состояния
- Г) предшествующего опыта знаний
- Д) верно а, б, в

3.1 Что не является одним из видов здоровья?

- А) соматическое
- Б) психическое
- В) эмоциональное
- Г) нравственное

3.2 Материальные и социальные факторы, окружающие человека – это

- А) условия жизни
- Б) качество жизни
- В) стиль жизни
- Г) уровень жизни

3.3 Какого уровня здоровья не существует?

- А) групповое
- Б) среднестатистическое
- В) общественное
- Г) личное

3.4 Вещества, выполняющие функции стабилизации гомеостаза, называются

- А) углеводы;
- Б) минеральные вещества;
- В) витамины;
- Г) жиры

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Задача № 1

Пациент 3., 57 лет. Старший инженер отдела снабжения. Работа со значительным нервным напряжением и разъездами по городу в общественном транспорте.

Жалобы на онемение в левой ноге и руке, головную боль, головокружение, снижение памяти.

Анамнез: с 45 лет диагностирована гипертоническая болезнь. Вынужден был оставить работу начальника отдела снабжения и перейти на должность инженера без установления группы инвалидности. Через 10 лет после выявления артериальной гипертензии перенес острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии, после чего остался левосторонний гемипарез. Через 1 год развилось повторное нарушение мозгового кровообращения, после чего установлена инвалидность II группы. В 2012 г. была операция по поводу гнойного тендовагинита правой кисти с последующей контрактурой в области II и III пальцев.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 82 в 1 мин., ритмичный. АД 185/100 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

ЭКГ: синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево.

RV5,6 > 25 мм, STV5,6 ниже изолинии, T (-) V5,6.

Холестерин 5,2 ммоль/л. Сахар крови 5,5 ммоль/л.

Консультация невропатолога: остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Трудовая направленность пациента - работать в производственных условиях не может.

диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения и лечения.

Задача № 2

Пациентка Д., 51 года. Основная профессия - экономист. Работает директором магазина хозторга. Работа со значительным нервным напряжением. Жалобы на головную боль, колющие боли в области сердца, общую слабость, повышенную возбудимость. Анамнез: с 37 лет выявлена артериальная гипертензия, лечилась амбулаторно. 4 месяца находится на больничном листе в связи с повторными гипертоническими кризами. За этот срок 2 раза лежала в больнице, однако после выписки остается повышенное АД. Объективно: рост 153см, вес 92 кг. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 в 1 мин., ритмичный. АД 180/115 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется. Общий анализ крови и мочи в норме. УЗИ почек: Эхоструктура и размеры почек не изменены, без деформации чашечно-лоханочной системы. Экскреторная урография: нефрографический эффект синхронный. Чашечно-лоханочная система не изменена. При аортографии сужения почечных артерий нет. Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки. ЭКГ: синусовая тахикардия. Отклонение электрической оси сердца влево. RI>SIII, SIII>RIII, RV5-6 >25 мм. Направлена на МСЭК в связи с длительным сроком временной нетрудоспособности. Желает продолжать работать. диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения.

Задача № 3

Пациент Б., 49 лет, токарь. Выгачивает на станке мелкие детали весом 200 - 250 г. Работа с постоянным умеренным физическим напряжением и постоянным напряжением зрения. До работы 30 мин. езды в троллейбусе. Жалобы на головную боль, неустойчивость при ходьбе, нарушение речи. С 40 лет диагностирована гипертоническая болезнь, ранее АД не измерял. Регулярно не лечился. В 48 лет перенес повторное острое нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом, после чего установлена инвалидность II группы. Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 180/110 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется. Общий анализ крови и мочи в норме. ЭКГ: синусовая тахикардия, электрическая ось сердца отклонена влево. RI>SIII, SIII>RIII, RV5-6>25 мм. Консультация невропатолога: Последствия ОНМК. Правосторонний гемипарез. Дизартрия. Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Желает продолжать работу по специальности. диагноз. трудоспособность. ПЛАН диспансерного наблюдения.

Задача № 4

Студент, 21 года, обследуется в поликлинике в связи с впервые выявленным повышением артериального давления до пограничных цифр. Обратился к участковому терапевту с жалобами на головные боли, усиливающиеся после переутомления и эмоционального перенапряжения (например, в период сессии), быструю утомляемость, потливость, плохой сон. Болен около 2 лет, головные боли участились в последние полгода, появилась раздражительность, неустойчивость настроения, с трудом засыпает. В семье обстановка неблагоприятная (отец злоупотребляет алкоголем). Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ОРВИ. Вредные привычки: курит с 14 лет. Наследственность: родители здоровы. При осмотре: пониженного питания, тремор пальцев рук, ладони влажные, легкий акроцианоз, стойкий белый дермографизм. Органы дыхательной системы без патологических изменений. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, определяется дыхательная аритмия. АД при первичном осмотре 150/90 мм. рт. ст., при повторном измерении - 120/80 мм. рт. ст., ЧСС 90 - 80 уд. в 1 мин. Органы брюшной полости без отклонений от нормы. В результате обследования, проведенного в поликлинике (общие анализы крови и мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки) патологических изменений не выявлено. диагноз. дополнительное обследование диспансерное наблюдение. лечение.

Задача №5

Пациентка 32 лет, ткачиха. В течение последних двух месяцев в результате контакта с хлопковой пылью на производстве страдает приступами удушья экспираторного характера 3-4 раза в неделю, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В течение последней недели приступы стали беспокоить ежедневно, иногда ночью. Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей. Общий анализ крови: эритроциты - $5,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,8, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 14%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час. Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эозинофилы - 5-7 в поле зрения, спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +. Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью. Рентгенограмма грудной клетки вне приступа - в пределах нормы. ФВД после купирования приступа удушья - в пределах нормы. ЭКГ вне приступа - в пределах нормы. ДИАГНОЗ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. Диспансеризация. ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

Задача №6

Пациентка 43 лет, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья (особенно затруднен выдох), ночное пробуждение из-за них дважды в неделю, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года. Указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Имеется аллергия на клубнику, антибиотики пенициллинового ряда. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры. Дыхание громкое, со свистом и шумом. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по средне-подмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧД 26 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 104 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной. ДИАГНОЗ. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА. Провести диспансерное наблюдение. ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Задача № 7

Пациент Б., 56 лет. Мастер по обслуживанию центральных тепловых пунктов. Работа с умеренным физическим напряжением. Жалобы на приступообразные давящие боли за грудиной при выходе на улицу, снимающиеся нитроглицерином; на одышку при подъеме в гору. Анамнез: С 40 лет выявлена артериальная гипертензия. Регулярно не лечился. 2 года назад перенес инфаркт миокарда, после чего установлена инвалидность II группы.

Данные обследования: В легких везикулярное дыхание. Пульс 80 в 1 мин., ритмичный. АД 200/100 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень выступает на 1 см. из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови и мочи - в норме.

ЭКГ: Синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево. QS в V1-5, ST на изолинии, T (-) в V1-5 неглубокий.

Холестерин крови 4,6 ммоль/л. Сахар крови 4,8 ммоль/л.

Лечение коронароактивными препаратами без эффекта. От консультации кардиохирурга отказывается.

Направлен на переосвидетельствование на МСЭК.

диагноз. трудоспособность больного. план диспансерного наблюдения.

Задача № 8

Пациент Д., 45 лет, обратился в поликлинику с жалобами на головные боли в височной области, больше к вечеру после работы в течение последних 3 месяцев. Одышка только при значительной физической нагрузке.

2 года назад перенес острый инфаркт миокарда без зубца Q. Давящие боли за грудиной беспокоят только при выполнении тяжелой физической работы в саду. АД не контролирует, хотя несколько раз у врача было зафиксировано повышение до 150/90 мм рт. ст. Ежедневно принимает аторвастатин 10 мг и аспирин 125 мг.

Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в 1 минуту, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный.

диагноз. лечение. контроль эффективности терапии. план диспансерного наблюдения.

Задача № 9

Пациентка К., 61 года, пенсионерка, предъявляет жалобы на повышение АД до 170/95 мм. рт. ст., жгучие боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку при подъеме на один этаж, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при незначительной нагрузке, дискомфорт в правом подреберье.

Из анамнеза: страдает артериальной гипертензией в течение 7 лет. 2 года назад перенесла ОИМ (Q-позитивный).

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, в нижних отделах симметрично выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Перкуторно левая граница сердца определяется на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, выслушивается систолический шум на верхушке. Частота сердечных сокращений 95 ударов в 1 минуту, пульс - 92, АД - 175/95 мм ср ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из -под края реберной дуги на 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Голени пастозны. Стул, мочеиспускание в норме.

ОХС крови - 7,0 ммоль/л, сахар крови - 4,2 ммоль/л, МАУ - 120 мг/сутки.

ЭКГ Гипертрофия левого желудочка, очагово-рубцовые изменения по задней стенке левого желудочка, желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии.

ЭХО-КГ изменена структура стенок аорты и створок аортального клапана, умеренная гипертрофия стенок левого желудочка, нарушена локальная (гипокинез задней стенки в срединном и апикальном сегментах) и снижена глобальная (ФВ 47%) сократимость миокарда, незначительная митральная недостаточность.

диагноз. трудоспособность. провести диспансерное наблюдение

Задача № 10

Мужчина 58 лет. Жалобы на жгучие боли в области верхней трети

грудины при спокойной ходьбе через 50-70 метров, одышку при незначительных физических нагрузках, приступы немотивированной слабости при ходьбе и в покое. Появление одышки сопровождается сердцебиением до 110 уд. в 1 мин.; в покое ЧСС около 80 в 1 мин. Иногда при ходьбе отмечает тяжесть в правом подреберье. В анамнезе: ОИМ 6 месяцев назад. При осмотре: бледность, цианоз губ, языка, кистей рук. Над легкими притупление перкуторного звука в межлопаточных областях, над нижними отделами - тимпанит и там же - жесткое дыхание, единичные сухие хрипы высокого тембра. Сердечно-сосудистая система: пульсация в 5, 4 и 3 межреберьях слева, левая граница на 3 см кнаружи от срединно-ключичной линии. I тон на верхушке резко ослаблен, акцент II тона над легочной артерией, над аортой высокого тембра короткий систолический шум. Пульс - 88 уд. в 1 мин. АД 140/80 мм. рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет.

диагноз. Врачебно-трудовая экспертиза. лечение, тактика ведения. трудовой, жизненный прогноз, план диспансерного наблюдения.

Задача № 11

Пациент И. 46 лет. Основная профессия - инженер-электрик. В настоящее время работает директором кинотеатра. Жалобы на одышку при быстрой ходьбе. С 25 лет диагностирован ревматический порок сердца. В анамнезе - комиссуротомия, после которой был инвалидом III группы.

Объективно: температура 36,4°C. В легких дыхание везикулярное. Над верхушкой сердца амплитуда I тона снижена, систолический шум. Над легочной артерией акцент II тона. Пульс - 72 удара в 1 мин. ритмичный. АД 120/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень пальпируется на 1 см ниже уровня реберной дуги.

ЭКГ: Ритм синусовый. Вертикальная позиция сердца. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка.

СРБ-отрицательный.

диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения

Задача №12

Пациентка К., 32 лет. Жалуются на боли в пояснице, больше слева, усиливающиеся при движении, повышение температуры тела до 37,8°C, слабость, головные боли, плохой сон, снижение работоспособности.

2 года назад во время беременности наблюдалось повышение АД до 170/110 мм. рт. ст., отеки голеней; в моче - протеинурия, лейкоцитурия. Лечилась стационарно.

Последнее ухудшение отмечает в течение двух недель, связывает с переохлаждением.

Объективно: кожный покров бледный, отмечается пастозность лица. Система органов дыхания без особенностей. Граница относительной сердечной тупости слева в V межреберье по срединно-ключичной линии, тоны сердца ритмичные, АД 160/100 мм. рт. ст. Пульс 84 удара в 1 минуту. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в левом подреберье. Симптом Пастернацкого слева положительный. Дизурических расстройств не отмечает. Периферических отеков нет.

Анализ крови: эритроциты - 4×10^{12} /л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 68%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 28 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,066 г/л, лейкоциты - большое количество, эритроциты - 0-1 в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры.

Биохимический анализ крови: мочевина - 3,4 ммоль/л, креатинин - 97 мкмоль/л, глюкоза - 5,0 ммоль/л.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 84 в 1 минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Окулист: сужение артерий сетчатки. Гинеколог: здорова.

ДИАГНОЗ. ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. план диспансерного наблюдения

Задача № 13

Пациентка 36 лет, инвалид II группы. Жалуется на сильные боли, припухлость и ограничение движений в мелких суставах рук, голеностопных и коленных суставах, отмечает утреннюю скованность движений, повышение температуры тела по вечерам до 38,0°C. Больна 6 лет. РФ в сыворотке крови отрицателен.

ДИАГНОЗ. ТАКТИКА. план диспансерного наблюдения

Задача №14

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика – 21 пачка/лет).

При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ - 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма.

Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.

Нуждается ли пациент в направлении на второй этап Диспансеризации?

Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции лёгких по обструктивному типу.

Составьте план индивидуального профилактического консультирования.

Предложите пациенту способы отказа от курения.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Диагноз: Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий). Хроническая дисциркуляторная энцефалопатия II степени (атеросклеротическая). Остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом. Контрактура II и III пальцев правой кисти с нарушением функции.

В связи с неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом, пациент нетрудоспособен в условиях производства. Следует установить инвалидность II группы (ограничение степени трудовой деятельности – 2).

Участковый врач должен был ещё до перенесенных инсультов направить больного на МСЭ, т. К. перевод на должность инженера отдела снабжения означает, что больной не может работать в основной профессии, но может выполнять работу более низкой квалификации и требует перевода на III группу инвалидности.

Диспансерное наблюдение у врача – терапевта участкового с периодичностью осмотров 2 раза в год (пожизненно), по показаниям – осмотр невролога, окулиста.

Обследования: глюкоза плазмы натощак, общий холестерин, анализ мочи на микроальбуминурию, калий и натрий, креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) – не реже 1 раза в год, гемоглобин и/или гематокрит, ЛПВП, ЛПНП, ТАГ – при взятии под Д-наблюдение, далее – по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года, дуплексное сканирование сонных артерий – не реже 1 раза в 2 года, мочевая кислота сыворотки – при взятии под диспансерное наблюдение (ДН), далее по показаниям, ЭКГ – 2 раза в год, ЭхоКГ – не реже 1 раза в год.

Задача № 2

Диагноз: ГБ II стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий), с частыми кризами. Ожирение III степени.

Следует установить III группу инвалидности. Противопоказана работа со значительным нервным напряжением. Может работать товароведом в магазине.

Диспансерное наблюдение у участкового терапевта с периодичностью осмотров 2 раза в год; по медицинским показаниям у кардиолога.

Обследование: ОАК, общий холестерин, глюкоза плазмы крови, ЭКГ, ЭхоКГ – не реже 1 раза в год, анализ мочи на микроальбуминурию, ЛПВП, ЛПНП, ТАГ, натрий, калий, креатинин сыворотки, дуплексное сканирование сонных артерий – не реже 1 раза в 2 года, мочевую кислоту сыворотки – при взятии под ДН, далее по показаниям.

Задача № 3

Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий). Остаточные явления повторных нарушений мозгового кровообращения (годы). Правосторонний гемипарез. Дизартрия.

Не может выполнять работу токаря на заводе. Клинический и трудовой прогноз – сомнительный (остаются нарушения движений в правой руке и ноге, нарушение речи).

Следует оставить II группу инвалидности.

Диспансерное наблюдение включает в себя наблюдение у участкового терапевта 2 раза в год. Консультация окулиста (осмотр глазного дна) – при взятии под Д-наблюдение, далее по показаниям. Обследование: ОАМ, микроальбуминурия, глюкоза плазмы натощак, общий холестерин, натрий, калий, креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) – не реже 1 раз в год, гемоглобин и/или гематокрит, ЛПВП, ЛПНП, ТАГ, дуплексное сканирование сонных артерий – при взятии под Д-наблюдение, далее – по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года, мочевая кислота сыворотки – при взятии на диспансерное наблюдение, далее по показаниям, ЭКГ – 2 раза в год, ЭхоКГ – не реже 1 раза в год.

Задача № 4

Диагноз: Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу.

Нуждается в наблюдении у участкового терапевта 1 раз в год, с консультацией невролога, психотерапевта, ЭКГ 1 раз в 3 года, липидный спектр, ОАК, ОАМ 1 раз в год.

Рекомендовать больному бросить курить, вести здоровый образ жизни, назначить седативные препараты (валериана, пустырник).

Задача № 5

Диагноз: Бронхиальная астма атопическая (аллергия к производственной пыли хлопка), легкая персистирующая, неконтролируемая. Обострение средней тяжести.

Дифференциальный диагноз с обструктивным синдромом неаллергической природы («синдромная астма»), с ХОБЛ, с сердечной астмой, с истероидным нарушением дыхания, с механической закупоркой верхних дыхательных путей.

Тактика лечения: купирование приступа удушья – ингаляция β_2 -агонистов короткого действия; в дальнейшем – исключить контакт с хлопковой пылью на производстве, при приступах применять ингаляции β_2 -агонистов короткого действия, для базисной терапии назначить ингаляционные ГКС.

Трудовые рекомендации: исключить контакт с хлопковой пылью на производстве.

Диспансерное наблюдение у терапевта 2 раза в год, осмотр пульмонолога, хирурга 1 раз в год, аллерголога по показаниям. Обследование: ОАК, ОАМ, ФГ, анализ мокроты 2 раза в год, ФВД 1 раз в год.

Задача № 6

Диагноз: Бронхиальная астма atopическая (аллергия к клубнике, антибиотикам пенициллинового ряда), персистирующая, средней тяжести, неконтролируемая, обострение средней тяжести. Эмфизема легких. ДН II.

Обоснование диагноза: а) данные анамнеза: ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты; связь возникновения приступов с периодом цветения; наследственная предрасположенность (приступы удушья у ближайших родственников, наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты); б) объективные данные: при осмотре: вынужденное положение, занимаемое для облегчения дыхания, цианотичный оттенок кожи, бочкообразная форма грудной клетки, сглаженность над- и подключичных ямок, расширение межреберных промежутков, набухание шейных вен, ЧД 26 в 1 минуту; при перкуссии легких – коробочный звук, опущение нижней границы легких, снижение экскурсии легких; при аускультации – сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, удлинение выдоха.

План дополнительного обследования включает: общий анализ крови (на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов), определение уровня IgE, микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана); рентгенография органов грудной клетки (при эмфиземе определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы); оценка ФВД с проведением фармакологических проб, ЭКГ, консультация аллерголога.

Лечение: Режим полупостельный. Диета гипоаллергенная. Симпатомиметики короткого и пролонгированного действия: (сальбутамол, фенотерол или тербуталин). Комбинированные препараты: беродуал, ипратропий стероид-неб. Контролирующие препараты: ингаляционные глюкокортикостероиды (беклометазона дипропионат, будесонид, флутиказона пропионат или флунизолит). Дыхательная гимнастика. Массаж. Санаторно-курортное лечение в ремиссию.

Профилактика обострений: устранить действие аллергенов (по возможности). В период цветения трав следует занавешивать форточки на окнах мокрой марлей, ежедневно делать влажную уборку комнат, убрать ковры; проводить пикфлоуметрию с целью мониторинга бронхиальной проходимости. При ухудшении показателей пиковой скорости выдоха следует корректировать лечение. Диспансерное наблюдение по группе III Б, обучение пациентки в астма-школе; проведение специфической гипосенсибилизации.

Пациентка временно нетрудоспособна. Диспансерное наблюдение у пульмонолога 4 раза в год, осмотр терапевта, хирурга 2 раза в год, аллерголога по показаниям. Обследование: ОАК, ОАМ, анализ мокроты 4 раза в год, ЭКГ, ФГ, ФВД 1 раз в год.

Задача № 7

Диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II. Постинфарктный кардиосклероз в области передне-боковой стенки левого желудочка (год назад). СН IIА. ФК I. Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий). В связи с постоянно высокими цифрами АД и преимущественным поражением сердца, в сочетании с ИБС, больной не может работать в производственных условиях и является инвалидом II группы (ОСТД – 2).

Диспансерное наблюдение: осмотр терапевта не менее 2 раз в год; по показаниям – консультация окулиста. Гемоглобин/гематокрит, ОАМ, микроальбуминурия, ЭКГ (не реже 1 раза в год), Эхо-КГ – 1 раз в год в первые 2 года после ИМ (далее по показаниям), холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, К, Na, креатинин (с расчетом СКФ) – не реже 1 раза в год, АЛТ, АСТ, КФК (1 раз в год при приеме статинов), мочевая кислота (при взятии по Д-наблюдению, далее по показаниям), глюкоза крови натощак (не реже 1 раза в год и по показаниям), ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления атеросклеротических бляшек (при взятии под Д-наблюдение, далее по показаниям), нагрузочные тесты (ВЭМ, тредмил-тест, стресс-ЭхоКГ) при взятии под диспансерное наблюдение или при увеличении ФК стенокардии. Ежегодная вакцинация против гриппа.

Задача № 8

Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения ФК I. ПИКС (ОИМ без зубца Q – указать год, соответствующий сроку 2 года назад). Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия I степени. Очень высокий риск. ХСН I стадии. ФК I.

Лечение: β -адреноблокаторы являются оптимальными препаратами для лечения артериальной гипертензии и ИБС. В основе гипотензивного эффекта препаратов данной группы лежит блокада β_1 -адренорецепторов в сердце, что приводит к снижению сердечного выброса и ЧСС. Блокаде пресинаптических β -адренорецепторов, способствующих выделению норадреналина из симпатических нервных окончаний, угнетению секреции ренина, образования ангиотензина II и альдостерона, снижению вазомоторной активности центральной нервной системы и перестройки барорецепторных механизмов дуги аорты и каротидного синуса.

Данному больному необходимо назначить селективный, пролонгированный β_1 – блокатор, например, бисопролол.

Прием статинов и аспирина необходимо продолжить.

Контроль: ЧСС не менее 50-60 уд/мин. Холестерин должен быть менее 4,5 ммоль/л, ЛПНП – менее 2,5 ммоль/л, ТГ – менее 1,7 ммоль/л, ЛПВП – более 1 ммоль/л, АСТ, АЛТ, КФК не должны превышать верхнюю границу нормы в 3 раза.

Диспансерное наблюдение: осмотр терапевта не менее 2 раз в год; по показаниям – консультация окулиста. Гемоглобин/гематокрит, ОАМ, микроальбуминурия, ЭКГ (не реже 1 раза в год), Эхо-КГ – 1 раз в год в первые 2 года после ИМ (далее по показаниям), холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, К, Na, креатинин (с расчетом СКФ) – не реже 1 раза в год, АЛТ, АСТ, КФК (1 раз в год при приеме статинов), мочевая кислота (при взятии по Д-наблюдению, далее по показаниям), глюкоза крови натощак (не реже 1 раза в год и по показаниям), ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления атеросклеротических бляшек (при взятии под Д-наблюдение, далее по показаниям), нагрузочные тесты (ВЭМ, тредмил-тест, стресс-ЭхоКГ) при взятии под диспансерное наблюдение или при увеличении ФК стенокардии. Ежегодная вакцинация против гриппа.

Задача № 9

Диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. ПИКС (указать 2 года назад). Желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 2 степени. Очень высокий риск. ХСН II Б стадии. ФК III.

Больной необходимо установить II группу инвалидности.

Диспансерное наблюдение: осмотр кардиолога 4 раза в год; терапевта 2 раза в год, невролога, окулиста 1 раз в год (глазное дно).

Измерение АД при каждом посещении, измерение массы тела при каждом посещении, тест с 6-минутной ходьбой 2 раза в год, гемоглобин/гематокрит, ОАМ – не реже 1 раза в год, анализ крови биохимический с определением содержания натрия, калия, креатинина (с расчетом СКФ) при взятии под ДН далее по показаниям, уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды: при взятии под ДН и в начале гипополипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям, лабораторный контроль за терапией непрямыми антикоагулянтами до 12 раз в год (по показаниям), определение концентрации предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) или мозгового натрийуретического пептида (МНП или BNP) при взятии под ДН, далее по показаниям, ЭКГ не менее 2 раз в год, ЭхоКГ ежегодно, рентгенография органов грудной клетки при взятии под ДН далее по показаниям, суточный мониторинг ЭКГ при взятии под ДН далее по показаниям. Ежегодная вакцинация против гриппа.

Задача № 10

Диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз. ХСН IIА стадии. ФК III. Осложнение перенесенного инфаркта миокарда: хроническая аневризма левого желудочка.

Медикаментозное лечение должно проводиться с использованием ингибиторов АПФ, β-адреноблокаторов, диуретиков (тиазидовые или тиазидоподобные в сочетании с антагонистами альдостерона). Показана консультация кардиохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении (АКШ, аневризмэктомия).

Прогноз для жизни при соблюдении рекомендаций врача относительно благоприятный, для трудовой деятельности – неблагоприятный.

Является инвалидом II группы (без права работы).

Санаторно-курортное лечение с выездом в другие регионы противопоказано, возможно лечение только в местных санаториях кардиологического профиля или больнице восстановительного лечения.

Диспансерное наблюдение в течение первого года после острого инфаркта миокарда проводит кардиолог поликлиники 4 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, ЭКГ, липидного профиля, показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПТИ, фибриноген), суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии. В дальнейшем больной должен наблюдаться у участкового терапевта 2 раза в год с периодическими консультациями кардиолога (по показаниям).

Задача № 11

Диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Сочетанный митральный порок сердца. Состояние после комиссуротомии. ХСН IIА стадии. ФК II. Страдает данным заболеванием более 20 лет. Состояние относительно стабильное. Оставить III группу инвалидности

Диспансерное наблюдение проводит ревматолог поликлиники 2 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, ЭКГ, липидного профиля, ОСЛ, СРБ, показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПТИ, фибриноген), эхокардиографии. Осмотр кардиолога, терапевта 1 раз в год, кардиохирурга по показаниям

Задача №12

Диагноз: Хронический левосторонний пиелонефрит, обострение. АГ 2 степени. Риск 3 (высокий).

План дополнительного обследования: анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на микрофлору и определение ее чувствительности к антибиотикам, УЗИ почек. Консультация уролога, кардиолога.

Лечение: диета с ограничением острых, пряных, жареных, копченых продуктов, приправ; ограничение поваренной соли. Антибактериальная терапия (ципрофлоксацин или левофлоксацин), уросептики, гипотензивные препараты (предпочтительно выбрать ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента или блокаторы рецепторов к ангиотензину II).

Диспансерное наблюдение проводит терапевт поликлиники 2 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, мочи по Нечипоренко, Зимницкому, посева мочи, УЗИ почек, ЭКГ, липидного профиля, креатинина, мочевины, осмотра нефролога, окулиста с осмотром глазного дна, кардиолога и невролога по показаниям.

Задача № 13

Диагноз. Ревматоидный артрит, серонегативный, развёрнутая стадия (больна 6 лет). В настоящее время имеется увеличение активности процесса, что подтверждается сильными болями, припухлостью и ограничением движений в нескольких суставах, утренней скованностью, повышением температуры тела. Либо больная прервала лечение, либо назначенная ей схема не эффективна. Больную следует госпитализировать в ревматологическое отделение для проведения более эффективного лечения (возможно генно-инженерными биологическими препаратами) и подбора комбинации препаратов для амбулаторного применения.

Диспансерное наблюдение проводит ревматолог поликлиники 2 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, ЭКГ, СРБ, ОБ, РФ, ФГ, рентгенографии суставов. Осмотр терапевта, хирурга 1 раз в год, психотерапевта по показаниям.

Задача №14

Группа здоровья II. У пациента низкий суммарный сердечно-сосудистый риск, но выявлено курение в течение длительного времени, которое является фактором риска развития ХОБЛ и требует индивидуального профилактического консультирования в кабинете (отделении) профилактики.

Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза, поскольку у пациента имеются клинические симптомы (кашель с мокротой) и факторы риска развития ХОБЛ (курение). В рамках 2-го этапа диспансеризации пациенту показано проведение спирометрии.

Спирометрические признаки бронхиальной обструкции: снижение ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ $\leq 0,7$.

Больному показано обследование за рамками диспансеризации для уточнения диагноза ХОБЛ: клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, тест с 6-минутной ходьбой, рентгенография органов грудной клетки, пульсоксиметрия.

При подтверждении диагноза ХОБЛ для оценки выраженности симптомов необходимо провести тестирование по одному из опросников (mMRC, CAT, CCQ) и определить риск обострений.

Пациенту необходимо рекомендовать отказ от курения, т.к. курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Кроме того, необходимо проведение вакцинации против гриппа и профилактики ОРВИ, т.к. вирусные инфекции провоцируют обострение ХОБЛ.

Методы профилактики ОРВИ – закаливание, рациональное питание, достаточный сон, соблюдение гигиены; возможно рассмотреть (убедительные доказательства эффективности отсутствуют) использование витаминотерапии, приём иммуномодуляторов (Интерфероны, Циклоферон), использование противовирусных средств для постконтактной профилактики (в случае контакта с больными гриппом).

Никотинзамещающие препараты: никотиновая жевательная резинка, ингалятор, назальный спрей, накожный аппликатор, подъязычные таблетки или пастилки.

Препараты, снижающие никотиновую зависимость: Варениклин, Бупропион.

Психотерапевтические методы: рациональная психотерапия, аутотренинг, гипноз.

Промежуточная аттестация

1. Промежуточная аттестация проводится в форме экзамена.

2. Форма проведения – комбинированная. На первом этапе обучающийся проходит тестирование (выборочно 30 тестовых заданий), на втором этапе решает две ситуационные задачи по выбранному билету.

Вопросы к экзамену:

1. Нормативные правовые акты, регламентирующие формирование здорового образа жизни населения.

2. Приемы и методы проведения профилактических бесед, методик составления рекомендаций, анкет и вопросников на заданную тему для пациентов по профилактике заболеваний.

3. Анкетирование по самооценке уровня здоровья и самооздоровления человека.

4. Создание программ индивидуального обучения приоритетным нормам здорового образа жизни и нормам гигиенического поведения.

5. Методы и технологии гигиенического обучения и воспитания населения. Подготовка информационной беседы для населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах.

6. Ведение учета работы по учетной форме N025-ЦЗ/у- «Карта центра здоровья» и N002-ЦЗ/у- «Карта здорового образа жизни».

Что такое профилактическое консультирование? Какие выделяют виды профилактического консультирования? Назовите приемы и методы проведения профилактических бесед. Сколько времени должно занимать краткое профилактическое консультирование пациента? Сколько времени отводится на углубленное профилактическое консультирование пациента?

7. Классификация методов и средств гигиенического обучения и воспитания

8. Что такое школа пациента? Цели и задачи школы пациента? Как должна быть организована школа пациента?

9. Что такое школа здоровья? Цели и задачи школы здоровья?

Назовите методики составления рекомендаций, анкет и вопросников на заданную тему для пациентов для проведения занятий в школах здоровья.

11. Создайте программу индивидуального обучения пациентов в школе сахарного диабета.

12. Создайте программу индивидуального обучения пациентов по артериальной гипертензии.

13. Создайте программу индивидуального обучения пациентов в школе по бронхиальной астме.

14. Принципы подготовки информационной беседы для населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах.

15. Принципы разработки индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни.

16. Дайте определение диспансеризации. Назовите основные цели и задачи диспансеризации.

17. Задачи фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации?

18. Перечислите основные задачи участкового терапевта.

19. Назовите этапы диспансеризации.

20. Перечислите контингент лиц, подлежащих диспансеризации.

21. Цель I этапа диспансеризации. Что включает в себя I этап диспансеризации?

22. Назовите состав и задачи отделения профилактики. Назовите структуру отделения (кабинета) профилактики.

23. Проведение анкетирования по оценке уровня здоровья и выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и вредных привычек.

24. Какова роль фельдшера в отделении (кабинете) медицинской профилактики?

25. Дать определение понятия – хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ). Перечислить заболевания, входящие в группу ХНИЗ.

26. Какие основные мероприятия по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактике ХНИЗ включены в задачи не только врачебной амбулатории, но и врачебного (фельдшерского) здравпункта и фельдшерско-акушерского пункта (ФАП)?

27. Группы состояния здоровья.

28. Назовите факторы риска развития болезней органов дыхания. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней органов дыхания.

29. Назовите факторы риска развития болезней органов системы кровообращения. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся сердечно-сосудистых заболеваний.

30. Назовите факторы риска развития болезней органов желудочно-кишечного тракта. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней органов пищеварения.

31. Назовите факторы риска развития болезней органов мочевыделительной системы. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней органов мочевыделительной системы.

32. Назовите факторы риска развития болезней органов кроветворной системы. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся острых и хронических болезней органов кроветворения.

33. Назовите факторы риска развития аллергических заболеваний. Укажите технологии первичной и вторичной профилактики наиболее часто встречающихся аллергических заболеваний.

34. Назовите нормативные правовые акты, регламентирующие проведение иммунопрофилактики разных возрастных групп.

35. Как осуществляется проведение иммунопрофилактики инфекционных болезней, основные понятия, цели, задачи. Государственная политика в области иммунопрофилактики. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.

36. Сформулируйте понятие о профилактических прививках. Медицинские иммунобиологические препараты. Характеристика основных препаратов, используемых для: 1) активной иммунопрофилактики инфекционных болезней; 2) пассивной иммунопрофилактики (иммунокоррекции); 3) экстренной профилактики. Транспортировка и хранение иммунобиологических препаратов. Способы введения иммунобиологических препаратов. Назовите атипичные реакции на их введение.

37. Национальный календарь профилактических прививок. Понятие о сертификате о профилактических прививках.

38. Проведите планирование, организация и проведение профилактических прививок детскому населению в соответствии с календарем профилактических прививок: вакцинация и ревакцинация против гепатита, туберкулеза, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гриппа.

39. Проведение внеплановой иммунопрофилактики, иммунокоррекции и экстренной профилактики при возникновении отдельных эпидемических ситуаций. Проведение иммунопрофилактики по эпидпоказаниям при кишечных инфекциях (брюшном тифе, паратифах, холере), при бактериальных зоонозах (чуме, сибирской язве, бруцеллезе), при вирусных инфекциях центральной нервной системы (остром полиомиелите, энцефалите, бешенстве), при вирусных геморрагических лихорадках, вирусных гепатитах А и В.

40. Назовите принципы проведения индивидуальной химиофилактики при туберкулезе и малярии.

41. Каковы принципы профилактики болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

42. В чем заключается деятельность фельдшера в организации и проведении иммунопрофилактики и химиофилактики. Назовите принципы оформления медицинской документации, отражающей проведение активной и пассивной иммунизации.

Примеры тестовых заданий для промежуточной аттестации.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. диспансерное наблюдение проводится в отношении
всех граждан, прошедших диспансеризацию
граждан, страдающих отдельными видами (или их сочетаниями)
хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний
граждан, находящихся в восстановительном периоде
после перенесенных тяжелых острых заболеваний
граждан, имеющих высокий риск развития хронических заболеваний

2. Основными целями ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ являются
раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний,
определение необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан
определение группы состояния здоровья
проведение профилактического консультирования
определение группы диспансерного наблюдения
своевременная госпитализация

3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ включает в себя комплекс мероприятий

профилактических
диагностических
психологических
эпидемиологических
лечебно-оздоровительных

4. Порядок диспансерного наблюдения определяется приказом

- 1) № 834н
- 2) № 1011н
- 3) № 1344н
- 4) № 543н
- 5) № 869н

5. основные этапы ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

скрининг

дополнительное обследование и уточнение диагноза заболевания

оценка эффективности проведенных мероприятий

планирование и организация активного выявления диспансеризуемых контингентов

6. УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) контрольная карта диспансерного наблюдения
- 2) карта ежегодной диспансеризации
- 3) статистический талон
- 4) амбулаторная карта

7. Второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения проводится

- 1) всем мужчинам в возрасте 45-66 лет
- 2) всем женщинам в возрасте 45-66 лет
- 3) всем подлежащим диспансеризации
- 4) в соответствии с показаниями, определенными на 1 этапе

8. ЛИЦА, С НАЛИЧИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВХОДЯТ В _____ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

9. БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

- 1) 1 раз в год
- 2) 1 раз в 3 месяца
- 3) 1 раз в 6 месяцев
- 4) ежемесячно

10. При заполнении учетной формы N 030/у «контрольная карта диспансерного наблюдения» номер карты должен соответствовать номеру

- 1) страхового медицинского полиса пациента
- 2) СНИЛС пациента
- 3) «Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025/у)
- 4) «Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025-1/у)

11. диспансеризация проводится среди следующих групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше)

работающие граждане;
неработающие граждане;
обучающиеся в образовательных организациях по очной форме
обучающиеся в образовательных организациях по заочной форме

12. Диспансеризация работающего населения осуществляется

- 1) 1 раз в квартал
- 2) 1 раз в 3 года
- 3) 1 раз в 2 года
- 4) ежегодно

13. Диспансеризация проводится

- 1) без согласия гражданина в обязательном порядке
- 2) при наличии информированного добровольного согласия гражданина
- 3) по приказу работодателя
- 4) по желанию пациента

14. Частота осмотра больных стенокардией при диспансерном наблюдении составляет

- 1) 1 раз в год
- 3) 3 раза в год
- 3) 2-4 раза в год и чаще в зависимости от тяжести заболевания
- 4) 1 раза в полгода

15. Кратность диспансерного наблюдения для больных со стабильной стенокардией напряжения II фк составляет

2 раза в год

ежемесячно
4 раза в год
1 раз в год
6 раз в год

16. Диспансеризация проводится для инвалидов Великой Отечественной войны и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда"
1 раз в год
1 раз в 2 года
1 раз в 3 года
1 раз в 4 года

17. ответственными за организацию и проведение диспансеризации населения являются
участковый врач-терапевт
врач-терапевт цехового врачебного участка
врач общей практики
медсестра
врач-невролог

18. КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

охват диспансеризацией населения
уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением
охват индивидуальным профилактическим консультированием на первом этапе диспансеризации
охват углубленным (индивидуальным или групповым) профилактическим консультированием на втором этапе диспансеризации
охват граждан с впервые выявленными болезнями системы кровообращения, высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском диспансерным наблюдением

19. основные формы активного выявления больных
предварительные медицинские осмотры
периодические медицинские осмотры
целевые медицинские осмотры
текущая обращаемость в лечебное учреждение
обращение в бюро МСЭ

20. экспресс-методом на I этапе диспансеризации определяют уровень
общего билирубина
креатинина
глюкозы в крови
общего холестерина
все выше перечисленное

Примеры ситуационных задач.

Задача № 1

Пациент 3., 57 лет. Старший инженер отдела снабжения. Работа со значительным нервным напряжением и разъездами по городу в общественном транспорте.

Жалобы на онемение в левой ноге и руке, головную боль, головокружение, снижение памяти.

Анамнез: с 45 лет диагностирована гипертоническая болезнь. Вынужден был оставить работу начальника отдела снабжения и перейти на должность инженера без установления группы инвалидности. Через 10 лет после выявления артериальной гипертензии перенес острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии, после чего остался левосторонний гемипарез. Через 1 год развилось повторное нарушение мозгового кровообращения, после чего установлена инвалидность II группы. В 2012 г. была операция по поводу гнойного тендовагинита правой кисти с последующей контрактурой в области II и III пальцев.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 82 в 1 мин., ритмичный. АД 185/100 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

ЭКГ: синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево.

RV5,6 > 25 мм, STV5,6 ниже изолинии, T (-) V5,6.

Холестерин 5,2 ммоль/л. Сахар крови 5,5 ммоль/л.

Консультация невропатолога: остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Трудовая направленность пациента - работать в производственных условиях не может.

диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения и лечения.

Задача № 2

Пациентка Д., 51 года. Основная профессия - экономист. Работает директором магазина хозторга. Работа со значительным нервным напряжением.

Жалобы на головную боль, колющие боли в области сердца, общую слабость, повышенную возбудимость.

Анамнез: с 37 лет выявлена артериальная гипертензия, лечилась амбулаторно. 4 месяца находится на больничном листе в связи с повторными гипертоническими кризами. За этот срок 2 раза лежала в больнице, однако после выписки остается повышенное АД.

Объективно: рост 153 см, вес 92 кг. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 в 1 мин., ритмичный. АД 180/115 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой.

Живот мягкий, печень не пальпируется.

Общий анализ крови и мочи в норме.

УЗИ почек: Эхоструктура и размеры почек не изменены, без деформации чашечно-лоханочной системы.

Экскреторная урография: нефрографический эффект синхронный. Чашечно-лоханочная система не изменена. При аортографии сужения почечных артерий нет.

Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки.

ЭКГ: синусовая тахикардия. Отклонение электрической оси сердца влево. RI > SIII, SIII > RIII, RV5-6 > 25 мм.

Направлена на МСЭК в связи с длительным сроком временной нетрудоспособности. Желает продолжать работать.

диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения.

Задача № 3

Пациент Б., 49 лет, токарь. Вытачивает на станке мелкие детали весом 200 - 250 г. Работа с постоянным умеренным физическим напряжением и постоянным напряжением зрения. До работы 30 мин. езды в троллейбусе.
 Жалобы на головную боль, неустойчивость при ходьбе, нарушение речи. С 40 лет диагностирована гипертоническая болезнь, ранее АД не измерял. Регулярно не лечился. В 48 лет перенес повторное острое нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом, после чего установлена инвалидность II группы.
 Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 180/110 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется. Общий анализ крови и мочи в норме.
 ЭКГ: синусовая тахикардия, электрическая ось сердца отклонена влево. RI>SII, SII>RIII, RV5-6>25 мм.
 Консультация невропатолога: Последствия ОНМК. Правосторонний гемипарез. Дизартрия.
 Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Желает продолжать работу по специальности.
 диагноз. трудоспособность. ПЛАН диспансерного наблюдения.

Задача № 4

Студент, 21 года, обследуется в поликлинике в связи с впервые выявленным повышением артериального давления до пограничных цифр. Обратился к участковому терапевту с жалобами на головные боли, усиливающиеся после переутомления и эмоционального перенапряжения (например, в период сессии), быструю утомляемость, потливость, плохой сон.
 Болен около 2 лет, головные боли участились в последние полгода, появилась раздражительность, неустойчивость настроения, с трудом засыпает. В семье обстановка неблагоприятная (отец злоупотребляет алкоголем). Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ОРВИ. Вредные привычки: курит с 14 лет. Наследственность: родители здоровы.
 При осмотре: пониженного питания, тремор пальцев рук, ладони влажные, легкий акроцианоз, стойкий белый дермографизм. Органы дыхательной системы без патологических изменений. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, определяется дыхательная аритмия. АД при первичном осмотре 150/90 мм. рт. ст., при повторном измерении - 120/80 мм. рт. ст., ЧСС 90 - 80 уд. в 1 мин. Органы брюшной полости без отклонений от нормы. В результате обследования, проведенного в поликлинике (общие анализы крови и мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки) патологических изменений не выявлено.
 диагноз. дополнительное обследование диспансерное наблюдение. лечение.

Задача №5

Пациентка 32 лет, ткачиха. В течение последних двух месяцев в результате контакта с хлопковой пылью на производстве страдает приступами удушья экспираторного характера 3-4 раза в неделю, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В течение последней недели приступы стали беспокоить ежедневно, иногда ночью.
 Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.
 Общий анализ крови: эритроциты - $5,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,8, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 14%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.
 Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эозинофилы - 5-7 в поле зрения, спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.
 Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.
 Рентгенограмма грудной клетки вне приступа - в пределах нормы.
 ФВД после купирования приступа удушья - в пределах нормы.
 ЭКГ вне приступа - в пределах нормы.
ДИАГНОЗ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. Диспансеризация. ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

Критерии оценивания для экзамена

Оценка	Определение оценки		
отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленные теоретические вопросы и при решении ситуационных задач, показана совокупность осознанных знаний, доказательно раскрыты основные положения, в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность. Ответ изложен терминологически правильно.	Тесты решены на 91-100%.	
хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленные теоретические вопросы и при решении ситуационных задач, показана совокупность осознанных знаний, доказательно раскрыты основные положения, в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность. Ответ изложен терминологически правильно. Допущены 1-2 ошибки при ответе на экзаменационные вопросы и при решении ситуационных задач, исправлены самим студентом в процессе ответа.	Тесты решены на 81-90%.	
удовлетворительно	Дан недостаточно полный и последовательный ответ на поставленные вопросы, Не решена одна ситуационная задача. Ответ логичен и	Тесты решены на 71-80%.	

	изложен в научных терминах. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно.		
неудовлетворительно	Присутствует фрагментарность, нелогичность изложения. Не решены обе ситуационные задачи. Студент не осознает связь данного понятия, теории, с другими дисциплинами. Речь неграмотная. Отсутствует систематичность изложения. Дополнительные уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	Тесты решены менее 70%.	

Таблица соответствия образовательных результатов оценочным средствам

Знать	Уметь	Формы контроля
Роль и значение диспансерного наблюдения, принципы организации групп диспансерного наблюдения; особенности организации диспансеризации и роль фельдшера в ее проведении; принципы диспансеризации при различных заболеваниях; группы диспансерного наблюдения при различной патологии; роль фельдшера в организации и проведении профилактических осмотров у населения разных возрастных групп и профессий; роль фельдшера в организации и проведении патронажной деятельности; виды скрининговой диагностики при проведении диспансеризации населения; нормативные документы, регламентирующие профилактическую деятельность в здравоохранении.	Организовывать и проводить профилактические осмотры населения разных возрастных групп и профессий; определять группы риска развития различных заболеваний; осуществлять скрининговую диагностику при проведении диспансеризации населения; организовывать диспансеризацию населения на закрепленном участке; осуществлять диспансерное наблюдение за пациентами; организовывать и проводить патронажную деятельность на закрепленном участке; проводить оздоровительные мероприятия по сохранению здоровья у здорового населения;	Вопросы №1-5 Ситуационные задачи №1-4.
Роль фельдшера в сохранении здоровья человека и общества; факторы риска развития заболеваний в России и регионе; виды профилактики заболеваний; методику санитарно-гигиенического просвещения; значение иммунитета; принципы организации прививочной работы с учетом особенностей региона; нормативные документы, регламентирующие профилактическую деятельность в здравоохранении.	Применять в практической деятельности нормы и принципы профессиональной этики; обучать пациента и его окружение сохранять и поддерживать максимально возможный уровень здоровья; проводить специфическую и неспецифическую профилактику заболеваний; проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке; проводить оздоровительные мероприятия по сохранению здоровья у здорового населения.	Вопросы №6-10 Ситуационные задачи №5-8.
Роль фельдшера в сохранении здоровья человека и общества; факторы риска развития заболеваний в России и регионе; виды профилактики заболеваний; закономерности влияния факторов окружающей среды на здоровье человека; методику санитарно-гигиенического просвещения; пути формирования здорового образа жизни населения; нормативные документы, регламентирующие профилактическую деятельность в здравоохранении.	Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения. Применять в практической деятельности нормы и принципы профессиональной этики; обучать пациента и его окружение сохранять и поддерживать максимально возможный уровень здоровья; проводить санитарно-гигиеническую оценку факторов окружающей среды; обучать пациента и его окружение формированию здорового образа жизни; проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения различных возрастов; определять группы риска развития различных заболеваний; организовывать и поддерживать здоровьесберегающую среду; проводить оздоровительные мероприятия по сохранению здоровья у здорового населения.	Вопросы №11-15 Ситуационные задачи №9-12.
Роль фельдшера в сохранении здоровья человека и общества; факторы риска развития заболеваний в России и регионе; роль и значение диспансерного наблюдения, принципы организации групп диспансерного наблюдения; роль фельдшера в организации и проведении профилактических осмотров у населения разных возрастных групп и профессий; закономерности влияния факторов окружающей среды на здоровье человека; виды скрининговой диагностики при проведении диспансеризации населения; нормативные документы, регламентирующие профилактическую деятельность в здравоохранении.	Проводить диагностику групп здоровья. Применять в практической деятельности нормы и принципы профессиональной этики; организовывать и проводить профилактические осмотры населения разных возрастных групп и профессий; определять группы риска развития различных заболеваний; осуществлять скрининговую диагностику при проведении диспансеризации населения; организовывать диспансеризацию населения на закрепленном участке.	Вопросы №16-20 Ситуационные задачи №13-15.

<p>Роль фельдшера в сохранении здоровья человека и общества; факторы риска развития заболеваний в России и регионе; виды профилактики заболеваний; закономерности влияния факторов окружающей среды на здоровье человека; значение иммунитета; принципы организации прививочной работы с учетом особенностей региона; нормативные документы, регламентирующие профилактическую деятельность в здравоохранении.</p>	<p>Проводить иммунопрофилактику. Применять в практической деятельности нормы и принципы профессиональной этики; обучать пациента и его окружение сохранять и поддерживать максимально возможный уровень здоровья; проводить специфическую и неспецифическую профилактику заболеваний; проводить оздоровительные мероприятия по сохранению здоровья у здорового населения.</p>	<p>Вопросы №21-24 Ситуационные задачи №16-18.</p>
<p>Роль фельдшера в сохранении здоровья человека и общества; факторы риска развития заболеваний в России и регионе; роль и значение диспансерного наблюдения, принципы организации групп диспансерного наблюдения; особенности организации диспансеризации и роль фельдшера в ее проведении; принципы диспансеризации при различных заболеваниях; группы диспансерного наблюдения при различной патологии; виды профилактики заболеваний; роль фельдшера в организации и проведении профилактических осмотров у населения разных возрастных групп и профессий; закономерности влияния факторов окружающей среды на здоровье человека; методику санитарно-гигиенического просвещения; значение иммунитета; принципы организации прививочной работы с учетом особенностей региона; пути формирования здорового образа жизни населения; роль фельдшера в организации и проведении патронажной деятельности; виды скрининговой диагностики при проведении диспансеризации населения; нормативные документы, регламентирующие профилактическую деятельность в здравоохранении.</p>	<p>Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп. Организовывать и проводить занятия в Школах здоровья для пациентов с различными заболеваниями; применять в практической деятельности нормы и принципы профессиональной этики; обучать пациента и его окружение сохранять и поддерживать максимально возможный уровень здоровья; организовывать и проводить профилактические осмотры населения разных возрастных групп и профессий; проводить санитарно-гигиеническую оценку факторов окружающей среды; обучать пациента и его окружение формированию здорового образа жизни; проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения различных возрастов; определять группы риска развития различных заболеваний; осуществлять скрининговую диагностику при проведении диспансеризации населения; организовывать диспансеризацию населения на закрепленном участке; осуществлять диспансерное наблюдение за пациентами; проводить специфическую и неспецифическую профилактику заболеваний; проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке; организовывать и поддерживать здоровьесберегающую среду; организовывать и проводить патронажную деятельность на закрепленном участке; проводить оздоровительные мероприятия по сохранению здоровья у здорового населения;</p>	<p>Вопросы №25-28. Ситуационные задачи №19-21.</p>
<p>Роль фельдшера в сохранении здоровья человека и общества; факторы риска развития заболеваний в России и регионе; виды профилактики заболеваний; закономерности влияния факторов окружающей среды на здоровье человека; методику санитарно-гигиенического просвещения; значение иммунитета; пути формирования здорового образа жизни населения; нормативные документы, регламентирующие профилактическую деятельность в здравоохранении.</p>	<p>Организовывать здоровьесберегающую среду. Применять в практической деятельности нормы и принципы профессиональной этики; обучать пациента и его окружение сохранять и поддерживать максимально возможный уровень здоровья; проводить санитарно-гигиеническую оценку факторов окружающей среды; обучать пациента и его окружение формированию здорового образа жизни; проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения различных возрастов; определять группы риска развития различных заболеваний; проводить специфическую и неспецифическую профилактику заболеваний; проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке; организовывать и поддерживать здоровьесберегающую среду; проводить оздоровительные мероприятия по сохранению здоровья у здорового населения.</p>	<p>Вопросы №29-32. Ситуационные задачи №20-24.</p>
<p>Роль фельдшера в сохранении здоровья человека и общества; факторы риска развития заболеваний в России и регионе; виды профилактики заболеваний; закономерности влияния факторов окружающей среды на здоровье человека; пути формирования здорового образа жизни населения; роль фельдшера в организации и проведении патронажной деятельности; нормативные документы, регламентирующие профилактическую деятельность в здравоохранении.</p>	<p>Организовывать и проводить работу школ здоровья для пациентов и их окружения. Применять в практической деятельности нормы и принципы профессиональной этики; обучать пациента и его окружение сохранять и поддерживать максимально возможный уровень здоровья; обучать пациента и его окружение формированию здорового образа жизни; организовывать и поддерживать здоровьесберегающую среду; проводить оздоровительные мероприятия по сохранению здоровья у здорового населения;</p>	<p>Вопросы №33-37 Ситуационные задачи №20-24.</p>

<p>Особенности организации диспансеризации и роль фельдшера в ее проведении; роль фельдшера в организации и проведении профилактических осмотров у населения разных возрастных групп и профессий; принципы организации прививочной работы с учетом особенностей региона; роль фельдшера в организации и проведении патронажной деятельности.</p>	<p>Оформлять медицинскую документацию при проведении профилактических осмотров населения разных возрастных групп и профессий; при проведении диспансеризации населения; проведении специфической и неспецифической профилактики заболеваний; проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий на закрепленном участке.</p>	<p>Вопросы №37-40 Ситуационные задачи №1-20.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

29.2. УП.04.01 УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

Промежуточная аттестация

1. Промежуточная аттестация проводится в форме дифференцированного зачета.

2. Форма проведения – комбинированная.

Дифференцированный зачет проводится с использованием форм контроля :

-устный опрос по дневнику,

-решение 1 ситуационной задачи.

Текущий контроль в течение обучения – проводится решение 1 ситуационной задачи.

Примеры ситуационных задач:

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Пациент З., 57 лет. Старший инженер отдела снабжения. Работа со значительным нервным напряжением и разъездами по городу в общественном транспорте.

Жалобы на онемение в левой ноге и руке, головную боль, головокружение, снижение памяти.

Анамнез: с 45 лет диагностирована гипертоническая болезнь. Вынужден был оставить работу начальника отдела снабжения и перейти на должность инженера без установления группы инвалидности. Через 10 лет после выявления артериальной гипертонии перенес острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии, после чего остался левосторонний гемипарез. Через 1 год развилось повторное нарушение мозгового кровообращения, после чего установлена инвалидность II группы. В 2012 г. была операция по поводу гнойного тендовагинита правой кисти с последующей контрактурой в области II и III пальцев.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 82 в 1 мин., ритмичный. АД 185/100 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

ЭКГ: синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево.

RV5,6>25 мм, STV5,6 ниже изолинии, Т (-) V5,6.

Холестерин 5,2 ммоль/л. Сахар крови 5,5 ммоль/л.

Консультация невропатолога: остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Трудовая направленность пациента - работать в производственных условиях не может.

диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения и лечения.

Задача № 2

Пациентка Д., 51 года. Основная профессия - экономист. Работает директором магазина хозторга. Работа со значительным нервным напряжением.

Жалобы на головную боль, колющие боли в области сердца, общую слабость, повышенную возбудимость.

Анамнез: с 37 лет выявлена артериальная гипертония, лечилась амбулаторно. 4 месяца находится на больничном листе в связи с повторными гипертоническими кризами. За этот срок 2 раза лежала в больнице, однако после выписки остается повышенное АД.

Объективно: рост 153см, вес 92 кг. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 в 1 мин., ритмичный. АД 180/115 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой.

Живот мягкий, печень не пальпируется.

Общий анализ крови и мочи в норме.

УЗИ почек: Эхоструктура и размеры почек не изменены, без деформации чашечно-лоханочной системы.

Экскреторная урография: нефрографический эффект синхронный. Чашечно-лоханочная система не изменена. При аортографии сужения почечных артерий нет.

Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки.

ЭКГ: синусовая тахикардия. Отклонение электрической оси сердца влево. RI>SIII, SIII>RIII, RV5-6 >25 мм.

Направлена на МСЭК в связи с длительным сроком временной нетрудоспособности. Желает продолжать работать.

диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения.

Задача № 3

Пациент Б., 49 лет, токарь. Вытачивает на станке мелкие детали весом 200 - 250 г. Работа с постоянным умеренным физическим напряжением и постоянным напряжением зрения. До работы 30 мин. езды в троллейбусе.

Жалобы на головную боль, неустойчивость при ходьбе, нарушение речи. С 40 лет диагностирована гипертоническая болезнь, ранее АД не измерял.

Регулярно не лечился. В 48 лет перенес повторное острое нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом, после чего установлена инвалидность II группы.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 180/110 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется. Общий анализ крови и мочи в норме.

ЭКГ: синусовая тахикардия, электрическая ось сердца отклонена влево. RI>SIII, SIII>RIII, RV5-6>25 мм.

Консультация невропатолога: Последствия ОНМК. Правосторонний гемипарез. Дизартрия.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Желает продолжать работу по специальности.

диагноз. трудоспособность. ПЛАН диспансерного наблюдения.

Задача № 4

Студент, 21 года, обследуется в поликлинике в связи с впервые выявленным повышением артериального давления до пограничных цифр.

Обратился к участковому терапевту с жалобами на головные боли, усиливающиеся после переутомления и эмоционального перенапряжения (например, в период сессии), быструю утомляемость, потливость, плохой сон.

Болен около 2 лет, головные боли участились в последние полгода, появилась раздражительность, неустойчивость настроения, с трудом засыпает. В семье обстановка неблагоприятная (отец злоупотребляет алкоголем). Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ОРВИ. Вредные привычки: курит с 14 лет. Наследственность: родители здоровы.

При осмотре: пониженного питания, тремор пальцев рук, ладони влажные, легкий акроцианоз, стойкий белый дермографизм. Органы дыхательной системы без патологических изменений. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, определяется дыхательная аритмия. АД при первичном осмотре

150/90 мм. рт. ст., при повторном измерении - 120/80 мм. рт. ст., ЧСС 90 - 80 уд. в 1 мин. Органы брюшной полости без отклонений от нормы. В результате обследования, проведенного в поликлинике (общие анализы крови и мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки) патологических изменений не выявлено.

диагноз. дополнительное обследование

диспансерное наблюдение. лечение.

Задача №5

Пациентка 32 лет, ткачиха. В течение последних двух месяцев в результате контакта с хлопковой пылью на производстве страдает приступами удушья экспираторного характера 3-4 раза в неделю, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В течение последней недели приступы стали беспокоить ежедневно, иногда ночью.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,8, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 14%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эозинофилы - 5-7 в поле зрения, спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.

Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.

Рентгенограмма грудной клетки вне приступа - в пределах нормы.

ФВД после купирования приступа удушья - в пределах нормы.

ЭКГ вне приступа - в пределах нормы.

ДИАГНОЗ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. Диспансеризация. ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

Задача №6

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

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

ДИАГНОЗ. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА. Провести диспансерное наблюдение. ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Задача №7

Пациент Б., 56 лет. Мастер по обслуживанию центральных тепловых пунктов. Работа с умеренным физическим напряжением.

Жалобы на приступообразные давящие боли за грудиной при выходе на улицу, снимающиеся нитроглицерином; на одышку при подъеме в гору.

Анамнез: С 40 лет выявлена артериальная гипертензия. Регулярно не лечился. 2 года назад перенес инфаркт миокарда, после чего установлена инвалидность II группы.

Данные обследования: В легких везикулярное дыхание. Пульс 80 в 1 мин., ритмичный. АД 200/100 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень выступает на 1 см. из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови и мочи - в норме.

ЭКГ: Синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево. QS в V1-5, ST на изолинии, T (-) в V1-5 неглубокий.

Холестерин крови 4,6 ммоль/л. Сахар крови 4,8 ммоль/л.

Лечение коронароактивными препаратами без эффекта. От консультации кардиохирурга отказывается.

Направлен на переосвидетельствование на МСЭК.

диагноз. трудоспособность больного. план диспансерного наблюдения.

Задача №8

Пациент Д., 45 лет, обратился в поликлинику с жалобами на головные боли в височной области, больше к вечеру после работы в течение последних 3 месяцев. Одышка только при значительной физической нагрузке.

2 года назад перенес острый инфаркт миокарда без зубца Q. Давящие боли за грудиной беспокоят только при выполнении тяжелой физической работы в саду. АД не контролирует, хотя несколько раз у врача было зафиксировано повышение до 150/90 мм рт. ст. Ежедневно принимает аторвастатин 10 мг и аспирин 125 мг.

Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в 1 минуту, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный.

диагноз. лечение. контроль эффективности терапии. план диспансерного наблюдения.

Задача №9

Пациентка К., 61 года, пенсионерка, предъявляет жалобы на повышение АД до 170/95 мм. рт. ст., жгучие боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку при подъеме на один этаж, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при незначительной нагрузке, дискомфорт в правом подреберье.

Из анамнеза: страдает артериальной гипертензией в течение 7 лет. 2 года назад перенесла ОИМ (Q-позитивный).

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, в нижних отделах симметрично выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Перкуторно левая граница сердца определяется на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, выслушивается систолический шум на верхушке. Частота сердечных сокращений 95 ударов в 1 минуту, пульс - 92, АД - 175/95 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Голени пастозны.

Стул, мочеиспускание в норме.

ОХС крови - 7,0 ммоль/л, сахар крови - 4,2 ммоль/л, МАУ - 120 мг/сутки.

ЭКГ Гипертрофия левого желудочка, очагово-рубцовые изменения по задней стенке левого желудочка, желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии.

ЭХО-КГ изменена структура стенок аорты и створок аортального клапана, умеренная гипертрофия стенок левого желудочка, нарушена локальная (гипокинез задней стенки в срединном и апикальном сегментах) и снижена глобальная (ФВ 47%) сократимость миокарда, незначительная митральная недостаточность.

диагноз. трудоспособность. провести диспансерное наблюдение

Задача № 10

Мужчина 58 лет. Жалобы на жгучие боли в области верхней трети грудины при спокойной ходьбе через 50-70 метров, одышку при незначительных физических нагрузках, приступы немотивированной слабости при ходьбе и в покое. Появление одышки сопровождается сердцебиением до 110 уд. в 1 мин.; в покое ЧСС около 80 в 1 мин. Иногда при ходьбе отмечает тяжесть в правом подреберье. В анамнезе: ОИМ 6 месяцев назад. При осмотре: бледность, цианоз губ, языка, кистей рук. Над легкими притупление перкуторного звука в межлопаточных областях, над нижними отделами - тимпанит и там же - жесткое дыхание, единичные сухие хрипы высокого тембра. Сердечно-сосудистая система: пульсация в 5, 4 и 3 межреберьях слева, левая граница на 3 см кнаружи от срединно-ключичной линии. I тон на верхушке резко ослаблен, акцент II тона над легочной артерией, над аортой высокого тембра короткий систолический шум. Пульс - 88 уд. в 1 мин. АД 140/80 мм. рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет.

Диагноз. Врачебно-трудоустройство. лечение, тактика ведения. трудовой, жизненный прогноз, план диспансерного наблюдения.

Задача № 11

Пациент И. 46 лет. Основная профессия - инженер-электрик. В настоящее время работает директором кинотеатра. Жалобы на одышку при быстрой ходьбе. С 25 лет диагностирован ревматический порок сердца. В анамнезе - комиссуротомия, после которой был инвалидом III группы. Объективно: температура 36,4°C. В легких дыхание везикулярное. Над верхушкой сердца амплитуда I тона снижена, систолический шум. Над легочной артерией акцент II тона. Пульс - 72 удара в 1 мин. ритмичный. АД 120/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень пальпируется на 1 см ниже уровня реберной дуги.

ЭКГ: Ритм синусовый. Вертикальная позиция сердца. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка.

СРБ-отрицательный.

Диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения

Задача № 12

Пациентка 32 лет. Жалуются на боли в пояснице, больше слева, усиливающиеся при движении, повышение температуры тела до 37,8°C, слабость, головные боли, плохой сон, снижение работоспособности.

2 года назад во время беременности наблюдалось повышение АД до 170/110 мм. рт. ст., отеки голеней; в моче - протеинурия, лейкоцитурия. Лечилась стационарно.

Последнее ухудшение отмечает в течение двух недель, связывает с переохлаждением.

Объективно: кожный покров бледный, отмечается пастозность лица. Система органов дыхания без особенностей. Граница относительной сердечной тупости слева в V межреберье по срединно-ключичной линии, тоны сердца ритмичные, АД 160/100 мм. рт. ст. Пульс 84 удара в 1 минуту. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в левом подреберье. Симптом Пастернацкого слева положительный. Дизурических расстройств не отмечает. Периферических отеков нет.

Анализ крови: эритроциты - $4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 68%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 28 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,066 г/л, лейкоциты - большое количество, эритроциты - 0-1 в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры. Биохимический анализ крови: мочевина - 3,4 ммоль/л, креатинин - 97 мкмоль/л, глюкоза - 5,0 ммоль/л.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 84 в 1 минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Окулист: сужение артерий сетчатки. Гинеколог: здорова.

ДИАГНОЗ. ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. план диспансерного наблюдения

Задача № 13

Пациентка 36 лет, инвалид II группы. Жалуются на сильные боли, припухлость и ограничение движений в мелких суставах рук, голеностопных и коленных суставах, отмечает утреннюю скованность движений, повышение температуры тела по вечерам до 38,0°C. Больна 6 лет. РФ в сыворотке крови отрицателен.

ДИАГНОЗ. ТАКТИКА. план диспансерного наблюдения

Задача № 14

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе - частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика - 21 пачка/лет).

При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ - 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 70 уд. в мин., АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет.

В анализах: общий холестерин - 4,8 ммоль/л, глюкоза крови 5,2 ммоль/л. ЭКГ - норма.

Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.

Нуждается ли пациент в направлении на второй этап Диспансеризации?

Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции легких по обструктивному типу.

Составьте план индивидуального профилактического консультирования.

Предложите пациенту способы отказа от курения.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Диагноз: Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий). Хроническая дисциркуляторная энцефалопатия II степени (атеросклеротическая). Остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом. Контрактура II и III пальцев правой кисти с нарушением функции.

В связи с неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом, пациент нетрудоспособен в условиях производства. Следует установить инвалидность II группы (ограничение степени трудовой деятельности - 2).

Участковый врач должен был ещё до перенесенных инсультов направить больного на МСЭ, т. К. перевод на должность инженера отдела снабжения означает, что больной не может работать в основной профессии, но может выполнять работу более низкой квалификации и требует перевода на III группу инвалидности.

Диспансерное наблюдение у врача - терапевта участкового с периодичностью осмотров 2 раза в год (пожизненно), по показаниям - осмотр невролога, окулиста.

Обследования: глюкоза плазмы натощак, общий холестерин, анализ мочи на микроальбуминурию, калий и натрий, креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) - не реже 1 раза в год, гемоглобин и/или гематокрит, ЛПВП, ЛПНП, ТАГ - при взятии под Д-наблюдение, далее - по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года, дуплексное сканирование сонных артерий - не реже 1 раза в 2 года, мочевая кислота сыворотки - при взятии под диспансерное наблюдение (ДН), далее по показаниям, ЭКГ - 2 раза в год, ЭхоКГ - не реже 1 раза в год.

Задача № 2

Диагноз: ГБ II стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий), с частыми кризами. Ожирение III степени.

Следует установить III группу инвалидности. Противопоказана работа со значительным нервным напряжением. Может работать товароведом в магазине.

Диспансерное наблюдение у участкового терапевта с периодичностью осмотров 2 раза в год; по медицинским показаниям у кардиолога.

Обследование: ОАК, общий холестерин, глюкоза плазмы крови, ЭКГ, ЭхоКГ – не реже 1 раза в год, анализ мочи на микроальбуминурию, ЛПВП, ЛПНП, ТАГ, натрий, калий, креатинин сыворотки, дуплексное сканирование сонных артерий – не реже 1 раза в 2 года, мочевую кислоту сыворотки – при взятии под ДН, далее по показаниям.

Задача № 3

Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий). Остаточные явления повторных нарушений мозгового кровообращения (годы). Правосторонний гемипарез. Дизартрия.

Не может выполнять работу токаря на заводе. Клинический и трудовой прогноз – сомнительный (остаются нарушения движений в правой руке и ноге, нарушения речи).

Следует оставить II группу инвалидности.

Диспансерное наблюдение включает в себя наблюдение у участкового терапевта 2 раза в год. Консультация окулиста (осмотр глазного дна) – при взятии по Д-наблюдению, далее по показаниям. Обследование: ОАМ, микроальбуминурия, глюкоза плазмы натощак, общий холестерин, натрий, калий, креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) – не реже 1 раз в год, гемоглобин и/или гематокрит, ЛПВП, ЛПНП, ТАГ, дуплексное сканирование сонных артерий – при взятии под Д-наблюдением, далее – по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года, мочевая кислота сыворотки – при взятии на диспансерное наблюдение, далее по показаниям, ЭКГ – 2 раза в год, ЭхоКГ – не реже 1 раза в год.

Задача № 4

Диагноз: Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу.

Нуждается в наблюдении у участкового терапевта 1 раз в год, с консультацией невролога, психотерапевта, ЭКГ 1 раз в 3 года, липидный спектр, ОАК, ОАМ 1 раз в год.

Рекомендовать больному бросить курить, вести здоровый образ жизни, назначить седативные препараты (валериана, пустырник).

Задача № 5

Диагноз: Бронхиальная астма атопическая (аллергия к производственной пыли хлопка), легкая персистирующая, неконтролируемая. Обострение средней тяжести.

Дифференциальный диагноз с обструктивным синдромом неаллергической природы («синдромная астма»), с ХОБЛ, с сердечной астмой, с стероидным нарушением дыхания, с механической закупоркой верхних дыхательных путей.

Обоснование диагноза: а) данные анамнеза: ежедневные приступы удушья, в дальнейшем – исключить контакт с хлопковой пылью на производстве, при приступах применять ингаляции β_2 -агонистов короткого действия, для базисной терапии назначить ингаляционные ГКС.

Трудовые рекомендации: исключить контакт с хлопковой пылью на производстве.

Диспансерное наблюдение у терапевта 2 раза в год, осмотр пульмонолога, хирурга 1 раз в год, аллерголога по показаниям. Обследование: ОАК, ОАМ, ФГ, анализ мокроты 2 раза в год, ФВД 1 раз в год.

Задача № 6

Диагноз: Бронхиальная астма атопическая (аллергия к клубнике, антибиотикам пенициллинового ряда), персистирующая, средней тяжести, неконтролируемая, обострение средней тяжести. Эмфизема легких. ДН II.

Обоснование диагноза: а) данные анамнеза: ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты; связь возникновения приступов с периодом цветения; наследственная предрасположенность (приступы удушья у ближайших родственников, наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты); б) объективные данные: при осмотре: вынужденное положение, занимаемое для облегчения дыхания, цианотичный оттенок кожи, бочкообразная форма грудной клетки, сглаженность над- и подключичных ямок, расширение межреберных промежутков, набухание шейных вен, ЧД 26 в 1 минуту; при перкуссии легких – коробочный звук, опущение нижней границы легких, снижение экскурсии легких; при аускультации – сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, удлинение выдоха.

План дополнительного обследования включает: общий анализ крови (на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов), определение уровня IgE, микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана); рентгенография органов грудной клетки (при эмфиземе определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы); оценка ФВД с проведением фармакологических проб, ЭКГ, консультация аллерголога.

Лечение: Режим полупостельный. Диета гипоаллергенная. Симпатомиметики короткого и пролонгированного действия: (сальбутамол, фенотерол или тербуталин). Комбинированные препараты: беродуал, ипратропий-неб. Контролирующие препараты: ингаляционные глюкокортикостероиды (беклометазон дипропионат, будесонид, флутиказон пропионат или флунизолит). Дыхательная гимнастика. Массаж. Санаторно-курортное лечение в ремиссию.

Профилактика обострений: устранить действие аллергенов (по возможности). В период цветения трав следует занавешивать форточки на окнах мокрой марлей, ежедневно делать влажную уборку комнат, убрать ковры; проводить пикфлоуметрию с целью мониторинга бронхиальной проходимости. При ухудшении показателей пиковой скорости выдоха следует корректировать лечение. Диспансерное наблюдение по группе III Б, обучение пациентки в астма-школе; проведение специфической гипосенсибилизации.

Пациентка временно нетрудоспособна. Диспансерное наблюдение у пульмонолога 4 раза в год, осмотр терапевта, хирурга 2 раза в год, аллерголога по показаниям. Обследование: ОАК, ОАМ, анализ мокроты 4 раза в год, ЭКГ, ФГ, ФВД 1 раз в год.

Задача № 7

Диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II. Постинфарктный кардиосклероз в области передне-боковой стенки левого желудочка (год назад). СН IIА. ФК I. Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий).

В связи с постоянно высокими цифрами АД и преимущественным поражением сердца, в сочетании с ИБС, больной не может работать в производственных условиях и является инвалидом II группы (ОСТД – 2).

Диспансерное наблюдение: осмотр терапевта не менее 2 раз в год; по показаниям – консультация окулиста. Гемоглобин/гематокрит, ОАМ, микроальбуминурия, ЭКГ (не реже 1 раза в год), Эхо-КГ – 1 раз в год в первые 2 года после ИМ (далее по показаниям), холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, К, Na, креатинин (с расчетом СКФ) – не реже 1 раза в год, АЛТ, АСТ, КФК (1 раз в год при приеме статинов), мочевая кислота (при взятии по Д-наблюдению, далее по показаниям), глюкоза крови натощак (не реже 1 раза в год и по показаниям), ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления атеросклеротических бляшек (при взятии под Д-наблюдением, далее по показаниям), нагрузочные тесты (ВЭМ, тредмил-тест, стресс-ЭхоКГ) при взятии под диспансерное наблюдение или при увеличении ФК стенокардии. Ежегодная вакцинация против гриппа.

Задача № 8

Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения ФК I. ПИКС (ОИМ без зубца Q – указать год, соответствующий сроку 2 года назад). Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия I степени. Очень высокий риск. ХСН I стадии. ФК I.

Лечение: β -адреноблокаторы являются оптимальными препаратами для лечения артериальной гипертензии и ИБС. В основе гипотензивного эффекта препаратов данной группы лежит блокада β_1 -адренорецепторов в сердце, что приводит к снижению сердечного выброса и ЧСС. Блокаде

пресинаптических β -адренорецепторов, способствующих выделению норадреналина из симпатических нервных окончаний, угнетению секреции ренина, образованию ангиотензина II и альдостерона, снижению вазомоторной активности центральной нервной системы и перестройки барорецепторных механизмов дуги аорты и каротидного синуса.

Данному больному необходимо назначить селективный, пролонгированный β_1 – блокатор, например, бисопролол.

Прием статинов и аспирина необходимо продолжить.

Контроль: ЧСС не менее 50–60 уд/мин. Холестерин должен быть менее 4,5 ммоль/л, ЛПНП – менее 2,5 ммоль/л, ТГ – менее 1,7 ммоль/л, ЛПВП – более 1 ммоль/л, АСТ, АЛТ, КФК не должны превышать верхнюю границу нормы в 3 раза.

Диспансерное наблюдение: осмотр терапевта не менее 2 раз в год; по показаниям – консультация окулиста. Гемоглобин/гематокрит, ОАМ, микроальбуминурия, ЭКГ (не реже 1 раза в год), Эхо-КГ – 1 раз в год в первые 2 года после ИМ (далее по показаниям), холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, К, Na, креатинин (с расчетом СКФ) – не реже 1 раза в год, АЛТ, АСТ, КФК (1 раз в год при приеме статинов), мочевая кислота (при взятии по Д-наблюдению, далее по показаниям), глюкоза крови натощак (не реже 1 раза в год и по показаниям), ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления атеросклеротических бляшек (при взятии под Д-наблюдение, далее по показаниям), нагрузочные тесты (ВЭМ, тредмил-тест, стресс-ЭхоКГ) при взятии под диспансерное наблюдение или при увеличении ФК стенок сердца. Ежегодная вакцинация против гриппа.

Задача № 9

Диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. ПИКС (указать 2 года назад). Желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 2 степени. Очень высокий риск. ХСН II Б стадии. ФК III.

Больной необходимо установить II группу инвалидности.

Диспансерное наблюдение: осмотр кардиолога 4 раза в год; терапевта 2 раза в год, невролога, окулиста 1 раз в год (глазное дно).

Измерение АД при каждом посещении, измерение массы тела при каждом посещении, тест с 6-минутной ходьбой 2 раза в год, гемоглобин/гематокрит, ОАМ – не реже 1 раза в год, анализ крови биохимический с определением содержания натрия, калия, креатинина (с расчетом СКФ) при взятии под ДН далее по показаниям, уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды: при взятии под ДН и в начале гиполлипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1–2 года и по показаниям, лабораторный контроль за терапией непрямыми антикоагулянтами до 12 раз в год (по показаниям), определение концентрации предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) или мозгового натрийуретического пептида (МНП или BNP) при взятии под ДН, далее по показаниям, ЭКГ не менее 2 раз в год, ЭхоКГ ежегодно, рентгенография органов грудной клетки при взятии под ДН далее по показаниям, суточный мониторинг ЭКГ при взятии под ДН далее по показаниям. Ежегодная вакцинация против гриппа.

Задача № 10

Диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз. ХСН II А стадии. ФК III. Осложнение перенесенного инфаркта миокарда: хроническая аневризма левого желудочка.

Медикаментозное лечение должно проводиться с использованием ингибиторов АПФ, β -адреноблокаторов, диуретиков (тиазидовые или тиазидоподобные в сочетании с антагонистами альдостерона). Показана консультация кардиохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении (АКШ, аневризмэктомия).

Прогноз для жизни при соблюдении рекомендаций врача относительно благоприятный, для трудовой деятельности – неблагоприятный.

Является инвалидом II группы (без права работы).

Санаторно-курортное лечение с выездом в другие регионы противопоказано, возможно лечение только в местных санаториях кардиологического профиля или больнице восстановительного лечения.

Диспансерное наблюдение в течение первого года после острого инфаркта миокарда проводит кардиолог поликлиники 4 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, ЭКГ, липидного профиля, показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПТИ, фибриноген), суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии. В дальнейшем больной должен наблюдаться у участкового терапевта 2 раза в год с периодическими консультациями кардиолога (по показаниям).

Задача № 11

Диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Сочетанный митральный порок сердца. Состояние после комиссуротомии. ХСН II А стадии. ФК II. Страдает данным заболеванием более 20 лет. Состояние относительно стабильное. Оставить III группу инвалидности

Диспансерное наблюдение проводит ревматолог поликлиники 2 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, ЭКГ, липидного профиля, ОСЛ, СРБ, показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПТИ, фибриноген), эхокардиографии. Осмотр кардиолога, терапевта 1 раз в год, кардиохирурга по показаниям

Задача № 12

Диагноз: Хронический левосторонний пиелонефрит, обострение. АГ 2 степени. Риск 3 (высокий).

План дополнительного обследования: анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на микрофлору и определение ее чувствительности к антибиотикам, УЗИ почек. Консультация уролога, кардиолога.

Лечение: диета с ограничением острых, пряных, жареных, копченых продуктов, приправ; ограничение поваренной соли. Антибактериальная терапия (ципрофлоксацин или левофлоксацин), уросептики, гипотензивные препараты (предпочтительно выбрать ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента или блокаторы рецепторов к ангиотензину II).

Диспансерное наблюдение проводит терапевт поликлиники 2 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, мочи по Нечипоренко, Зимницкому, посева мочи, УЗИ почек, ЭКГ, липидного профиля, креатинина, мочевины, осмотра нефролога, окулиста с осмотром глазного дна, кардиолога и невролога по показаниям.

Задача № 13

Диагноз: Ревматоидный артрит, серонегативный, развёрнутая стадия (больна 6 лет). В настоящее время имеется увеличение активности процесса, что подтверждается сильными болями, припухлостью и ограничением движений в нескольких суставах, утренней скованностью, повышением температуры тела. Либо больная прервала лечение, либо назначенная ей схема не эффективна. Больную следует госпитализировать в ревматологическое отделение для проведения более эффективного лечения (возможно генно-инженерными биологическими препаратами) и подбора комбинации препаратов для амбулаторного применения.

Диспансерное наблюдение проводит ревматолог поликлиники 2 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, ЭКГ, СРБ, ОБ, РФ, ФГ, рентгенографии суставов. Осмотр терапевта, хирурга 1 раз в год, психотерапевта по показаниям.

Задача № 14

Группа здоровья II. У пациента низкий суммарный сердечно-сосудистый риск, но выявлено курение в течение длительного времени, которое является фактором риска развития ХОБЛ и требует индивидуального профилактического консультирования в кабинете (отделении) профилактики.

Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза, поскольку у пациента имеются клинические симптомы (кашель с мокротой) и факторы риска развития ХОБЛ (курение). В рамках 2-го этапа диспансеризации пациенту показано проведение спирометрии.

Спирометрические признаки бронхиальной обструкции: снижение ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ $\leq 0,7$.

Больному показано обследование за рамками диспансеризации для уточнения диагноза ХОБЛ: клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, тест с 6-минутной ходьбой, рентгенография органов грудной клетки, пульсоксиметрия.

При подтверждении диагноза ХОБЛ для оценки выраженности симптомов необходимо провести тестирование по одному из опросников (mMRC, CAT, CCQ) и определить риск обострений.

Пациенту необходимо рекомендовать отказ от курения, т.к. курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Кроме того, необходимо проведение вакцинации против гриппа и профилактика ОРВИ, т.к. вирусные инфекции провоцируют обострение ХОБЛ.

Методы профилактики ОРВИ – закаливание, рациональное питание, достаточный сон, соблюдение гигиены; возможно рассмотреть (убедительные доказательства эффективности отсутствуют) использование витаминотерапии, приём иммуномодуляторов (Интерфероны, Циклоферон), использование противовирусных средств для постконтактной профилактики (в случае контакта с больными гриппом).

Никотинзамещающие препараты: никотиновая жевательная резинка, ингалятор, назальный спрей, накожный аппликатор, подъязычные таблетки или пастилки.

Препараты, снижающие никотиновую зависимость: Варениклин, Бупропион.

Психотерапевтические методы: рациональная психотерапия, аутотренинг, гипноз.

Критерии оценивания для дифференцированного зачета

Оценка	Определение оценки		
отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы, в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность. Ответ изложен терминологически правильно	5	
хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы, в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность. Ответ изложен терминологически правильно. Допущены некоторые недочеты в определении понятий, исправлены самим студентом в процессе ответа.	4	
удовлетворительно	Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в научных терминах. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно.	3	
неудовлетворительно	Присутствует фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, с другими дисциплинами. Речь неграмотная. Отсутствует систематичность изложения. Дополнительные уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	2	

Таблица соответствия образовательных результатов оценочным средствам

Уметь	Практический опыт	Формы контроля
Организовывать диспансеризацию населения и участвовать в ее проведении.	Организации и проведения диспансеризации населения и участвовать в ее проведении.	- ситуационные задачи (№1-5)
Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке.	Проведения санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке.	- ситуационные задачи (№6-10)
Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения	Организации и проведения санитарно-гигиеническое просвещение населения	- ситуационные задачи (№11-14)
Проводить диагностику групп здоровья.	Проведение диагностики групп здоровья.	- ситуационные задачи (№15-18)
Проводить иммунопрофилактику	Организации и проведения иммунопрофилактики	- ситуационные задачи (№19-21)
Проводить мероприятия по сохранению и укреплению	Проведение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп	- ситуационные задачи

здоровья различных возрастных групп		(№22-25)
Организовывать здоровьесберегающую среду.	Организация здоровьесберегающей среды.	- ситуационные задачи (№ 1-18)
Организовывать и проводить работу школ здоровья для пациентов и их окружения	Организации и проведения работы школ здоровья для пациентов и их окружения	- ситуационные задачи (№25-30)

29.3. ПП.04.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ)

Промежуточная аттестация

1. Промежуточная аттестация проводится в форме дифференцированного зачета.
 2. Форма проведения – комбинированная.
- Проводится собеседование по дневнику и решает одну ситуационную задачу по выбранному билету.

Примеры ситуационных задач:

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Пациент З., 57 лет. Старший инженер отдела снабжения. Работа со значительным нервным напряжением и разездами по городу в общественном транспорте.

Жалобы на онемение в левой ноге и руке, головную боль, головокружение, снижение памяти.

Анамнез: с 45 лет диагностирована гипертоническая болезнь. Вынужден был оставить работу начальника отдела снабжения и перейти на должность инженера без установления группы инвалидности. Через 10 лет после выявления артериальной гипертензии перенес острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии, после чего остался левосторонний гемипарез. Через 1 год развилось повторное нарушение мозгового кровообращения, после чего установлена инвалидность II группы. В 2012 г. была операция по поводу гнойного тендовагинита правой кисти с последующей контрактурой в области II и III пальцев.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 82 в 1 мин., ритмичный. АД 185/100 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

ЭКГ: синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево.

RV5,6 > 25 мм, STV5,6 ниже изолинии, T (-) V5,6.

Холестерин 5,2 ммоль/л. Сахар крови 5,5 ммоль/л.

Консультация невропатолога: остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Трудовая направленность пациента - работать в производственных условиях не может.

диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения и лечения.

Задача № 2

Пациентка Д., 51 года. Основная профессия - экономист. Работает директором магазина хозторга. Работа со значительным нервным напряжением.

Жалобы на головную боль, колющие боли в области сердца, общую слабость, повышенную возбудимость.

Анамнез: с 37 лет выявлена артериальная гипертензия, лечилась амбулаторно. 4 месяца находится на больничном листе в связи с повторными гипертоническими кризами. За этот срок 2 раза лежала в больнице, однако после выписки остается повышенное АД.

Объективно: рост 153 см, вес 92 кг. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 в 1 мин., ритмичный. АД 180/115 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой.

Живот мягкий, печень не пальпируется.

Общий анализ крови и мочи в норме.

УЗИ почек: Эхоструктура и размеры почек не изменены, без деформации чашечно-лоханочной системы.

Экскреторная урография: нефрографический эффект синхронный. Чашечно-лоханочная система не изменена. При аортографии сужения почечных артерий нет.

Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки.

ЭКГ: синусовая тахикардия. Отклонение электрической оси сердца влево. RI > SIII, SIII > RIII, RV5-6 > 25 мм.

Направлена на МСЭК в связи с длительным сроком временной нетрудоспособности. Желает продолжать работать.

диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения.

Задача № 3

Пациент Б., 49 лет, токарь. Вытачивает на станке мелкие детали весом 200 - 250 г. Работа с постоянным умеренным физическим напряжением и постоянным напряжением зрения. До работы 30 мин. езды в троллейбусе.

Жалобы на головную боль, неустойчивость при ходьбе, нарушение речи. С 40 лет диагностирована гипертоническая болезнь, ранее АД не измерял.

Регулярно не лечился. В 48 лет перенес повторное острое нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом, после чего установлена инвалидность II группы.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 180/110 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется. Общий анализ крови и мочи в норме.

ЭКГ: синусовая тахикардия, электрическая ось сердца отклонена влево. RI > SIII, SIII > RIII, RV5-6 > 25 мм.

Консультация невропатолога: Последствия ОНМК. Правосторонний гемипарез. Дизартрия.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Желает продолжать работу по специальности.

диагноз. трудоспособность. ПЛАН диспансерного наблюдения.

Задача № 4

Студент, 21 года, обследуется в поликлинике в связи с впервые выявленным повышением артериального давления до пограничных цифр.

Обратился к участковому терапевту с жалобами на головные боли, усиливающиеся после переутомления и эмоционального перенапряжения (например, в период сессии), быструю утомляемость, потливость, плохой сон.

Болен около 2 лет, головные боли участились в последние полгода, появилась раздражительность, неустойчивость настроения, с трудом засыпает. В семье обстановка неблагоприятная (отец злоупотребляет алкоголем). Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ОРВИ. Вредные привычки: курит с 14 лет. Наследственность: родители здоровы.

При осмотре: пониженного питания, тремор пальцев рук, ладони влажные, легкий акроцианоз, стойкий белый дермографизм. Органы дыхательной системы без патологических изменений. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, определяется дыхательная аритмия. АД при первичном осмотре

150/90 мм. рт. ст., при повторном измерении - 120/80 мм. рт. ст., ЧСС 90 - 80 уд. в 1 мин. Органы брюшной полости без отклонений от нормы. В результате обследования, проведенного в поликлинике (общие анализы крови и мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки) патологических изменений не выявлено.

диагноз. дополнительное обследование

диспансерное наблюдение. лечение.

Задача №5

Пациентка 32 лет, ткачиха. В течение последних двух месяцев в результате контакта с хлопковой пылью на производстве страдает приступами удушья экспираторного характера 3-4 раза в неделю, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В течение последней недели приступы стали беспокоить ежедневно, иногда ночью.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,8, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 14%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эозинофилы - 5-7 в поле зрения, спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.

Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.

Рентгенограмма грудной клетки вне приступа - в пределах нормы.

ФВД после купирования приступа удушья - в пределах нормы.

ЭКГ вне приступа - в пределах нормы.

ДИАГНОЗ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. Диспансеризация. ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

Задача №6

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

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

ДИАГНОЗ. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА. Провести диспансерное наблюдение. ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Задача № 7

Пациент Б., 56 лет. Мастер по обслуживанию центральных тепловых пунктов. Работа с умеренным физическим напряжением.

Жалобы на приступообразные давящие боли за грудиной при выходе на улицу, снимающиеся нитроглицерином; на одышку при подъеме в гору.

Анамнез: с 40 лет выявлена артериальная гипертензия. Регулярно не лечился. 2 года назад перенес инфаркт миокарда, после чего установлена инвалидность II группы.

Данные обследования: В легких везикулярное дыхание. Пульс 80 в 1 мин., ритмичный. АД 200/100 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень выступает на 1 см. из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови и мочи - в норме.

ЭКГ: Синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево. QS в V1-5, ST на изолинии, T (-) в V1-5 неглубокий.

Холестерин крови 4,6 ммоль/л. Сахар крови 4,8 ммоль/л.

Лечение коронароактивными препаратами без эффекта. От консультации кардиохирурга отказывается.

Направлен на переосвидетельствование на МСЭК.

диагноз. трудоспособность больного. план диспансерного наблюдения.

Задача № 8

Пациент Д., 45 лет, обратился в поликлинику с жалобами на головные боли в височной области, больше к вечеру после работы в течение последних 3 месяцев. Одышка только при значительной физической нагрузке.

2 года назад перенес острый инфаркт миокарда без зубца Q. Давящие боли за грудиной беспокоят только при выполнении тяжелой физической работы в саду. АД не контролирует, хотя несколько раз у врача было зафиксировано повышение до 150/90 мм рт. ст. Ежедневно принимает аторвастатин 10 мг и аспирин 125 мг.

Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в 1 минуту, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный.

диагноз. лечение. контроль эффективности терапии. план диспансерного наблюдения.

Задача № 9

Пациентка К., 61 года, пенсионерка, предъявляет жалобы на повышение АД до 170/95 мм. рт. ст., жгучие боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку при подъеме на один этаж, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при незначительной нагрузке, дискомфорт в правом подреберье.

Из анамнеза: страдает артериальной гипертензией в течение 7 лет. 2 года назад перенесла ОИМ (Q-позитивный).

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, в нижних отделах симметрично выслушиваются мелкопузырчатые хрипы.

Перкуторно левая граница сердца определяется на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, выслушивается систолический шум на верхушке. Частота сердечных сокращений 95 ударов в 1 минуту, пульс - 92, АД - 175/95 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Голени пастозны.

Стул, мочеиспускание в норме.

ОХС крови - 7,0 ммоль/л, сахар крови - 4,2 ммоль/л, МАУ - 120 мг/сутки.

ЭКГ Гипертрофия левого желудочка, очагово-рубцовые изменения по задней стенке левого желудочка, желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии.

ЭХО-КГ изменена структура стенок аорты и створок аортального клапана, умеренная гипертрофия стенок левого желудочка, нарушена локальная (гипокинез задней стенки в срединном и апикальном сегментах) и снижена глобальная (ФВ 47%) сократимость миокарда, незначительная митральная недостаточность.

диагноз. трудоспособность. провести диспансерное наблюдение

Задача № 10

Мужчина 58 лет. Жалобы на жгучие боли в области верхней трети грудины при спокойной ходьбе через 50-70 метров, одышку при незначительных физических нагрузках, приступы немотивированной слабости при ходьбе и в покое. Появление одышки сопровождается сердцебиением до 110 уд. в 1 мин.; в покое ЧСС около 80 в 1 мин. Иногда при ходьбе отмечает тяжесть в правом подреберье. В анамнезе: ОИМ 6 месяцев назад. При осмотре: бледность, цианоз губ, языка, кистей рук. Над легкими притупление перкуторного звука в межлопаточных областях, над нижними отделами - тимпанит и там же - жесткое дыхание, единичные сухие хрипы высокого тембра. Сердечно-сосудистая система: пульсация в 5, 4 и 3 межреберьях слева, левая граница на 3 см кнаружи от срединно-ключичной линии. I тон на верхушке резко ослаблен, акцент II тона над легочной артерией, над аортой высокого тембра короткий систолический шум. Пульс - 88 уд. в 1 мин. АД 140/80 мм. рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет.

Диагноз. Врачебно-трудова экспертиза. лечение, тактика ведения. трудовой, жизненный прогноз, план диспансерного наблюдения.

Задача № 11

Пациент И. 46 лет. Основная профессия - инженер-электрик. В настоящее время работает директором кинотеатра. Жалобы на одышку при быстрой ходьбе. С 25 лет диагностирован ревматический порок сердца. В анамнезе - комиссуротомия, после которой был инвалидом III группы. Объективно: температура 36,4°C. В легких дыхание везикулярное. Над верхушкой сердца амплитуда I тона снижена, систолический шум. Над легочной артерией акцент II тона. Пульс - 72 удара в 1 мин. ритмичный. АД 120/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень пальпируется на 1 см ниже уровня реберной дуги.

ЭКГ: Ритм синусовый. Вертикальная позиция сердца. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка.

СРБ-отрицательный.

Диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения

Задача №12

Пациентка 32 лет. Жалуются на боли в пояснице, больше слева, усиливающиеся при движении, повышение температуры тела до 37,8°C, слабость, головные боли, плохой сон, снижение работоспособности.

2 года назад во время беременности наблюдалось повышение АД до 170/110 мм. рт. ст., отеки голеней; в моче - протеинурия, лейкоцитурия. Лечилась стационарно.

Последнее ухудшение отмечает в течение двух недель, связывает с переохлаждением.

Объективно: кожный покров бледный, отмечается пастозность лица. Система органов дыхания без особенностей. Граница относительной сердечной тупости слева в V межреберье по срединно-ключичной линии, тоны сердца ритмичные, АД 160/100 мм. рт. ст. Пульс 84 удара в 1 минуту. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в левом подреберье. Симптом Пастернацкого слева положительный. Дизурических расстройств не отмечает. Периферических отеков нет.

Анализ крови: эритроциты - $4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 68%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 28 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,066 г/л, лейкоциты - большое количество, эритроциты - 0-1 в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры. Биохимический анализ крови: мочевина - 3,4 ммоль/л, креатинин - 97 мкмоль/л, глюкоза - 5,0 ммоль/л.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 84 в 1 минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Окулист: сужение артерий сетчатки. Гинеколог: здорова.

ДИАГНОЗ. ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. план диспансерного наблюдения

Задача № 13

Пациентка 36 лет, инвалид II группы. Жалуются на сильные боли, припухлость и ограничение движений в мелких суставах рук, голеностопных и коленных суставах, отмечает утреннюю скованность движений, повышение температуры тела по вечерам до 38,0°C. Больна 6 лет. РФ в сыворотке крови отрицателен.

ДИАГНОЗ. ТАКТИКА. план диспансерного наблюдения

Задача №14

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе - частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика - 21 пачка/лет).

При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ - 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 70 уд. в мин., АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет.

В анализах: общий холестерин - 4,8 ммоль/л, глюкоза крови 5,2 ммоль/л. ЭКГ - норма.

Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.

Нуждается ли пациент в направлении на второй этап Диспансеризации?

Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции легких по обструктивному типу.

Составьте план индивидуального профилактического консультирования.

Предложите пациенту способы отказа от курения.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Диагноз: Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий). Хроническая дисциркуляторная энцефалопатия II степени (атеросклеротическая). Остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом. Контрактура II и III пальцев правой кисти с нарушением функции.

В связи с неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом, пациент нетрудоспособен в условиях производства. Следует установить инвалидность II группы (ограничение степени трудовой деятельности - 2).

Участковый врач должен был ещё до перенесенных инсультов направить больного на МСЭ, т. К. перевод на должность инженера отдела снабжения означает, что больной не может работать в основной профессии, но может выполнять работу более низкой квалификации и требует перевода на III группу инвалидности.

Диспансерное наблюдение у врача - терапевта участкового с периодичностью осмотров 2 раза в год (пожизненно), по показаниям - осмотр невролога, окулиста.

Обследования: глюкоза плазмы натощак, общий холестерин, анализ мочи на микроальбуминурию, калий и натрий, креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) - не реже 1 раза в год, гемоглобин и/или гематокрит, ЛПВП, ЛПНП, ТАГ - при взятии под Д-наблюдение, далее - по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года, дуплексное сканирование сонных артерий - не реже 1 раза в 2 года, мочевая кислота сыворотки - при взятии под диспансерное наблюдение

(ДН), далее по показаниям, ЭКГ – 2 раза в год, ЭхоКГ – не реже 1 раза в год.

Задача № 2

Диагноз: ГБ II стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий), с частыми кризами. Ожирение III степени.

Следует установить III группу инвалидности. Противопоказана работа со значительным нервным напряжением. Может работать товароведом в магазине.

Диспансерное наблюдение у участкового терапевта с периодичностью осмотров 2 раза в год; по медицинским показаниям у кардиолога.

Обследование: ОАК, общий холестерин, глюкоза плазмы крови, ЭКГ, ЭхоКГ – не реже 1 раза в год, анализ мочи на микроальбуминурию, ЛПВП, ЛПНП, ТАГ, натрий, калий, креатинин сыворотки, дуплексное сканирование сонных артерий – не реже 1 раза в 2 года, мочевую кислоту сыворотки – при взятии под ДН, далее по показаниям.

Задача № 3

Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий). Остаточные явления повторных нарушений мозгового кровообращения (годы). Правосторонний гемипарез. Дизартрия.

Не может выполнять работу токаря на заводе. Клинический и трудовой прогноз – сомнительный (остаются нарушения движений в правой руке и ноге, нарушение речи).

Следует оставить II группу инвалидности.

Диспансерное наблюдение включает в себя наблюдение у участкового терапевта 2 раза в год. Консультация окулиста (осмотр глазного дна) – при взятии под Д-наблюдение, далее по показаниям. Обследование: ОАМ, микроальбуминурия, глюкоза плазмы натощак, общий холестерин, натрий, калий, креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) – не реже 1 раз в год, гемоглобин и/или гематокрит, ЛПВП, ЛПНП, ТАГ, дуплексное сканирование сонных артерий – при взятии под Д-наблюдение, далее – по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года, мочевая кислота сыворотки – при взятии на диспансерное наблюдение, далее по показаниям, ЭКГ – 2 раза в год, ЭхоКГ – не реже 1 раза в год.

Задача № 4

Диагноз: Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу.

Нуждается в наблюдении у участкового терапевта 1 раз в год, с консультацией невролога, психотерапевта, ЭКГ 1 раз в 3 года, липидный спектр, ОАК, ОАМ 1 раз в год.

Рекомендовать больному бросить курить, вести здоровый образ жизни, назначить седативные препараты (валериана, пустырник).

Задача № 5

Диагноз: Бронхиальная астма атопическая (аллергия к производственной пыли хлопка), легкая персистирующая, неконтролируемая. Обострение средней тяжести.

Дифференциальный диагноз с обструктивным синдромом неаллергической природы («синдромная астма»), с ХОБЛ, с сердечной астмой, с истероидным нарушением дыхания, с механической закупоркой верхних дыхательных путей.

Тактика лечения: купирование приступа удушья – ингаляция β₂-агонистов короткого действия; в дальнейшем – исключить контакт с хлопковой пылью на производстве, при приступах применять ингаляции β₂-агонистов короткого действия, для базисной терапии назначить ингаляционные ГКС.

Трудовые рекомендации: исключить контакт с хлопковой пылью на производстве.

Диспансерное наблюдение у терапевта 2 раза в год, осмотр пульмонолога, хирурга 1 раз в год, аллерголога по показаниям. Обследование: ОАК, ОАМ, ФГ, анализ мокроты 2 раза в год, ФВД 1 раз в год.

Задача № 6

Диагноз: Бронхиальная астма атопическая (аллергия к клубнике, антибиотикам пенициллинового ряда), персистирующая, средней тяжести, неконтролируемая, обострение средней тяжести. Эмфизема легких. ДН II.

Обоснование диагноза: а) данные анамнеза: ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты; связь возникновения приступов с периодом цветения; наследственная предрасположенность (приступы удушья у ближайших родственников, наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты); б) объективные данные: при осмотре: вынужденное положение, занимаемое для облегчения дыхания, цианотичный оттенок кожи, бочкообразная форма грудной клетки, сглаженность над- и подключичных ямок, расширение межреберных промежутков, набухание шейных вен, ЧД 26 в 1 минуту; при перкуссии легких – коробочный звук, опущение нижней границы легких, снижение экскурсии легких; при аускультации – сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, удлинение выдоха.

План дополнительного обследования включает: общий анализ крови (на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов), определение уровня IgE, микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана); рентгенография органов грудной клетки (при эмфиземе определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы); оценка ФВД с проведением фармакологических проб, ЭКГ, консультация аллерголога.

Лечение: Режим полупостельный. Диета гипоаллергенная. Симпатомиметики короткого и пролонгированного действия: (сальбутамол, фенотерол или тербуталин). Комбинированные препараты: беродуал, ипрамол стери-неб. Контролирующие препараты: ингаляционные глюкокортикостероиды (беклометазон дипропионат, будесонид, флутиказон пропионат или флунизолит). Дыхательная гимнастика. Массаж. Санаторно-курортное лечение в ремиссию.

Профилактика обострений: устранить действие аллергенов (по возможности). В период цветения трав следует занавешивать форточки на окнах мокрой марлей, ежедневно делать влажную уборку комнат, убрать ковры; проводить пикфлоуметрию с целью мониторинга бронхиальной проходимости. При ухудшении показателей пиковой скорости выдоха следует корректировать лечение. Диспансерное наблюдение по группе III Б, обучение пациентки в астма-школе; проведение специфической гипосенсибилизации.

Пациентка временно нетрудоспособна. Диспансерное наблюдение у пульмонолога 4 раза в год, осмотр терапевта, хирурга 2 раза в год, аллерголога по показаниям. Обследование: ОАК, ОАМ, анализ мокроты 4 раза в год, ЭКГ, ФГ, ФВД 1 раз в год.

Задача № 7

Диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II. Постинфарктный кардиосклероз в области передне-боковой стенки левого желудочка (год назад). СН IIА. ФК I. Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 3. Риск 4 (очень высокий).

В связи с постоянно высокими цифрами АД и преимущественным поражением сердца, в сочетании с ИБС, больной не может работать в производственных условиях и является инвалидом II группы (ОСТД – 2).

Диспансерное наблюдение: осмотр терапевта не менее 2 раз в год; по показаниям – консультация окулиста. Гемоглобин/гематокрит, ОАМ, микроальбуминурия, ЭКГ (не реже 1 раза в год), Эхо-КГ – 1 раз в год в первые 2 года после ИМ (далее по показаниям), холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, К, Na, креатинин (с расчетом СКФ) – не реже 1 раза в год, АЛТ, АСТ, КФК (1 раз в год при приеме статинов), мочевая кислота (при взятии под Д-наблюдение, далее по показаниям), глюкоза крови натощак (не реже 1 раза в год и по показаниям), ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления атеросклеротических бляшек (при взятии под Д-наблюдение, далее по показаниям), нагрузочные тесты (ВЭМ, тредмил-тест, стресс-ЭхоКГ) при взятии под диспансерное наблюдение или при увеличении ФК стенокардии. Ежегодная вакцинация против гриппа.

Задача № 8

Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения ФК I. ПИКС (ОИМ без зубца Q – указать год, соответствующий сроку 2 года назад). Гипертоническая болезнь

II стадии. Артериальная гипертензия I степени. Очень высокий риск. ХСН I стадии. ФК I.

Лечение: β -адреноблокаторы являются оптимальными препаратами для лечения артериальной гипертензии и ИБС. В основе гипотензивного эффекта препаратов данной группы лежит блокада β 1-адренорецепторов в сердце, что приводит к снижению сердечного выброса и ЧСС. Блокаде пресинаптических β -адренорецепторов, способствующих выделению норадреналина из симпатических нервных окончаний, угнетению секреции ренина, образования ангиотензина II и альдостерона, снижению вазомоторной активности центральной нервной системы и перестройки барорецепторных механизмов дуги аорты и каротидного синуса.

Данному больному необходимо назначить селективный, пролонгированный β 1 – блокатор, например, бисопролол.

Прием статинов и аспирина необходимо продолжить.

Контроль: ЧСС не менее 50-60 уд/мин. Холестерин должен быть менее 4,5 ммоль/л, ЛПНП – менее 2,5 ммоль/л, ТГ – менее 1,7 ммоль/л, ЛПВП – более 1 ммоль/л, АСТ, АЛТ, КФК не должны превышать верхнюю границу нормы в 3 раза.

Диспансерное наблюдение: осмотр терапевта не менее 2 раз в год; по показаниям – консультация окулиста. Гемоглобин/гематокрит, ОАМ, микроальбуминурия, ЭКГ (не реже 1 раза в год), Эхо-КГ – 1 раз в год в первые 2 года после ИМ (далее по показаниям), холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, К, Na, креатинин (с расчетом СКФ) – не реже 1 раза в год, АЛТ, АСТ, КФК (1 раз в год при приеме статинов), мочевая кислота (при взятии по Д-наблюдению, далее по показаниям), глюкоза крови натощак (не реже 1 раза в год и по показаниям), ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления атеросклеротических бляшек (при взятии под Д-наблюдением, далее по показаниям), нагрузочные тесты (ВЭМ, тредмил-тест, стресс-ЭхоКГ) при взятии под диспансерное наблюдение или при увеличении ФК стенокардии. Ежегодная вакцинация против гриппа.

Задача № 9

Диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. ПИКС (указать 2 года назад). Желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 2 степени. Очень высокий риск. ХСН II Б стадии. ФК III.

Больной необходимо установить II группу инвалидности.

Диспансерное наблюдение: осмотр кардиолога 4 раза в год; терапевта 2 раза в год, невролога, окулиста 1 раз в год (глазное дно).

Измерение АД при каждом посещении, измерение массы тела при каждом посещении, тест с 6-минутной ходьбой 2 раза в год, гемоглобин/гематокрит, ОАМ – не реже 1 раза в год, анализ крови биохимический с определением содержания натрия, калия, креатинина (с расчетом СКФ) при взятии под ДН далее по показаниям, уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды: при взятии под ДН и в начале гиполипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям, лабораторный контроль за терапией непрямыми антикоагулянтами до 12 раз в год (по показаниям), определение концентрации предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) или мозгового натрийуретического пептида (МНП или BNP) при взятии под ДН, далее по показаниям, ЭКГ не менее 2 раз в год, ЭхоКГ ежегодно, рентгенография органов грудной клетки при взятии под ДН далее по показаниям, суточный мониторинг ЭКГ при взятии под ДН далее по показаниям. Ежегодная вакцинация против гриппа.

Задача № 10

Диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз. ХСН IIА стадии. ФК III. Осложнение перенесенного инфаркта миокарда: хроническая аневризма левого желудочка.

Медикаментозное лечение должно проводиться с использованием ингибиторов АПФ, β -адреноблокаторов, диуретиков (тиазидовые или тиазидоподобные в сочетании с антагонистами альдостерона). Показана консультация кардиохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении (АКШ, аневризмэктомия).

Прогноз для жизни при соблюдении рекомендаций врача относительно благоприятный, для трудовой деятельности – неблагоприятный.

Является инвалидом II группы (без права работы).

Санаторно-курортное лечение с выездом в другие регионы противопоказано, возможно лечение только в местных санаториях кардиологического профиля или больнице восстановительного лечения.

Диспансерное наблюдение в течение первого года после острого инфаркта миокарда проводит кардиолог поликлиники 4 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, ЭКГ, липидного профиля, показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПТИ, фибриноген), суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии. В дальнейшем больной должен наблюдаться у участкового терапевта 2 раза в год с периодическими консультациями кардиолога (по показаниям).

Задача № 11

Диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Сочетанный митральный порок сердца. Состояние после комиссуротомии. ХСН IIА стадии. ФК II. Страдает данным заболеванием более 20 лет. Состояние относительно стабильное. Оставить III группу инвалидности

Диспансерное наблюдение проводит ревматолог поликлиники 2 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, ЭКГ, липидного профиля, ОСЛ, СРБ, показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПТИ, фибриноген), эхокардиографии. Осмотр кардиолога, терапевта 1 раз в год, кардиохирурга по показаниям

Задача №12

Диагноз: Хронический левосторонний пиелонефрит, обострение. АГ 2 степени. Риск 3 (высокий).

План дополнительного обследования: анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на микрофлору и определение ее чувствительности к антибиотикам, УЗИ почек. Консультация уролога, кардиолога.

Лечение: диета с ограничением острых, пряных, жареных, копченых продуктов, приправ; ограничение поваренной соли. Антибактериальная терапия (ципрофлоксацин или левофлоксацин), уросептики, гипотензивные препараты (предпочтительно выбрать ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента или блокаторы рецепторов к ангиотензину II).

Диспансерное наблюдение проводит терапевт поликлиники 2 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, мочи по Нечипоренко, Зимницкому, посева мочи, УЗИ почек, ЭКГ, липидного профиля, креатинина, мочевины, осмотра нефролога, окулиста с осмотром глазного дна, кардиолога и невролога по показаниям.

Задача № 13

Диагноз: Ревматоидный артрит, серонегативный, развёрнутая стадия (больна 6 лет). В настоящее время имеется увеличение активности процесса, что подтверждается сильными болями, припухлостью и ограничением движений в нескольких суставах, утренней скованностью, повышением температуры тела. Либо больная прервала лечение, либо назначенная ей схема не эффективна. Больную следует госпитализировать в ревматологическое отделение для проведения более эффективного лечения (возможно генно-инженерными биологическими препаратами) и подбора комбинации препаратов для амбулаторного применения.

Диспансерное наблюдение проводит ревматолог поликлиники 2 раза в год, с контролем ОАК, ОАМ, ЭКГ, СРБ, ОБ, РФ, ФГ, рентгенографии суставов. Осмотр терапевта, хирурга 1 раз в год, психотерапевта по показаниям.

Задача №14

Группа здоровья II. У пациента низкий суммарный сердечно-сосудистый риск, но выявлено курение в течение длительного времени, которое является фактором риска развития ХОБЛ и требует индивидуального профилактического консультирования в кабинете (отделении) профилактики.

Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза, поскольку у пациента имеются клинические симптомы (кашель с мокротой) и факторы риска развития ХОБЛ (курение). В рамках 2-го этапа диспансеризации пациенту показано проведение спирометрии.

Спирометрические признаки бронхиальной обструкции: снижение ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ $\leq 0,7$.

Больному показано обследование за рамками диспансеризации для уточнения диагноза ХОБЛ: клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, тест с 6-минутной ходьбой, рентгенография органов грудной клетки, пульсоксиметрия.

При подтверждении диагноза ХОБЛ для оценки выраженности симптомов необходимо провести тестирование по одному из опросников (mMRC, CAT, CCQ) и определить риск обострений.

Пациенту необходимо рекомендовать отказ от курения, т.к. курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Кроме того, необходимо проведение вакцинации против гриппа и профилактика ОРВИ, т.к. вирусные инфекции провоцируют обострение ХОБЛ.

Методы профилактики ОРВИ – закаливание, рациональное питание, достаточный сон, соблюдение гигиены; возможно рассмотреть (убедительные доказательства эффективности отсутствуют) использование витаминотерапии, приём иммуномодуляторов (Интерфероны, Циклоферон), использование противовирусных средств для постконтактной профилактики (в случае контакта с больными гриппом).

Никотинзамещающие препараты: никотиновая жевательная резинка, ингалятор, назальный спрей, накожный аппликатор, подъязычные таблетки или пастилки.

Препараты, снижающие никотиновую зависимость: Варениклин, Бупропион.

Психотерапевтические методы: рациональная психотерапия, аутотренинг, гипноз.

Критерии оценивания для дифференцированного зачета

Оценка	Определение оценки	
отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы, в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность. Ответ изложен терминологически правильно.	5
хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы, в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность. Ответ изложен терминологически правильно. Допущены некоторые недочеты в определении понятий, исправлены самим студентом в процессе ответа.	4
удовлетворительно	Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в научных терминах. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно.	3
неудовлетворительно	Присутствует фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, с другими дисциплинами. Речь неграмотная. Отсутствует систематичность изложения. Дополнительные уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	2

Таблица соответствия образовательных результатов оценочным средствам

Уметь	Практический опыт	Формы контроля
Организовывать диспансеризацию населения и участвовать в ее проведении.	Организации и проведения диспансеризации населения и участвовать в ее проведении.	- ситуационные задачи (№1-5)
Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке.	Проведения санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке.	- ситуационные задачи (№6-10)
Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения	Организации и проведения санитарно-гигиеническое просвещение населения	- ситуационные задачи (№11-14)
Проводить диагностику групп здоровья.	Проведение диагностики групп здоровья.	- ситуационные задачи (№15-18)
Проводить иммунопрофилактику	Организации и проведения иммунопрофилактики	- ситуационные задачи (№19-21)

Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп

Проведение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп

- ситуационные задачи (№22-25)

Организовывать здоровьесберегающую среду. Организовывать и проводить работу школ здоровья для пациентов и их окружения

Организация здоровьесберегающей среды.

Организации и проведения работы школ здоровья для пациентов и их окружения

- ситуационные задачи (№ 1-18)

- ситуационные задачи (№25-30)

30. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПМ 05. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
30.1. МДК.05.01 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля

1 МОДУЛЬ. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Форма текущего контроля успеваемости:

Входной контроль по тестовым заданиям

Устный опрос

Решение ситуационной задачи

Темы 1 модуля:

Основы социальной реабилитации. Виды, формы, методы реабилитации.

Принципы экспертизы временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.

Группы инвалидности и основы освидетельствования стойкой утраты нетрудоспособности в медико-социальной экспертизе.

Осуществление паллиативной помощи пациентам.

Медико-социальная реабилитация инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий, лиц с профессиональными заболеваниями, лиц из группы социального риска. Особенности организации социальной помощи пожилым, престарелым людям и инвалидам.

Санаторно-курортное лечение. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.

ТЕМА 1: Основы социальной реабилитации. Виды, формы, методы реабилитации.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

I. Теоретико-методологические аспекты социально-реабилитационной деятельности

1. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма:

- а) реформация;
- б) реабилитация;
- в) транслокация;
- г) трансплантация.

2. К средствам социальной реабилитации, которыми располагает современное общество, относят следующие системы:

- а) здравоохранения;
- б) образования, профессиональной подготовки и переподготовки;
- в) организации и учреждения психологической поддержки, помощи и коррекции, общественные и негосударственные организации, работающие в сфере решения специфических социальных и личностных проблем (трудоустройство инвалидов или несовершеннолетних, помощь жертвам сексуального или семейного насилия и т. п.);
- г) все вышеперечисленное.

3. Основные принципы реабилитации:

- а) комплексность;
- б) индивидуальный подход;
- в) раннее начало;
- г) все вышеперечисленное.

4. Болезнь – это:

- а) отсутствие настроения;
- б) нарушение нормальной жизнедеятельности организма, которое обуславливается функциональными и морфологическими изменениями;
- в) проблемы в процессе самообслуживания;
- г) нарушения возможности участвовать в производственном процессе.

5. Причиной развития социальной недостаточности может быть:

- а) неблагоприятные условия внешней среды;
- б) нарушения жизнедеятельности;
- в) ограничение жизнедеятельности.
- г) все вышеперечисленное.

6. Ограничение жизнедеятельности включает в себя нижеследующие компоненты за исключением одного. Исключите неверное:

- а) снижение стрессоустойчивости;
- б) ограничение способности к трудовой деятельности;
- в) языковые и речевые нарушения;
- г) снижение способности общаться с окружающими.

7. Реабилитационная программа, которая сводится к тому, что пациент живет дома, а в клинике находится только на время проведения лечебных и реабилитационных мероприятий:

- а) стационарная программа;
- б) дневной стационар;
- в) амбулаторная программа;
- г) домашняя программа.

II. Виды реабилитации

1. Этап определения реабилитационной программы, который следует за проведением реабилитационно-экспертной диагностики пациента:

- а) сбор информации;
- б) определение реабилитационного прогноза;
- в) определение мероприятий, технических средств реабилитации и услуг;
- г) оценка эффективности ухода.

2. Вид реабилитации, которая представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление утраченных функций или компенсацию нарушенных функций, замещение утраченных органов, приостановление прогрессирования заболеваний, неразрывно связанных с лечебным процессом и в большинстве случаев осуществляемых в течение всей жизни человека:

- а) медицинская;
- б) педагогическая;
- в) психологическая;
- г) профессиональная.

3. Суть педагогической реабилитации в том, что она включает в себя, в первую очередь:

- а) мероприятия воспитательного и обучающего характера;
- б) мероприятия, направленные на преодоление страха перед действительностью;
- в) комплекс мер, направленных на замещение утраченных органов или функций;
- г) мероприятия, направленные на приспособление производственной среды к нуждам и потребностям человека.

4. Вид реабилитации, которая представляет собой процесс восстановления конкурентоспособности индивида на рынке труда; предусматривает обучение или переобучение доступным формам труда, обеспечение необходимыми индивидуальными техническими приспособлениями для облегчения пользования рабочим инструментом, приспособление рабочего места к функциональным возможностям человека, организацию специальных цехов и предприятий с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем и т.д.

- а) педагогическая;
- б) психологическая;
- в) профессиональная;
- г) социально-средовая.

III. Технология и методы социальной реабилитации

1. Разработка технологий социальной реабилитации начинается:

- а) с этапа сбора информации;
- б) с этапа социальной диагностики;
- в) с этапа определения реабилитационного прогноза;
- г) с этапа оценки эффективности ухода.

2. Методы, используемые в социальной диагностике, представляющие собой процедуры исследования любой проблемы, в том числе, и социальной. К их числу относятся метод анализа и синтеза, метод наблюдения и т.п.:

- а) общенаучные;
- б) социологические;
- в) психологические;
- г) социальные.

3. Методы социальной терапии, предполагающие воздействие как на систему взаимоотношений в малых группах, так и на внутренний мир человека, его систему ценностных ориентаций и идеалов. Характерной особенностью этой группы методов является то, что они обладают «отложенным эффектом», т.е. результаты их применения на практике становятся видны далеко не сразу:

- а) административные;
- б) экономические;
- в) психолого-педагогические;
- г) социальные.

4. Сознательная, целенаправленная, социально организованная деятельность по предотвращению возможных социальных, психолого-педагогических, правовых и других проблем и достижению желаемого результата:

- а) социальная профилактика;
- б) социальная терапия;
- в) социальная диагностика;
- г) психосоциальные методы.

5. Первичной физиопрофилактикой является предупреждение

- а) заболеваний;
- б) рецидивов;
- в) обострения заболеваний;
- г) осложнений.

6. Психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта, в лечебных целях:

- а) психологическое консультирование;
- б) групповая психотерапия;
- в) психологическая коррекция;
- г) Социально-психологические тренинги.

IV. Социальная реабилитация различных категорий населения

1. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в качестве стандартов для мирового сообщества приняты нижеследующие признаки понятия «инвалидность», за исключением одного. Исключите неверное:

- а) любая потеря или нарушение психологической, физиологической или анатомической структуры или функции;
- б) ограниченность или отсутствие (из-за указанных выше дефектов) способности выполнять функции так, как считается нормальным для среднего человека;
- в) затруднение, вытекающее из указанных выше недостатков, которое полностью или частично мешает человеку выполнять какую-то роль (учитывая влияние возраста, пола и культурной принадлежности);
- г) временное отсутствие возможности социального общения.

2. К врожденной форме инвалидности относятся:

- а) наследственно обусловленные формы;
- б) формы вследствие трудовой деятельности (трудового увечья, профессионального заболевания);
- в) формы вследствие общего заболевания;
- г) формы, связанные с чрезвычайными ситуациями природного и техногенного характера: радиационные воздействия, землетрясения и иные катастрофы.

3. Программа реабилитации инвалидов, включающая в себя разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий с учетом отдельных видов, форм, объемов, сроков и порядка их реализации, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма или способность инвалида к выполнению определенных видов

деятельности:

- а) Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов;
 - б) Индивидуальная программа реабилитации инвалидов;
 - в) Региональная программа реабилитации инвалидов;
 - г) Частная программа реабилитации инвалидов.
4. Принцип социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями, отражающий социальное устройство общества, в котором применим единый подход к каждому члену общества вне зависимости от его физических, психических, интеллектуальных и прочих особенностей.
- а) принцип компенсации;
 - б) принцип равных социальных прав и возможностей;
 - в) принцип независимой жизни;
 - г) принцип неразрывной связи индивида и социальной среды.
5. Автор трех теоретических суждений, легших в основу идеологии движения за независимую жизнь, которые впоследствии стали основными элементами при создании служб в структуре центров независимой жизни:
- а) Г. Делонг
 - б) Э.Эрикссон
 - в) К. Роджерс
 - г) А. Смит
6. Форма социального обслуживания, направленная на адаптацию граждан пожилого возраста и инвалидов в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства; ориентирована на психологическую поддержку указанной категории лиц, активизацию усилий в решении собственных проблем:
- а) социальное обслуживание на дому;
 - б) полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;
 - в) срочное социальное обслуживание;
 - г) социально-консультативная помощь.
7. Крайне неприятное болезненное состояние, возникающее у наркозависимых при прекращении употребления наркотиков, выражающееся в потливости, дрожании конечностей, ознобе, сердцебиении:
- а) сон;
 - б) абстиненция;
 - в) эйфория;
 - г) мания.
8. Группа факторов и причин алкоголизма, к которым относится генетическая предрасположенность:
- а) социальные;
 - б) психологические;
 - в) биологические;
 - г) социокультурные.
9. При депрессии у больного возникают следующие проблемы:
- а) повышение двигательной активности;
 - б) отсутствие веры в себя, упадок сил;
 - в) обостряются истерические черты личности;
 - г) нежелание общаться с окружающими.
10. Члены семьи и родственники человека, участвующего в процессе реабилитации, должны:
- а) не вмешиваться в процесс реабилитации;
 - б) принимать активное участие в реабилитации;
 - в) вовлекать врача в лечебный процесс;
 - г) только интересоваться ходом проведения реабилитационного процесса.

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

№ вопроса	I раздел	II раздел	III раздел	IV раздел
1	б	б	б	г
2	г	а	а	а
3	г	а	в	б
4	б	в	а	б
5	г		а	а
6	а		б	г
7	б			б
8				в
9				б
10				б

ТЕМА 2. Принципы экспертизы временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВРАЧИ

лечащие врачи клиник научно-исследовательских институтов
лечащие врачи противотуберкулезных санаториев
врач приемного отделения больницы
врач скорой медицинской помощи
лечащий врач муниципальной системы здравоохранения

2. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ

пациентам, проходящим освидетельствование по направлению из военных комиссариатов
гражданам, находящимся под стражей или административным арестом
пациентам, при временной нетрудоспособности, наступившей в период ежегодного оплачиваемого отпуска
гражданам, проходящим периодический медицинский осмотр
гражданам с хроническими заболеваниями вне обострения

3. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЮТ ВРАЧИ

скорой помощи
травматологического пункта
санитарный врач
станции переливания крови
приемного отделения больницы

4. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК до

3 дней
6 дней
10 дней
20 дней
15 дней

5. СПРАВКА УЧАЩЕГОСЯ ВЫДАЕТСЯ НА МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК

на 6 дней
до 30 дней
до 4 месяцев
до 6 месяцев
до восстановления трудоспособности,
но не более 10 месяцев

6. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ОЧНОГО АСПИРАНТА

больничный лист
справка не установленного образца
справка учащегося

7. В СЛУЧАЕ РАБОТЫ ПАЦИЕНТА НА ДВУХ ПРЕДПРИЯТИЯХ ВЫДАЕТСЯ

два листка нетрудоспособности по каждому месту работы
листок нетрудоспособности
один больничный лист и справка не установленного образца

8. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ В ПЕРИОД

отпуска без сохранения заработной платы
очередного оплачиваемого отпуска
отпуска по уходу за ребенком

9. УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ВОЕННОСЛУЖАЩЕМУ ПО КОНТРАКТУ, ЕСЛИ ПРИЗНАЕТ ЕГО НЕТРУДОСПОСОБНЫМ

больничный лист
никакой документ не будет выдан
справка не установленного образца

10. РАБОТАЮЩИМ ПЕНСИОНЕРАМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

не выдается
выдается сроком до 2 недель
выдается сроком до 1 месяца
выдается сроком до 2 месяцев
выдается на обычных основаниях

11. РАБОТАЮЩИМ ПЕНСИОНЕРАМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ

до 2 месяцев
до 1 месяца
до 2 недель
не выдается
выдается до полного восстановления
трудоспособности или установления группы инвалидности

12. РАБОТАЮЩЕМУ ИНВАЛИДУ МОЖНО ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК до

2 месяцев
1 месяца
2 недель
восстановления трудоспособности, но не более 4 месяцев

13. ВРАЧ, ЗАНИМАЮЩИЙСЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКОЙ, ИМЕЮЩИЙ ЛИЦЕНЗИЮ, ПРИ СРОКЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПРЕВЫШАЮЩЕЙ 15 КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

самостоятельно продлевает больничный лист
до полного восстановления трудоспособности
закрывает больничный лист
направляет гражданина на врачебную комиссию
поликлиники по месту жительства

14. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ ПРОДЛЕВАЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ С ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ

15 дней
10 дней
2 месяца
3 месяца
4 месяца

15. ДАТОЙ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

дата регистрации документов в бюро МСЭ
дата непосредственного освидетельствования пациента
дата открытия больничного листа

16. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ БОЛЬНОГО НА МСЭ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
закрывается
остается открытым

17. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАНОМУ ИНВАЛИДОМ, ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ
ПОЛИКЛИНИКОЙ
днем направления на МСЭ
днем, предшествующим регистрации документов в МСЭ
днем регистрации документов в МСЭ
днем освидетельствования
на 3-й день после освидетельствования в МСЭ

18. НЕ СЧИТАЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ РЕЖИМА
несоблюдение предписанного лечения
несоблюдение предписанного режима
отказ от госпитализации
несвоевременная явка на прием к врачу
употребление алкоголя

19. НЕЯВКА БОЛЬНОГО НА МСЭ
является нарушением режима
не является нарушением режима

20. ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАН ПОЗЖЕ ДНЯ РЕГИСТРАЦИИ ДОКУМЕНТОВ В БЮРО МСЭ И ПРИЗНАН ТРУДОСПОСОБНЫМ,
ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМЛЯЮТ
закрывают днем регистрации документов
закрывают днем, предшествующим регистрации документов
зачесть все дни, затраченные на освидетельствование и выписать на
работу следующим днем
закрывают больничный лист днем освидетельствования

21. ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАН ПОЗЖЕ ДНЯ РЕГИСТРАЦИИ ДОКУМЕНТОВ В БЮРО МСЭ И ПРИЗНАН ИНВАЛИДОМ, ЛИСТОК
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМЛЯЮТ
закрывают днем освидетельствования
закрывают днем регистрации документов
закрывают днем, предшествующим регистрации документов
зачесть все дни, затраченные на освидетельствование

22. ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ РАБОТЫ И ПРИЗНАН НЕТРУДОСПОСОБНЫМ, ЛИСТОК
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ выдается
в день обращения, но освобождает от работы со следующего дня
и освобождает от работы в день обращения
и освобождает от работы со следующего дня
справка неустановленного образца, а со следующего дня листок
нетрудоспособности

23. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТА В ЗДРАВПУНКТ НА ПРЕДПРИЯТИИ В ВЕЧЕРНЕЕ ВРЕМЯ, КОГДА ДЕЖУРИТ ТОЛЬКО ФЕЛЬДШЕР
фельдшер выдает больничный лист в момент обращения
оказывает помощь, не выдавая больничный лист
оказывает помощь и выдает справку, на основании которой будет
выдан листок нетрудоспособности с момента обращения в здравпункт

24. ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ УДОСТОВЕРЯЕТСЯ
справкой не установленного образца
листком нетрудоспособности на общих основаниях
листком нетрудоспособности с отметкой дополнительного кода о
заболевании, наступившим вследствие алкогольного опьянения

25. НА ВРАЧЕБНУЮ КОМИССИЮ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СВЯЗИ С САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ
НЕОБХОДИМО ПРЕДСТАВИТЬ:
путевку или курсовку
справку от администрации предприятия о предоставлении
очередного и дополнительного отпуска
санаторно-курортную карту
справку о заработной плате

26. ВИДЫ НАРУШЕНИЯ РЕЖИМА
неявка на прием в назначенное время
явка в состоянии алкогольного опьянения
самовольный выход на работу
выезд в другую местность без разрешения врача
выбор другого врача

27. КОГДА БОЛЬНОЙ НЕ ЯВИЛСЯ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ В НАЗНАЧЕННЫЙ СРОК, А ОБРАЩАЕТСЯ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ
НЕТРУДОСПОСОБНЫМ, листок нетрудоспособности

закрывается
закрывается и выдается справка не установленного образца
продляется
продляется со дня последнего обращения, в строке «нарушение режима» указывается код о несвоевременной явке на прием к врачу с указанием даты, в строке «иное» код – продолжает болеть

28. ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СЛУЧАЯХ

ни в каких
в любых, на общих основаниях
при наличии у него лицензии на этот вид деятельности
без ограничения срока – до полного выздоровления
при наличии у него лицензии на этот вид деятельности в пределах средних сроков, но не более 15 дней

29. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЫДАЕТСЯ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ (ВЗРОСЛЫМ) ЧЛЕНОМ СЕМЬИ НА МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ДО

3 дней
6 дней
7 дней
1 месяца

за заболевшим членом семьи ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ выдается, ЕСЛИ:
без ухода есть опасность для жизни и здоровья больного
больной отказывается от госпитализации
больного невозможно госпитализировать
при наличии места, родственники не желают госпитализировать больного

31. При выписке гражданина после стационарного лечения При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности выдается на весь период стационарного лечения
стационарного лечения и может быть продлен до 7 календарных дней
стационарного лечения и может быть продлен до 10 календарных дней
стационарного лечения и может быть продлен до 15 календарных дней

32. при проведении анализов больничный лист Выдается
в случаях инвазивных вмешательств
да
нет

33. дубликат больничного листка может быть выписан При наличии документа
заявление больного
справка из бухгалтерии о том, что больничный лист к оплате не предъявлялся
никакого

34. Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком 10 лет в стационаре
не выдается
выдается сроком до 15 дней по каждому случаю заболевания
выдается на весь период заболевания

35. ГРАЖДАНИНУ, НАПРАВЛЕННОМУ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ИЗ ЗДРАВПУНКТА И ПРИЗНАННОМУ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

выдается с момента обращения в здравпункт
выдается с момента обращения в поликлинику
выдается с момента обращения в здравпункт при наличии медицинских документов, подтверждающих его нетрудоспособность
не выдается

36. При протезировании в амбулаторно-поликлинических условиях больничный лист
выдается на весь период протезирования
не выдается
выдается сроком до 15 дней
выдается сроком до 30 дней

37. При многоплодной беременности листок нетрудоспособности выдается сроком на
140 дней
156 дней
186 дней
194 дня

38. Гражданам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, признанными нетрудоспособными, листок нетрудоспособности
выдается со дня явки гражданина для проведения экспертизы
выдается со дня направления гражданина на экспертизу
не выдается

39. Листок нетрудоспособности не выдается по уходу

за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении
за больным членом семьи старше 15 лет до 3 дней
за хроническими больными в период ремиссии
в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы
в период отпуска по беременности и родам

40. лицу, проходящему профилактический осмотр выдается
листок нетрудоспособности
справка 095/у
справку произвольной формы
ничего не выдается

41. пациенту, приехавшему в гости из Орска, следует выдать документ временной нетрудоспособности
никакой
листок нетрудоспособности
листок нетрудоспособности с разрешения главного врача
справку произвольной формы

42. иностранным гражданам может быть выдан ЛИСТОК НЕ-ТРУДОСПОСОБНОСТИ В случаях:
ни в каких
во всех случаях наличия нетрудоспособности
если он является работником российского предприятия
при заболевании туберкулезом

43. разрешение главного врача при выдаче листка нетрудоспособности иногороднему должно быть получено (в необходимых случаях)
разрешение получать не нужно
в первый день решения вопроса о выдаче листка
нетрудоспособности
в любой день нетрудоспособности
при закрытии листка нетрудоспособности

44. лицу, не проживающему в районе обслуживания лечебно-профилактического учреждения, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ можно выдать
на общих основаниях
только при определенных заболеваниях
нельзя
с разрешения главного врача

45. безработному ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ быть выдан
не может
можно только при urgentном заболевании
можно при госпитализации
при наличии документа о взятии на учет по безработице

46. пациенту с явными признаками временной нетрудоспособности в диагностическом центре, куда он прислан на консультацию, выдать ЛИСТОК
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
можно
можно только в случае проживания в данном регионе
нельзя
можно при выявлении онкозаболевания

47. пациенту, направленному на обследование, Можно выдать ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
да
нет
в отдельных случаях
при разрешении главного врача

48. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ может быть выдан Для проведения обследования
УЗИ органов брюшной полости
компьютерная томография
ректороманоскопия
гастроскопия с биопсией
сцинтиграфия почек

49. при производственной травме удостоверяет ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ документ
никакой
листок нетрудоспособности
справка о бытовой травме
справка произвольной формы

50. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ со вчерашнего дня Можно выдать
если пациент внушает доверие
если сохраняются признаки нетрудоспособности
нельзя
да, если медицински подтвержден факт
нетрудоспособности накануне

51. поликлиника Может выдать ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ по уходу за взрослым членом семьи
не может

может при карантине в детском учреждении при болезни бабушки, осуществляющей уход за ребенком лицу, находящемуся в очередном отпуске при тяжелом заболевании, для организации ухода до 3 дней, а при решении ВК - до 7 дней

52. поликлиника может продолжать ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В течение до месяца до выздоровления до 4 месяцев не более 10 месяцев без ограничения срока

53. Пациент, имеющий ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ по фол-ликулярной ангине на 10 дней, на очередной прием к врачу явился с опозданием на 5 дней. Трудоспособен. больничный лист закрыть днем, когда он должен был явиться на прием то же, но еще указать код в строке о нарушении режима и в строке "Иное" указывается соответствующий двухзначный код днем, когда он явился на прием выписаться на работу то же, но еще в строке о нарушении режима указать код и в строке "Иное" указать соответствующий двухзначный код на следующий день после явки к врачу

54. Больной имеет больничный лист по ОРВИ с 18.03 по 22-03. На прием пришел 26.03 с объективными симптомами очаговой пневмонии. Оформить ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ продлить листок нетрудоспособности с 23.03 до выздоровления то же, но дополнительно в строке о нарушении режима поставить соответствующий код продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления, указав код о нарушении режима

55. ПРОДЛЕНИЕ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА, ВЫДАННОГО ЧАСТНО ПРАКТИКУЮЩИМ ВРАЧОМ, ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАЦИЕНТА БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ПРОИЗВОДИТЬСЯ ВК поликлиники по месту жительства участковый врач этой поликлиники должен открыть свой больничный лист со дня обращения по поводу остаточных явлений пневмонии, порекомендовав предыдущий больничный лист закрыть у врача, его выдавшего больничный лист должен быть продолжен ВК того лечебного учреждения, к которому прикреплен частнопрактикующий врач

56. ПОСЛЕ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОЙ НАПРАВЛЯЕТСЯ НА ВК ЧЕРЕЗ 10 дней 30 дней 15 дней 3 месяца при неблагоприятном трудовом прогнозе 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе

57. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫДАН БЕЗРАБОТНОМУ ГРАЖДАНИНУ С ПРИЗНАКАМИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ справку 096 –у справку произвольной формы справку 086-у листок нетрудоспособности

58. БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПО УХОДУ ЗА 9 МЕСЯЧНЫМ РЕБЕНКОМ РАБОТАЮЩЕМУ ЧЛЕНУ СЕМЬИ В СЛУЧАЕ БОЛЕЗНИ МАТЕРИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН НА 5 дней 10 дней по решению ВК 3 дня весь срок болезни матери до 30 дней

59. ВОПРОС О НЕОБХОДИМОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ РЕШАЕТ лечащий врач заведующий отделением ВК, по представлению лечащего врача и заведующего отделением пациент

60. ЖЕНЩИНА ЗАБОЛЕЛА ВО ВРЕМЯ НЕДЕЛЬНОГО ОТПУСКА БЕЗ СОХРАНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ (ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА). ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕЙ ПОЛОЖЕН С: первого дня болезни момента окончания отпуска без сохранения содержания 3го дня болезни 2го дня болезни через 7 дней от начала заболевания

61. ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БОЛЕЗНИ ИЛИ ТРАВМЕ, ВОЗНИКШИХ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ЛЕЧЕБНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ВЫДАЕТСЯ ДОКУМЕНТ никакой документ не выдается справка произвольной формы листок нетрудоспособности листок нетрудоспособности с указанием дополнительного кода о факте опьянения

справка установленной формы

62. САНИТАРКА БОЛЬНИЦЫ ОБРАТИЛАСЬ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ И БОЛЯМИ В ГОРЛЕ. ВРАЧ ДИАГНОСТИРОВАЛ АНГИНУ. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕЙ МОЖЕТ ВЫДАТЬ

врач приемного отделения
главный врач
врач поликлиники по месту жительства
врач инфекционного отделения
врач того отделения, где она работает

63. УЧАЩЕМУСЯ ПТУ, ЕСЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЗНИКЛО В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ, ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫДАН ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ

никакой документ не выдается
справка 095/у
справка произвольной формы
лист нетрудоспособности
справка 095/у и больничный лист

64. ВРАЧОМ СТАЦИОНАРА, ПРИ ВЫПИСКЕ ИНОГОРОДНЕГО, ЕСЛИ ОН ОСТАЕТСЯ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ, МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

не продлевается, открывается новый по месту жительства
на семь дней без учета проезда к месту жительства
до 10 дней с учетом проезда к месту жительства
до 1 месяца с учетом проезда к месту жительства
до 2х недель с учетом проезда к месту жительства

65. РАБОТНИКАМ ОБЩЕПИТА, ВОДОСНАБЖЕНИЯ, ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НИХ ГЕЛЬМИНТОЗА ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

на 7 дней
на 10 дней
на весь период дегельминтизации
до 2х недель
до 30 дней

66. ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДВУХ ДЕТЕЙ ПО УХОДУ ВЫДАЕТСЯ

один больничный лист
два больничных листа
больничный лист не выдается
правильно 1, 2

67. ТАКТИКА ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА ПРИ ОТКАЗЕ БОЛЬНОГО ОТ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

закрывать листок нетрудоспособности
то же и сделать соответствующую отметку в строках «нарушение режима» и «Иное»
послать письменную форму в бюро МСЭ
продлить листок нетрудоспособности

68. ЖЕНЩИНАМ В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И РОЖДЕНИЯ ЖИВОГО РЕБЕНКА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ НА СРОК

86 дней
120 дней
140 дней
156 дней
180 дней

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1. – 1,2,5	15. – 1	29. – 3	43. – 2	57. – 2
2. – 3	16. – 2	30. – 1,3	44. – 4	58. – 4
3. – 2	17. – 2	31. – 3	45. – 4	59. – 4
4. – 5	18. – 3	32. – 1	46. – 3	60. – 2
5. – 5	19. – 1	33. – 2	47. – 3	61. – 4
6. – 3	20. – 3	34. – 2	48. – 4	62. – 3
7. – 1	21. – 3	35. – 3	49. – 2	63. – 4
8. – 2	22. – 1	36. – 2	50. – 4	64. – 3
9. – 3	23. – 3	37. – 4	51. – 5	65. – 3
10. – 5	24. – 3	38. – 1	52. – 4	66. – 1
11. – 5	25. – 1,2,3	39. – 1,3,4,5	53. – 4	67. – 2
12. – 4	26. – 1,2,3,4	40. – 4	54. – 2	68. – 3
13. – 3	27. – 4	41. – 3	55. – 3	
14. – 1	28. – 4	42. – 3	56. – 3	

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Пациентка К., находившаяся на больничном листе в связи с гриппом, должна явиться к врачу 18 августа, но она пришла 22 августа, так как уезжала за город. Врач признал ее нетрудоспособной, диагностировав очаговую пневмонию.

Оформить больничный лист.

Задача № 2

Пациент С., 45 лет, находившийся на больничном листе в связи с обострением гипертонической болезни, должен был явиться к врачу 20 сентября. Вышел на работу без разрешения врача. 25 сентября больной был на приеме в поликлинике, и участковый терапевт признал его трудоспособным. Оформить больничный лист.

Задача № 3

Пациент Г., 50 лет. Основная профессия - сварщик. В связи с обострением хронического бронхита имел в течение года 2 больничных листа продолжительностью 25 и 30 дней. По справке ВК переведен на более легкую работу со снижением квалификации - курьера в Управлении. Другой работы администрация предоставить не могла. В настоящее время в связи с обострением легочного заболевания находится на больничном листе 3 недели. Вид нетрудоспособности. тактика участкового ВРАЧА.

Задача № 4

Пациент Р., 42, лет направлен на МСЭК 29 сентября. Больничный лист продлен с 24 по 28 сентября и закрыт. Дата закрытия больничного листа - 28 сентября.

Правильно ли оформлен больничный лист?

Задача № 5

Пациентка Р., 42 лет, направлена участковым врачом на МСЭК 1 октября. Однако она явилась в экспертную комиссию только 15 октября. Врачи МСЭК установили больной III гр. инвалидности.

Как оформить больничный лист?

Задача № 6

Пациент К., 43 лет, находился на больничном листе в связи с производственной травмой - ушибом правой кисти. 29 октября должен был явиться на прием к врачу, но заболел гриппом и вызвал участкового терапевта на дом.

Как оформить больничный лист?

Задача № 7

Пациент С., 49 лет. инженер-железнодорожник. С 1945 г. - инвалид III группы в связи с осколочным ранением на фронте в голову, ноги, с потерей правого глаза. С 1955 г. ему установлена бессрочная III группа инвалидности.

В этом году лечился в стационаре с диагнозом верхнедолевой абсцедирующей пневмонии. В течение 3 месяцев находится на больничном листе.

Предъявляет жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты, одышку при ходьбе.

В анализе крови - лейкоцитов $7,0 \times 10^9/\text{л}$ без сдвига в формуле. СОЭ - 20 мм./час. В анализе мочи изменений нет. На рентгенограмме остается неомогенное затемнение верхней доли левого легкого с очагами просветления. От оперативного удаления абсцесса легкого отказывается.

Направлен из поликлиники на МСЭК для решения вопроса о трудоспособности. Последний год больной был на административно-хозяйственной работе (оформлял документы в скульптурной мастерской).

трудоспособность.

Задача № 8

Пациентка К., 30 лет, бухгалтер. 2 года назад лечилась в стационаре по поводу обострения язвенной болезни (с нишей в 12-ти перстной кишке). В последующем чувствовала себя удовлетворительно. Диету не соблюдала. Месяц назад возникли незначительные ноющие боли в подложечной области. Обратилась к участковому терапевту.

В анализах крови и мочи изменений нет. Рентгенологически ниша не обнаружена.

трудоспособность.

Задача № 9

Сидоров направлен с профосмотра на обследование (глазное дно, ЭКГ ...)

Как освободить от работы?

Задача № 10

Кибардин Л. оформил отпуск без сохранения зарплаты. Отпуск с 10.11 по 16.11, а 12.11 - заболел ОРЗ.

Выдается ли документ, удостоверяющий нетрудо-способность и какой?

Задача № 11

Симонову выдан больничный лист в связи с заболеванием ОРЗ с 18.10. по 20.10. Явка на прием назначена на 20.10. Больной явился 25.10. В прошедший период уезжал в другой город в гости. При осмотре 25.10 диагностирована очаговая пневмония.

Как оформить больничный лист?

Задача № 12

Дашкин Н., 18 лет, слесарь по ремонту, направлен военкоматом в стационар для обследования, где поставлен диагноз: "Хроническая ревматическая болезнь сердца. Недостаточность митрального клапана. Н-0 ст."

Какой документ следует выдать?

Задача № 13

Пациент И., 49 лет лечился амбулаторно с диагнозом: "Обострение хронического бронхита". Имеет больничный лист. Отмечает ухудшение состояния с 27.01 по 29.01. На прием к врачу явился с запахом алкоголя.

Как оформить лист нетрудоспособности?

Задача № 14

Пациент С., 38 лет, инженер-конструктор. Обратился в поликлинику 10 сентября в 18 час, после работы. Врач диагностировал фолликулярную ангину. Оформить больничный лист

Задача № 15

Пациент К., 53 лет. Уволился с работы по собственному желанию 12 октября. На следующий день развился тяжелый приступ стенокардии. Врач скорой помощи сделал инъекции анальгетиков и рекомендовал соблюдать постельный режим до снятия ЭКГ.

оформить нетрудоспособность больного

Задача № 16

Пациент Н., 42 лет, машинист. В связи с артериальной гипертензией I ст. направлен в санаторий с 1 по 24 октября по путевке, полученной бесплатно из средств социального страхования.

Очередной и дополнительный отпуск приходится на время с 1 по 20 октября. С 21 октября по 27 октября выдан больничный лист на недостающие для

лечения дни и на проезд в санаторий и обратно. В период пребывания в санатории заболел очаговой пневмонией и был временно нетрудоспособен 17 дней.

оформить больничный лист.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ и комментарии к ним
ема: «Экспертиза временной нетрудоспособности»

Задача № 1

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код 24- несвоевременная явка на прием к врачу и дату - 18 августа. Листок нетрудоспособности необходимо продлить с 22 августа, так как врач диагностировал очаговую пневмонию. Аналогичную запись сделать в амбулаторной карте.

Задача № 2

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код 25 - выход на работу без выписки и дату - 20 сентября. Листок нетрудоспособности не продлевается. В графе «Приступить к работе» указать код 36 - явился трудоспособным и прописывается дата - 25 сентября.

Задача № 3

Пациент находится на листке нетрудоспособности около 3-х месяцев. По справке ВК переведен на работу более низкой квалификации. Необходимо оформить документы для направления на МСЭК и решения вопроса об установлении ему III группы инвалидности.

Задача № 4

Неправильно. Листок нетрудоспособности должен быть продлен по 29 сентября и оставлен открытым. Закрытие листка нетрудоспособности производится после проведения медико-социальной экспертизы.

Задача № 5

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код 27 - несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы и дату - 1 октября. Зачета пропущенных по неуважительной причине дней в листке нетрудоспособности не производится. В строке «Приступить к работе» указать код 32 - установлена инвалидность и дата 15 октября.

Задача № 6

Листок нетрудоспособности следует продлить с 29 октября, так как пациент в связи с заболеванием гриппом вызвал участкового терапевта на дом и, следовательно, не нарушил режим. При одинаковой продолжительности временной нетрудоспособности вид нетрудоспособности может оставаться как травма на производстве.

Задача № 7

Пациент является инвалидом войны III группы бессрочно. В течение 3 месяцев находится на листке нетрудоспособности в связи с хроническим абсцессом лёгкого. В течение года как переведен на работу со снижением квалификации. Требуется направление на МСЭК для решения вопроса об установлении ему II группы инвалидности.

Задача № 8

Пациентка может продолжать работать, так как нет выраженных функциональных нарушений, условия труда благоприятные. Необходимо рекомендовать соблюдение режима питания и антисекреторные препараты в профилактических дозах.

Задача № 9

В данном случае листок нетрудоспособности не выдается. Обследование можно пройти в нерабочее время или в рабочее время по согласованию с администрацией.

Задача № 10

При заболевании во время отпуска без сохранения заработной платы листок нетрудоспособности не выдается. Если временная нетрудоспособность сохраняется и дальше, то листок нетрудоспособности выдается со следующего дня после окончания отпуска, т.е. с 17 ноября.

Задача № 11

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код 24 - несвоевременная явка на прием к врачу и дату - 20 октября. Листок нетрудоспособности необходимо продлить с 25 октября, так как врач при осмотре диагностировал очаговую пневмонию. Аналогичную запись сделать в амбулаторной карте.

Задача № 12

Оформляется акт освидетельствования призванного. Листок нетрудоспособности не выдается.

Задача № 13

В строке «Отметка о нарушении режима» указать код 28 - другие нарушения (алкогольное опьянение). Листок нетрудоспособности продлевается.

Задача № 14

Следует выдать листок нетрудоспособности 10 сентября, а освободить от работы с 11 сентября, так как пациент обратился после полного рабочего дня.

Задача № 15

Листок нетрудоспособности выдается, так как заболевание наступило в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы.

Задача № 16

Врачебная комиссия санатория выдает листок нетрудоспособности в связи с развитием у больного очаговой пневмонии в период пребывания в санатории. Очередной отпуск продлевается.

ТЕМА 3. Группы инвалидности и основы освидетельствования стойкой утраты нетрудоспособности в медико-социальной экспертизе.

Тестовые задания

1. На какую численность населения формируются бюро МСЭ, являющиеся филиалами главного бюро?

- 1,8 – 2 тысячи
- 70 – 90 тысяч
- 50 – 70 тысяч

2. Кто направляет пациента на МСЭ?

- Органы социальной защиты населения
- Лечебно-профилактическое учреждение
- Сотрудники медицинских академий

4. Органы пенсионного обеспечения

3. Укажите максимальный срок временной нетрудоспособности, при превышении которой пациент подлежит направлению на МСЭ.

1. 4 месяца
2. 10 – 12 месяцев
3. 4 – 6 месяцев

4. Укажите документы, которые необходимо предоставить пациенту в бюро МСЭ.

1. Сведения о характере трудовой деятельности
2. Паспорт
3. Форма 030/у
4. Трудовая книжка
5. Форма 088/у - 06
6. Медицинский полис

5. Врач, какой специальности занимается оформлением направлением больного на МСЭ с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия II ФК, ПИКС (2008). Мерцательная аритмия тахисистолическая форма. СН II А стадии?

1. Терапевт
2. Кардиолог
3. Аритмолог

6. Врач, какой специальности занимается оформлением направлением больного на МСЭ с диагнозом: РА, полиартрит (с поражением лучезапястных и мелких суставов обеих кистей, левого локтевого и обоих коленных суставов), с висцеральными проявлениями (перикардит, ревматоидные узлы, амиотрофия), серопозитивный, активность II степени, R III – IV стадии, медленно-прогрессирующее течение, НФС II стадии?

1. Терапевт
2. Кардиолог
3. Ревматолог
4. Ортопед

7. Сколько категорий жизнедеятельности Вы знаете?

1. 5
2. 9
3. 7

8. Способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний, овладение навыками и умениями является способностью к ...

1. Трудовой деятельности
2. Общению
3. Обучению

9. Способность к осознанию себя и адекватному поведению является способностью к ...

1. Общению
2. Контролю своего поведения
3. Ориентации

10. ОСТ I степени устанавливается при нарушении здоровья со стойким ...

1. Умеренно выраженным расстройством функции организма, приводящим к снижению квалификации, объема, тяжести и напряженности выполняемой работы, невозможности продолжать работу по основной профессии при возможности выполнения других видов работ более низкой квалификации в обычных условиях труда.
2. Выраженным расстройством функции организма, при котором возможно осуществление трудовой деятельности в специально созданных условиях труда, с использованием вспомогательных технических средств
3. Значительно выраженным расстройством функции организма, приводящим к полной неспособности к трудовой деятельности, в том числе в специально созданных условиях, или противопоказанности трудовой деятельности.

11. Невозможность трудовой деятельности, даже в специально созданных условиях труда, соответствует ОСТ ...

1. I степени
2. II степени
3. III степени

12. В случаях, требующих специальных видов обследования, руководитель бюро ...

1. Отказывает в установлении группы инвалидности
2. Составляет программу дополнительного обследования
3. Принимает решение на основании имеющихся данных

13. На какой срок устанавливается II группа инвалидности?

1. 1 год
2. 2 года
3. 3 года
4. Без очередного переосвидетельствования

14. В каких случаях требуется направление инвалида в бюро МСЭ с установленной ранее бессрочно группой инвалидности?

1. Изменение трудовых рекомендаций
2. Необходимость в технических средствах реабилитации
3. Усиление группы инвалидности
4. Во всех вышеперечисленных

15. Основным документом, подтверждающим инвалидность, является ...

1. Обратный талон формы 088/у – 06
2. Справка, выдаваемая инвалиду в бюро
3. Выписка из акта МСЭ

16. В течение какого времени пациент может обжаловать решение бюро МСЭ?

1. 2-х месяцев
2. 1-го месяца
3. 3-х дней

17. Случай неявки больного в указанный срок в бюро МСЭ ...

1. Является нарушением режима
2. Не является нарушением режима

18. Датой установления инвалидности является ...

1. Дата регистрации документов в бюро МСЭ
2. Дата непосредственного освидетельствования пациента
3. Дата открытия больничного листа

Ответы к тестовым заданиям

1.	2	10.	1
2.	1,2,4	11.	3
3.	2	12.	2
4.	1,2,4,5	13.	1
5.	2	14.	4
6.	3	15.	2
7.	3	16.	2
8.	3	17.	1
9.	2	18.	1

Задачи по экспертизе стойкой нетрудоспособности

Задача № 1

У больной К. образование высшее техническое, работает менеджером в отделе продаж бытовой техники. В 27 лет был выявлен врожденный порок сердца в виде расщепления передней створки митрального клапана и дефекта мембранозной части межжелудочковой перегородки, что сопровождалось митральной регургитацией III - IV степени, сбросом крови через дефект слева направо, повлекший незначительную дилатацию правого желудочка и развитие СН II А стадии. Была произведена хирургическая коррекция порока с постановкой оклюдера в месте дефекта и пластики митрального клапана. После операции при ЭХО-КГ митральная регургитация I степени, сброса крови через межжелудочковую перегородку не регистрируется. Объективно застойных явлений по кругам кровообращения не выявлено. Пациент находится на больничном листе 3,5 месяца. Ваша экспертная тактика?

Задача № 2

Больной В., 55 лет, образование высшее техническое, работает инженером – сметчиком. В течение 10 лет страдает артериальной гипертензией. Максимальный подъем артериального давления до 190/115 мм. рт. ст. Гипотензивную терапию регулярно не принимал. Три месяца назад перенес острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, которое привело к глубокому правостороннему гемипарезу, моторной афазии. Сформулируйте диагноз. Нарушения каких основных функций организма имеют место? Проведите экспертизу трудоспособности.

Задача № 3

Больной Т., 57 лет, образование высшее юридическое, работает нотариусом. Ишемическая болезнь сердца выявлена 5 лет назад. Два года назад перенес острый мелкоочаговый инфаркт миокарда. С диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения II ФК. ПИКС (2006 г.). СН I стадии – была установлена III группа инвалидности с ОСТ I степени. Четыре месяца назад пациент переносит повторный крупноочаговый инфаркт миокарда, с развитием аневризмы левого желудочка. В настоящее время ангинозные боли возникают при ходьбе по ровной поверхности на расстояние 200 - 250 метров, сопровождающиеся выраженной одышкой, при объективном осмотре – ЧСС - 115 уд/мин., дефицит пульса 35 ударов. Влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Печень пальпируется на 2 см. ниже реберной дуги. Голени пастозны. Сформулируйте диагноз. Проведите экспертизу трудоспособности. Дайте трудовые рекомендации.

Задача № 4

Больная О., 71 года, пенсионерка. С диагнозом: Артериальная гипертензия III степени. Очень высокий риск. Последствия острого нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу – тетраплегия. Дисциркуляторная энцефалопатия III степени. Сенильная деменция – направлена в бюро МСЭ. Ваша экспертная тактика.

Задача № 5

Больная Ф., 65 лет, пенсионер, длительно страдает остеоартрозом, полиостеоартрозом с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов. Неоднократно проводилось лечение по поводу выраженного синовита и периаартрита коленных суставов с применением НПВП, курсов ходропротекторов как per os, так периартикулярно, внутрисуставным введением кеналога, синвиска. В последнее время отмечается прогрессирование недостаточности функции суставов и отрицательная рентгенологическая динамика: IV стадия в правом коленном, III – в правом тазобедренном суставах. УЗИ коленных суставов: резкое снижение толщины гиалинового хряща, местами отсутствие его визуализации, выраженные дегенеративно-дистрофические изменения ткани менисков с формированием больших кист, трещин. Дегенеративная кальцификация ткани сухожилий без признаков тендинита. Явлений синовита не отмечается. УЗИ тазобедренных суставов: резкое снижение толщины гиалинового хряща, его хондрокальциноз, дегенеративно-дистрофические изменения ацетабулярной губы - ее фрагментация. Незначительный синовит правого сустава. При осмотре суставов рук определяются плотные образования в области дистальных межфаланговых суставов. Сформулируйте диагноз. Есть ли признаки стойкого ограничения трудоспособности. Лечебная тактика.

Задача № 6

Больная К., 42 лет, образование среднее специальное, работает на обувной фабрике швеей. Год назад впервые появились боль, чувство утренней скованности, припухлость в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, правом локтевом и коленных суставах, повышение температуры тела до 38 °С. Пациентке был выставлен диагноз: Ревматоидный артрит. Назначена терапия метотрексатом (7,5 мг/в неделю) в сочетании с НПВП. Со временем появились суставные девиации на кистях, атрофия межкостных мышц, безболезненные образования на разгибательной поверхности локтевых суставов, лимфоаденопатия, спленомегалия, лейкопения. При ЭХО-КГ выявлен выпот в полости перикарда. Отмечено снижение веса на 15 кг. В настоящее время длительность утренней скованности составляет 2-3 часа, СОЭ – 35 мм/ч, СРБ - ++, РФ ++. На рентгенограмме – околоушной остеопороз, снижение высоты околоушной щели, множественные узур, подвывихи в пястно-фаланговых суставах. Сформулируйте диагноз. Проведите экспертизу трудоспособности.

Задача № 7

Больная З., 39 лет, образование среднее специальное, работает мастером в цехе по изготовлению строительных смесей. Находится на диспансерном наблюдении у участкового терапевта с диагнозом: Бронхиальная астма, персистирующая, средней степени тяжести. Эмфизема. Пневмосклероз. ДН II стадии.

Определите трудоспособность.

Задача № 8

Больной Д., 32 года, образование высшее специальное, работает прорабом на стройке. Труд с умеренным физическим напряжением при неблагоприятных метеоусловиях. Поступил в стационар с жалобами на головную боль, боль в пояснице. Отеки на ногах, пояснице, лице, изменения цвета мочи. Больным себя считает в течение одного года, когда постепенно развивалась данная симптоматика. В анамнезе острый тонзиллит. Объективно состояние средней степени тяжести. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона над аортой. Пульс напряженный, 97 ударов в минуту. Артериальное давление 200/130 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Стул в норме. Суточное количество мочи - 800 мл. Отеки на лице, голенях, в поясничной области. ОАМ – цвет «мясных помоев», удельная плотность - 1028, белок 2 %, лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты измененные сплошь в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые. Креатинин 0,23 ммоль/л, клубочковая фильтрация 35% от должной.

Сформулируйте диагноз. Проведите экспертизу трудоспособности.

Задача № 9

Больному В. 57 лет (пенсионер) в результате дорожно-транспортного происшествия, повлекшие разрыв мягких тканей бедра, произведена высокая ампутация правой нижней конечности на уровне верхней трети бедренной кости.

Ваша экспертная тактика?

Эталоны ответов к задачам

Ответ к задаче № 1

Врачебная комиссия выносит решение о подготовке документов и направлении больного на МСЭ. В бюро пациенту будет установлена III группа инвалидности с ОСТ I степени. В трудовых рекомендациях будет отражена необходимость снижения объема и напряженности выполняемой работы.

Ответ к задаче № 2

Артериальная гипертензия III степени. Очень высокий риск. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, правосторонний глубокий гемипарез, моторная афазия. Нарушение функций органов кровообращения, речевых и статодинамических функций. Необходимо определить I группу инвалидности с ОСТ III степени. Пациент нуждается в постоянном постороннем уходе. Трудовые рекомендации - неспособность выполнения любых видов трудовой деятельности. Группа инвалидности будет установлена на 2 года. При переосвидетельствовании в случае отсутствия положительного клинического прогноза экспертное решение останется прежним, но без указания срока очередной экспертизы (бессрочно).

Ответ к задаче № 3

ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. ПИКС (2006 г. - мелкоочаговый, 2008 г. - крупноочаговый). Аневризма левого желудочка. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. СН II Б стадии. Больного необходимо направить в бюро МСЭ с целью установления II группы инвалидности с ОСТ II степени. Пациент может выполнять труд с учетом образования и профессиональных навыков в специально созданных условиях и/или с помощью других лиц.

Ответ к задаче № 4

Больная может быть освидетельствована на дому (необходимо заключение врачебной комиссии), либо заочно в бюро по заявлению его законного представителя (по решению суда при признании гражданина недееспособным назначается опекун). Необходимо установить I группу инвалидности с ОСТ III степени.

Ответ к задаче № 5

Остеоартроз, полиостеоартроз с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов, узелковая форма (узелки Гебердена), R III – IV стадия, медленно-прогрессирующее течение. НФС II стадии. Нарушение статодинамической функции стойкое, обусловленное тяжестью дегенеративных изменений хрящевых структур суставов, а не явлениями синовита и периартрита. Больную необходимо направить на МСЭ с целью определения II группы инвалидности и ОСТ II степени. Рекомендовать консультацию травматолога с целью решения вопроса об эндопротезировании суставов. Этот вид медицинской реабилитации инвалиду будет предоставлен бесплатно.

Ответ к задаче № 6

Ревматоидный артрит, полиартрит с поражением пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, правого локтевого и обоих коленных суставов, с системными проявлениями: амиотрофия, перикардит, ревматоидные узлы, синдром Фелти. Серопозитивный, II степень активности, III рентгенологическая стадия, быстро прогрессирующее течение. НФС II стадии. Больная нуждается в установлении II группы инвалидности с ОСТ III степени.

Ответ к задаче № 7

Больную необходимо направить на МСЭ с целью установления III группы инвалидности и ОСТ I степени на период рационального трудоустройства. Пациентка не может продолжать трудиться по основной профессии, так как работает в запыленном помещении. Трудовые рекомендации: возможна работа в теплом, сухом, не пыльном помещении с учетом профессиональных навыков, а также любые виды административно-хозяйственного труда.

Ответ к задаче № 8

Хронический гломерулонефрит, смешанная форма (гипертонический, нефротический синдромы), быстро прогрессирующее течение, обострение. ХПН I стадии. С учетом очевидного неблагоприятного трудового прогноза больного необходимо направить на МСЭ с целью определения III группы инвалидности с ОСТ I степени. Возможен труд в кабинетных условиях с незначительным, либо умеренным нервно-психическим напряжением (например, инженер проектно технического отдела).

Ответ к задаче № 9

В бюро МСЭ будет установлена II группа инвалидности с ОСТ II степени (так как имеет место возможность протезирования культы бедра). В ИПР инвалида будет определено изготовление протеза и обуви к нему.

ТЕМА 4. Осуществление паллиативной помощи пациентам.

Тестовые задания

1. Для облегчения страданий больного в хосписах используется:

- 1) обезболивание.
- 2) гипноз.
- 3) эвтаназия.
- 4) иглорефлексотерапия.
- 5) наркоз.

2. Для снижения температуры у онкологических больных целесообразнее использовать:

- 1) ибупрофен.
 - 2) ацетилсалициловая кислота.
 - 3) цефтриаксон.
 - 4) парацетамол.
 - 5) аспизол.
3. Медицинскую помощь онкологическим больным в терминальной стадии заболевания оказывает:
- 1) Центр социального обслуживания населения.
 - 2) Гериатрическая центр.
 - 3) Дом престарелых и инвалидов.
 - 4) Пансионат ветеранов труда.
 - 5) Хоспис.
4. Для профилактики пролежней при обработке кожи используется:
- 1) этиловый спирт.
 - 2) муравьиный спирт.
 - 3) раствор фурацилина.
 - 4) камфорный спирт.
 - 5) метиловый спирт.
5. При болевом синдроме у инкурабельных больных предпочтительнее использовать:
- 1) аспирин.
 - 2) парацетамол.
 - 3) кеторол.
 - 4) димедрол.
 - 5) анальгин.
6. У онкологических больных инфекционные осложнения вызывает:
- 1) грамотрицательная флора.
 - 2) грамположительная флора.
 - 3) смешанная флора.
 - 4) анаэробы.
 - 5) грибковая флора.
7. У инкурабельных больных при высокой температуре предпочтительнее использовать:
- 1) аспирин.
 - 2) парацетамол.
 - 3) димедрол.
 - 4) кеторол.
 - 5) аналгин.
8. При лечении микотической ангины не используется:
- 1) дифлюкан.
 - 2) зи-фактор.
 - 3) амфотерицин В.
 - 4) нистатин.
 - 5) леворин.
9. В общие рекомендации лихорадящим больным не включается:
- 1) постельный режим в течение лихорадочного периода.
 - 2) молочно-растительная диета.
 - 3) ограничение жидкости и соли.
 - 4) обильное питье.
 - 5) диета, обогащенная витаминами.
10. Быстро снизить температуру тела у инкурабельных больных позволяют:
- 1) физические методы.
 - 2) психологические методы.
 - 3) аутотренинг.
 - 4) лекарственная терапия.
 - 5) гипноз.
11. При приступе стенокардии больному необходимо:
- 1) астмопент ингаляционно.
 - 2) димедрол подкожно.
 - 3) преднизолон внутрь.
 - 4) нитроглицерин под язык.
 - 5) лидокаин внутривенно.
12. При проведении паллиативного лечения противопоказаны:
- 1) антидепрессанты.
 - 2) нейролептики.
 - 3) мочегонные.
 - 4) сердечные гликозиды.
 - 5) антисептики.
13. Наибольшее количество калия содержат:
- 1) картофель, курага.
 - 2) конфеты, шоколад.
 - 3) молоко, творог.
 - 4) мясо, рыба.
 - 5) укроп, петрушка.
14. Мочегонным действием не обладает:
- 1) укроп.
 - 2) петрушка.
 - 3) сельдерей.
 - 4) земляника.
 - 5) арбуз.
15. Основная жалоба пациента при ХОБЛ:
- 1) повышение температуры.

- 2) головная боль.
 - 3) одышка.
 - 4) слабость.
 - 5) боль в груди
16. Основная жалоба пациента при бронхиальной астме:
- 1) боль в грудной клетке.
 - 2) кашель с гнойной мокротой.
 - 3) приступ удушья.
 - 4) кровохарканье.
 - 5) головная боль.
17. При оказании неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы применяется:
- 1) сальбутамол.
 - 2) кодеин.
 - 3) либексин.
 - 4) тусупрекс.
 - 5) бромгексин.
18. Дренажное положение придается пациенту с целью:
- 1) снижения лихорадки.
 - 2) уменьшения одышки.
 - 3) расширения бронхов.
 - 4) облегчения оттока мокроты.
 - 5) облегчения боли.
19. Мокроту для бактериологического исследования собирают:
- 1) в сухую пробирку.
 - 2) в сухую банку.
 - 3) в стерильную пробирку.
 - 4) в стерильную банку.
 - 5) в пробирку с физраствором
20. У инкурабельных больных при запорах наиболее эффективна:
- 1) диетотерапия.
 - 2) очистительная клизма.
 - 3) беззондовый тюбаж.
 - 4) бальнеотерапия.
 - 5) фитотерапия.
21. Для лечения нарушения функции дефекации у инкурабельных больных не применяется:
- 1) очистительная клизма.
 - 2) фитотерапия.
 - 3) восходящий душ.
 - 4) слабительные медикаментозные препараты.
 - 5) диетотерапия.
22. Пероральный приём препаратов возможен при:
- 1) кандидозе полости рта.
 - 2) неукротимой рвота.
 - 3) раке пищевода.
 - 4) запоре.
 - 5) бессознательном состоянии.
23. Препаратом, не способствующим возникновению запоров, является:
- 1) амитриптилин.
 - 2) морфин.
 - 3) коделак.
 - 4) кодеин.
 - 5) регулакс.
24. Противопоказанием для промывания желудка является:
- 1) желудочное кровотечение.
 - 2) отравление алкоголем.
 - 3) отравление лекарствами.
 - 4) пищевое отравление.
 - 5) отравление грибами.
25. При недержании мочи:
- 1) необходимо ограничить прием жидкости.
 - 2) снизить суточную дозу жидкости до 300 мл.
 - 3) приём жидкости не ограничивают.
 - 4) суточную дозу жидкости снижают до 100 мл.
 - 5) суточная доза жидкости должна быть не более 500 мл.
26. Цвет «мясных помоев» моче придаёт повышенное количество:
- 1) белка.
 - 2) бактерий.
 - 3) лейкоцитов.
 - 4) эритроцитов.
 - 5) соли.
27. К мочегонным травам относятся:
- 1) алтей, душица.
 - 2) ортосифон, медвежьи ушки.
 - 3) мята, мать-и-мачеха.
 - 4) подорожник, пижма.
 - 5) Melissa, зверобой.
28. В неотложной помощи при почечной колике применяются:

- 1) атропин, баралгин.
- 2) дибазол, папаверин.
- 3) кордиамин, кофеин.
- 4) инсулин, глюкоза.
- 5) лидокаин, новокаин

29. При уремии возможно назначение:

- 1) банок.
- 2) горчичников.
- 3) горячих ванн.
- 4) очистительной клизмы.
- 5) йодной сетки.

30. Что такое паллиативная помощь?

- 1) Система мероприятий, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний.
- 2) Оказание реабилитационной помощи пациентам на базе санаторно-курортных учреждений.
- 3) Всеобъемлющая помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития с целью купирования боли и других симптомов, а также оказание психологической помощи.
- 4) Оказание помощи на дому инвалидам и пациентам пожилого возраста социальной и духовной поддержки.
- 5) Оказание доврачебной медицинской помощи на врачебном участке.

31. Что не относится к физическим аспектам качества жизни инкурабельного больного?

- 1) Изменения личности.
- 2) Оценка болевых ощущений.
- 3) Наличие или отсутствие побочных эффектов от проводимой терапии.
- 4) Совокупность симптомов болезни.
- 5) Выраженность тяжести физического состояния.

32. Что не относится к функциональным аспектам качества жизни инкурабельного больного?

- 1) Повседневная активность.
- 2) Возможность самообслуживания.
- 3) Необходимость длительного пребывания в постели.
- 4) Интенсивные занятия в тренажерном зале.
- 5) Способность исполнения действий, связанных с индивидуальными потребностями человека, его амбициями, социальной ролью.

33. Что не относится к психоэмоциональным аспектам качества жизни инкурабельного больного?

- 1) Изменение личности.
- 2) Повышенный интерес к профессиональным знаниям.
- 3) Неосмысленный поход к смерти.
- 4) Потеря интереса к поддержанию внешней привлекательности.

34. Что не относится к социальным аспектам качества жизни инкурабельного больного?

- 1) Потеря социального статуса.
- 2) Социальная изоляция.
- 3) Снижение уровня материального благосостояния.
- 4) Нарушение межличностных контактов и социальных связей.
- 5) Повышение социальной активности.

35. Какое медицинское учреждение оказывает паллиативную помощь?

- 1) Госпиталь ветеранов войн.
- 2) Клиническая больница.
- 3) Хоспис.
- 4) Медико-санитарная часть.
- 5) Поликлиника.

36. Какая задача не стоит перед социальными сотрудниками хосписа?

- 1) Помощь в социально-психологической адаптации.
- 2) Содействие в оформлении необходимых документов (оформление инвалидности, справок и т.п.).
- 3) Различные услуги больным и их родственникам (организация питания, стирка, чтение книг и т.д.).
- 4) Назначение лекарственной терапии.
- 5) Установление и поддержка связи с коллективом, где раньше работал больной.

37. Какова цель проведения паллиативного лечения?

- 1) Снижение затрат на лечение больных.
- 2) Достижение адекватного качества жизни инкурабельных пациентов и членов их семей.
- 3) Психологическая помощь больным с терминальными стадиями заболеваний.
- 4) Подготовка медицинских кадров.
- 5) Проведение ранней диагностики онкологических заболеваний.

38. Какова главная задача паллиативной помощи?

- 1) Симптоматическая терапия хронических соматических заболеваний.
- 2) Клиническая апробация новых обезболивающих препаратов у онкологических больных.
- 3) Снижение смертности населения.
- 4) Купирование боли и других симптомов, а так же решение психологических, социальных и духовных проблем пациентов и их родственников.
- 5) Применение цитостатических препаратов у онкологических больных.

39. Что такое хоспис?

- 1) Медицинское учреждение, оказывающее врачебную помощь геронтологическим больным.
- 2) Медицинское учреждение, оказывающее помощь инвалидам на дому.
- 3) Медицинское учреждение, оказывающее паллиативную помощь инкурабельным больным.
- 4) Онкологическая клиника.
- 5) Учреждение для оказания социальной помощи пожилым пациентам.

40. Кто из перечисленных людей не принимает участия в работе хосписа?

- 1) Медицинские сестры.
- 2) Участковые терапевты.
- 3) Волонтеры.
- 4) Врачи.
- 5) Родственники больного.

41. Что такое эвтаназия?

- 1) Помощь пациентам, страдающим депрессиями.
- 2) Доврачебная медицинская помощь.
- 3) Комплекс мер по оказанию медико-социальной помощи инвалидам.
- 4) Комплекс мер по оказанию психологической помощи больным и их родственникам.
- 5) Мероприятия, направленные на прекращение жизни инкурабельных пациентов.

42. Какими принципами паллиативного ухода не должны руководствоваться медицинские сотрудники хосписа?

- 1) Утверждать жизнь, рассматривая умирание как естественный процесс.
- 2) Оказывать психологическую поддержку.
- 3) Облегчать боль, устранять страдания и другие тягостные симптомы.
- 4) Применять агрессивное лечение и осуществлять эвтаназию.
- 5) Оказывать поддержку семье на последнем этапе жизни больного и после его смерти.

43. Каким принципом медицинской этики и деонтологии не должны руководствоваться медицинские работники при общении с инкурабельным больным?

- 1) Уважение жизни и неизбежность смерти.
- 2) Не принятие отказа пациента от пищи и лечения.
- 3) Рациональное использование возможных ресурсов.
- 4) Доброе отношение.
- 5) Уважение мнения пациента, в том числе отказ от пищи и лечения.

44. Что не соответствует определению паллиативной помощи?

- 1) Целью паллиативной помощи является обеспечение больному возможности настолько возможно активно прожить последние дни.
- 2) Продление жизни больного.
- 3) Использование мультипрофессионального подхода с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи.
- 4) Сокращение мучений и срока жизни.
- 5) Помощь семье пациента во время его болезни и психологическую поддержку в период тяжелой утраты.

45. На чьи средства оказывается медицинская помощь и квалифицированный уход за больным в хосписе?

- 1) Родственников.
- 2) Больного.
- 3) Бюджетные.
- 4) Пенсионного фонда.
- 5) Волонтеров.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1.	1	11.	4	21.	3	31.	4	41.	5
2.	2	12.	2	22.	4	32.	4	42.	4
3.	5	13.	1	23.	5	33.	2	43.	2
4.	4	14.	3	24.	1	34.	5	44.	4
5.	3	15.	3	25.	3	35.	3	45.	3
6.	3	16.	3	26.	4	36.	4		
7.	4	17.	1	27.	2	37.	2		
8.	3	18.	4	28.	1	38.	4		
9.	3	19.	5	29.	4	39.	3		
10.	1	20.	2	30.	3	40.	2		

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Онкологическому больному Воропаеву С.Д. организована помощь сотрудниками «стационара на дому».

При очередном посещении медицинская сестра осуществила перевязку пациента, обработала послеоперационную рану.

Объективно: состояние тяжелое, пациент очень слаб, отмечено значительное уменьшение массы тела., АД 90/50 мм рт.ст., Ps 96 в мин.

Со слов жены, у пациента усилились боли, он плохо ест и спит. Родные переживают, предчувствуют скорую кончину и не могут с этим смириться.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента, родных.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Эталон ответа

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;

- в движении;
- комфортного состояния;
- в сне и отдыхе;
- в выделении.

Проблемы пациента:

- Постепенное угасание жизненно важных функций организма с усилением боли.

Проблемы родных:

- Предчувствие горя родными в результате приближающейся смерти близкого человека.

Индивидуальный план ухода:

1. Поддерживать уровень жизни, удовлетворять потребности в еде, отдыхе, выделении шлаков, движении, асептическом состоянии раны, общении, сострадании.
 2. Осуществлять адекватное обезбоживание.
 3. Создавать комфортные условия в постели.
1. Предложить беседу, выслушать, проявить сострадание постигшему горю.
 2. Рекомендовать родным проявлять сострадание, готовность проводить больше времени с больным.
 3. Обучить элементам ухода за умирающим.
 4. Рекомендовать временный прием препаратов, уменьшающий состояние депрессии.

Задача 2. Пациент В., 32 лет. Страдает анкилозирующим спондилитом 12 лет, с 2008 г. находится в вынужденном положении, обусловленном тотальным анкилозом позвоночника и анкилозом тазобедренных суставов, генерализованной мышечной атрофией. Пациент не способен стоять без опоры, самостоятельно вставать и садиться. Инвалид I группы. Нуждается в постоянном постороннем уходе.

Каковы принципы оказания паллиативной помощи в этом случае?

Задача 3. Больной Ч., 68 лет, диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения III ф.к. Перенесенный инфаркт миокарда в 2012 г. Артериальная гипертензия III ст, риск 4. Осл.: Синусовая тахикардия. ХКН II ст., III ф.к. по NYHA. Самостоятельное обслуживание затруднено.

Нуждается ли больной в паллиативной помощи?

Задача 4. Больная С., 80 лет, ветеран труда, диагноз: ИБС, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, перенесенный инфаркт миокарда в 2010 г. Сахарный диабет 2 типа в стадии компенсации. Осложнение: НИ А ст, II ф.класс. Ухудшения в состоянии нет. Настаивает на госпитализации. В какое лечебное учреждение можно направить больную для проведения реабилитационных мероприятий?

Задача 5. Больная М., 56 лет, с диагнозом рак толстого кишечника с метастазами в печень, легкие, просит медсестру узнать о возможности проведения ей эвтаназии.

Кто правомочен решить этот вопрос?

Задача 6. Больной С., 78 лет. Диагноз: Рак легкого с метастазами в головной мозг. Постоянно получает обезболивающую терапию (ТТС фентанила Дюрогезик 50 мг). Состояние тяжелое. Больной все время лежит, поворачивается в постели с трудом. На коже в области крестца появилось покраснение и мацерация кожи. Тактика ведения пациента.

Какие рекомендации необходимо дать пациенту и родственникам.

Задача 7. Больной К., 57 лет с диагнозом: Рак желудка с метастазами в легкие, печень, терминальная стадия. Нуждается в постоянной обезболивающей терапии сильнодействующими препаратами. Родственники и больной от госпитализации отказываются. Возможно ли, назначение длительно действующего препарата с выраженным обезболивающим действием в неинвазивной форме.

Задача 8. Больная М., 78 лет с диагнозом: Рак матки с метастазами в крестец, желудок, нуждается в постоянной обезболивающей терапии морфином 1% 1,0 в/м 3 раза в день. Родственники обеспечить своевременную медикаментозную терапию не могут, настаивают на госпитализации.

Какая тактика ведения больной?

Задача 9. Онкологический больной нуждается в назначении морфина. Родственники опасаются развития побочных явлений. Какие побочные явления морфина Вы знаете? Тактика ведения больного.

ТЕМА 5. Медико-социальная реабилитация инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий, лиц с профессиональными заболеваниями, лиц из группы социального риска. Особенности организации социальной помощи пожилым, престарелым людям и инвалидам.

Тестовые задания для входного контроля

1. Кто разрабатывает ИПР?

1. Специалисты учреждений МСЭ
2. Врачебная комиссия
3. Лечащий врач

2. Сколько разделов предусматривает ИПР?

1. 3
2. 7
3. 6

3. Укажите, что предусматривает социальная программа реабилитации в ИПР?

1. Обучение инвалида бытовым навыкам
2. Информирование по социально-правовым вопросам
3. Рекомендации по переобучению

4. Укажите, что предусматривает медицинская программа реабилитации?

1. Санаторно-курортное лечение
2. Создание специального рабочего места
3. Протезирование в протезно-ортопедических мероприятиях

5. Сколько протезов готовится для работающих инвалидов?

1. Один
2. Два

6. ИПР составляется в экземплярах.

1. 2
2. 1
3. 5

7. Что не предусматривает реабилитационный диагноз?

1. нозологическую форму и ее вариант

2. фазу течения процесса
 3. степень компенсации имеющихся расстройств
 4. этиопатогенетический вариант
8. Документ подтверждающий стойкую утрату трудоспособности
 1. справка об инвалидности
 2. лист нетрудоспособности
 3. больничный лист
 4. амбулаторная карта
9. К техническим средствам реабилитации относится всё, кроме
 1. трость
 2. кресло-каляска
 3. надувной матрас
 4. подушечки
10. Куда предоставляется справка об инвалидности для начисления пенсии
 1. в Фонд социального страхования
 2. на работу
 3. в пенсионный фонд
 4. на почту
11. Компенсация - это способность к возмещению утраченной функции за счет чего?
 1. усиления деятельности поврежденного органа или других органов
 2. полноценной заместительной терапии
 3. полноценной заместительной терапии
 4. полноценной заместительной терапии
12. В каких технических средствах реабилитации нуждается больной стенокардией 2 фк
 1. трость
 2. поручни
 3. кресло-коляска
 4. не нуждается
13. Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит разделы все, кроме
 1. мероприятия медицинской реабилитации
 2. мероприятия профессиональной реабилитации
 3. технические средства реабилитации и услуги по реабилитации
 4. физиотерапевтические виды лечения

Эталоны ответов

1.	1
2.	3
3.	1,2,
4.	1,3
5.	2
6.	1
7.	4
8.	1
9.	3
10.	3
11.	1
12.	4
13.	4

Ситуационные задачи

Задача № 1

Пациенту оформлена инвалидность III группы по поводу ампутации стопы после автотравмы. До травмы работал шофером.

Вопросы:

Объясните, что такое индивидуальная программа реабилитации пациента?

Кто ее разрабатывает?

Положена ли ему трудовая реабилитация?

Какие мероприятия будут включены в программу трудовой реабилитации?

Задача № 2

Пациентке 78 лет. Живет одна в благоустроенной квартире. Родственников нет, в Дом-интернат для престарелых устроиться не хочет. В последнее время с трудом выходит на улицу. Сама за собой ухаживает, но затрудняется в приготовлении пищи, уборке квартиры.

Вопросы:

Какой вид социального обслуживания ей положен?

В каком объеме?

Задача № 3

Пациенту 25 лет. После травмы позвоночника, полученной на стройке, нет движения в нижней половине туловища, акты мочеиспускания и дефекации не контролирует. Присвоена инвалидность I группы. Живет с матерью и братом в благоустроенной квартире. Не хочет общаться со знакомыми, замкнулся в себе, говорит, что зря выжил. Не желает заниматься ЛФК и медицинские процедуры не выполняет.

Вопрос:

Составьте индивидуальную программу реабилитации пациента

Какие виды реабилитации положены данному пациенту?

Какой срок пересвидетельствования группы инвалидности?

Эталоны ответов к задачам

Задача №1

Это оптимальный комплекс реабилитационных мероприятий, включающий в себя виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер.

Бюро МСЭ

Обязательно

4. Профессиональная переподготовка, т.к. он работать по специальности не может

Задача №2

1. Социальное обслуживание на дому

2. Покупка продуктов, уборка квартиры, приготовление еды, сопровождение в поликлинику и др.

Задача №3

1. ИПР рассчитывается на 2 года. Прежде всего, включаются медицинские мероприятия и работа психолога.

2. Медицинская реабилитация, технические средства и приспособления. Психологическая и социальная реабилитация

Срок переосвидетельствования – 2 года.

Задачи для самостоятельной работы

Разработать индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Мужчина 56 лет, Инвалид 2 гр., водитель, диагноз: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ от 22.0.2013) Стенокардия III ф.к. ГБ III СН II по NYHA

Мужчина 46 лет, Инвалид 3 гр., инженер-конструктор, диагноз: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ от 22.0.2013) Стенокардия II ф.к. ГБ III СН II по NYHA

Мужчина 52 лет, Инвалид 1 гр., водитель, диагноз: ЦВБ. Последствия ОНМК по ишемическому типу с выраженным правосторонним гемипарезом. ГБ III СН II по NYHA

Женщина 54 года, инвалид 3 гр., парикмахер, , диагноз: ЦВБ. Последствия ОНМК по ишемическому типу с легким левосторонним гемипарезом. ГБ III СН I по NYHA

Женщина 40 лет, инвалид 3 гр., медсестра, диагноз: Сахарный диабет тип 1, ИЗСД, субкомпенсированный, Диабетическая полинейропатия нижних конечностей

Мужчина 57 лет, инвалид 2 гр., слесарь, диагноз: Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, ХАН 2А

Женщина 54 года, инвалид 3 гр., продавец, диагноз: Асептический некроз головки бедренной кости, справа

Женщина 18 лет, инвалид 3 гр., учащаяся 11 класса, диагноз: Сахарный диабет тип 1, ИЗСД, субкомпенсированный, Диабетическая полинейропатия нижних конечностей

Женщина 34 года, инвалид 2 гр., продавец, диагноз: Ампутационная культя правой нижней конечности на уровне средней трети бедра после травмы в 2013 году.

Мужчина 50 лет, инвалид 1 гр., экономист, диагноз: Хронический гломерулонефрит, ХПН 2Б, гемодиализ.

ТЕМА 6. Санаторно-курортное лечение. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

1. Курорт - это:

1. Местность, на территории которой имеются природные лечебные факторы (минеральные воды, целебный климат, лечебные грязи)

2. Территория, на которой имеются санатории

3. Местность, на территории которой имеются природные лечебные факторы (минеральные воды, целебный климат, лечебные грязи), а также необходимые для санаторно-курортного лечения учреждения и сооружения

2. Курорты классифицируют по:

1. Количеству имеющихся санаторно-курортных организаций

2. Наличию на курорте природных лечебных факторов

3. Коечному фонду имеющихся на курорте санаториев

3. На бальнеолечебных курортах основу лечения составляет:

1. Наружное и внутреннее применение природных минеральных вод

2. Только наружное применение минеральных вод

3. Только внутреннее применение минеральных вод

4. На климатолечебных курортах:

1. Имеются источники лечебных грязей (пелоидов)

2. Отсутствуют источники лечебных грязей (пелоидов)

5. Медицинский профиль санатория:

1. Зависит от имеющихся на курорте природных лечебных факторов

2. Не зависит от природных лечебных факторов

3. Зависит только от специализации медицинского персонала санатория

6. Лечение больных в санатории осуществляют:

1. Природными лечебными факторами и медикаментозно в равном соотношении

2. Природными лечебными факторами и медикаментозно с преобладанием медикаментозной терапии

3. Преимущественно природными лечебными факторами

7. Медицинский отбор больных на санаторно-курортное лечение осуществляют:

1. Лечащий врач и заведующий отделением лечебно-профилактического учреждения (по месту работы или месту жительства больного)

2. Лечащий врач лечебно-профилактического учреждения (по месту работы или месту жительства больного)

3. Заведующий отделением лечебно-профилактического учреждения (по месту работы или месту жительства больного)

8. При прибытии в санаторий больной должен предъявить:

1. Поликлиническую медицинскую карту
2. Санаторно-курортную карту
9. Санаторно-курортная карта заполняется:
 1. В поликлинике по месту жительства или в медсанчасти по месту работы больного
 2. В санатории
10. Наличие заболевания (любого) в острой стадии:
 1. Не является противопоказанием к направлению на санаторно-курортное лечение
 2. Является противопоказанием к направлению на санаторно-курортное лечение

№ вопроса	Эталон ответа	№ вопроса	Эталон ответа
1.	3	6.	3
2.	2	7.	1
3.	1	8.	2
4.	2	9.	1
5.	1	10.	2

Критерии оценивания

А) За входное тестирование:

Оценка «отлично» - 5 баллов

Оценка «хорошо» - 4 баллам

Оценка «удовлетворительно» соответствует 3 баллам

Оценка «неудовлетворительно» - 2 баллам

Б) За устный опрос на практическом занятии:

Оценка «отлично» – 5 баллов

Оценка «хорошо» - 4 баллам

Оценка «удовлетворительно» соответствует 3 баллам

Оценка «неудовлетворительно» - 2 баллам

В) За решение ситуационных задач:

Оценка «отлично» – 5 баллов

Оценка «хорошо» - 4 баллам

Оценка «удовлетворительно» соответствует 3 баллам

Оценка «неудовлетворительно» - 2 баллам

2 МОДУЛЬ. Физиотерапевтическая реабилитация

Форма текущего контроля успеваемости:

Входной контроль по тестовым заданиям

Устный опрос

Решение ситуационной задачи

Темы 2 модуля:

Виды, формы и методы реабилитации. Этапы реабилитации. Оценка эффективности реабилитационного лечения. Понятие реабилитационного потенциала.

Реабилитация пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах. Роль среднего медицинского персонала в реабилитационном процессе.

Психологическая реабилитация. Виды психокоррекции. Рациональное питание. Виды питания. Диетические столы. Роль среднего медицинского персонала в организации питания.

Введение в физиотерапию. Базовые понятия физиотерапии. Общие противопоказания к назначению физиотерапии. Основные виды физиотерапевтических процедур и возможности их применения в реабилитации.

Основные виды физиотерапевтических методов. Показания и противопоказания к проведению физиотерапевтических процедур. Методики проведения физиотерапевтических процедур.

6. Организация работы физиотерапевтического отделения. Техника безопасности.

7. Санаторно-курортное лечение. Виды санаторно-курортного лечения. Общее и специальное физиологическое воздействие санаторно-курортного лечения на организм человека.

ТЕМА 1. Виды, формы и методы реабилитации. Этапы реабилитации. Оценка эффективности реабилитационного лечения. Понятие реабилитационного потенциала.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Медицинская реабилитация — это:

- 1) комплекс медицинских, биологических и социальных мероприятий, направленный на реинтеграцию инвалида или пациента в общество;
- 2) система медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на реинтеграцию инвалида или пациента в общество;
- 3) лечебный процесс на амбулаторном и санаторном этапах;
- 4) все вышеперечисленное.

2. Реабилитационный потенциал включает 3 группы факторов:

- 1) медицинские, психологические, социальные;
- 2) медицинские, психологические, профессиональные;
- 3) биологические, психологические, профессиональные.

3. Этапы медицинской реабилитации все, кроме:

- 1) лечебно-реабилитационный;
- 2) стационарный этап ранней медицинской реабилитации;
- 3) амбулаторный;
- 4) домашний;
- 5) санаторный;

- 6) поздней медицинской реабилитации.
4. На каком этапе медицинской реабилитации не составляется ИПР:
- 1) лечебно-реабилитационный;
 - 2) стационарный;
 - 3) амбулаторный;
 - 4) домашний;
 - 5) санаторный;
- 6) поздней медицинской реабилитации.
5. Шкала ФК используется для:
- 1) унификации экспертного решения;
 - 2) детализации клинического диагноза;
 - 3) оценки эффективности реабилитационных мероприятий;
 - 4) соблюдения принципа преемственности в реабилитации.
6. При переломе бедренной кости основной саногенетический механизм:
- 1) реституция;
 - 2) регенерация;
 - 3) компенсация;
 - 4) реадaptация.
7. Пациент Г., 56 лет, заболевания левой почки, нефрэктомия слева. Основной саногенетический механизм:
- 1) реституция;
 - 2) регенерация;
 - 3) компенсация;
 - 4) реадaptация.
8. Медицинские факторы реабилитационного потенциала включают:
- 1) пол пациента;
 - 2) возраст пациента;
 - 3) интеллектуальный потенциал;
 - 4) особенности заболевания;
 - 5) эмоционально-волевые качества;
 - 6) профессию.
9. Виды профессиональной реабилитации все, кроме:
- 1) переобучение;
 - 2) рациональное трудоустройство на бронированные места;
 - 3) переоборудование рабочего места;
 - 4) протезирование;
 - 5) трудовая адаптация.
10. Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:
- 1) врачи-терапевты;
 - 2) врачи-хирурги;
 - 3) врачи-реабилитологи;
 - 4) эксперты МРЭК;
 - 5) все вышеперечисленные.
11. Индивидуальную программу реабилитации инвалида составляют:
- 1) врачи-терапевты;
 - 2) врачи-хирурги;
 - 3) врачи-реабилитологи;
 - 4) эксперты МРЭК;
 - 5) все вышеперечисленные.
12. Оценку реабилитационных мероприятий не проводят по:
- 1) клинической шкале;
 - 2) ФК нарушения функции;
 - 3) ФК ограничения жизнедеятельности;
 - 4) динамике степени тяжести инвалидности;
 - 5) изменению бытового самообслуживания.
13. Цель направления пациента на стационарный этап ранней медицинской реабилитации все, кроме:
- 1) при средней степени тяжести заболевания — восстановление трудоспособности;
 - 2) при легкой степени тяжести заболевания — восстановление трудоспособности;
 - 3) при тяжелой степени тяжести заболевания — восстановление самообслуживания;
 - 4) при средней степени тяжести заболевания — снижение степени ограничения трудоспособности.
14. Характеристика ограничения жизнедеятельности по ФК II включает ее ограничение на:
- 1) 15–20 %;
 - 2) 30–40 %;
 - 3) 26–50 %;
 - 4) до 100 %.
15. Укажите 6 принципов реабилитации:
- 1) обоснованность;
 - 2) комплексность;
 - 3) раннее начало;
 - 4) непрерывность;
 - 5) индивидуальность;
 - 6) реализация в коллективе;
 - 7) возвращение к активной деятельности;
 - 8) преемственность;
 - 9) доступность;
 - 10) этапность.
16. Понятие «социальной реабилитации» пациентов включает в себя все, кроме:
- 1) помощь в подготовке к новой профессии;
 - 2) помощь в трудоустройстве;
 - 3) механотерапию;

- 4) социально-правовую помощь в связи с заболеваемостью или инвалидностью;
5) бытовую реадaptацию.

17. Отделение реабилитации поликлиники включает подразделения:

- 1) кабинеты врачей-специалистов;
- 2) физиотерапевтические кабинеты;
- 3) кабинеты массажа, механотерапии и трудотерапии;
- 4) кабинеты медико-реабилитационной экспертной комиссии;
- 5) дневной стационар.

18. Основное отличие лечебного процесса от реабилитационного состоит в:

- 1) использовании различных методов воздействия;
- 2) точке приложения мероприятий: саногенетических процессов при реабилитации и патогенетических процессов — в случае лечения;
- 3) сроках начала: лечение проводится в остром периоде заболевания, реабилитационные мероприятия — в подостром;
- 4) применении различных препаратов.

19. Эрготерапия — это:

- 1) комплекс мероприятий по восстановлению самообслуживания, работоспособности, в т. ч., и волонтерской, и отдыха пациента;
- 2) отдельный вид трудотерапии;
- 3) комплекс мероприятий по психологической реадaptации.

20. Какую ответственность несет врач при невыполнении индивидуальной программы реабилитации пациента и при каких условиях:

- 1) административную; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по нежеланию пациента, о чем сделана соответствующая отметка;
- 2) административную; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по недостаточному контролю врача-реабилитолога, о чем сделана соответствующая отметка;
- 3) юридическую; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по нежеланию пациента, о чем сделана соответствующая отметка;
- 4) юридическую; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по недостаточному контролю врача-реабилитолога, о чем сделана соответствующая отметка.

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1. – 2	5. – 1,3	9. – 4	13. – 2	17. – 1,2,3
2. – 1	6. – 2	10. – 5	14. – 3	18. – 2
3. – 5	7. – 3	11. – 4	15. – 2-5,8,10	19. – 1
4. – 1	8. – 1,2,4	12. – 5	16. – 3	20. – 1

ТЕМА 2. Реабилитация пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах. Роль среднего медицинского персонала в реабилитационном процессе.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Медицинская реабилитация — это:

- 1) комплекс медицинских, биологических и социальных мероприятий, направленный на реинтеграцию инвалида или пациента в общество;
- 2) система медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на реинтеграцию инвалида или пациента в общество;
- 3) лечебный процесс на амбулаторном и санаторном этапах;
- 4) все вышеперечисленное.

2. Реабилитационный потенциал включает 3 группы факторов:

- 1) медицинские, психологические, социальные;
- 2) медицинские, психологические, профессиональные;
- 3) биологические, психологические, профессиональные.

3. Этапы медицинской реабилитации все, кроме:

- 1) лечебно-реабилитационный;
- 2) стационарный этап ранней медицинской реабилитации;
- 3) амбулаторный;
- 4) домашний;
- 5) санаторный;
- 6) поздней медицинской реабилитации.

4. На каком этапе медицинской реабилитации не составляется ИПР:

- 1) лечебно-реабилитационный;
- 2) стационарный;
- 3) амбулаторный;
- 4) домашний;
- 5) санаторный;
- 6) поздней медицинской реабилитации.

5. Шкала ФК используется для:

- 1) унификации экспертного решения;
- 2) детализации клинического диагноза;
- 3) оценки эффективности реабилитационных мероприятий;
- 4) соблюдения принципа преемственности в реабилитации.

6. При переломе бедренной кости основной саногенетический механизм:

- 1) реституция;
- 2) регенерация;
- 3) компенсация;
- 4) реадaptация.

7. Пациент Г., 56 лет, заболевания левой почки, нефрэктомия слева. Основной саногенетический механизм:

- 1) реституция;
- 2) регенерация;
- 3) компенсация;
- 4) реадaptация.

8. Медицинские факторы реабилитационного потенциала включают:

- 1) пол пациента;
- 2) возраст пациента;
- 3) интеллектуальный потенциал;
- 4) особенности заболевания;
- 5) эмоционально-волевые качества;
- 6) профессию.

9. Виды профессиональной реабилитации все, кроме:

- 1) переобучение;
- 2) рациональное трудоустройство на бронированные места;
- 3) переоборудование рабочего места;
- 4) протезирование;
- 5) трудовая адаптация.

10. Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

- 1) врачи-терапевты;
- 2) врачи-хирурги;
- 3) врачи-реабилитологи;
- 4) эксперты МРЭК;
- 5) все вышеперечисленные.

11. Индивидуальную программу реабилитации инвалида составляют:

- 1) врачи-терапевты;
- 2) врачи-хирурги;
- 3) врачи-реабилитологи;
- 4) эксперты МРЭК;
- 5) все вышеперечисленные.

12. Оценку реабилитационных мероприятий не проводят по:

- 1) клинической шкале;
- 2) ФК нарушения функции;
- 3) ФК ограничения жизнедеятельности;
- 4) динамике степени тяжести инвалидности;
- 5) изменению бытового самообслуживания.

13. Цель направления пациента на стационарный этап ранней медицинской реабилитации все, кроме:

- 1) при средней степени тяжести заболевания — восстановление трудоспособности;
- 2) при легкой степени тяжести заболевания — восстановление трудоспособности;
- 3) при тяжелой степени тяжести заболевания — восстановление самообслуживания;
- 4) при средней степени тяжести заболевания — снижение степени ограничения трудоспособности.

14. Характеристика ограничения жизнедеятельности по ФК II включает ее ограничение на:

- 1) 15–20 %;
- 2) 30–40 %;
- 3) 26–50 %;
- 4) до 100 %.

15. Укажите 6 принципов реабилитации:

- 1) обоснованность;
- 2) комплексность;
- 3) раннее начало;
- 4) непрерывность;
- 5) индивидуальность;
- 6) реализация в коллективе;
- 7) возвращение к активной деятельности;
- 8) преемственность;
- 9) доступность;
- 10) этапность.

16. Понятие «социальной реабилитации» пациентов включает в себя все, кроме:

- 1) помощь в подготовке к новой профессии;
- 2) помощь в трудоустройстве;
- 3) механотерапию;
- 4) социально-правовую помощь в связи с заболеваемостью или инвалидностью;
- 5) бытовую реадaptацию.

17. Отделение реабилитации поликлиники включает подразделения:

- 1) кабинеты врачей-специалистов;
- 2) физиотерапевтические кабинеты;
- 3) кабинеты массажа, механотерапии и трудотерапии;
- 4) кабинеты медико-реабилитационной экспертной комиссии;
- 5) дневной стационар.

18. Основное отличие лечебного процесса от реабилитационного состоит в:

- 1) использовании различных методов воздействия;
- 2) точке приложения мероприятий: саногенетических процессов при реабилитации и патогенетических процессов — в случае лечения;
- 3) сроках начала: лечение проводится в остром периоде заболевания, реабилитационные мероприятия — в подостром;
- 4) применении различных препаратов.

19. Эрготерапия — это:

- 1) комплекс мероприятий по восстановлению самообслуживания, работоспособности, в т. ч., и волонтерской, и отдыха пациента;
- 2) отдельный вид трудотерапии;
- 3) комплекс мероприятий по психологической адаптации.

20. Какую ответственность несет врач при невыполнении индивидуальной программы реабилитации пациента и при каких условиях:

- 1) административную; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по нежеланию пациента, о чем сделана соответствующая отметка;
- 2) административную; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по недостаточному контролю врача-реабилитолога, о чем сделана соответствующая отметка;
- 3) юридическую; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по нежеланию пациента, о чем сделана соответствующая отметка;
- 4) юридическую; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по недостаточному контролю врача-реабилитолога, о чем сделана соответствующая отметка.

21. Предпочтительные физиотерапевтические методы для реабилитации пациентов с артериальной гипертензией II степени:

- 1) переменное магнитное поле на шейно-воротниковую зону;
- 2) амплипульс на шейно-воротниковую зону;
- 3) хвойно-валериановые ванны;
- 4) радоновые ванны.

22. На каком этапе преимущественно проходят реабилитацию пациенты с артериальной гипертензией:

- 1) санаторный;
- 2) стационарный;
- 3) амбулаторный;
- 4) домашний.

23. Ванны, показанные для пациентов с артериальной гипертензией:

- 1) хвойно-валериановые;
- 2) радоновые;
- 3) сероводородные;
- 4) скипидарные.

24. Для оценки толерантности и физической нагрузки у пациентов с ИБС используют:

- 1) тест 6-минутной ходьбы;
- 2) тест 3-минутной ходьбы;
- 3) тредмил-тест;
- 4) велоэргометрия;
- 5) электроэнцефалографию.

25. При инфаркте миокарда из физиотерапевтических методов на лечебно-реабилитационном этапе применяют:

- 1) центральную электроаналгезию;
- 2) электросон;
- 3) амплипульс на область грудной клетки;
- 4) хвойно-валериановые ванны.

26. Конечной точкой 2-го режима реабилитации пациентов с инфарктом миокарда являются:

- 1) мытье ног с посторонней помощью;
- 2) мытье ног без посторонней помощи;
- 3) поворот в постели на левый бок;
- 4) ходьба в пределах палаты.

27. Принципиальным отличием 4-го режима медицинской реабилитации инфаркта миокарда от 3-го является:

- 1) подъем по лестнице на 1 пролет;
- 2) участие в малоподвижных играх;
- 3) выход на улицу;
- 4) дозированная ходьба 1 км с ЧСС 90–110 уд./мин.

28. Какие виды ходьбы рекомендуются пациентам с инфарктом миокарда на лечебно-реабилитационном и стационарном этапах:

- 1) терренкур;
- 2) дозированная ходьба;
- 3) пешие прогулки;
- 4) бег;
- 5) туризм на короткие расстояния.

29. Задачи амбулаторно-поликлинического этапа медицинской реабилитации пациентов с артериальной гипертензией не включают:

- 1) повышение толерантности сердечно-сосудистой системы пациента к физическим нагрузкам;
- 2) восстановление и поддержание трудоспособности пациента;
- 3) лечение гипертензивных кризов;
- 4) борьба с модифицируемыми факторами риска.

30. Определите цель медицинской реабилитации при артериальной гипертензии:

- 1) достижение целевого уровня артериального давления;
- 2) повышение физической работоспособности пациента;
- 3) стабилизация течения заболевания у лиц с гипертензивными кризами;
- 4) улучшение качества жизни пациента;

5) все вышеперечисленное.

31. К физическим факторам в восстановительном лечении артериальной гипертензии, действующим на нейрофизиологические и гемодинамические процессы в центральной нервной системе, относятся следующие, кроме одного:

- 1) электросон;
- 2) лекарственный электрофорез воротниковой области;
- 3) воздействие на поясничную область диадинамическими токами;
- 4) переменное магнитное поле воротниковой области;
- 5) гальванизация воротниковой области.

32. Пациентам с артериальной гипертензией противопоказаны следующие виды труда, кроме одного:

- 1) умственный труд умеренной тяжести;
- 2) ночные смены;
- 3) производственный шум;
- 4) любая тяжелая физическая нагрузка;
- 5) работа на высоте.

33. Противопоказание к проведению бальнеотерапии при артериальной гипертензии:

- 1) умеренная синусовая тахикардия;
- 2) умеренная синусовая брадикардия;
- 3) редкие монофокусные экстрасистолы;
- 4) синусовая (дыхательная) аритмия;
- 5) недостаточность кровообращения II Б стадии.

34. Каких упражнений следует избегать пациентам с артериальной гипертензией:

- 1) на расслабление мышечных групп;
- 2) на тренировку равновесия;
- 3) на координацию движения;
- 4) дыхательной гимнастики;
- 5) с большой амплитудой движения головы.

35. При каком двигательном режиме разрешены длительные прогулки (ближний туризм):

- 1) палатном;
- 2) свободном;
- 3) тренирующем;
- 4) щадящем;
- 5) щадяще-тренирующем.

36. На какой неделе заболевания пациенту с инфарктом миокарда разрешается подниматься по ступенькам лестницы:

- 1) на 1-й неделе;
- 2) на 2-й день;
- 3) зависит от класса тяжести инфаркта миокарда;
- 4) на 4-й неделе;
- 5) на 5-й неделе.

37. Какой продолжительности прогулки в 2–3 приема в течение дня может совершать пациент с инфарктом миокарда к концу стационарного этапа ранней медицинской реабилитации:

- 1) до 10–11 км;
- 2) до 8–9 км;
- 3) до 6–7 км;
- 4) до 4–5 км;
- 5) до 2–3 км.

38. Правильная активация пациента с инфарктом миокарда на высоте нагрузки заключается в следующем, исключая одно:

- 1) учащение пульса не превышает 20 уд./мин;
- 2) повышение систолического давления на 20–40 мм рт. ст.;
- 3) учащение дыхания не превышает 10–12 дыхательных движений в мин.;
- 4) повышение диастолического давления на 10–12 мм рт. ст.;
- 5) учащение дыхания не превышает 6–9 дыхательных движений в мин.

39. Влияние физического напряжения на приступ стенокардии:

- 1) бег устраняет боль;
- 2) остановка при ходьбе усиливает боль;
- 3) остановка при ходьбе устраняет боль;
- 4) бег усиливает боль;
- 5) поднятие тяжестей устраняет боль.

40. С какой недели болезни пациенту с неосложненным инфарктом миокарда разрешено ходить по палате:

- 1) с 1-й недели;
- 2) со 2-й недели;
- 3) с 3-й недели;
- 4) с 4-й недели;
- 5) с 5-й недели.

41. Что является абсолютным противопоказанием к назначению ЛФК при инфаркте миокарда:

- 1) уменьшение интенсивности болевых приступов;
- 2) уменьшение частоты болевых приступов;
- 3) острый период заболевания;
- 4) ухудшение данных функционального обследования;

- 5) брадикардия (менее 50 уд./мин);
- 6) нестабильное состояние гемодинамики.

42. Когда при неосложненном инфаркте миокарда пациент совершает прогулки по коридору и осваивает пролет лестницы:

- 1) на санаторном этапе реабилитации;
- 2) на поликлиническом этапе реабилитации;
- 3) к концу лечебно-реабилитационного этапа;
- 4) при подготовке выхода на работу;
- 5) в 1-е сутки после острого инфаркта миокарда.

43. Определите клинико-реабилитационную группу у пациента с артериальной гипертензией II степени без факторов риска:

- 1) КРГ 1.2;
- 2) КРГ 2.1;
- 3) КРГ 2.2;
- 4) КРГ 3.1;
- 5) КРГ 1.1.

44. Пациентам с артериальной гипертензией противопоказаны:

- 1) тяжелый физический труд;
- 2) работа в ночные смены;
- 3) тяжелый умственный труд;
- 4) работа со значительными эмоциональными нагрузками (диспетчер, машинист);
- 5) работа в условиях производственных вредностей: шум.

45. Тест 6-минутной ходьбы определяет толерантность к физической нагрузке по:

- 1) проценту увеличения ЧСС;
- 2) проценту увеличения систолического АД;
- 3) проценту увеличения диастолического АД;
- 4) проценту снижения систолического АД;
- 5) пройденному расстоянию, в метрах.

46. Какие виды физиотерапевтического лечения применяются у пациентов, перенесших мозговой инсульт с двигательными нарушениями:

- 1) дарсонвализация волосистой части головы;
- 2) электростимуляция мышц;
- 3) ультразвуковое лечение.

47. Как длительно необходимо проводить реабилитационные мероприятия при речевых нарушениях:

- 1) 6 мес.;
- 2) 1 год;
- 3) 2 года;
- 4) 3 года.

48. Какие средства кинезотерапии используют у пациентов с мозговым инсультом в остром периоде:

- 1) активная кинезотерапия;
- 2) лечение положением;
- 3) массаж;
- 4) пассивная кинезотерапия.

49. Каковы задачи кинезотерапии в остром периоде инсульта:

- 1) профилактика развития контрактур и пролежней;
- 2) сохранение подвижности суставов парализованных конечностей и улучшение трофики;
- 3) ликвидация спастически повышенного тонуса мышц;
- 4) подавление патологических двигательных синергий;
- 5) улучшение координации движений;
- 6) обучение ходьбе, самообслуживанию и ежедневным видам деятельности;
- 7) обучение мышечному расслаблению.

50. Каковы задачи кинезотерапии при периферических параличах и парезах:

- 1) предотвратить контрактуры и перерастяжение мышц, сухожилий и связок;
- 2) предотвратить фиброзное перерождение денервированных мышц;
- 3) способствовать проявлению чувствительности;
- 4) бороться с дискоординацией и порочными двигательными стереотипами;
- 5) обучить мышечному расслаблению.

51. Какие средства кинезотерапии используют в остром периоде болей в спине:

- 1) лечение положением;
- 2) ЛФК;
- 3) массаж;
- 4) вытяжение позвоночника;
- 5) статические упражнения.

52. Наиболее часто мозговой инсульт сопровождается следующими дезадаптирующими синдромами:

- 1) двигательный дефицит;
- 2) нарушение речи;
- 3) нарушение поддержания позы и координации движений;
- 4) нарушение высших психических функций (память, внимание мышление, праксис, гнозис);
- 5) нарушение чувствительности.

53. Саногенетический механизм, задействованный при восстановлении функции у пациента с мозговым инсультом:

- 1) реституция;
- 2) регенерация;
- 3) компенсация;
- 4) реадaptация.

54. Ранний восстановительный период инфаркта мозга длится до:

- 1) 2-х лет;
- 2) 6-х мес.;
- 3) 3-х мес.;
- 4) до года.

55. Поздний восстановительный период инфаркта мозга длится до:

- 1) 2-х лет;
- 2) 6-х мес.;
- 3) 3-х мес.;
- 4) до года.

56. Когда следует начинать реабилитационные мероприятия у пациента с инфарктом мозга с лечения положения и дыхательной гимнастики пассивно-активного типов:

- 1) с 1-х суток;
- 2) с 1-х часов нахождения в стационаре;
- 3) с момента перевода в реабилитационное отделение;
- 4) на амбулаторном этапе реабилитации;
- 5) на санаторном этапе.

57. Является ли противопоказанием к проведению реабилитационных мероприятий коматозное состояние пациента:

- 1) да;
- 2) нет.

58. Задачами лечения положением у пациента с инфарктом мозга являются:

- 1) профилактика пролежней;
- 2) профилактика травмирования суставов парализованных конечностей;
- 3) нормализация мышечного тонуса в парализованных конечностях;
- 4) нормализация психологического статуса пациента;
- 5) профилактика застойной пневмонии;
- 6) профилактика аспирационных пневмоний.

59. В основе метода Bobath терапии лежат следующие принципы:

- 1) постуральная адаптация;
- 2) поэтапное восстановление произвольных движений;
- 3) восстановление движений в сочетании с адекватным сенсорным восприятием.
- 4) все перечисленное

60. Двигательный режим пациентов в период обострения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника:

- 1) палатный;
- 2) свободный;
- 3) постельный;
- 4) активный.

61. В период обострения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника при выборе физиотерапевтических мероприятий следует предпочесть:

- 1) синусоидмодулированные токи от аппарата «Амплипульс»;
- 2) теплолечение;
- 3) ультрафонофорез с гидрокортизоном на поясничную область позвоночника и пострадавшую ногу;
- 4) бальнеотерапию.

62. Ортезы — это:

- 1) функциональные приспособления, изменяющие структурные и функциональные характеристики опорно-двигательного аппарата (шины, воротники, тугоры, бандажи, пояса и т. д.);
- 2) средства, используемые для облегчения передвижения (трости, костыли, ходунки);
- 3) давящие повязки для уменьшения отечности мягких тканей.

63. Когда начинают применять раннюю реабилитацию пациентов с инсультом:

- 1) через 6 мес.;
- 2) через 2 мес.;
- 3) через 2 недели;
- 4) с 1-го дня.

64. Какие из нижеперечисленных состояний являются показанием для проведения ранней реабилитации при инфаркте мозга, кроме:

- 1) нарушение сознания;
- 2) глубокие парезы и плегия конечностей;
- 3) легкие парезы конечностей;
- 4) острые ишемические изменения на ЭКГ;
- 5) выраженные нарушения сердечного ритма;
- 6) атаксия;
- 7) сердечная недостаточность;
- 8) афферентные парезы;
- 9) тромбозы и тромбозы вен;
- 10) грубые когнитивные расстройства;
- 11) афазия;
- 12) дизартрия.

65. Какие из нижеперечисленных состояний являются противопоказанием для проведения ранней реабилитации при инфаркте мозга:

- 1) нарушение сознания;
- 2) глубокие парезы и плегия конечностей;
- 3) легкие парезы конечностей;
- 4) острые ишемические изменения на ЭКГ;
- 5) выраженные нарушения сердечного ритма;
- 6) атаксия;
- 7) сердечная недостаточность высоких степеней;
- 8) афферентные парезы;
- 9) тромбозы и тромбозы вен;
- 10) грубые когнитивные расстройства;
- 11) афазия;
- 12) дизартрия.

66. Компенсация — это:

- 1) полное восстановление функции;
- 2) стабилизация процесса с определенным функциональным дефицитом;
- 3) адаптация к изменившимся условиям.

67. Каковы меры профилактики пневмонии у пациентов с инфарктом мозга:

- 1) прием жидкой пищи;
- 2) прием твердой пищи;
- 3) прием полужидкой пищи с загустителями;
- 4) однократный прием большого количества пищи;
- 5) прием пищи небольшими порциями, с паузой после каждого глотка;
- 6) горизонтальное положение пациента после приема пищи;
- 7) вертикальное положение (сидя, полусидя) после приема пищи;
- 8) частые повороты в кровати.

68. Какие меры применяют для профилактики пролежней у пациентов с инфарктом мозга:

- 1) туалет кожи 1 раз в неделю;
- 2) ежедневный туалет кожи;
- 3) повороты в кровати 2 раза в сутки;
- 4) повороты в кровати через каждые 2–3 ч;
- 5) применение противопролежневых матрасов.

69. Какие меры применяют для профилактики тромбоза вен нижних конечностей и тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с инфарктом мозга:

- 1) опускание конечностей с кровати вниз;
- 2) ранняя активизация;
- 3) применение компрессионных чулок, эластичных бинтов;
- 4) перетягивание жгутом;
- 5) сокращение приема жидкости;
- 6) назначение дегидратирующих средств;
- 7) назначение антиагрегантов.

70. Какие меры применяют для профилактики и лечения артропатии в плечевом суставе у пациентов с инфарктом мозга, кроме:

- 1) укладка всех отделов парализованной руки на одном горизонтальном уровне;
- 2) разноуровневая укладка конечности (как это наблюдается в естественных условиях);
- 3) поддержка плечевого сустава подушками;
- 4) вытяжение сустава под собственной тяжестью руки;
- 5) раннее применение пассивных движений в паретичной руке;
- 6) фиксация плечевого сустава;
- 7) местное назначение обезболивающих средств;
- 8) аппликации парафина или озокерита на сустав;
- 9) стимуляция сустава льдом.

71. Что включает в себя понятие «безбарьерная среда»:

- 1) организация свободного доступа инвалидов с двигательными нарушениями к магазинам, аптекам, поликлиникам и т. д. (пандусы, поручни, лифты);
- 2) оборудование общественного транспорта низкими ступенями или подъемником;
- 3) оборудование мест досуга (бассейнов, парков, театров и т. д.) вспомогательными средствами для инвалидов с двигательными нарушениями.
- 4) все перечисленное верно

72. Какие движения исключаются из трудо- и эрготерапии у пациентов с ревматоидным артритом:

- 1) ротационные;
- 2) кивательные;
- 3) ходьба;
- 4) подъем по лестнице.

73. Какой режим назначается пациенту с обострением ревматоидного артрита:

- 1) палатный;
- 2) полупостельный;
- 3) свободный;
- 4) строгий постельный.

74. Особенности течения ревматоидного артрита, определяющие направления реабилитационных мероприятий:

- 1) прогрессивное течение;
- 2) локализация во многих отделах;
- 3) хронический длительный болевой синдром;
- 4) плохая психологическая и физическая трудоспособность;

- 5) сложность адаптации к производственным и бытовым условиям.
- 6) все перечисленное верно

75. Кинезотерапия у пациентов с ревматоидным артритом в период обострения включает:

- 1) лечение положением;
- 2) активные движения в не поврежденных суставах;
- 3) дыхательную гимнастику;
- 4) тренировку паравертебральной мускулатуры;
- 5) мануальную терапию.

76. Физиотерапия у пациентов с ревматоидным артритом в период обострения включает:

- 1) теплолечение на область пораженных суставов;
- 2) электростимуляцию мышц;
- 3) иглорефлексотерапию;
- 4) электрофорез с новокаином, гепарином, димексидом на пораженные суставы;
- 5) ультрафонофорез с гидрокортизоном на пораженные суставы;
- 6) индуктотермию надпочечников;
- 7) диадинамические токи на область пораженных суставов и рефлексогенные зоны;
- 8) переменное магнитное поле область пораженных суставов;
- 9) лазеротерапию.

77. Оперативные вмешательства реабилитационного характера у пациентов с ревматоидным артритом включают:

- 1) протезирование суставов;
- 2) анкилоз в функционально выгодном положении;
- 3) ортезирование пораженных суставов.

78. Принципы социальной реабилитации у пациентов с ревматоидным артритом:

- 1) обеспечение вспомогательными бытовыми средствами;
- 2) обустройство жилья;
- 3) социальное обслуживание;
- 4) обеспечение средствами передвижения;
- 5) переобучение и трудоустройство.
- 6) все перечисленное верно

79. Какие этапы выделяют в реабилитации пациентов с переломами конечностей:

- 1) иммобилизационный;
- 2) острый;
- 3) подострый;
- 4) постиммобилизационный;
- 5) хронический.

80. Противопоказанием к назначению электростимуляции у пациентов с травмами нижних конечностей является все, кроме:

- 1) острый воспалительный процесс в зоне воздействия;
- 2) сочетанная и комбинированная травма;
- 3) кардиостимулятор;
- 4) эпилепсия;
- 5) плохое стояние костных отломков.

81. Методы физиотерапии, применяемые в постиммобилизационный период у пациентов с переломом кости все, кроме:

- 1) переменное магнитное поле;
- 2) электростимуляция мышц;
- 3) теплолечение;
- 4) подводный душ-массаж;
- 5) дарсонвализация волосистой части головы.

82. Методы кинезотерапии, предпочтительные в постиммобилизационный период травмы костей:

- 1) массаж конечностей;
- 2) аналитическая гимнастика;
- 3) Kabat-терапия;
- 4) метод нейромоторного проторения.

83. Задачи реабилитации пациентов с травмами конечностей:

- 1) восстановление целостности костной структуры;
- 2) восстановление мышечной силы;
- 3) предупреждение контрактур;
- 4) ликвидация или уменьшение болевого синдрома;
- 5) все вышеперечисленное.

84. «Идеомоторными» называются упражнения, при выполнении которых пациент:

- 1) выполняет их по повторению;
- 2) выполняет их с противодействием;
- 3) выполняет их, представляет себе весь комплекс возникающих ощущений;
- 4) произвольно напрягает мышцы.

85. Правила, определяющие начало двигательной реабилитации при переломах кости:

- 1) движения должны быть приятны для пациента;
- 2) движения должны быть безболезненны;
- 3) не должно быть смещения костных отломков;
- 4) движения должны быть легко выполнимы для кинезотерапевта.

86. Реабилитационные периоды при переломах конечности:

- 1) иммобилизационный;
- 2) постиммобилизационный;
- 3) восстановительный период;
- 4) резидуальный период;
- 5) все вышеперечисленное.

87. Цели кинезотерапии при переломах конечности:

- 1) кинезотерапия должна способствовать правильному стоянию костных отломков;
- 2) кинезотерапия должна способствовать равномерному распределению мышечного тонуса;
- 3) кинезотерапия должна способствовать мобилизации близлежащих суставов и мышц;
- 4) кинезотерапия должна способствовать нормализации крово- и лимфообращения.
- 5) все вышеперечисленное.

88. В иммобилизационном периоде при назначении физиотерапевтического лечения следует предпочесть все, кроме:

- 1) электростимуляцию мышц иммобилизированной конечности;
- 2) индуктотермию на повязку с 3-х суток после высыхания гипса;
- 3) переменное магнитное поле с 1-х суток;
- 4) применение токов ультравысокой частоты с 1–2-х суток с противоотечной целью.

89. В постиммобилизационном периоде кинезотерапевтические мероприятия не начинают с:

- 1) пассивных движений, производимых персоналом и самодвижений;
- 2) активной кинезотерапии в травмированной конечности;
- 3) идеомоторных (воображаемых) движений;
- 4) постурального положения.

90. Противопоказанием к проведению кинезотерапии в травмированной конечности в постиммобилизационном периоде являются:

- 1) несросшиеся переломы;
- 2) невправленные вывихи;
- 3) артриты в фазе острого воспаления;
- 4) обширные повреждения кожи и мягких тканей.
- 5) все вышеперечисленное

91. В постиммобилизационном периоде при назначении физиотерапевтического лечения следует предпочесть:

- 1) электростимуляцию мышц иммобилизированной конечности;
- 2) теплотечение (пеллоидотерапия или парафин-озокерит);
- 3) лазеротерапию;
- 4) ультрафиолетовое облучение крови.
- 5) все вышеперечисленное

92. Виды пассивной кинезотерапии, применяемые в постиммобилизационном периоде травмы конечности:

- 1) трудотерапия (стенды, домашнее задание);
- 2) механотерапия;
- 3) мануальная терапия;
- 4) эрготерапия.

93. Цели эрготерапии при переломах костей нижней конечности:

- 1) обучение самостоятельной ходьбе;
- 2) обучение пользованию средствами технической компенсации (костыли, трости, коляски, ходунки);
- 3) переоборудование жилища и транспорта при невозможности компенсации средствами технической компенсации самообслуживания и передвижения;
- 4) все вышеперечисленное

94. Диета при травмах костей конечностей должна включать:

- 1) уменьшенное содержание жиров и углеводов;
- 2) уменьшенное количество соли;
- 3) полноценное сбалансированное питание с некоторым повышением продуктов, содержащих Кальций;
- 4) протертые блюда без раздражающих веществ.

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1. – 2	21. – 1,3	41. – 6	61. – 1,3	81. – 5
2. – 1	22. – 3	42. – 3	62. – 1	82. – 1,2
3. – 5	23. – 1	43. – 5	63. – 4	83. – 5
4. – 1	24. – 1,3,4	44. – 1,2,4	64. – 1	84. – 3
5. – 1,3	25. – 1,2	45. – 5	65. – 4,5,7,9,10	85. – 2,3
6. – 2	26. – 1,4	46. – 2	66. – 3	86. – 5
7. – 3	27. – 3	47. – 4	67. – 3,5,7,8	87. – 5
8. – 1,2,4	28. – 1,2,3	48. – 1,2,3,4	68. – 2,4,5	88. – 1
9. – 4	29. – 3	49. – 1,2,3,4	69. – 2,3,7	89. – 2
10. – 5	30. – 5	50. – 1,2,4	70. – 9	90. – 5
11. – 4	31. – 4	51. – 1	71. – 4	91. – 5
12. – 5	32. – 1	52. – 1,2,3,4,5	72. – 1	92. – 2,3
13. – 2	33. – 5	53. – 3,4	73. – 4	93. – 4
14. – 3	34. – 5	54. – 3	74. – 5	94. – 3
15. – 2-5,8,10	35. – 3	55. – 4	75. – 1,2,3	
16. – 3	36. – 3	56. – 2	76. – 4,5,6,7	

17. – 1,2,3	37. – 1	57. – 2	77. – 1,2	
18. – 2	38. – 3	58. – 1,2,3,6	78. – 6	
19. – 1	39. – 3	59. – 4	79. – 1,4	
20. – 1	40. – 2	60. – 3	80. – 2	

ТЕМА 3. Психологическая реабилитация. Виды психокоррекции. Рациональное питание. Виды питания. Диетические столы. Роль среднего медицинского персонала в организации питания.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Основная цель психологической реабилитации:

- 1) повышение интеллектуальной способности пациента;
- 2) формирование мотивации на реабилитацию.

2. Психологический аспект реабилитации включает:

- 1) индивидуальную психотерапию;
- 2) групповую психотерапию;
- 3) эрготерапию;
- 4) трудотерапию.

3. Средства психологической реабилитации:

- 1) гештальт-терапия;
- 2) рациональная психотерапия;
- 3) психоанализ;
- 4) аутотренинг.

4. Предпочтительный метод реабилитации при артериальной гипертензии:

- 1) личностная психотерапия;
- 2) аутотренинг;
- 3) эмоционально-стрессовая терапия.

5. Основой рациональной психотерапии является:

- 1) разъяснение;
- 2) внушение;
- 3) логическая аргументация;
- 4) коррекция личности;
- 5) деонтология.

6. Самовнушение — это внушение самому себе:

- 1) мыслей;
- 2) ощущений;
- 3) желаний;
- 4) образов;
- 5) все вышеперечисленное.

7. В основе аутогенной тренировки лежит:

- 1) произвольное самовнушение;
- 2) йога;
- 3) мышечная релаксация;
- 4) рациональная психотерапия;
- 5) все вышеперечисленное.

8. Восприимчивость к гипнозу зависит от:

- 1) личности гипнотизируемого;
- 2) личности гипнотизера;
- 3) степени внушаемости;
- 4) расы, пола, социального положения гипнотизируемого;
- 5) многочисленных интер- и интраперсональных отношений.

9. Гипнабельность повышена у:

- 1) взрослых;
- 2) детей;
- 3) пожилых людей;
- 4) слепых;
- 5) глухих.

10. Внутренняя картина болезни — это:

- 1) отношение болезни к пациенту;
- 2) отношение пациента к болезни;
- 3) особенности отражения болезни в сознании пациента.

11. У пациента в молодом возрасте преобладающий тип ВКБ (внутренней картины болезни):

- 1) гармонический;
- 2) ипохондрический;
- 3) анозогностический;
- 4) сенситивный.

12. Особенности ВКБ у детей:

- 1) демонстрация внутренней картины болезни ухаживающего лица;
- 2) отсутствие сформированной картины мира;
- 3) астенизация;
- 4) быстрая истощаемость.

13. При определении ВКБ необходима оценка 3-х групп факторов:

- 1) биологические, психологические, социальные;
- 2) медицинские, психологические, социальные;
- 3) возрастные, профессиональные, экологические;
- 4) только социальные и профессиональные.

14. Для молодого возраста характерным типом ВКБ является:

- 1) анозогностический вследствие недостаточно сформированной картины мира и недооценки тяжести состояния;
- 2) анозогностический вследствие недостаточно серьезного отношения к болезни;
- 3) ипохондрический вследствие повышенного внимания к своему здоровью;
- 4) эгоцентрический вследствие недостаточного внимания к своему здоровью.

15. Для пожилого возраста характерным типом ВКБ является:

- 1) анозогностический вследствие недостаточно сформированной картины мира и недооценки тяжести состояния;
- 2) анозогностический вследствие недостаточно серьезного отношения к болезни;
- 3) ипохондрический вследствие повышенного внимания к своему здоровью;
- 4) эгоцентрический вследствие недостаточного внимания к своему здоровью.

16. Определение ВКБ необходимо для:

- 1) формирования мотивации к проведению реабилитационных мероприятий;
- 2) для возможно более полного восстановления профессионального и социального статуса;
- 3) для формирования терапевтического альянса;
- 4) для максимально подробного диагностического поиска.

17. Какой фактор является определяющим при формировании ВКБ у лиц зрелого возраста:

- 1) отношение окружающих к внешнему виду;
- 2) социальное положение в обществе;
- 3) материальное положение;
- 4) нет правильного варианта ответа.

18. Профессиональный фактор может участвовать в формировании ВКБ:

- 1) при определении группы инвалидности, формируя процент утраты трудоспособности, дополнительные социальные выплаты и снижать мотивацию к проведению реабилитационных мероприятий;
- 2) при редких и специфических профессиональных навыках (например: дегустатор, балерина) затруднять переобучение;
- 3) при молодом возрасте пациента и высокой должности пациент склонен скрывать свое заболевание и уклоняться от лечения и реабилитационных мероприятий;
- 4) нет правильного варианта ответа.

19. Отношение общества к заболеванию:

- 1) влияет на его протекание (например: пациент склонен скрывать венерическое заболевание, что ухудшает его течение и прогноз);
- 2) не влияет на его протекание;
- 3) все вышеперечисленное.

20. Функции психологического аспекта реабилитации:

- 1) формирование сильной и адекватной мотивации к реабилитации;
- 2) снижение выраженности нарушения функции путем улучшения психологического статуса;
- 3) дезактуализация болезни;
- 4) коррекция ВКБ;
- 5) психологическая активация.

21. Выделяют уровни ВКБ:

- 1) сенсорный (отражает отношения к ощущениям);
- 2) эмоциональный (оценка болезни с точки зрения «опасно/безопасно»);
- 3) профессиональный;
- 4) экологический;
- 5) интеллектуальный (выбор дальнейшей тактики поведения).

22. Не выделяют следующие типы ВКБ:

- 1) меланхолический;
- 2) тревожный;
- 3) обсессивно-фобический;
- 4) рентный;
- 5) гармонический.

23. К методам психологической диагностики относятся:

- 1) оценка эмоционально-волевой сферы пациента;
- 2) оценка структуры личности пациента;
- 3) оценка толерантности к физической нагрузке;
- 4) оценка состояния высших психических функций;
- 5) оценка антропометрических данных.

24. Виды психотерапевтического воздействия:

- 1) психокоррекционные методы;
- 2) психотерапевтические методы;

3) все вышеперечисленное.

25. К психокоррекционным методам относятся:

- 1) нейролингвистическое программирование;
- 2) психоанализ (психодинамическая психотерапия);
- 3) гештальт-терапия;
- 4) рационально-эмотивная психотерапия;
- 5) аутотренинг;
- 6) телесно-ориентированная психотерапия;
- 7) поведенческая психотерапия.

26. К психотерапевтическим методам относятся:

- 1) нейролингвистическое программирование;
- 2) психоанализ (психодинамическая психотерапия);
- 3) гештальт-терапия;
- 4) рационально-эмотивная психотерапия;
- 5) аутотренинг;
- 6) телесно-ориентированная психотерапия;
- 7) поведенческая психотерапия.

27. Необходимо уделять внимание следующим деонтологическим аспектам в отношении проведения реабилитационных мероприятий:

- 1) врач-пациент;
- 2) врач-персонал;
- 3) врач-родственники;
- 4) персонал-пациент.

28. Какой метод психотерапии следует предпочесть в случае возникновения у молодой женщины 32 лет ревматоидного артрита:

- 1) лично-ориентированный метод (клиент-центрированная терапия, психодинамическая психотерапия);
- 2) рациональная психотерапия;
- 3) поведенческая психотерапия;
- 4) телесно-ориентированная психотерапия.

29. Какой метод психотерапии следует предпочесть в случае возникновения политравмы у молодого человека 29 лет с благоприятным прогнозом для восстановления функции и трудоспособности:

- 1) лично-ориентированный метод (клиент-центрированная терапия, психодинамическая психотерапия);
- 2) рациональная психотерапия;
- 3) поведенческая психотерапия;
- 4) телесно-ориентированная психотерапия;
- 5) групповая психотерапия с привлечение пациентов, находящихся в фазе выздоровления.

30. Какой метод психотерапии следует предпочесть в случае возникновения инфаркта мозга у пациента среднего возраста с умеренным двигательным дефицитом:

- 1) лично-ориентированный метод (клиент-центрированная терапия, психодинамическая психотерапия);
- 2) рациональная психотерапия;
- 3) поведенческая психотерапия;
- 4) телесно-ориентированная психотерапия;
- 5) групповая психотерапия с привлечение пациентов, находящихся в фазе выздоровления.

31. Какие методы используются для диагностики психологических нарушений:

- 1) анкетные тесты;
- 2) психологические тесты;
- 3) оценочные шкалы;
- 4) клинико-психологическое интервью;
- 5) полуструктурированное интервью;
- 6) все вышеперечисленное.

32. Дайте определение понятию «рациональное питание»:

1. Питание, которое обеспечивает поступление в организм достаточного количества белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных солей в сбалансированном состоянии, отвечающее энергетическим тратам и ферментативным возможностям пищеварительной системы
2. Питание, которое вызывает эмоционально-вкусовое удовлетворение
3. Питание, которое обеспечивает нормальный рост и развитие организма
4. Питание, которое соответствует биологическим ритмам организма
5. Питание с достаточно высоким уровнем содержания основных питательных веществ

33. Из каких величин складывается суточный расход энергии?

1. Основного обмена
2. Специфически динамического действия пищи
3. Различных видов деятельности
4. Основного обмена и различных видов деятельности
5. Регулируемые и нерегулируемые энергозатраты

34. От чего зависит величина основного обмена человека?

1. Пола
2. Возраста
3. Состояния высшей нервной деятельности
4. Величины поверхности тела
5. Интенсивности физического труда

35. На сколько групп делится взрослое население в зависимости от энергозатрат?

1. 3 группы.
2. 4 группы
3. 5 групп
4. 6 групп

36. Продукты, источники неполноценного белка:

1. Злаковые и продукты их переработки
2. Мясо и мясные продукты
3. Молоко и молочные продукты
4. Рыба и рыбные продукты
5. Овощи и фрукты

37. Продукты - богатые источники полноценного белка:

1. Злаковые и продукты их переработки
2. Мясо и мясные продукты
3. Молоко и молочные продукты
4. Рыба и рыбные продукты
5. Овощи и фрукты

38. Оптимальное содержание белков животного происхождения в суточном рационе /в процентах/:

1. 20-30%
2. 50-60%
3. 80-90%
4. 25-35%

39. Процент суточной калорийности, который должен покрываться за счет белков:

1. 10-14%
2. 18-19%
3. 20-22%

40. Пищевые вещества, поступающие в организм вместе с жирами:

1. Полиненасыщенные жирные кислоты
2. Токоферолы
3. Стерины
4. Соли кальция
5. Жирорастворимые витамины
6. Крахмал

41. Жирные кислоты, относящиеся к полиненасыщенным:

1. Масляная и капроновая
2. Линолевая
3. Леноленовая
4. Арахидоновая
5. Глютаминовая

42. Продукты, являющиеся богатыми источниками ПНЖК:

1. Сливочное масло
2. Растительное масло
3. Бараний жир
4. Рыбьи жиры
5. Свиное сало

43. Продукты с высоким содержанием арахидоновой кислоты:

1. Жир печени трески
2. Свиное сало
3. Сливочное масло
4. Бараний жир
5. Оливковое масло

44. Доля растительных жиров в суточном содержании в рационе /в процентах/:

1. 10-15%
2. 25-30%
3. 40-50%

45. Процент суточной калорийности, который должен покрываться за счет жиров:

1. 30%
2. 40%
3. 50%
4. 60%

46. Процент суточной калорийности, который должен покрываться за счет углеводов:

1. 40-50%
2. 50-55%
3. 70-80%
4. 30-40%

47. Значение пектинов в питании:

1. Подавляют развитие гнилостных процессов в кишечнике
2. Способствуют нормализации полезной микрофлоры в кишечнике
3. Обладают детоксицирующими свойствами при поступлении солей тяжелых металлов в организм
4. Обладают высокой калорийностью

48. Продукты - источники пектиновых веществ:

1. Мясные продукты
2. Злаковые продукты
3. Фрукты
4. Ягоды
5. Овощи

49. Значение клетчатки в питании:

1. Стимулирует перистальтику кишечника
2. Способствует выведению холестерина из организма
3. Способствует нормализации полезной микрофлоры кишечника
4. Способствует усвоению белков
5. Участвует в процессе свертывания крови

50. Оптимальное соотношение между белками, жирами и углеводами по весу:

1. 1:0,5:5
2. 1: 1:4
3. 1:0,7:4
4. 1:1,2:4,6

51. Факторы, влияющие на усвоение кальция в организме человека:

1. Соотношение кальция с жирами
2. Соотношение кальция с фосфором
3. Соотношение кальция с углеводами
4. Соотношение кальция с магнием
5. Соотношение кальция с белком

52. Продукты - богатые источники хорошо усвояемого кальция:

1. Молоко и молочные продукты
2. Овощи и фрукты
3. Зернобобовые продукты
4. Мясо и мясные продукты
5. Рыба и рыбные продукты

53. Оптимальное распределение калорийности пищи по отдельным приемам при трехразовом питании /в процентах/:

1. 30-45-25%
2. 15-50-35%
3. 20-60-20%

54. Что такое витамины?

1. Биологические катализаторы химических реакций, протекающих в организме
2. Регуляторные вещества, участвующие в нормализации обмена ферментов

55. Биологическая роль витамина С:

1. Повышает резистентность организма
2. Участвует в синтезе коллагеновых волокон
3. Входит в состав флавопротеидов
4. Участвует в окислительно-восстановительных реакциях

56. Что следует понимать под естественным витамином С:

1. Аскорбиновую кислоту
2. Органические кислоты
3. Комплекс веществ, в состав которых входит аскорбиновая кислота, Р-активные вещества, органические кислоты, пектины, танины

57. Суточная потребность в витамине С людей трудоспособного возраста:

1. 10 -20 мг
2. 20-50 мг
3. 50 - 70 мг
4. 70-100 мг

58. Продукты с содержанием витамина С свыше 100 мг %:

1. Картофель
2. Свекла
3. Печень
4. Морковь
5. Клубника
6. Лимоны
7. Цветная капуста
8. Белокочанная капуста
9. Кумыс
10. Шиповник
11. Черная смородина
12. Облепиха

13. Сладкий перец

59. Продукты с содержанием витамина С менее 10 мг %:

1. Картофель
2. Морковь
3. Свекла
4. Печень
5. Клубника
6. Лимоны
7. Цветная капуста
8. Капуста белокочанная
9. Кумыс
10. Шиповник
11. Черная смородина
12. Томаты
13. Виноград

60. Условия, способствующие сохранению витамина С в первых блюдах:

1. Добавление крахмала
2. Длительное нагревание продукта
3. Добавление белка яиц
4. Кислая среда
5. Ограничение доступа кислорода
6. Погружение овощей в кипящую воду
7. Ограничение времени хранения чищенных овощей
8. Ограничение времени хранения готовых блюд

61. Продукты - источники витамина Р:

1. Клюква
2. Говядина
3. Картофель
4. Брусника
5. Слива
6. Сливочное масло
7. Капуста

62. Продукты - богатые источники витаминов группы В:

1. Свинина
2. Печень
3. Сливочное масло
4. Яйца
5. Говядина
6. Зерновые
7. Бобовые
8. Крупы
9. Клубника

63. Заболевания, связанные с В-витаминной недостаточностью:

1. Цинга
2. Рахит
3. Алиментарный полиневрит
4. Жировая инфильтрация печени
5. Гемералопия

64. Проявления недостаточного поступления витамина РР в организм человека:

1. Судороги
2. Дерматоз
3. Деменция
4. Диарея
5. Заболевания кишечника
6. Жировая инфильтрация печени

65. Биологическая роль витамина А:

1. Влияние на рост организма
2. Нормализация дифференцирования эпителия
3. Образование зрительного пурпура
4. Липотропное действие
5. Способствует нормализации функции желудка

66. Проявления А - витаминной недостаточности:

1. Желтуха
2. Гиперкератоз
3. Диспепсия
4. Гемералопия
5. Кератомалация и ксерофтальмия
6. Рахит
7. Полиневрит

67. Продукты - источники каротина:

1. Морковь
2. Красный перец
3. Печень
4. Яйца
5. Томаты
6. Сливки
7. Шиповник
8. Сыр
9. Лук зеленый
10. Щавель

68. Продукты - источники витамина А:

1. Морковь
2. Красный перец
3. Печень
4. Яйца
5. Томаты
6. Абрикосы
7. Сливки
8. Сыр
9. Шиповник
10. Масло сливочное
11. Зелень петрушки

69. Заболевания, связанные с недостаточностью витамина Д в организме:

1. Рахит
2. Цирроз печени
3. Остеопороз
4. Остеомаляция
5. Диарея
6. Полиневрит

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1. – 2	15. – 2,3	29. – 5	43. – 2,5	57. – 4
2. – 1,2	16. – 1-3	30. – 5	44. – 2	58. – 10,11,12,13
3. – 1-4	17. – 2,3	31. – 6	45. – 1	59. – 1,2,3,13
4. – 1	18. – 1-3	32. – 1	46. – 2	60. – 4,5,6,7,8
5. – 1,3	19. – 1	33. – 4,5	47. – 1,2,3	61. – 1,3,4,5,7
6. – 5	20. – 1-5	34. – 1,2,3,4	48. – 3,4,5	62. – 6,7
7. – 5	21. – 1,2,5	35. – 3	49. – 1,2,3	63. – 3
8. – 1,3	22. – 4	36. – 1	50. – 4	64. – 2,3,4
9. – 3	23. – 1,2,4	37. – 2,3,4	51. – 1,2,4	65. – 1,2,3
10. – 3	24. – 3	38. – 2	52. – 1	66. – 2,4,5
11. – 3	25. – 1,4,5,7	39. – 1	53. – 1	67. – 1,2,5,7
12. – 1,2	26. – 2,3,6	40. – 1,2,3,5	54. – 1	68. – 3,4,7,8,10
13. – 2	27. – 1-4	41. – 2,3,4	55. – 1,2,4	69. – 1
14. – 2	28. – 1	42. – 2	56. – 3	

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.

Составьте план диетологической коррекции с подробным обоснованием мужчине 37 лет. Предположительный диагноз: «Язвенная болезнь желудка, период обострения».

Задача № 2.

Составьте план диетологической коррекции с подробным обоснованием женщине 59 лет. Предположительный диагноз: «Дикинезия кишечника по гипоническому типу».

Задача №3.

Составьте примерное меню липотропной диеты для пациентки 65 лет, данные исследования крови которой подтверждают гиперхолестеринемию и дислипидемию.

Задача №4.

Составьте план диетологической коррекции пациентке 29 лет с диагнозом «Ревматическая болезнь сердца. СН0 ст.».

Задача № 5

Составьте однодневное меню для пациента 40 лет, страдающего хронической почечной недостаточностью. Обоснуйте принципы диетического лечения ХПН.

Задача № 6.

Составьте однодневное меню для пациента 19 лет, страдающего туберкулезом (Туберкулезный бронхоаденит.).

Задача №7.

Назначьте диету больному 44 лет с повышенной нервной возбудимостью, дефицитом массы тела, повышенной температурой (до 38С), в период затухания процесса при туберкулезе легких.

Задача № 8

Пациентке 36 лет, массой тела 89, 3 кг, ростом 158 см, с диагнозом «Метаболический синдром» необходим контроль эффективности лечения. Обоснуйте

наиболее информативный метод контроля снижения массы тела.

Задача № 9

Какое меню Вы порекомендуете кормящей матери 28 лет, ребенку 3 месяца, оба здоровы. Дайте подробное обоснование Ваших назначений.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ и комментарии к ним

Тема «Диетические столы»

Задача №1.

Общая характеристика диеты (вариант диеты № 1).

Диета смешанная, физиологически полноценная, с нормальным содержанием белков, жиров и углеводов. Пища дается в кашцеобразном и жидком виде с ограничением продуктов и блюд, богатых клетчаткой. Энергетическая ценность (ЭЦ) — 2800 ккал. Режим питания дробный, 5 — 6 раз в день. Рекомендуемые продукты и блюда: Хлеб и хлебобулочные изделия из пшеничной муки, вчерашней выпечки или подсушенные в виде сухарей. Супы крупяные, молочные, протертые.

Блюда из мяса, птицы, рыбы. Мясо нежирных сортов (говядина, телятина, курица) в отварном или паровом виде, протертое (котлеты, кнели, фрикадельки, суфле, рулет). Нежесткое и нежирное мясо разрешается отварное, куском. Рыба нежирная, отварная или паровая в протертом виде или куском.

Блюда и гарниры из овощей. Картофель, морковь и свекла пареные, и протертом виде.

Блюда и гарниры из круп и макаронных изделий. Каши и пудинги из манной, рисовой, гречневой и овсяной круп, отварная вермишель, мелкорубленые макароны.

Запрещаются: острые закуски, жареные блюда, грибы, пряности, соленые закуски, консервы, кофе, специи, маринады, газированные напитки, мороженое, алкоголь.

Методика диетотерапии. Питание должно быть не только частым, но и дробным, регулярным. Прием небольшого количества пищи улучшает процессы переваривания и всасывания пищевых веществ. Соблюдать диету и режим питания следует 2-3 мес до исчезновения всех расстройств желудка. Переход к рациональной диете (№ 15) совершают постепенно. В начале из рациона исключают протертую пищу, т. е. мясо, курицу, рыбу дают куском, кашу рассыпчатую и овощи отварные, непротертые, а затем 1-2 раза в неделю дают не крепкий мясной или рыбный бульон.

Задача №2.

Дискинезия кишечника с синдромом запора — наиболее частый клинический вариант, встречающийся у 2/3 больных гастроэнтерологического профиля.

Длительное психоэмоциональное напряжение, стремительный темп жизни, прогрессирующая гиподинамия в сочетании с нерегулярным, разбалансированным питанием, богатым рафинированными продуктами (белый хлеб, сахар, животный жир, сладости, консервированные белковые продукты) являются основными причинами функциональной гипокинезии толстой кишки и запоров. Поэтому устранение этих патогенных факторов нередко приводит к полному выздоровлению. кишечника дивертикулита, дивертикулита, злокачественного новообразования толстой кишки.

Больному рекомендуется диета № 3. Диета физиологически полноценная, с нормальным содержанием белков, жиров, углеводов, с включением продуктов, богатых пищевыми волокнами, обладающими способностью, с одной стороны, усилить перистальтику кишечника, а с другой — угнетать бродильные и гнилостные процессы и восстанавливать микробиоценоз толстой кишки.

Общее количество жидкости 1,5 л. Содержание витаминов и минеральных солей соответствует физиологической норме. Содержание пищевых волокон 25 г. Хорошим источником пищевых волокон является отрубный хлеб, хлеб "русский", докторские хлебцы, натуральные пищевые пшеничные отруби (30—40 г) в день, добавляемые в первое блюдо или заваренные кипятком и набухшие, включенные в гарнир второго блюда. Кулинарная обработка: пища дается в неизмельченном виде, приготовленная на пару или отваренная в воде. Овощи и фрукты — в сыром и вареном виде.

Диета назначается на длительный срок до полного восстановления моторной функции толстой кишки и ликвидации запора.

Задача №3

Назначается липотропная диета № 1а, ЭЦ 2000 ккал/сут.

Состав: молоко (4-5 стаканов), слизистые крупяные, например манные, молочные или из пшеничных отрубей супы с маслом; каши жидкие, протертые, молочные; яйца всмятку (2-3 раза в день) или в виде паровых омлетов; паровые суфле из тощих сортов рыбы, мяса; сливочное несоленое (70-80 г в день) или оливковое масло (добавлять к блюдам), сливки; кисели ягодные, фруктовые (некислые) и молочные, морковный, фруктовый соки, отвар шиповника, слабый чай с молоком (сахар до 50 г в день). Соль ограничить до 5-8 г (помните, что 3-5 г соли содержится в продуктах, 5-8 г - в хлебе), свободной жидкости не более 1,5 л. Дополнительно витамины А, С, группы В (В1, В2, РР). Прием пищи при постельном режиме через каждые 2-3 часа в жидком и полужидком виде, теплом виде. При плохой переносимости молока (пучение живота, понос) его рекомендуют давать малыми количествами, разбавляя слабым чаем.

Задача №4

Ревматизм с малой степенью активности процесса (вяло и латентно текущий возвратный ревмокардит) без нарушения кровообращения, ревматизм в неактивной фазе и в фазе затухающего обострения является показанием к назначению диеты № 10б.

Целевое назначение диеты. Повысить иммунологическую реактивность организма, уменьшить воспалительные явления в соединительной ткани, снизить или купировать явления гиперергии, улучшить метаболические процессы в миокарде и сосудистой стенке.

Общая характеристика. Диета с повышенным содержанием полноценного белка, ограничением углеводов, главным образом легкоусвояемых экстрактивных веществ, поваренной соли и обеспечением потребности организма в витаминах С, Р, РР и группы В.

Кулинарная обработка. Все блюда готовят без соли. Мясо и рыбу дают в отварном виде, можно слегка обжаривать или запекать их после отваривания. Овощи дают в разваренном и сыром виде. Температура пищи обычная. Число приемов пищи — 5—6 раз в день. Поваренная соль 3—5 г (дают на руки больному). Масса рациона около 2,5 кг. Общее количество свободной жидкости до 1,5 л (включая первое блюдо).

Задача №5

Концентрация конечных продуктов азотистого обмена (остаточный азот, мочевины, мочевая кислота, креатинин и др.) в сыворотке крови зависит от количества поступающего с пищей белка, уровня белкового катаболизма и от степени почечной недостаточности. Так как у большинства больных ХПН не удается с помощью только медикаментов существенно улучшить функцию почек, малобелковая диета является единственным способом снижения азотемии.

Диетическое лечение ХПН основывается на следующих основных принципах:

- 1) ограничение поступающего с пищей белка до 20-40-60 г в сутки в зависимости от выраженности почечной недостаточности;
- 2) обеспечение достаточной калорийности рациона за счет жиров и углеводов, соответствующей энергозатратам организма, полное обеспечение витаминами, макро- и микроэлементами;
- 3) ограничение при артериальной гипертензии поступающих в организм соли и воды до тех минимальных пределов, при которых удается обеспечить поддержание нормального водного и электролитного состава внутренней среды организма.

Значительное ограничение белка в пище может привести к уменьшению общего белка в организме, что лимитирует образование ферментов, антител, гормонов, которые необходимы для нормальной жизнедеятельности организма. Построение диетического рациона для больного ХПН сводится к определению того оптимального количества белка, которое не будет вызывать опасного увеличения содержания азотистых шлаков и вместе с тем не приведет к распаду собственных белков организма вследствие белкового голодания.

Разработаны два варианта малобелковой диеты, содержащей 20 г белка (диета № 7а) и 40 г белка (диета № 7б).

В диетах № 7а и 7б белок представлен животного происхождения (мясо, рыба, яйца, молоко) как наиболее полноценный по содержанию незаменимых аминокислот. Эта доля животного белка не позволяет обеспечить организм незаменимыми аминокислотами и поэтому диета № 7а назначается на короткое время (15-18 дней).

Энергетическая ценность рационов обеспечивается за счет жиров и углеводов, содержание которых существенно не превышает физиологическую норму. Большое внимание при составлении рационов необходимо обращать на вкусовые качества диеты. Для улучшения вкусовых качеств пищи разрешается добавление пряностей, зелени, кислых овощных и фруктовых соков (лимонный, апельсиновый, алычевый, томатный и др.).

Задача №6

Назначается диета № 11, первый вариант (ЭЦ 2791 ккал).

Первый вариант диеты № 11 назначается больным со сниженной реактивной способностью организма, общей гипотонией, субфебрильной температурой, с вялым течением болезни.

Химический состав диеты. Белков 100-110 г; жиров 100 г; углеводов 350-400 г. Энергетическая ценность 2700-3000 ккал. Содержание аскорбиновой кислоты до 300 мг, витамина В, 5 мг.

Кулинарная обработка обычная. Питание дробное (5-6 раз в день).

Задача № 7

Назначается второй варианты диеты № 11.

Химический состав диеты. Белков 110-120 г; жиров до 120 г; углеводов 500-550 г; содержание аскорбиновой кислоты до 300 мг. Энергетическая ценность 3000-3500 ккал.

Рекомендуются продукты богатые кальцием (молоко и молочные продукты, яйца).

Задача № 8

Важно оценивать результаты процедур, проводя анализ состава тела с помощью биоимпедансного метода, так как потеря массы тела может осуществляться за счет внеклеточной воды, тощей массы и/или жировой массы. Иногда увеличение веса на фоне проводимого лечения происходит за счет увеличения тощей массы (представленной, в основном, скелетной мускулатурой) и за счет задержки воды в организме, оценивать эффективность проводимой терапии необходимо по результатам потери жировой массы. Данный метод позволит определить степень ожирения и контролировать результаты проводимого лечения.

Задача №9

Химический состав; белков 117 г, из них животного происхождения 73 г (62 %); жиров 109 г, из них растительного происхождения 25,6 г (23,5 %); углеводов 400 г.

Энергетическая ценность 3195 ккал.

Из продуктов, содержащих полноценные белки, в послеродовом периоде рекомендуются творог или творожные изделия, молоко, неострые сорта сыра, кефир, ряженка, ацидофилин и простокваша, отварное мясо, птица и нежирные говядина, свинина, баранина, кролик, курица, рыба, яйца. Мясо и рыбу можно употреблять 1-2 раза в неделю в жареном виде. В качестве источника животного жира следует использовать сливочное масло, сливки, сметану, а растительного - подсолнечное или "Салатное", кукурузное, оливковое масло.

Потребность в углеводах кормящей женщины удовлетворяется за счет таких продуктов, как хлеб из муки грубого помола, овощи, фрукты, ягоды, свежая зелень. Для повышения содержания в рационе растительных волокон и витаминов группы В кормящая мать может употреблять диетические сорта хлеба ("Здоровье", "Докторский", "Барвихинский"), выпускаемые с добавлением пшеничных отрубей. В весенне-зимний период можно использовать свежемороженые и консервированные овощи и фрукты, компот из сухофруктов, настой шиповника, соки.

Для возбуждения аппетита желателен в небольшом количестве включать в рацион различные соленья (сельдь, квашеная капуста), салаты из свежих овощей, винегрет, заправленные растительным маслом. Пища должна быть вкусной, разнообразной. В то же время необходимо избегать очень острых приправ, избыточного употребления пряностей, большого количества чеснока и лука, придающих неприятный вкус и запах молоку. Целесообразно принимать пищу 5-6 раз в день за 30-40 мин перед кормлением ребенка - это улучшает секрецию молока.

Необходимо исключить из рациона крепкий кофе, алкогольные напитки, в том числе пиво. Алкоголь быстро переходит в молоко и может вызвать неврологические нарушения у ребенка.

Количество жидкости в рационе кормящей матери должно быть не менее 2 л, включая суп, чай, соки, молоко, кефир и т. д.

ТЕМА 4. Введение в физиотерапию. Базовые понятия физиотерапии. Общие противопоказания к назначению физиотерапии. Основные виды физиотерапевтических процедур и возможности их применения в реабилитации.

Лекционный материал

ТЕМА 5. «Основные виды физиотерапевтических методов. Показания и противопоказания к проведению физиотерапевтических процедур. Методики проведения физиотерапевтических процедур».

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Является ли гальванический ток импульсным:

- 1) да;
- 2) нет.

2. Стимулирующее действие гальванического тока больше выражено под:

- 1) катодом;
- 2) анодом.

3. Какое действие оказывает катод:

- 1) успокаивающее;
- 2) возбуждающее.

4. Для проведения гальванизации используют силу тока до:

- 1) 30 мА;
- 2) 50 мА;
- 3) 100 мА;
- 4) 50 А.

5. Ультрафиолетовая эритема возникает в момент облучения:

- 1) да;
- 2) нет.

6. Следует ли проводить УФО для закаливания:

- 1) да;
- 2) нет.

7. Какие эффекты присущи коротким УФ лучам:

- 1) разрушение витамина Д;
- 2) образование витамина Д;
- 3) бактерицидное;
- 4) влияние на симпатическую нервную систему;
- 5) влияние на парасимпатическую нервную систему.

8. Какие физиологические реакции наблюдаются в организме при УФ-облучении:

- 1) калорическая эритема;
- 2) пигментообразование;
- 3) образование витамина Д;
- 4) снижение уровня холестерина в крови;
- 5) снижение АД.

9. При каких состояниях применяются общие УФО:

- 1) компенсация УФ-недостаточности;
- 2) рахит;
- 3) тяжелые переломы;
- 4) бронхиальная астма в стадии обострения;
- 5) беременность.

10. Какие эффекты наблюдаются при воздействии на организм видимым излучением:

- 1) усиление колебательных движений частиц;
- 2) повышение запаса энергии электронов;
- 3) фотоэлектрический;
- 4) разрушение билирубина;
- 5) влияние на эмоционально-психическую сферу.
- 6) все вышеперечисленное верно

11. Можно ли использовать УФО при системной красной волчанке:

- 1) да;
- 2) нет.

12. Каким действием обладает УФ-эритема:

- 1) противовоспалительным;
- 2) пигментообразующим;
- 3) десенсибилизирующим;
- 4) бактерицидным;
- 5) сенсibiliзирующим;
- 6) витаминообразующим.

13. Какие эффекты наблюдаются при лечении инфракрасными лучами:

- 1) усиление броуновского движения;
- 2) антиспазматический;
- 3) фотоэлектрический;
- 4) усиление потоотделения;
- 5) разрушение билирубина.

14. Оказывает ли лазеротерапия противовоспалительное действие:

- 1) да;
- 2) нет.

15. При каких заболеваниях противопоказана лазеротерапия:

- 1) рассеянный склероз;
- 2) нефропатия беременных;
- 3) гипертиреоз;
- 4) келлоидный рубец;
- 5) аневризма аорты.

16. В физиотерапии используют:

- 1) низкоэнергетическое лазерное излучение;
- 2) высокоэнергетическое лазерное излучение.

17. Какие параметры характеризуют лазерное излучение:

- 1) напряжение;
- 2) плотность потока мощности;
- 3) мощность излучения;
- 4) длина волны;
- 5) сила тока.

18. Последовательное применение различных видов диадинамических токов используется для:

- 1) уменьшения их раздражающего действия;
- 2) повышения их раздражающего действия.

19. Можно ли использовать диадинамические токи для введения лекарственных веществ в организм:

- 1) да;
- 2) нет.

20. Оказывают ли токи Бернара ганглиоблокирующее действие:

- 1) да;
- 2) нет.

21. Используют ли синусоидальные модулированные токи для электростимуляции:

- 1) да;
- 2) нет.

22. Несущей частотой в амплипульстерапии является:

- 1) 5 кГц;
- 2) 5 Гц;
- 3) 50 Гц;
- 4) 50 МГц.

23. Какие из характеристик относятся к диадинамическим токам:

- 1) частота 50 Гц;
- 2) частота 100 Гц;
- 3) частота 5000 Гц;
- 4) ток синусоидальный;
- 5) ток полусинусоидальный.

24. Для каких целей используется выпрямленный режим при амплипульстерапии:

- 1) стимуляция периферического кровообращения;
- 2) обезболивание;
- 3) стимуляция нервно-мышечного аппарата;
- 4) введение лекарственных веществ.

25. При каких заболеваниях противопоказана диадинамотерапия:

- 1) демпинг-синдром;
- 2) вазомоторный ринит;
- 3) склонность к кровоточивости;
- 4) острые воспалительные процессы;
- 5) разрыв связок (острый период).

26. Какой ток используется для модуляции синусоидального тока при амплипульстерапии:

- 1) высокой частоты;
- 2) сверхвысокой частоты;
- 3) крайневых частот;
- 4) низкой частоты;
- 5) ультравысокой частоты.

27. Как влияет на тонус мышц поперечное расположение электродов при импульсной электротерапии:

- 1) тонус повышается;
- 2) тонус снижается;
- 3) тонус не изменяется.

28. Противовоспалительное действие выражено сильнее:

- 1) у токов Д'Арсонваля;
- 2) у токов надтональной частоты.

29. Нежелательность применения дарсонвализации в педиатрии связана с выраженным раздражающим действием:

- 1) да;
- 2) нет.

30. Искровой разряд сильнее при контактной методике дарсонвализации:

- 1) да;
- 2) нет.

31. Можно ли проводить индуктотермию через одежду:

- 1) да;
- 2) нет.

32. Назовите основной действующий фактор при индуктотермии:

- 1) постоянное магнитное поле;
- 2) переменный электрический ток;
- 3) высокочастотное переменное магнитное поле;
- 4) электромагнитное поле;
- 5) искровой разряд.

33. Назовите действующие факторы ультратонотерапии:

- 1) постоянный ток;
- 2) синусоидальный высокочастотный ток;
- 3) электрическое поле;
- 4) озон;
- 5) тихий разряд.

34. При какой процедуре в организме возникают вихревые токи:

- 1) дарсонвализация;
- 2) диадинамотерапия;
- 3) гальванизация;

- 4) индуктотермия;
- 5) ультратонотерапия.

35. Как влияют токи Д'Арсонваля на сосудистую систему:

- 1) вызывают расширение капилляров и артериол;
- 2) повышают тонус поверхностных вен;
- 3) повышают тонус капилляров и артериол;
- 4) снижают тонус поверхностных вен;
- 5) не влияют на тонус сосудов.

36. Какому методу вы отдадите предпочтение при выраженном болевом синдроме:

- 1) гальванизация;
- 2) индуктотермия;
- 3) дарсонвализация;
- 4) диадинамотерапия;
- 5) ультратонотерапия.

37. Выберите аппараты для дарсонвализации:

- 1) «Поток-1»;
- 2) «Тонус-1»;
- 3) «Искра-1»;
- 4) «Минитерм»;
- 5) «Ромашка».

38. Что характерно для действия высокочастотного переменного тока:

- 1) тепловой эффект;
- 2) ионная асимметрия;
- 3) явление электрической поляризации;
- 4) осцилляторный эффект.

39. При увеличении воздушного зазора глубина проникновения электрического поля УВЧ:

- 1) уменьшается;
- 2) увеличивается.

40. Осцилляторный эффект выражен сильнее при:

- 1) слаботепловой дозировке;
- 2) тепловой дозировке.

41. Можно ли использовать УВЧ-терапию при активном туберкулезе:

- 1) да;
- 2) нет.

42. Оказывает ли магнитотерапия седативный эффект:

- 1) да;
- 2) нет.

43. В каких единицах дозируется низкочастотное магнитное поле:

- 1) мА;
- 2) мТл;
- 3) мВт;
- 4) Э;
- 5) нм.

44. Какие системы организма наиболее чувствительны к действию магнитных полей:

- 1) сердечно-сосудистая;
- 2) пищеварительная;
- 3) нервная;
- 4) мочевыделительная;
- 5) дыхательная.

45. В каких условиях можно проводить магнитотерапию:

- 1) сухая повязка;
- 2) гипсовая повязка;
- 3) мазевая повязка;
- 4) повязка с лекарственными растворами.
- 5) все перечисленное

46. При каких заболеваниях показана магнитотерапия:

- 1) вегетативная полинейропатия;
- 2) фантомные боли;
- 3) тиреотоксикоз;
- 4) бронхиальная астма;
- 5) диабетическая полинейропатия.

47. В каких единицах дозируется выходная мощность при УВЧ-терапии:

- 1) Вт/см²;
- 2) Вт;
- 3) мкВт/см²;
- 4) кВт;

5) Дж/см².

48. Назовите особенности импульсного электрического поля УВЧ:

- 1) отсутствие теплового эффекта;
- 2) отсутствие осцилляторного эффекта;
- 3) выраженный тепловой эффект;
- 4) выраженный осцилляторный эффект.

49. Какие эффекты присущи электрическому полю УВЧ:

- 1) противовоспалительный;
- 2) выработка меланина;
- 3) обезболивающий;
- 4) гипотензивный;
- 5) улучшение трофики;
- 6) образование витамина Д.

50. При каком расположении конденсаторных пластин УВЧ распространяется глубже:

- 1) при продольном;
- 2) при поперечном.

51. Дециметровые волны проникают глубже, чем сантиметровые:

- 1) да;
- 2) нет.

52. Присущи ли микроволнам тепловой и осцилляторный эффект:

- 1) да;
- 2) нет.

53. Стимулируют ли ММВ выделение биологически активных веществ:

- 1) да;
- 2) нет.

54. Какому методу следует отдать предпочтение при гнойном процессе:

- 1) УВЧ-индуктотермии;
- 2) УВЧ-терапии;
- 3) ДМВ-терапии;
- 4) СМВ-терапии;
- 5) ультратонотерапии.

55. Назовите особенности ДМВ по сравнению с СМВ:

- 1) глубина проникновения 10–12 см;
- 2) глубина проникновения 5–6 см;
- 3) более мягко действуют на сердечно-сосудистую систему;
- 4) оказывают более выраженное влияние на иммунобиологические процессы;
- 5) усугубляют состояние пациента при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии;
- 6) оказывают более выраженное противовоспалительное действие.

56. Что следует предпринимать, если пациент во время процедуры СМВ-терапии ощущает сильное тепло или даже жжение:

- 1) объяснить пациенту, что так и должно быть;
- 2) прекратить процедуры из-за опасности внутреннего ожога.

57. Укажите дозировку ММВ, которую используют в лечебной практике:

- 1) нетепловая;
- 2) слаботепловая;
- 3) тепловая.

58. Энергия каких волн поглощается кожей человека в большей степени:

- 1) дециметровых волн;
- 2) сантиметровых волн;
- 3) миллиметровых волн.

59. Ультразвук получают благодаря прямому пьезоэлектрическому эффекту:

- 1) да;
- 2) нет.

60. Сколько вещества вводится в ткани при ультрафонофорезе:

- 1) 0,5 %;
- 2) 1–3 %;
- 3) 30–40 %;
- 4) 40–50 %;
- 5) 10–12 %.

61. Назовите показания для ультразвуковой терапии:

- 1) туберкулез легких;
- 2) неосложненная язвенная болезнь желудка;
- 3) гипертрофический фарингит;
- 4) келлоидный рубец;
- 5) рассеянный склероз.

62. Какой фактор является действующим в ультразвуке:

- 1) ток высокой частоты;
- 2) магнитное поле;
- 3) механическое колебание;
- 4) импульсный ток;
- 5) электромагнитное поле.

63. Какие факторы имеют основное значение в механизме действия ультразвука:

- 1) токи поляризации;
- 2) тепловой;
- 3) осцилляторный;
- 4) физико-химический;
- 5) механический.

64. В каких тканях наблюдается наибольшее поглощение ультразвука:

- 1) подкожная жировая клетчатка;
- 2) мышечная;
- 3) нервная;
- 4) костная;
- 5) паренхиматозные органы.

65. На какую максимальную глубину в условиях целостного организма распространяется ультразвук частотой 800 кГц:

- 1) 0,3–0,5 см;
- 2) 1 см;
- 3) 30–40 см;
- 4) 8–10 см.

66. Обладают ли лечебные грязи высокой теплопроводностью:

- 1) да;
- 2) нет.

67. Сапропелевые грязи образуются на дне пресных водоемов:

- 1) да;
- 2) нет.

68. Торфяные грязи образуются при малом доступе кислорода:

- 1) да;
- 2) нет.

69. Наиболее активной в терапевтическом отношении частью пелоидов является кристаллический скелет:

- 1) да;
- 2) нет.

70. Обладают ли пелоиды противовоспалительным эффектом:

- 1) да;
- 2) нет.

71. Укажите основные действующие факторы лечебных грязей:

- 1) температурный;
- 2) фотохимический;
- 3) механический;
- 4) химический;
- 5) электрический.

72. Укажите особенности механизма действия парафина:

- 1) отсутствие механического фактора;
- 2) отсутствие химического фактора;
- 3) отсутствие температурного фактора.

73. Какое первичное действие оказывает озокеритотерапия:

- 1) химическое;
- 2) компрессионное;
- 3) тепловое;
- 4) рефлекторное;
- 5) фотофизическое.

74. При каких заболеваниях показана озокеритотерапия:

- 1) болезнь Бехтерева I степени активности;
- 2) тиреотоксикоз;
- 3) невралгия тройничного нерва;
- 4) вибрационная болезнь;
- 5) полиартрит туберкулезный.

75. Действием каких факторов определяется влияние пелоидов на организм:

- 1) тепловой;
- 2) физико-химический;
- 3) химический;
- 4) биологический;
- 5) механический.

76. Укажите показания к грязелечению:

- 1) перелом локтевой кости с замедленной консолидацией;
- 2) хронический эндометрит;
- 3) избыточная костная мозоль;
- 4) склеродермия;
- 5) острый холецистит.

77. С какого минимального возраста может применяться грязелечение:

- а) с первых дней жизни;
- б) с 5 лет;
- в) с 2 лет;
- г) с 1 года;
- д) с 7 лет.

78. Какова температура нагрева лечебной грязи при митигированном грязелечении:

- 1) 32–36°C;
- 2) 37–40°C;
- 3) 42–46°C.

79. Какова температура плавления озокерита:

- 1) 52–70°C;
- 2) 60–76°C;
- 3) 95–100°C;
- 4) 40–48°C.

80. Лечебное действие пресной воды обусловлено влиянием факторов:

- 1) температурного;
- 2) химического;
- 3) механического;
- 4) физического.

81. Вода обладает:

- 1) высокой теплопроводностью;
- 2) низкой теплопроводностью.

82. Душ Шарко является:

- 1) веерным;
- 2) дождевым;
- 3) струевым;
- 4) пылевым.

83. Можно ли использовать углекислые ванны при патологии сердечно-сосудистой системы:

- 1) да;
- 2) нет.

84. Какие ванны относятся к минеральным:

- 1) скипидарные;
- 2) сероводородные;
- 3) шлаковые;
- 4) йодобромные;
- 5) радоновые.

85. Какими свойствами обладает вода как лечебный теплоноситель:

- 1) высокая теплоемкость и высокая теплопроводность;
- 2) высокая теплоемкость и низкая теплопроводность;
- 3) низкая теплоемкость и низкая теплопроводность;
- 4) низкая теплоемкость и высокая теплопроводность.

86. Назовите газовые ванны:

- 1) шалфейные;
- 2) валериановые;
- 3) углекислые;
- 4) горчичные;
- 5) жемчужные;
- 6) сероводородные.

87. Температура прохладных водных процедур:

- 1) ниже 20 °С;
- 2) 20–35 °С;
- 3) 36–37 °С;
- 4) 38–40 °С;
- 5) выше 40 °С.

88. Можно ли направить на санаторно-курортное лечение пациента с эпилепсией:

- 1) да;
- 2) нет.

89. Применяется ли спелеотерапия у пациентов с бронхиальной астмой:

- 1) да;
- 2) нет.

90. Иловые сульфидные грязи образуются на дне:

- 1) пресных водоемов;
- 2) болот;
- 3) морей.

91. Гидротерапия - это:

- 1) применение природных минеральных вод с лечебными целями;
- 2) применение пресной воды с лечебной целью;
- 3) применение искусственной минеральной воды с лечебными целями.

92. Можно ли рассматривать гелиотерапию как вид климатотерапии:

- 1) да;
- 2) нет.

93. Какие физические свойства теплоносителей определяют их пригодность для теплечения:

- 1) высокая теплоемкость;
- 2) высокая теплопроводность;
- 3) высокая теплоудерживающая способность;
- 4) низкая теплопроводность;
- 5) низкая электропроводность.

94. Назовите противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение:

- 1) острый холецистит;
- 2) эпилепсия;
- 3) хронический бронхит;
- 4) беременность 20 недель (на климатический курорт);
- 5) активный туберкулез;
- 6) ишемическая болезнь сердца I-II ФК;
- 7) беременность 12 недель (на бальнеологический курорт).

95. Укажите температуру индифферентных водных процедур:

- 1) ниже 20 °С;
- 2) 20–35 °С;
- 3) 36–37 °С;
- 4) 38–40 °С;
- 5) выше 40 °С.

96. Укажите виды климатотерапии:

- 1) бальнеотерапия;
- 2) гелиотерапия;
- 3) гидротерапия;
- 4) аэротерапия;
- 5) талассотерапия;
- 6) спелеотерапия.

97. Назовите показания для спелеотерапии:

- 1) бронхиальная астма;
- 2) пневмосклероз;
- 3) истерия;
- 4) абсцесс легкого;
- 5) астматический бронхит;
- 6) гипертоническая болезнь I степени.

98. Укажите температуру прохладных водных процедур:

- 1) ниже 20 °С;
- 2) 20–35 °С;
- 3) 36–37 °С;
- 4) 38–40 °С;
- 5) выше 40 °С.

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1. – 2	21. – 1	41. – 2	61. – 2,4,5	81. – 1
2. – 1	22. – 1	42. – 1	62. – 3	82. – 3
3. – 2	23. – 1,2,5	43. – 2	63. – 2,4,5	83. – 1
4. – 2	24. – 3,4	44. – 1,3	64. – 1	84. – 2,4
5. – 2	25. – 3,4,5	45. – 5	65. – 4	85. – 1
6. – 1	26. – 4	46. – 1,2,4,5	66. – 2	86. – 3,5
7. – 3	27. – 2	47. – 2	67. – 1	87. – 2
8. – 1,2,3	28. – 2	48. – 1,4	68. – 1	88. – 2
9. – 1,2	29. – 1	49. – 1,3,5	69. – 2	89. – 1
10. – 6	30. – 2	50. – 2	70. – 1	90. – 3
11. – 2	31. – 1	51. – 1	71. – 1,3,4	91. – 2
12. – 1,2,3,4	32. – 3	52. – 1	72. – 2	92. – 1
13. – 1,2,4	33. – 2,4,5	53. – 1	73. – 1,2,3	93. – 1,3,4

14. – 1	34. – 4	54. – 2	74. – 1,3,4	94. – 1,2,5,7
15. – 1,2,4,5	35. – 1,2	55. – 1,3,4,6	75. – 1,3,5	95. – 3
16. – 1	36. – 4	56. – 2	76. – 1,2,3	96. – 2,4,5,6
17. – 2,3,4	37. – 3	57. – 1	77. – 3	97. – 1,5,6
18. – 1	38. – 1,4	58. – 3	78. – 2	98. – 2
19. – 1	39. – 2	59. – 2	79. – 1	
20. – 1	40. – 1	60. – 2	80. – 1,3	

ТЕМА 6. «Организация работы физиотерапевтического отделения. Техника безопасности».

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Одна условная единица - это:

1. Время, затраченное только на выполнение процедуры
2. Время, затраченное только на подготовку процедуры
3. Время, затраченное на подготовку и выполнение процедуры

2. На один физиотерапевтический аппарат положена площадь:

1. 8 м²
2. 6 м²
3. 10 м²

3. На гальваническую кухню положена площадь:

1. 10 м²
2. 12 м²
3. 8 м²

4. На ингаляторий положена площадь:

1. 10 м²
2. 12 м²
3. 15 м²

5. Пусковые щитки закрепляют на высоте:

1. 1,5 м от пола
2. 2 м от пола
3. 1,6 м от пола

6. Количество аппаратов в кабинете количеству выключателей на щитке должно:

1. Соответствовать
2. Не соответствовать

7. Пол в физиотерапевтическом отделении должен быть:

1. Деревянным или покрытым линолеумом
2. Цементным
3. Покрытым кафельной плиткой

8. Дополнительно экранируются по правилам следующие аппараты:

1. ИКВ-4
2. УВЧ-80 «Ундатерм»
3. УВЧ 300
4. «Ромашка»

9. Защитные очки применяют при:

1. УВЧ-терапии
2. Лазеротерапии
3. Инфракрасном облучении

10. В водолечебнице физиотерапевтические аппараты:

1. Располагать можно
2. Располагать нельзя

11. Инструктаж по технике безопасности проводится при:

1. Поступлении на работу и далее один раз в 2 года
2. Поступлении на работу
3. Поступлении на работу и далее ежегодно не менее 1 раза в год
4. Не менее 1 раза в 2 года

12. Медицинские сестры физиотерапевтического отделения (кабинета) имеют право обслуживать:

1. 2 несмежных кабинета
2. 2 смежных кабинета
3. 3 смежных кабинета

13. Надбавку к зарплате имеет медицинская сестра физиотерапевтического отделения (кабинета) при условии:

1. Выполнения ею менее 10 процедур УВЧ, СВЧ в смену
2. Выполнения ею 10 и более процедур УВЧ, СВЧ в смену

14. Кабинет для лазеротерапии должен иметь площадь:

1. Не менее 15 м²
2. Не менее 10 м²
3. Не менее 20 м²

15. Кушетки в ФТО и кабинетах обрабатывают:

1. 1 раз в день
2. 2 раза в день
3. После каждого больного
4. 1 раз в неделю

16. Маски для электросна обрабатывают:

1. Протираются спиртом
2. Протираются хлорамином
3. Кипячением

17. Прокладки из фланели обрабатывают:

1. Кипячением
2. Хлорамином
3. Спиртом
4. Не обрабатываются

18. Свинцовые электроды обрабатывают:

1. Протираются спиртом
2. Протираются хлорамином
3. Кипячением

19. Вакуумные стеклянные электроды от аппарата местной дарсонвализации обрабатывают:

1. Протираются спиртом
2. Протираются хлорамином
3. Кипячением

20. Кушетки в ФТО и кабинетах обрабатывают:

1. Протираются 1% раствором хлорамина двукратно после каждого больного с интервалом 15 мин.
2. Протираются 5% раствором хлорамина однократно после каждого больного
3. Протираются 1% раствором хлорамина однократно после каждого больного

21. Конденсаторные пластины от аппаратов УВЧ обрабатывают:

1. Спиртом
2. Моющим раствором
3. Кипячением

22. Резиновые коврики в водолечебнице обрабатывают:

1. Протиранием 3% раствором хлорамина
2. Протиранием 1% раствором хлорамина
3. Моют моющим раствором
4. Замачивают в 5% растворе хлорамина на 1 ч.

23. Как обрабатывают ванны в водолечебнице?

1. Промывают проточной водой, затем протирают 3% раствором хлорамина
2. Протирают 1% раствором хлорамина
3. Протирают ветошью с моюще-дезинфицирующими средствами типа «Блеск-2», «Санита», «Санитарный», смывают водой

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1. – 3	6. – 1	11. – 3	16. – 1	21. – 1
2. – 2	7. – 1	12. – 2	17. – 1	22. – 2
3. – 3	8. – 3	13. – 2	18. – 1	23. – 2
4. – 2	9. – 2	14. – 1	19. – 3	
5. – 3	10. – 2	15. – 2	20. – 2	

Обучающая задача по теме: «Организация работы физиотерапевтического отделения. Техника безопасности».

1. Во время ремонта реабилитационного отделения, Вам, старшей медицинской сестре, необходимо организовать временный физиотерапевтический кабинет. Подберите помещение, сделайте заявку на оборудование кабинета на основании отраслевого стандарта ОСТ 42-21-16-86 «ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапии, общие требования безопасности» и приказа МЗ от 21.12.84 №1440.

Ответ: При устройстве и оборудовании физиотерапевтического отделения (кабинета) должны быть соблюдены: техника безопасности, удобства для больных, нормальные условия работы персонала, приказ 21.12.84 №1440 (Приложение №4 «Положение об отделении (кабинете) физиотерапии лечебно-профилактического учреждения»).

По отраслевому стандарту ОСТ 42-21-16-86 «ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапии, общие требования безопасности» физиотерапевтическое отделение располагается на первых этажах. Аппаратурное оснащение, организационно-штатная структура и объем работы определяется коечной емкостью стационара или поликлиники.

Помещение выделяется не ниже 1 этажа. Оно должно быть сухим, теплым (+20 С), просторным (из расчета 6 кв.м на 1 аппарат), необходима приточно-вытяжная вентиляция, электропроводка скрытая, на высоте 1,6 м от пола устанавливается щит с рубильником, все металлические заземленные предметы ограждаются деревянными кожухами, стены на высоту 2 м покрываются масляной краской, полы покрываются линолеумом.

Аппаратура размещается строго по плану, утвержденному заведующим. По способу поражения электрическим током все аппараты делятся на 4 класса. Аппараты 01 и 1 класса имеют клеммы защитного заземления с внешним контуром здания. В аппаратах 2 класса установлена защитная изоляция кожуха, а аппараты 3 класса питаются от изолированного источника низкого напряжения. Необходимо проводить профилактический осмотр аппаратуры не реже 1 раза в 7 дней. Профилактический осмотр и ремонт проводит медтехник. Контроль за соблюдением осмотра и ремонта осуществляет медсестра данного

кабинета. Аппараты необходимо предохранять от пыли, сырости и перегрузок. Уход за аппаратурой входит в обязанности медсестры.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.

Вы заведующий здравпунктом. Во время рабочего дня, когда включены приборы электролечения, но при временном отсутствии пациентов, санитарка просит Вас разрешения провести влажную уборку. Ваши действия.

Задача №2

Во время работы в кабинете электролечения Вы услышали шум, взволнованная женщина просит Вас быстро отпустить процедуру, т.к. опаздывает на ЭКГ. Ваша тактика.

Задача №3

Ваша тактика, если Вы, проходя мимо физкабинета, увидели, что у м/сестру, прислонившуюся к включенному в сеть аппарату «Поток-1» отмечаются подергивания.

Задача №4

При проведении процедуры гальванизации по Вермелю, на месте наложения электродов Вы увидели небольшой расчес (укажите возможное место локализации расчеса). Ваши действия.

Задача №5

Пациент 67 лет во время процедуры гальванизации отмечает нечувствительность к воздействию постоянным током, увеличение силы тока не дало никаких результатов. Ваши действия.

Задача №6

После процедуры 0,5% новокаин-электрофореза, методика по Бергонье, пациентка отмечает зуд. Определите места вероятного зуда, причину и решите данную проблему.

Задача №7

Пациентка 15 лет, диагноз: острый бронхит, при проведении 5% кальция-электрофореза, отмечает неприятные ощущения во время процедуры, уменьшение силы тока не привело к улучшению. Ваши действия.

Задача №8

Во время процедуры гальванизации пациент чихнул, позвал Вас, т.к. резко появилось сильное жжение под электродами. Ваши действия.

Задача №9

Пациентке назначены гальванические «трусы» по Щербак, на месте наложения электродов большая выступающая родинка. Укажите вероятное место расположения родинки. Ваши действия.

Задача №10

Определите место наложения электродов при проведении 1% йод-электрофорез по Бургиньону.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ и комментарии к ним

Тема: «Техника безопасности при работе в ФТО».

Задача №1.

Согласно технике безопасности влажная уборка проводится после отключения всей аппаратуры от сети или за 30 минут до включения. Уборка не разрешена.

Задача №2.

Необходимо успокоить женщину и отправить её на ЭКГ. Проведенная до обследования процедура электролечения, может повлиять на результаты ЭКГ.

Задача №3

Электротравма. Первая помощь: отключить рубильник, привести в сознание. В тяжелых случаях: начать искусственное дыхание рот в рот и закрытый массаж сердца, легкий массаж, укутывание пострадавшего, сладкий чай, в/м кофеина 20% 1мл, или 20% раствор камфоры, 2-3 мл. При ожоге: обработать спиртом, наложить сухую асептическую повязку. Обеспечит 100% госпитализацию.

Задача №4

Методика по Вермелю – общая гальванизация. Электроды накладываются в межлопаточной области и на задней поверхности голени. На место расчеса наложить резиновый лоскут. Провести процедуру.

Задача №5

Нечувствительность к электрическому току является противопоказанием к данному лечению. Процедуру отменить и направить к врачу.

Задача №6

Методика Бергонье (полумаска) – электрофорез области лица. Электроды накладываются на пораженной половине лица (трехлопастный электрод) и на противоположном плече. Возможно причина возникновения зуда неправильное использование и обработка гидрофильных прокладок. (Правила эксплуатации гидрофильных прокладок).

Задача № 7

Возможна непереносимость электрического тока, что является противопоказанием к данному лечению. Процедуру отменить и направить к врачу.

Задача № 8

Такая реакция возможна при контакте электродов с кожей пациента. Отключить аппарат, поправить гидрофильные прокладки, электроды, зафиксировать и продолжить процедуру. Во время процедуры, нельзя двигаться, чтобы не сдвинуть электроды.

Задача №9

«Трусы» по Щербак – гальванизация трусиковой зоны. Один электрод – в пояснично-крестцовой области, два других - на передней поверхности верхней

половины бедер. На место родинки наложить резиновый лоскут. Провести процедуру.

Задача №10

Методика по Бургиньону – глазнично-затылочная. Катод на глаза (с 1% йода), анод на область верхних шейных позвонков.

ТЕМА 7. Санаторно-курортное лечение. Виды санаторно-курортного лечения. Общее и специальное физиологическое воздействие санаторно-курортного лечения на организм человека.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

1. Курорт - это:

1. Местность, на территории которой имеются природные лечебные факторы (минеральные воды, целебный климат, лечебные грязи)
2. Территория, на которой имеются санатории
3. Местность, на территории которой имеются природные лечебные факторы (минеральные воды, целебный климат, лечебные грязи), а также необходимые для санаторно-курортного лечения учреждения и сооружения

2. Курорты классифицируют по:

1. Количеству имеющихся санаторно-курортных организаций
2. Наличию на курорте природных лечебных факторов
3. Коечному фонду имеющихся на курорте санаториев
3. На бальнеолечебных курортах основу лечения составляет:
 1. Наружное и внутреннее применение природных минеральных вод
 2. Только наружное применение минеральных вод
 3. Только внутреннее применение минеральных вод

4. На климатолечебных курортах:

1. Имеются источники лечебных грязей (пелоидов)
2. Отсутствуют источники лечебных грязей (пелоидов)
5. Медицинский профиль санатория:
 1. Зависит от имеющихся на курорте природных лечебных факторов
 2. Не зависит от природных лечебных факторов
 3. Зависит только от специализации медицинского персонала санатория

6. Лечение больных в санатории осуществляют:

1. Природными лечебными факторами и медикаментозно в равном соотношении
2. Природными лечебными факторами и медикаментозно с преобладанием медикаментозной терапии
3. Преимущественно природными лечебными факторами

7. Медицинский отбор больных на санаторно-курортное лечение осуществляют:

1. Лечащий врач и заведующий отделением лечебно-профилактического учреждения (по месту работы или месту жительства больного)
2. Лечащий врач лечебно-профилактического учреждения (по месту работы или месту жительства больного)
3. Заведующий отделением лечебно-профилактического учреждения (по месту работы или месту жительства больного)
8. При прибытии в санаторий больной должен предъявить:

1. Поликлиническую медицинскую карту
2. Санаторно-курортную карту
9. Санаторно-курортная карта заполняется:

1. В поликлинике по месту жительства или в медсанчасти по месту работы больного
2. В санатории

10. Наличие заболевания (любого) в острой стадии:

1. Не является противопоказанием к направлению на санаторно-курортное лечение
2. Является противопоказанием к направлению на санаторно-курортное лечение

№ вопроса	Эталон ответа	№ вопроса	Эталон ответа
1.	3	6.	3
2.	2	7.	1
3.	1	8.	2
4.	2	9.	1
5.	1	10.	2

Критерии оценивания

А) За входное тестирование:

Оценка «отлично» - 5 баллов

Оценка «хорошо» - 4 баллам

Оценка «удовлетворительно» соответствует 3 баллам

Оценка «неудовлетворительно» - 2 баллам

Б) За устный опрос на практическом занятии:

Оценка «отлично» – 5 баллов

Оценка «хорошо» - 4 баллам

Оценка «удовлетворительно» соответствует 3 баллам

Оценка «неудовлетворительно» - 2 баллам

В) За решение ситуационных задач:

Оценка «отлично» – 5 баллов

Оценка «хорошо» - 4 баллам

Оценка «удовлетворительно» соответствует 3 баллам

Оценка «неудовлетворительно» - 2 баллам

3 МОДУЛЬ. Физическая реабилитация

Форма текущего контроля успеваемости:

1. Входной контроль по тестовым заданиям

2. Устный опрос

3. Решение ситуационной задачи

Темы 3 модуля:

1. Основы лечебной физической культуры (ЛФК) и массажа. Классификация физических упражнений в ЛФК. Дозировка и критерии величин нагрузки в ЛФК. Массаж. Приемы и техника классического, гигиенического, лечебного, реабилитационного массажа.
2. Методика ЛФК и массажа при заболеваниях нервной системы.
3. Методика ЛФК при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и роль ЛФК в их профилактике.

ТЕМА 1. Основы лечебной физической культуры (ЛФК) и массажа. Классификация физических упражнений в ЛФК. Дозировка и критерии величин нагрузки в ЛФК. Массаж. Приемы и техника классического, гигиенического, лечебного, реабилитационного массажа.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

001. Лечебная физкультура - это
- а) лечебный метод
 - б) научная дисциплина
 - в) медицинская специальность
 - г) составная часть реабилитационного процесса
 - д) все перечисленное
002. Понятию лечебной физкультуры соответствуют термины
- а) физическая реабилитация
 - б) кинезотерапия
 - в) рефлексотерапия
 - г) механотерапия
 - д) правильно а) и б)
003. Для лечебной физкультуры характерны все перечисленные черты, исключая
- а) активность больного в процессе лечения
 - б) метод специфической терапии
 - в) метод естественно-биологического содержания
 - г) метод патогенетической терапии
 - д) метод общетренирующей терапии
004. Общая физическая нагрузка - это
- а) нагрузка, обязательно включающая в активную деятельность все мышечные группы
 - б) нагрузка, частично охватывающая группы мышц, но с напряженной работой
 - в) и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
005. Местная физическая нагрузка - это
- а) специальная нагрузка направленного действия
 - б) нагрузка, охватывающая определенную группу мышц
 - в) нагрузка, чередующаяся с общей нагрузкой и используемая по типу - от здоровых участков к поврежденным
 - г) все перечисленное
006. Метод лечебной физкультуры - это
- а) метод патогенетической терапии
 - б) метод профилактической терапии
 - в) метод функциональной терапии
 - г) все перечисленное
 - д) только б) и в)
007. Действия врача лечебной физкультуры при первичном осмотре включают все перечисленное, кроме
- а) подбора лекарственных средств
 - б) ознакомления с диагнозом заболевания
 - в) проведения функциональной пробы
 - г) определения двигательного режима
 - д) подбора средств ЛФК и их дозировка
008. К средствам лечебной физкультуры не относится
- а) режим приема медикаментов
 - б) физические упражнения
 - в) настольные игры
 - г) массаж
 - д) гимнастика йогов
009. При назначении ЛФК врач обязан
- а) определить диагноз
 - б) уточнить лечебные задачи
 - в) подобрать средства медикаментозного лечения
 - г) провести дополнительные исследования
 - д) провести исследование функционального состояния и физической подготовленности больного
010. Средствами лечебной физкультуры решаются все перечисленные задачи, кроме
- а) повышения неспецифической сопротивляемости организма
 - б) замещения недостающих гормонов
 - в) восстановления нарушенного объема движений

- г) компенсации недостаточности дыхания
- д) стимуляции экстракардиальных факторов кровообращения

011. Преимущественными методами проведения ЛФК в детской клинике являются

- а) самостоятельный метод
- б) групповые занятия ЛФК
- в) спортивные соревнования
- г) механотерапия
- д) игровой метод

012. Методические принципы применения физических упражнений у больных основаны на всем перечисленном, кроме

- а) постепенности возрастания физической нагрузки
- б) системности воздействия
- в) регулярности занятий
- г) применения максимальных физических нагрузок
- д) доступности физических упражнений

013. В лечебной физкультуре используют все перечисленные виды бега, кроме

- а) ритмичного, спокойного
- б) легкоатлетического
- в) трусцой непрерывного
- г) трусцой, перемежающегося с ходьбой

014. Проведение утренней гигиенической гимнастики и процедуры лечебной гимнастики в лечебной физкультуре может быть осуществлено всеми перечисленными методами, за исключением

- а) раздельного метода
- б) спортивно-прикладного метода
- в) поточного метода
- г) смешанного метода

015. К видам физических упражнений в воде, целесообразным в лечебной физкультуре, не относятся

- а) свободные гимнастические
- б) упражнения у поручня
- в) упражнения с усилием
- г) упражнения с легкими предметами и плавание д) ныряние

016. Допустимый в лечебной физкультуре угол подъема на терренкуре составляет

- а) до 25°
- б) до 40°
- в) до 60°
- г) до 70°

017. В клинике внутренних болезней лечебная физкультура используется во всех перечисленных формах, кроме

- а) мануальной терапии
- б) утренней гимнастики
- в) лечебной гимнастики
- г) элементов спортивных упражнений
- д) игр

018. Лечебная гимнастика имеет все следующие разделы процедур, кроме

- а) вводного
- б) тренирующего и щадящего
- в) основного
- г) заключительного

019. К спортивно-прикладным формам лечебной физкультуры в стационаре относятся все перечисленные, кроме

- а) ходьбы
- б) дозированного бега
- в) элементов спортивных игр
- г) настольного тенниса
- д) терренкура

020. Общие противопоказания в лечебной физкультуре включают все перечисленное, кроме

- а) гипостатической пневмонии и острого инфаркта миокарда
- б) кровотечения
- в) высокой температуры тела
- г) метастазирующих опухолей

021. К методам проведения лечебной гимнастики относятся все перечисленные, кроме

- а) индивидуального метода
- б) группового метода
- в) соревновательного метода
- г) самостоятельного метода
- д) малогруппового метода

022. К методическим приемам дозирования физических нагрузок в лечебной физкультуре относятся все перечисленные, кроме

- а) плотности нагрузки до 80%
- б) длительности процедуры

- в) плотности нагрузки до 100%
 - г) изменения исходных положений
 - д) темпа упражнений
023. Физическая реабилитация включает все перечисленное, кроме
- а) назначения двигательного режима
 - б) элементов психофизической тренировки
 - в) занятий лечебной гимнастикой
 - г) интенсивных физических тренировок
 - д) трудоустройства больного
024. К видам гимнастических упражнений относятся все перечисленные, кроме
- а) гребли и волейбола
 - б) наклонов туловища в сторону
 - в) подъема рук вверх
 - г) упражнений на гимнастической стенке
025. Формами лечебной физкультуры не являются
- а) утренняя гигиеническая гимнастика
 - б) физические упражнения и массаж
 - в) дозированная ходьба
 - г) механотерапия
026. Возможны следующие двигательные режимы в стационаре
- а) щадящий
 - б) постельный и палатный
 - в) переходный
 - г) свободный
 - д) правильно б) и г)
027. Характеристика физических упражнений по анатомическому признаку включает
- а) упражнения для мелких мышечных групп
 - б) упражнения для средних мышечных групп
 - в) упражнения для крупных мышечных групп
 - г) упражнения для тренировки функции равновесия
 - д) правильно а), б), в)
028. К упражнениям для мелких мышечных групп относятся
- а) упражнения для мышц лица
 - б) упражнения для мышц кисти, стопы
 - в) упражнения для мышц плечевого пояса
 - г) упражнения для мышц голени
 - д) правильно а) и б)
029. К упражнениям для средних мышечных групп не относятся упражнения
- а) для мышц шеи
 - б) для мышц предплечья и ягодичных мышц
 - в) для мышц голени
 - г) для мышц плечевого пояса
030. К упражнениям для крупных мышечных групп не относятся упражнения а) для мышц туловища
- б) для мышц ног
 - в) для мышц рук и плечевого пояса
 - г) для мышц плечевого пояса
 - д) комбинированные
031. К двигательным режимам в санатории относятся
- а) палатный
 - б) щадящий и щадяще-тренирующий
 - в) свободный
 - г) тренирующий
 - д) правильно б) и г)
032. Щадящий двигательный режим не назначается отдыхающим санатория
- а) с острыми респираторными инфекциями и обострением ишемической болезни сердца
 - б) перенесшим острые заболевания до поступления в санаторий
 - в) органическими заболеваниями внутренних органов с выраженной функциональной недостаточностью
 - г) органическими заболеваниями нервной системы
- и опорно-двигательного аппарата с болевым синдромом при движениях
033. Щадящий двигательный режим предусматривает объем двигательной активности
- а) 10-8 ч в сутки
 - б) 8-6 ч в сутки
 - в) 6-4 ч в сутки
 - г) 3-4 ч в сутки
 - д) 1-2.чвсутки
034. К формам лечебной физкультуры на щадящем двигательном режиме не относятся

- а) бег трусцой и велотренинг
- б) лечебная гимнастика
- в) дозированная ходьба
- г) малоподвижные игры

035. Щадяще-тренирующий двигательный режим не назначается отдыхающим санатория

- а) с органическими заболеваниями внутренних органов, физически неподготовленным
- б) инвалидам по заболеваниям опорно-двигательного аппарата
- в) после освоения физических нагрузок щадящего режима движений
- г) при обострении хронических заболеваний
- д) с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата с функциональной недостаточностью

036. Щадяще-тренирующий двигательный режим предусматривает объем двигательной активности

- а) 10-8 ч в сутки
- б) 8-6 ч в сутки
- в) 6-4 ч в сутки
- г) 3-4 ч в сутки
- д) 1-2 ч в сутки

037. К формам ЛФК на щадяще-тренирующем двигательном режиме относятся все перечисленные, кроме

- а) утренней гигиенической гимнастики
- б) бега трусцой
- в) занятий на механоаппаратах и тренажерах
- г) лечебной гимнастики
- д) спортивно-прикладных форм ЛФК циклического характера, кроме бега

038. Тренирующий двигательный режим назначается отдыхающим санатория, кроме лиц

- а) с начальными формами заболевания
- б) физически подготовленных
- в) освоивших щадяще-тренирующий режим
- г) старческого возраста
- д) молодого и среднего возраста с хроническими заболеваниями в удовлетворительном функциональном состоянии

039. Тренирующий двигательный режим предусматривает объем двигательной активности

- а) 2-3 ч в сутки
- б) 3-4 ч в сутки
- в) 5-6 ч в сутки
- г) 6-8 ч в сутки
- д) 8-10 ч в сутки

040. К формам ЛФК на тренирующем двигательном режиме относятся все перечисленные, кроме

- а) терренкура
- б) лечебной гимнастики
- в) соревнований по видам спорта
- г) спортивно-прикладных упражнений
- д) спортивных игр

041. Целесообразная протяженность маршрутов ходьбы на щадящем и щадяще-тренирующем двигательных режимах для однократной прогулки

- а) 200 м
- б) от 200 до 400 м
- в) от 500 до 3 000 м
- г) от 4 000 до 5 000 м
- д) свыше 5 000 м

042. К тренажерным устройствам, развивающим общую выносливость организма, относятся

- а) диск здоровья
- б) велотренажер
- в) батут
- г) движущая дорожка (тредмил) и тренажер "Гребля"
- д) правильно б) и г)

043. К основным методам физической тренировки на тренажерных устройствах в ЛФК относятся все перечисленные, исключая

- а) равномерный
- б) скоростной
- в) переменный и интервальный
- г) непрерывный с субмаксимальной мощностью
- д) правильно б) и г)

044. Тренажерные устройства общего действия наиболее показаны при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) заболеваний сердечно-сосудистой системы в стадии компенсации кровообращения
- б) заболеваний сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации кровообращения
- в) хронических неспецифических заболеваний органов дыхания (с дыхательной недостаточностью не выше 1-й степени), ожирения
- г) травм опорно-двигательного аппарата с ограничением движений в верхних и нижних конечностях
- д) правильно б) и г)

045. Дозирование нагрузки на велотренажере у больных осуществляется всем перечисленным, кроме

- а) скорости вращения педалей
- б) продолжительности велотренировки
- в) мощности нагрузки в ваттах

г) энергетических затрат в килокалориях в минуту

046. Мощность тренирующей нагрузки в основном периоде велотренировки в процентах от порогового уровня (толерантности) составляет

- а) 20-30%
- б) 30-40%
- в) 40-50%
- г) 50-70%
- д) 80-100%

047. Наибольшая мощность нагрузки при работе на велотренажере в режиме возрастающей непрерывной нагрузки у больного с толерантностью 100 ватт составляет

- а) до 25 Вт
- б) до 50 Вт
- в) до 75 Вт
- г) до 100 Вт

048. Скорость ходьбы и бега, используемая для больных на тренажерном устройстве "Движущаяся дорожка"

- а) до 4 км/ч
- б) до 7 км/ч
- в) до 10 км/ч
- г) до 12 км/ч
- д) до 14 км/ч

049. Гимнастический тренажер "Здоровье" не тренирует

- а) выносливость и скорость
- б) силу мышц рук и плечевого пояса
- в) гибкость
- г) силу мышц брюшного пресса
- д) все перечисленное

050. На тренажере "Здоровье" не выполняются следующие физические упражнения

- а) динамические
- б) на равновесие и дыхательные упражнения
- в) изометрические упражнения
- г) упражнения с усилием

051. Дозирование физической нагрузки на тренажере "Здоровье" проводится по всем перечисленным показателям, кроме

- а) времени работы
- б) количества подходов к снаряду
- в) количества упражнений
- г) степени усилия мышц

052. Занятия на гимнастическом тренажере "Здоровье" не показаны больным

- а) с заболеваниями опорно-двигательного аппарата
- б) с заболеваниями мышечной системы
- в) с психическими заболеваниями и при язвенной болезни в фазе обострения
- г) с ожирением

053. Упражнения на механоаппаратах локального действия назначаются больным

- а) с заболеваниями нервной системы
- б) с заболеваниями внутренних органов
- в) с заболеваниями суставов с ограничением подвижности и при травме опорно-двигательного аппарата в постиммобилизационном периоде
- г) с ожирением

054. Показаниями к занятиям физическими упражнениями на механоаппаратах локального действия являются все перечисленные, за исключением

- а) ишемической болезни сердца
- б) артритов в остром периоде заболевания
- в) деформирующего артроза с выраженным болевым синдромом
- г) переломов трубчатых костей до консолидации отломков
- д) правильно а) и б)

055. Степень активности динамических упражнений у больного определяется

- а) задачами лечения
- б) состоянием больного и возрастом его
- в) характером заболевания или повреждения
- г) созданием адекватной нагрузки
- д) все ответы правильны

056. Для облегчения выполнения активных упражнений используется все перечисленное, кроме

- а) горизонтальных скользящих плоскостей
- б) наклонных скользящих плоскостей
- в) статического усилия
- г) роликовых тележек
- д) различных подвесов, устраняющих силу трения в момент активного движения

057. Для усиления мышечной нагрузки при выполнении активных движений используется все перечисленное, кроме

- а) движения с амортизатором
- б) сопротивления, оказываемого инструктором
- в) сопротивления, оказываемого самим больным

- г) напряжения мышц сгибаемой или разгибаемой конечности
- д) идеомоторных упражнений

058. Дозированное сопротивление при выполнении активных движений не может осуществляться

- а) в начале упражнения
- б) в середине упражнения
- в) в конце упражнения
- г) перед выполнением упражнения или сразу после выполнения упражнения

059. Пассивными называют упражнения, выполняемые

- а) с помощью инструктора без волевого усилия больного
- б) самим больным с помощью здоровой руки или ноги
- в) с незначительным активным движением и волевым усилием со стороны больного
- г) с посторонней помощью при выраженном волевом усилии больного
- д) правильно а) и б)

060. Пассивные упражнения назначают преимущественно

- а) для улучшения лимфообращения
- б) для улучшения кровообращения
- в) лечения тугоподвижности в суставах, а также при парезах и параличах конечностей
- г) улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой системы

061. Гимнастические упражнения подразделяются по видовому признаку (характеру) на все перечисленные, за исключением

- а) порядковых
- б) подготовительных
- в) корригирующих
- г) на координацию
- д) на тренажерах

062. Упражнения на равновесие можно усложнять путем

- а) изменения скорости движения
- б) уменьшения площади или подвижности опоры
- в) выключения зрительного анализатора
- г) использования предметов и снарядов
- д) всего перечисленного

063. Упражнения на равновесие и координацию движений являются специальными у всех перечисленных больных, кроме

- а) больных с вертебробазилярной недостаточностью
- б) больных с болезнью Миньера
- в) больных с нарушениями мозгового кровообращения
- г) больных с неврозами и психопатиями
- д) больных с опущением внутренних органов

064. Целью корригирующих упражнений для позвоночника является все перечисленное, кроме

- а) укрепления мышц туловища
- б) укрепления преимущественно мышц разгибателей
- в) коррекции позвоночника в направлении противоположном патологическому искривлению
- г) развития статической и динамической функции позвоночника и грудной клетки
- д) развития выносливости

065. Показанием для применения корригирующих упражнений является все перечисленное, за исключением

- а) заболевания желудка
- б) искривления позвоночника
- в) деформации грудной клетки
- г) нарушения осанки
- д) плоскостопия

066. Упражнения с сопротивлением позволяют воздействовать на мышечные группы

- а) сгибателей
- б) разгибателей
- в) отводящих мышц
- г) приводящих мышц
- д) всех перечисленных групп мышц

067. После упражнений в сопротивлении необходимо применять

- а) висы и упоры
- б) тренажеры
- в) дыхательные упражнения и упражнения на расслабление мышечных групп
- г) метания
- д) правильно б) и г)

068. К наиболее усложненному виду упора относится упор кистями

- а) о рейки на уровне плеч
- б) о рейку на уровне груди
- в) о спинку кровати
- г) о сидение стула
- д) на уровне пола

069. Упражнения в метании большими мячами по сравнению с маленькими мячами для больных

- а) труднее
б) одинаково трудны
в) легче
г) предъявляют меньше требований к координации движений
д) правильно в) и г)
070. Порядковые упражнения в лечебной физкультуре
а) служат организации групповых занятий
б) имеют воспитательное значение
в) дают небольшую физическую нагрузку
г) способствуют развитию навыка к выполнению коллективных упражнений
д) все перечисленное
071. Основными показаниями к назначению физических упражнений в воде являются все перечисленные, кроме
а) хронических болезней кожи
б) заболеваний опорно-двигательного аппарата
в) заболеваний внутренних органов при удовлетворительном функциональном состоянии
г) заболеваний нервной системы
д) гипокинезии
072. Противопоказания к назначению физических упражнений в воде являются все перечисленные, исключая
а) острые и хронические заболевания кожи
б) вертебро-базилярную недостаточность с потерей сознания в анамнезе
в) выраженный болевой синдром
г) обострение хронических заболеваний
д) артриты и артрозы
073. При проведении лечебной гимнастики в воде применяются следующие виды физических упражнений
а) гимнастические активные и пассивные
б) игровые упражнения
в) упражнения с усилием и на расслабление
г) упражнения на вытяжение, на механотерапевтических аппаратах и с приспособлениями
д) все перечисленное
074. Температура воды в бассейне для занятий при заболеваниях внутренних органов должна составлять
а) до 20°
б) от 21° до 23°
в) от 24° до 26°
г) от 26° до 32°
д) выше 36°
075. Температура воды в бассейне для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и тугоподвижностью суставов должна составлять
а) 25-27°
б) 28-32°
в) 33-35°
г) 36-37°
д) 38-39°
076. Температура воды в бассейне при заболеваниях нервной системы с остаточными явлениями болевого синдрома и ограничением движений должна составлять
а) 23-25°
б) 26-37°
в) 28-32°
г) 33-35°
д) 36-37°
077. Температура воздуха при теплых воздушных ваннах должна быть
а) свыше 22°
б) 21-22°
в) 17-20°
г) 13-16°
д) ниже 13°
078. Температура воздуха при индифферентных воздушных ваннах должна быть
а) 26-25°
б) 24-23°
в) 22-21°
г) 20-17°
д) 16-13°
079. Температура воздуха при прохладных воздушных ваннах должна быть
а) 22-21°
б) 20-17°
в) 16-14°
г) 13-4°
д) ниже 4°
080. Температура воздуха при холодных воздушных ваннах должна быть

- а) 22-21°
- б) 20-17°
- в) 16-14°
- г) 13-4°
- д) ниже 4°

081. Температура воды при горячих водных процедурах должна быть

- а) свыше 40°
- б) 40-36°
- в) 35-34°
- г) 33-20°
- д) 19-17°

082. Температура воды при теплых водных процедурах должна быть

- а) 42-40°
- б) 40-36°
- в) 35-34°
- г) 33-20°
- д) 19-17°

083. Температура воды при индифферентных водных процедурах должна составлять

- а) 40-36°
- б) 35-34°
- в) 33-20°
- г) 19-17°
- д) 16-15°

084. Температура воды при прохладных водных процедурах должна быть

- а) 35-34°
- б) 33-20°
- в) 19-17°
- г) 16-15°
- д) ниже 15°

085. Температура воды при холодных водных процедурах должна быть

- а) 35-34°
- б) 33-20°
- в) 20-26°
- г) 25-20°
- д) ниже 20°

086. Удельная теплоемкость водяных паров больше теплоемкости сухого воздуха

- а) в 2 раза
- б) в 3 раза
- в) в 4 раза
- г) в 5 раз
- д) в 6 раз

087. Теплопроводность воды превышает теплопроводность воздуха

- а) в 1-9 раз
- б) в 9-14 раз
- в) в 15-19 раз
- г) в 20-24 раза
- д) в 25-30 раз

088. Наибольшая активность действия лучей солнечного спектра на организм человека

- а) ультрафиолетовое излучение
- б) фиолетовое излучение
- в) инфракрасное излучение
- г) красное и желтое излучение
- д) правильно а) и в)

089. К физиологическим механизмам, лежащим в основе закаливания солнечной радиацией, относятся

- а) непосредственное действие солнечной радиации
- б) гуморальное действие солнечных ванн
- в) рефлекторное действие солнечных ванн
- г) лечебное и профилактическое использование солнечной радиации
- д) все перечисленное

090. Показаниями для использования солнечной радиации с целью закаливания организма являются все перечисленные, за исключением

- а) рахита
- б) гиповитаминоза D, нарушения фосфорно-кальциевого обмена
- в) вялого заживления ран, язв
- г) костных переломов с замедленной консолидацией
- д) распространенных форм легочного туберкулеза

091. Противопоказаниями для использования солнечной радиации с целью закаливания организма являются

- а) злокачественные образования
- б) острые инфекционные заболевания

- в) острые заболевания почек и печени
- г) хроническая ишемическая болезнь сердца
- д) все перечисленное

Ответы:

01	д	31	д	61	д
02	д	32	а	62	д
03	в	33	г	63	д
04	а	34	а	64	д
05	б	35	г	65	а
06	г	36	в	66	д
07	а	37	б	67	в
08	а	38	г	68	д
09	д	39	г	69	д
10	б	40	в	70	д
11	д	41	в	71	а
12	г	42	д	72	д
13	б	43	д	73	г
14	б	44	д	74	г
15	д	45	а	75	д
16	а	46	г	76	а
17	а	47	в	77	в
18	б	48	б	78	б
19	д	49	а	79	г
20	а	50	б	80	а
21	в	51	б	81	б
22	в	52	в	82	б
23	д	53	в	83	б
24	а	54	б	84	д
25	б	55	д	85	а
26	д	56	в	86	д
27	д	57	д	87	д
28	д	58	г	88	д
29	б	59	д	89	д
30	г	60	в	90	д

Критерии оценивания

- 0–70% - 2 балла
- 71–79% - 3 балла
- 80–90% - 4 балла
- 91–100% - 5 баллов

Тема №2 Методика ЛФК и массажа при заболеваниях нервной системы.
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

Периоды реабилитации при инсультах

- а) ранний (до 2-х мес)
- б) поздний (после 2-х мес)
- в) госпитальный
- г) поликлинический
- д) правильно а) и б)

002. Возможны следующие нарушения двигательной функции при инсультах

- а) гемипарезы и гемиплегии
- б) тетрапарезы и тетраплегии
- в) монопарезы и монопараличи
- г) все перечисленное
- д) только а) и б)

003. Эффективность лечебной гимнастики при инсультах зависит

- а) от ранних сроков начала занятий
- б) от систематичности и длительности лечения
- в) от поэтапности построения лечебных мероприятий с учетом нарушенных функций, клинического течения заболевания
- г) от индивидуального подхода
- д) от всего перечисленного

004. Специальные упражнения при гемипарезах включают все перечисленные, кроме

- а) укрепления парализованных и расслабления спастически сокращенных мышц . б) укрепления мышечного корсета позвоночника
- в) улучшения координации в ходьбе
- г) развития компенсаторных двигательных навыков
- д) улучшения легочной вентиляции

005. Реабилитационный комплекс для снятия спастичности при инсультах включает

- а) лечение положением
б) точечный массаж
в) специальные упражнения лечебной физкультуры с использованием пассивных движений, упражнений на преодоление синкинезий
г) иглорефлексотерапию и аутогенную тренировку
д) все перечисленное
006. Двигательные расстройства при неврите лучевого нерва включают
а) боли в руке
б) парез кисти и паралич мышц-разгибателей предплечья и кисти
в) паралич мышц-сгибателей предплечья и кисти
г) нарушения чувствительности кожи
007. Оценка эффективности ЛФК у больных с невритом лучевого нерва определяется всем перечисленным, за исключением
а) динамики симптома свисающей кисти
б) амплитуды движений в суставах кисти и пальцев
в) силы мышц кисти (по данным динамометрии)
г) изменения чувствительности
008. Специальные физические упражнения для руки при неврите лучевого нерва включают
а) упражнения активные в суставах руки ,
б) упражнения пассивные в суставах кисти
в) идеомоторные упражнения
г) упражнения с помощью инструктора или с сопротивлением мышц руки
д) все перечисленные упражнения
009. При невритах периферических нервов конечностей применяется все перечисленное, кроме
а) лечения "положением" конечности
б) статических упражнений
в) упражнений на расслабление мышц
г) дыхательных упражнений
010. Лечебную гимнастику при невритах периферических нервов следует начинать
а) с 1-2 дня
б) с 6-7 дня
в) с 10 дня
г) с 14 дня
011. ЛФК при невритах периферических нервов оказывает все перечисленные действия, кроме
а) нервнотрофического
б) компенсаторного
в) стимулирующего
г) общеукрепляющего
д) антигистаминного
012. Наиболее эффективными видами упражнений при неврите лучевого нерва являются
а) гимнастические упражнения
б) прыжки
в) упражнения в воде
г) бег
д) правильно а) и в)
013. Двигательные расстройства при неврите локтевого нерва проявляются все перечисленным, в форме
а) снижения мышечной силы 3-5-го пальцев руки
б) положением кисти в виде "птичьей лапы"
в) "свисающей кисти"
г) болей в руке
д) мышечной атрофии
014. При неврите лицевого нерва применяются
а) лечение "положением" мимических мышц (лейкопластырные маски)
б) активные упражнения для мимической мускулатуры
в) упражнения на расслабление мышц лица
г) пассивные упражнения мышц лица
д) все перечисленные
015. Массаж при неврите лицевого нерва проводится
а) глубокой пораженной стороны
б) легкой пораженной стороны
в) растягивающий пораженной стороны
г) легкой пораженной стороны, здоровой стороны лица и воротниковой зоны
016. Противопоказаниями к ЛФК при невритах периферических нервов являются:
а) наличие парезов и параличей

- б) сильные боли в покое
- в) общее тяжелое состояние больного
- г) трофические нарушения тканей конечности
- д) правильно б) и в)

017. При поражении периферических нервов образуются нервно-мышечные контрактуры:

- а) разгибательные
- б) сгибательные
- в) приводящие
- г) отводящие
- д) все перечисленные

018. ЛФК при неврозах применяется с целью всего перечисленного, за исключением

- а) мобилизации воли больного к сознательному участию в лечении
- б) отвлечения от болезненных переживаний
- в) координации функции коры и подкорки
- г) восстановления функции внешнего дыхания
- д) создания нового динамического стереотипа в поведении

019. К реабилитационным мероприятиям при неврозах и психопатиях относятся

- а) физиотерапия
- б) активный и пассивный отдых
- в) лечебная гимнастика и массаж
- г) трудотерапия
- д) все Перечисленное

020. Лечебная гимнастика при неврозах оказывает

- а) общеукрепляющее действие
- б) выравнивает процессы возбуждения и торможения нервной системы
- в) улучшает трофику внутренних органов
- г) восстанавливает целесообразные условнорефлекторные связи и адекватные кортико-висцеральные взаимоотношения д) все перечисленное

021. Показаниями к назначению лечебной гимнастики

При неврозах и психопатиях являются все перечисленные, кроме

- а) астенических состояний
- б) острых психозов
- в) климакса
- г) невротического развития личности
- д) церебросклероза

022. Противопоказаниями к назначению лечебной гимнастики

при неврозах и психопатиях являются

- а) возраст свыше 60 лет
- б) острые лихорадочные состояния
- в) острые психические расстройства
- г) слабоумие
- д) правильно б) и в)

023. Интенсивность двигательного режима при неврозах и психопатиях определяются

- а) этиология психического расстройства
- б) степень астении нервной системы и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы
- в) характер нервно-психических расстройств
- г) давность заболевания

024. Специальные упражнения при неврозах направлены

- а) на улучшение мозговой гемодинамики
- б) на тренировку подвижности нервных процессов
- в) на тренировку равновесия, координацию движений
- г) на расслабление мышц (аутогенная релаксация)
- д) на все перечисленное

025. Целью включения аутогенной тренировки в процедуру лечебной гимнастики при неврозах является

- а) тренировка навыков саморегуляции мышечного тонуса
- б) снижение повышенного нервно-мышечного тонуса
- в) регулирование интенсивности физической нагрузки
- г) активизация внимания больного
- д) все перечисленное

026. Целью назначения корректирующих упражнений и массажа позвоночника при неврозах является все перечисленное, исключая

- а) восстановление сниженного тонуса разгибателей спины
- б) улучшение функционального состояния позвоночника
- в) развитие выносливости
- г) улучшение микроциркуляции паравертебральной зоны
- д) улучшения мозговой гемодинамики

027. Задачи тренировки больных неврозом с помощью аппарата с биологической обратной связью (компьютерные игры) предусматривает

- а) улучшение саморегуляции нервно-мышечной системы

- б) улучшение саморегуляции нервно-мышечной системы в диапазоне расслабления - напряжение
- в) активизацию внимания больного
- г) тренировку внимания
- д) все перечисленное

028. Характер физических упражнений у больных неврозами и психопатиями определяется преимущественно:

- а) физической подготовленностью
- б) возрастом больного
- в) степенью астении нервной системы
- г) функциональным состоянием кардиореспираторной системы
- д) характером нервно-психических расстройств и вариантом дезадаптации нервной системы

029. Особенности методики лечебной гимнастики у больных неврозом с преобладанием процессов возбуждения ЦНС включают

- а) активизацию больного, повышение возбудимости нервных процессов
- б) упражнения с направлением активности в русло, успокаивающее нервную систему
- в) включение элементов ритмической гимнастики
- г) включение элементов пластической гимнастики
- д) правильно б) и г)

030. К особенностям методики лечебной гимнастики у больных неврозом с преобладанием процессов торможения ЦНС относятся все перечисленные, кроме:

- а) общей активизации больного
- б) физические упражнения направлены на активность больного во вне, а не на себя
- в) физические упражнения направлены на активность больного на себя, а не во вне
- г) использование малоподвижных и компьютерных игр

031. К особенностям методики лечебной гимнастики у больных неврозом с преобладанием лабильности нервных процессов относятся

- а) активизация больного, использование в процедуре ритмической гимнастики
- б) физические упражнения, направленные на активность больного во вне, а не на себя
- в) тренировка саморегуляции нервно-мышечной системы
- г) использование упражнений с применением биологической обратной связи (компьютерные игры)
- д) правильно в) и г)

032. К особенностям методики лечебной гимнастики у больных неврозом с преобладанием инертности нервных процессов относятся все перечисленное, кроме:

- а) упражнений, тренирующих подвижность нервных процессов
- б) активных физических упражнений
- в) ритмической гимнастики
- г) китайской пластической гимнастики

033. Профилактика развития невроза предусматривает

- а) физическую тренировку и закаливание
- б) малоподвижный образ жизни
- в) охранительный режим
- г) отказ от умственной работы и социальной активности
- д) правильно а) и в)

034. К рекомендуемым видам физической активности для больных неврозами и психопатиями с преобладанием процессов торможения в ЦНС относятся все перечисленные, кроме:

- а) плавания
- б) ритмической гимнастики
- в) китайской пластической гимнастикой
- г) электронных и компьютерных игр

035. Рекомендуемыми видами физической активности для больных неврозом с преобладанием процессов возбуждения нервной системы являются все перечисленные, исключая:

- а) плавание
- б) ритмическую гимнастику
- в) китайскую пластическую гимнастику
- г) атлетическую гимнастику
- д) общеразвивающие упражнения

036. Показателями эффективности занятий лечебной физкультурой при неврозах и психопатиях не являются

- а) увеличение подвижности позвоночника
- б) редукция клинических синдромов
- в) уменьшение астении ЦНС
- г) повышение работоспособности

037. Методика лечебного массажа при неврозах и психопатиях зависит от всего перечисленного, исключая:

- а) сохранность памяти больного
- б) степень истощения ЦНС и нервно-мышечного аппарата
- в) вариант дезадаптации нервной системы
- г) клинический синдром заболевания

038. Основные средства восстановительного лечения больных с черепно-мозговой травмой включают:
- а) лечебную гимнастику
 - б) массаж
 - в) трудотерапию
 - г) физиотерапевтическое лечение
 - д) все перечисленное
039. Задачами раннего периода восстановительного лечения больных с черепно-мозговой травмой являются все перечисленные, за исключением:
- а) профилактики легочных и других осложнений
 - б) улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем
 - в) профилактики мышечных контрактур и тугоподвижности в суставах
 - г) профилактики трофических расстройств
 - д) восстановления силы мышц
040. Основные средства физической реабилитации больных в раннем периоде черепно-мозговой травмы включают все перечисленные, кроме :
- а) лечения "положением"
 - б) пассивных упражнений для конечностей
 - в) активных упражнений крупных мышечных групп туловища
 - г) вибрационного массажа мышц конечностей
 - д) дыхательных упражнений
041. Противопоказаниями к применению ЛФК в раннем периоде черепно-мозговой травмы являются:
- а) тяжелые расстройства дыхания и выраженная сердечно-сосудистая недостаточность
 - б) повышенное артериальное давление
 - в) низкое артериальное давление
 - г) вегетативные нарушения
 - д) правильно а) и в)
042. ЛФК у больных с черепно-мозговой травмой начинают применять
- а) в 1-е сутки
 - б) на 2-5-е сутки
 - в) через 7-10 дней
 - г) через 14 дней
043. Физические упражнения при черепно-мозговой травме оказывают
- а) тонизирующее действие
 - б) трофическое действие
 - в) нормализацию функций
 - г) формирование компенсаций нарушенных функций
 - д) все перечисленное
044. При черепно-мозговой травме возможны все перечисленные виды двигательных расстройств, кроме
- а) спастических параличей
 - б) вялых параличей
 - в) атаксии
 - г) гиперкинезов
045. У больных с черепно-мозговой травмой возможны все перечисленные виды патологических синкинезий движений, кроме
- а) глобальных
 - б) имитационных
 - в) координационных
 - г) ситуационных
046. К специальным упражнениям ЛФК у больных с черепно-мозговой травмой относятся
- а) пассивные
 - б) на расслабление
 - в) на координацию и на равновесие
 - г) дыхательные
 - д) все перечисленные
047. Задачами позднего периода восстановительного лечения при черепно-мозговой травме являются
- а) снижение мышечного гипертонуса и восстановление силы мышц
 - б) устранение патологических синкинезий
 - в) восстановление основных двигательных навыков
 - г) форсирование компенсаций утраченных функций
 - д) все перечисленное
048. К специальным упражнениям, применяемым в позднем периоде восстановительного лечения • при черепно-мозговой травме, относятся
- а) лечение "положением"
 - б) пассивные и активные упражнения
 - в) дыхательные упражнения
 - г) упражнения на расслабление мышц, на координацию и равновесие
 - д) все перечисленное
049. К основным видам пассивных упражнений, применяемым у больных с черепно-мозговой травмой при спастическом парезе конечностей, относятся все перечисленные, кроме:
- а) сгибания и наружной ротации плеча

- б) разгибания и супинации предплечья
- в) разгибания кисти и пальцев
- г) сгибания кисти и пальцев
- д) сгибания бедра, голени, тыльного сгибание стопы

050. Для снижения мышечного тонуса при спастических параличах используются следующие приемы массажа

- а) поверхностные поглаживания и вибрация
- б) глубокое поглаживание
- в) растирание
- г) разминание

051. Для укрепления мышц со сниженным тонусом используются следующие приемы массажа

- а) поверхностные и глубокое поглаживания
- б) растирание
- в) разминание
- г) вибрация
- д) все перечисленное

052. Ориентировочная длительность лечения "положением" (специальной укладки) больных со спастическими параличами составляет

- а) 25-50 мин
- б) 1-2.5 ч
- в) 3-5 ч
- г) до 24 ч

053. Основным условием выполнения дыхательных упражнений, способствующих снижению мышечного тонуса, является выполнение упражнений:

- а) на вдохе
- б) на выдохе
- в) при произвольном дыхании
- г) при Задержке дыхания

054. Лечебная физкультура при контузии и сотрясении головного мозга назначается

- а) с первого дня
- б) через 3-5 дней
- в) через 10-15 дней
- г) через 15-20 дней

055. К специальным упражнениям для повышения вестибулярной устойчивости у больных с поражением центральной нервной системы относятся все перечисленные, исключая:

- а) упражнения на координацию движений
- б) упражнения на равновесие
- в) дыхательные упражнения
- г) корригирующие упражнения
- д) упражнения в метании

056. Основными видами физических упражнений, применяемыми при спастических параличах, являются упражнения:

- а) в посылке импульсов к парализованным мышцам
- б) для паретичных мышц
- в) сближающие точки прикрепления мышц
- г) удаляющие точки прикрепления мышц (на растяжение и расслабление мышц)
- д) правильно б) и г)

057. К специальным физическим упражнениям у больных с контузией головного мозга и расстройством речи не относятся

- а) дыхательные упражнения
- б) корригирующие упражнения
- в) упражнения для языка, мимической мускулатуры лица г) упражнения в метании

058. К специальным физическим упражнениям при вестибулярной тренировке относятся

- а) упражнения для тренировки полукружных каналов и аппарата прибора
- б) упражнения на равновесие
- в) упражнения на координацию
- г) элементы пассивной тренировки
- д) все перечисленные

059. К упражнениям для тренировки полукружных каналов не относятся

- а) наклоны головы, туловища вперед, назад
- б) наклоны головы, туловища в сторону
- в) повороты головы, туловища в сторону
- г) прямолинейная ходьба и приседания

060. К упражнениям для тренировки отолитового аппарата относятся

- а) ходьба обычная и с ускорением
- б) повороты головы, туловища
- в) наклоны головы, туловища
- г) приседания
- д) правильно а) и г)

061. К упражнениям на равновесие в облегченных условиях относятся упражнения:

- а) на большой площади опоры или устойчивой площади опоры
- б) на узкой площади опоры

- в) на высокой площади опоры
г) выполнение упражнений с выключением зрения
062. К упражнениям на координацию относятся
а) метание в цель
б) упражнения в балансировании
в) гимнастические упражнения
г) элементы игры в баскетбол и волейбол
д) все перечисленное
063. Методические указания по проведению лечебной физкультуры включают
а) выполнение упражнений со страховкой и в медленном темпе
б) выполнение упражнений без страховки
в) исключить резкие наклоны, повороты головы, туловища
г) включить резкие наклоны, повороты головы, туловища
д) правильно а) и в)
064. Противопоказаниями к лечебной гимнастике у больных с миастенией являются все перечисленное, кроме:
а) тяжелых нарушений сердечной деятельности
б) респираторных кризов
в) повышения температуры тела
г) обострения сопутствующих хронических заболеваний
д) нарушений акта глотания
065. Задачами лечебной гимнастики при миастении не являются
а) профилактика легочных осложнений
б) улучшение функции кардиореспираторной системы
в) профилактика тромбозов и тромбоэмболии.
г) нормализация функции желудочно-кишечного тракта
д) все перечисленное
066. Лечебная гимнастика у больных с миастенией включает все перечисленные типы упражнений, кроме
а) дыхательных, статических и динамических
б) диафрагмального дыхания
в) упражнений с изменением положения тела
г) упражнений для мышц шеи, глаз, туловища
д) упражнений на длительное расслабление

Ответы:

1	д	24	д	47	д
2	г	25	д	48	д
3	д	26	в	49	г
4	д	27	д	50	а
5	д	28	д	51	д
6	б	29	д	52	б
7	г	30	б	53	б
8	д	31	д	54	в
9	б	32	г	55	г
10	а	33	а, в	56	д
11	д	34	в	57	г
12	д	35	б	58	д
13	в	36	а	59	г
14	д	37	а	60	г
15	г	38	д	61	а
16	д	39	д	62	д
17	д	40	в	63	д
18	г	41	д	64	д
19	д	42	б	65	д
20	д	43	д	66	д
21	б	44	б		
22	д	45	г		
23	б	46	д		

Критерии оценивания

- 0–70% - 2 балла
71–79% - 3 балла
80–90% - 4 балла
91–100% - 5 баллов

Тема №3 Методика ЛФК при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и роль ЛФК в их профилактике.
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Назовите показания к началу применения средств ЛФК у больных с острым инфарктом миокарда
 - а. Купирование болевого синдрома
 - б. Вторые-третьи сутки после начала заболевания
 - в. Появление признаков рубцевания на ЭКГ
 - г. Стабилизация клинического состояния
 - д. Купирование угрожающих жизни осложнений
 - е. Правильно: а,г,д
2. Назовите специальные упражнения лечебной гимнастики у больных острым инфарктом миокарда в первом периоде (первая ступень активности)
 - а. Упражнения на координацию и внимание
 - б. Повороты на бок
 - в. Упражнения для мелких и средних мышечных групп конечностей
 - г. Дыхательные упражнения с тренировкой диафрагмального дыхания
3. Назовите критерии начала тренировок в ходьбе у постинфарктных больных на стационарном этапе реабилитации
 - а. 5-7 день от начала реабилитации
 - б. 10-15 день от начала реабилитации
 - в. хорошее самочувствие пациента
 - г. 1) сроки : 6-10 день при I классе тяжести; 11-13 день при II классе тяжести; 10-15 день при III классе тяжести инфаркта миокарда. Во всех случаях на ЭКГ должны регистрироваться признаки рубцевания миокарда
4. Ко II функциональному классу тяжести больных в остром периоде инфаркта миокарда относятся следующие пациенты:
 - а. Инфаркт миокарда крупноочаговый, нетрансмуральный;
 - б. Осложнений нет или осложнения I группы;
 - в. Стенокардии нет или редкие приступы (не более 1 раза в сутки), не сопровождающиеся изменениями на ЭКГ;
 - г. Стенокардия 6 и более приступов в сутки
5. Ко II группе осложнений инфаркта миокарда относятся:
 - а. постоянная форма мерцательной аритмии
 - б. недостаточность кровообращения IIА стадии
 - в. пароксизмальные нарушения ритма за исключением пароксизмальной тахикардии
 - г. недостаточность кровообращения I стадии
6. К IV функциональному классу ХСН относятся пациенты, преодолевающие за 6 минут
 - а. ≤ 150 м
 - б. 151-300 м
 - в. 301-425 м
 - г. 426-550 м
7. Ко II функциональному классу ХСН относятся пациенты, показавшие в тесте 6-минутной ходьбы следующие результаты:
 - а. 426-550 м
 - б. 301-425 м
 - в. 151-300 м
 - г. ≤ 150 м
8. При проведении велоэргометрии больным ИБС II-го функционального класса мощность последней ступени нагрузки составляет
 - а 150 кгм/мин;
 - б 750 кгм/мин и выше;
 - в 300 – 450 кгм/мин;
 - г 450 – 600 кгм/мин
9. Длительный покой больного с инфарктом миокарда может привести:
 - а) к тахикардии
 - б) к застойной пневмонии
 - в) к тромбоэмболическим осложнениям
 - г) к развитию коронарных коллатералей
 - д) снижению систолического объема крови
10. В классификации по степени тяжести ишемической болезни сердца выделяют следующие функциональные классы:
 - а) стабильная и нестабильная стенокардия
 - б) стенокардия покоя и напряжения
 - в) I, II, III, IV функциональные классы
11. Основными формами интенсивных физических тренировок больных ишемической болезнью сердца является все перечисленное, за исключением:
 - а) ходьба и бега
 - б) занятий на тренажерах
 - в) гимнастических упражнений
 - г) ходьба на лыжах
 - д) занятий атлетической гимнастикой
12. Программа физической реабилитации больных ишемической болезнью сердца III функционального класса, включает все перечисленное, кроме:
 - а) лечебной гимнастики до 20 мин. с частотой сердечных сокращений 100-110 ударов в минуту
 - б) плавания в бассейне и бега трусцой
 - в) ходьбы в медленном темпе
 - г) облегченных бытовых нагрузок

13. Задачи физической реабилитации больных инфарктом миокарда на послебольничном этапе включают все перечисленное, исключая:
- а) неограниченную ходьбу по лестнице
 - б) тренировку кардиореспираторной системы
 - в) восстановление трудоспособности
 - г) повышение толерантности к физической нагрузке
14. Специальные упражнения лечебной гимнастики при гипертонической болезни I стадии включают все перечисленное, кроме:
- а) силовых упражнений
 - б) упражнений на координацию
 - в) упражнений для малых мышечных групп
 - г) упражнений на расслабление мышц
 - д) упражнений на вестибулярную тренировку
15. Задачи лечебной гимнастики при гипертонической болезни в первую половину курса лечения включают:
- а) мобилизацию и умеренную тренировку экстракардиальных факторов кровообращения
 - б) улучшение функции внешнего дыхания
 - в) улучшение окислительно-восстановительных процессов, снижения сосудистого тонуса
 - г) улучшение психо-эмоционального состояния больных
 - д) всё перечисленное
16. К специальным упражнениям для больных гипертонической болезнью относятся все перечисленные, за исключением:
- а) упражнений на расслабление
 - б) упражнений на координацию и внимание
 - в) дыхательных упражнений
 - г) упражнений для тренировки функции вестибулярного аппарата
 - д) упражнений с большой амплитудой движения для туловища и головы
17. При выполнении физических упражнений для больных гипертонической болезнью в первую половину курса лечения методические рекомендации предусматривают все перечисленное, исключая:
- а) темп медленный, средний
 - б) амплитуду движений возможную
 - в) свободного выполнения упражнений, без напряжения
 - г) выполнение упражнений в изометрическом режиме
 - д) резкие повороты, наклоны головы, туловища
18. Целью занятий лечебной гимнастикой перед операцией больным с врожденным пороком сердца с выраженной декомпенсацией кровообращения является все перечисленное, кроме:
- а) активизации дыхания
 - б) уменьшения венозного застоя
 - в) улучшения периферического кровообращения
 - г) обучения специальному дыханию в сочетании с движениями, которые применяются в послеоперационном периоде
 - д) тренировки сократительной функции сердца
19. В раннем послеоперационном периоде у больных с врожденным пороком сердца применяют все следующие упражнения, кроме:
- а) дыхательных
 - б) глубокого дыхания с откашливанием
 - в) движение пальцев рук и стоп
 - г) наклонов туловища
 - д) упражнений для средних мышечных групп
20. Средняя продолжительность процедуры лечебной гимнастики для больных с врожденными пороками сердца в послеоперационном периоде на палатном режиме составляет:
- а) 10-12 мин.
 - б) 13-15 мин.
 - в) 16-19 мин.
 - г) 20-25 мин.
 - д) 26-30 мин.
21. Показателями готовности детей к занятиям массовой физкультурой и спортом через 3 года после операции по поводу врожденного порока сердца являются все перечисленные, кроме:
- а) отсутствия жалоб в покое и при физической нагрузке
 - б) отсутствия патологии в лабораторных анализах крови и мочи
 - в) отсутствия отклонений электрокардиограмм в покое и при нагрузке
 - г) низкой толерантности к физическим нагрузкам
 - д) хорошего самочувствия
22. Задачи лечебной физкультуры при пороках сердца на постельном режиме направлены на все, кроме:
- а) улучшения периферического кровообращения и уменьшения венозного
 - б) увеличения коронарного кровотока
 - в) воспитания правильного полного дыхания с удлиненным выдохом
 - г) повышения физической работоспособности
 - д) профилактики тромбозов и эмболии
23. Для уменьшения гипертензии в малом круге кровообращения у больных с пороками сердца применяют следующие виды дыхательных упражнений:
- а) с удлиненным выдохом
 - б) с задержкой дыхания на вдохе
 - в) с задержкой дыхания на выдохе
 - г) диафрагмальное дыхание

д) правильно а) и г)

24. Для оценки функционального состояния сердечно -сосудистой системы используются все перечисленные тесты, кроме:

- а) пробы Руфье
- б) пробы Мастера
- в) пробы Мартине
- г) пробы Генчи

25. Возбуждение синусового узла отражают на ЭКГ:

- а) зубец Р
- б) не отражают
- в) ORS
- г) P-Q
- д) Q-T

26. Допустимая продолжительность зубца Р при нормальной частоте сердечных сокращений составляет:

- а) 0,04-0,08
- б) 0,05-0,09
- в) 0,06-0,10
- г) 0,07-0,10
- д) 0,08-0,12

27. Допустимая продолжительность зубца Q при нормальной частоте сердечных сокращений составляет:

- а) до 0,03
- б) до 0,04
- в) до 0,05
- г) до 0,06
- д) до 0,07

28. Допустимая продолжительность интервала P-Q при нормальной частоте сердечных сокращений составляет:

- а) 0,09-0,18
- б) 0,10-0,19
- в) 0,11-0,20
- г) 0,12-0,20
- д) 0,12-0,22

29. Допустимая продолжительность комплекса QRS при нормальной частоте сердечных сокращений составляет:

- а) 0,04-0,08
- б) 0,08-0,09
- в) 0,06-0,11
- г) 0,08-0,12

30. Соотношение высоты зубцов R в 1-м, 2-м, 3-м стандартных отведениях при отклонении электрической оси сердца влево составляет:

- а) $R1 > R2 > R3$
- б) $R3 > R2 > R1$
- в) $R2 > R1 > R3$
- г) $R1 = R2 = R3$
- д) $R2 < R1 > R3$

31. Величина угла альфа при нормальном положении электрической оси сердца составляет:

- а) от 90- до 0
- б) от 0 до +30
- в) от +30 до +70
- г) от +70 до +90
- д) от +90 до +180

32. К особенностям ЭКГ у детей относятся все перечисленное, кроме:

- а) синусовой тахикардии
- б) синусовой брадикардии
- в) высокого зубца Р
- г) высокого зубца Q
- д) укороченная продолжительности зубца Р, комплекса QRS и интервала P-Q

33. К неблагоприятным изменениям показателей ЭКГ во время и после физических нагрузок не относятся:

- а) снижение вольтажа зубцов R и T в большинстве отделений
- б) одностороннее изменение амплитуды зубцов R и T
- в) появление аритмий
- г) изменение функции автоматизма
- д) изменение функции проводимости

34. Реабилитацию при неосложненном инфаркте миокарда следует начинать:

- а) с первых суток от возникновения инфаркта
- б) с первой недели от возникновения инфаркта
- в) с третьей недели от возникновения инфаркта
- г) с четвертой недели от возникновения инфаркта
- д) с шестой недели от возникновения инфаркта

35. Основными критериями определения функциональных классов больных ишемической болезнью сердца является все перечисленное, кроме:

- а) частоты приступов стенокардии

- б) толерантности к физической нагрузке
- в) клинического анализа крови
- г) степени недостаточности кровообращения
- д) степени нарушения коронарного кровообращения

36. Задачи физической реабилитации больных с инфарктом миокарда на больничном этапе включают:

- а) предупреждение осложнений постельного режима
- б) улучшение периферического кровообращения и дыхания
- в) подготовку к вставанию и ходьбе, обучению ходьбе по лестнице
- г) подготовку к самообслуживанию
- д) все перечисленное

37. К видам физической активности больных инфарктом миокарда на послебольничном этапе относятся все перечисленное, кроме:

- а) выполнение лечебной гимнастики 30-40 мин.
- б) интенсивных физических тренировок с элементами спортивных игр
- в) дозированных тренировок на велоэргометре
- г) ходьба по ровной местности на 3-5 км. и более
- д) подъем по лестнице на 2-5 этаж

38. Специальные упражнения лечебной гимнастики при гипертонической болезни I стадии включают все перечисленное, кроме:

- а) силовых упражнений
- б) упражнений на координацию
- в) упражнений для малых мышечных групп
- г) упражнений на расслабление мышц
- д) упражнение на вестибулярную тренировку

39. Клинико-физиологическое обоснование лечебной физкультуры при гипертонической болезни предусматривает:

- а) уравнивание процессов возбуждения и торможения
- б) координацию функций важнейших органов и систем, вовлеченных в патологический процесс
- в) снижение общего периферического сопротивления
- г) активизацию противосвертывающей системы крови
- д) все перечисленное

40. Задачи лечебной гимнастики при гипертонической болезни во вторую половину курса лечения включают:

- а) тренировку экстракардиальных и кардиальных факторов кровообращения
- б) тренировку пластичности нервных процессов
- в) тренировку функции дыхательной системы
- г) выравнивание асимметрии в состоянии тонуса сосудов
- д) все перечисленное

41. Противопоказаниями к ЛФК у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей являются:

- а) прогрессирующий некроз тканей
- б) тромбоэмболия сосудов сердца и мозга
- в) боли в покое
- г) тромбоз артерий нижних конечностей
- д) правильно а) и б)

42. Показания к применению ЛФК при болезнях периферических сосудов являются:

- а) облитерирующий тромбангиит 1-3-й степени, ангиоспазм
- б) облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей 1-3-й степени, посттромбофлебитический синдром
- в) острый тромбофлебит
- г) облитерирующий тромбофлебит с мигрирующим флебитом
- д) правильно а) и б)

43. Задачи ЛФК у больных варикозным расширением вен и последствиями тромбофлебита глубоких вен предусматривают все перечисленное, исключая:

- а) развитие мышечной системы и повышение устойчивости при ходьбе
- б) улучшение венозного оттока из пораженных конечностей
- в) улучшение трофики тканей пораженных конечностей
- г) повышение тонуса мышц ног

44. К задачам лечебной физкультуры у больных с пороками сердца относятся все перечисленные, за исключением:

- а) повышения компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы
- б) расширения функциональной способности дыхательной системы
- в) улучшения нервно-психического состояния
- г) повышения физической работоспособности
- д) тренировки сердечно-сосудистой системы

45. Особенности методики лечебной физкультуры у больных с врожденными пороками сердца, гипертонией в малом круге кровообращения включают в себя все перечисленное, кроме:

- а) широкого применения нагрузочных упражнений
- б) ограничения нагрузочных упражнений и увеличения дыхательных упражнений
- в) уменьшения дыхательных упражнений
- г) применения упражнений, вызывающих кашель
- д) правильно б) и г)

46. Показателями готовности детей к занятиям массовой физкультурой и спортом через 3 года после операции по поводу врожденного порока сердца являются все перечисленные, кроме:

- а) отсутствия жалоб в покое и при физической нагрузке

- б) отсутствия патологии в лабораторных анализах крови и мочи
 - в) отсутствия отклонений электрокардиограмм в покое и при нагрузке
 - г) низкой толерантности к физическим нагрузкам
 - д) хорошего самочувствия
47. Длительный покой больного с инфарктом миокарда может привести:
- а. к тахикардии
 - б. к артериальной гипертензии
 - в. к тромбоэмболическим осложнениям
 - г. к развитию коронарных коллатералей
 - д. снижению систолического объема крови

48. Назовите признаки рубцовой стадии инфаркта миокарда
- а. наличие патологического Q
 - б. сегмент ST на изолинии
 - в. увеличение амплитуды R
 - г. стабилизация формы зубца T

49. Физическая реабилитации больных инфарктом миокарда включает следующие этапы:
- а. больничный
 - б. общий режим
 - в. послебольничный
 - г. поддерживающий

50. Задачи физической реабилитации больных инфарктом миокарда на больничном этапе:
- а. предупреждение осложнений постельного режима
 - б. улучшение периферического кровообращения и дыхания
 - в. подготовка к вставанию и ходьбе, обучение ходьбе по лестнице
 - г. подготовка к самообслуживанию

Ситуационные задачи.

1. Пациент К., 52 года. Страдает ишемической болезнью сердца I ФК в течение 2 лет. Приступы стенокардии возникают редко при больших физических нагрузках. результаты ВЭМ – пробы: нагрузка в 490 кгм/мин прекращена при достижении возрастного пульса - 168 уд./мин и при отсутствии жалоб. АД на высоте нагрузки – 148/64 мм рт.ст.

- а) определите максимальный и минимальный тренирующий пульс;
- б) определите рекомендуемую скорость ходьбы. (ПК-1, ПК-6, ПК-8)

2. Больной 53 лет. ИБС, трансмуральный передне-перегородочный инфаркт миокарда с распространением на верхушку и боковую стенку левого желудочка, острый период, НПА., 3 ФК. Двигательный режим – постельный. ЧСС покоя – 80 уд/мин. Назначить ЛФК. (ПК-6, ПК-8).

3. Пациент 43 года, жалобы на быструю утомляемость, плохой сон, периодически – головные боли. Из анамнеза: развивался нормально, перенесенные заболевания: ОРЗ, ангина, аппендэктомия. Наследственность: у матери артериальная гипертензия, у отца – стабильная стенокардия напряжения ПФК. Работает предпринимателем по 10 часов в сутки, иногда без выходных. Физкультурой занимается от случая к случаю (футбол). Вредные привычки отрицает. Объективно: нормостенического телосложения. АД 135/85 (изредка повышение до 145/90), ЧСС 80 в мин. Со стороны легких и сердца – без особенностей, живот мягкий, безболезненный. Данные ВЭМ : толерантность к физическо нагрузке 95 вт, толерантный пульс 152.

Данные функциональных проб : проба Штанге 35 с; проба Мартинэ-Кушелевского – астенический тип, время восстановления ЧСС 4,5 мин.

Укажите целевые параметры оздоровительной тренировки (характер физической нагрузки, продолжительность тренировки, интенсивность по ЧСС, кратность занятий в неделю). (ПК-1).

4. Пациент 60 лет, перенес острый инфаркт миокарда 3 месяца назад. Прошел стационарный и санаторно-курортный этапы реабилитации. Данные ВЭМ: исходное ЧСС 82 в мин, АД 140/85. При мощности нагрузки 50 вт возникла горизонтальная депрессия сегмента ST на 1,5 мм в отведении А и D по Нэбу (ЧСС в это время 136 в 1 мин, АД 155/90).

Субъективно на высоте нагрузки чувство сдавления за грудиной.

Ваши рекомендации по характеру и интенсивности (по ЧСС) физических нагрузок. (ПК-6, ПК-8).

5. Пациентка 62 лет. Диагноз: Хроническая сердечная недостаточность IV ФК (по тесту с 6-минутной ходьбой). Составьте программу физических тренировок. (ПК-6, ПК-8).

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТЫ

1	е	18	д	35	авгд
2	бвг	19	гд	36	д
3	г	20	в	37	б
4	б	21	г	38	а
5	бв	22	г	39	д
6	а	23	д	40	д
7	б	24	г	41	д
8	в	25	а	42	д
9	бв	26	в	43	а
10	в	27	а	44	г
11	д	28	г	45	авг
12	б	29	б	46	
13	а	30	д	47	д
14	а	31	в	48	абг
15	д	32	б	49	авг
16	абвг	33	ад	50	абвг
17	д	34	а		

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. а) 101-118; б) 111 шагов в мин.
2. Режим Iб. Упражнения дыхательные с тренировкой диафрагмального дыхания, упражнения для мелких и средних мышечных групп конечностей, и.п. лежа на спине или с приподнятым головным концом, нагрузка минимальная (ЧСС не более 95-100 уд/мин)
3. Нагрузки аэробного характера, продолжительностью 40-60 мин не менее 3 раз в неделю.
4. 104-114 уд/мин.
5. –дыхательные упражнения;
 - через 4 нед. – упражнения для мелких мышц конечностей;
 - через 8 недель – прогрессирующая ходьба;
 - через 12 недель – занятия на велотренажере с нулевой нагрузкой

Критерии оценивания

- 0–70% - 2 балла
- 71–79% - 3 балла
- 80-90% - 4 балла
- 91–100% - 5 баллов

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Форма промежуточной аттестации - дифференцированный зачет
(тестирование)

Форма поведения – компьютерное тестирование, решение ситуационных задач.

Перечень вопросов к промежуточной аттестации

Основы психологической реабилитации. Методы и приемы психологической реабилитации.

Основы социальной реабилитации. Средства, способы и формы реализации целей и задач социальной реабилитации.

Виды, формы, методы реабилитации.

Основные факторы, влияющие на процесс психологической реадaptации при заболеваниях (повреждениях). Звенья психологической реабилитации больных.

Основные методики психокоррекции. Психологические аспекты аутогенной тренировки. Противопоказания к проведению курса психотерапии.

Экспертиза временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, по уходу за больным членом семьи, за здоровым ребенком, при карантине.

Основы освидетельствования стойкой утраты трудоспособности.

Основные цели, задачи и функции паллиативной помощи.

Профессиональная этика и деонтология в паллиативной помощи.

Роль фельдшера в осуществлении паллиативной помощи.

Осуществление паллиативной помощи и особенности ухода за тяжелобольными и умирающими пациентами. Основные задачи хосписов.

Профессиональная реабилитация людей с ограниченными возможностями здоровья.

Социальная реабилитация одиноких лиц, лиц из группы социального риска, пожилых и престарелых людей.

Определение понятия: «Реабилитация»; основные принципы и методы реабилитации.

Определение понятий: «Физиотерапия», «Физические факторы». Принципы физиотерапевтического лечения и направления на санаторно-курортное лечение.

Показания и противопоказания к физиотерапевтическому лечению.

Электросон - определение, лечебное действие, показания и противопоказания к назначению. Аппарат, дозирование, методики, подготовка пациента к процедуре, ощущения, особенности техники безопасности.

Динамотерапия - определение, лечебное действие, показания и противопоказания к назначению. Аппарат, дозирование, методы, подготовка пациента к процедуре, ощущения, особенности техники безопасности.

Дарсонвализация - определение, лечебное действие, показания и противопоказания к назначению. Аппарат, дозирование, методы, подготовка пациента к процедуре, ощущения, особенности техники безопасности.

Гальванизация. Лекарственный электрофорез. Техника и методики проведения. Показания, противопоказания.

Основные методы высокочастотной электротерапии: дарсонвализация, ультратонтерапия. Характеристика, показания и противопоказания.

Основные методы высокочастотной электротерапии: УВЧ, СВЧ-терапия. Характеристика, показания и противопоказания.

Магнитотерапия - определение, лечебное действие, показания и противопоказания к назначению. Аппарат, дозирование, методы, подготовка пациента к процедуре, ощущения, особенности техники безопасности.

Инфракрасное излучение, глубина его проникновения в биоткани, показания и противопоказания к назначению. Аппарат, методы, подготовка пациента к процедуре, ощущения, особенности техники безопасности.

Физическая характеристика ультразвука. Понятие «контактной среды».

Физическая характеристика оптического и лазерного излучения.

Лазеротерапия - определение, лечебное действие, показания и противопоказания к назначению. Аппарат, дозирование, методы, подготовка пациента к процедуре, ощущения, особенности техники безопасности.

Биодоза - определение, устройство биодозиметра, подготовка пациента, ход процедуры, чтение биодозы, особенности техники безопасности.

Характеристика водолечебных процедур. Методики применения водолечебных процедур. Показания, противопоказания.

Определение понятия: «Природные теплоносители». Характеристика природных теплоносителей. Методики применения тепловых процедур. Показания, противопоказания.

Бальнеотерапия, виды бальнеотерапии. Классификация минеральной воды.

Методики применения минеральных вод, классификация минеральной питьевой воды.

Наружное применение минеральных вод, показания и противопоказания, методика лечения.

Грязелечение: классификация лечебных грязей. Механизм действия, методика и техника грязелечения.

Парафино- и озокеритовое лечение. Терапевтические эффекты. Показания и противопоказания, методика проведения.

Определение понятия «ЛФК», механизма действия физических упражнений на организм человека.

Средства, формы, методы ЛФК.

Правила составления комплексов лечебной гимнастики и программы индивидуальной реабилитации.

Нормативная и регламентирующая документация для кабинетов ЛФК и массажа.

Гигиенические основы массажа (требования к помещению, оснащению, пациенту, массажисту).

Определение понятия «массаж». Классификация массажа и механизм действия на организм человека.

Особенности лечебной гимнастики при заболеваниях органов кровообращения.

Особенности лечебной гимнастики при заболеваниях органов дыхания.

Особенности лечебной гимнастики при заболеваниях органов пищеварения и обмена веществ.

Особенности лечебной гимнастики при заболеваниях эндокринной и мочеполовой систем.

Особенности лечебной гимнастики при заболеваниях крови и кроветворных органов.
Особенности лечебной гимнастики при заболеваниях костно-мышечной системы.
Осуществление контроля за состоянием пациентов во время проведения занятий ЛФК.
Особенности лечебной гимнастики в травматологии и ортопедии.
Особенности ЛФК при заболеваниях и травмах нервной системы.
Организация техники безопасности в физиотерапевтическом отделении, классы защиты аппаратуры, возможные осложнения - электротравма, ожоги, анафилактический шок и неотложная помощь.
Механизм действия массажа на организм в целом. Показания и противопоказания.
Требования, предъявляемые к массажисту.
Задачи медицинской и психологической реабилитации.
Организация техники безопасности в физиотерапевтическом отделении, классы защиты аппаратуры, возможные осложнения - электротравма, ожоги, анафилактический шок и неотложная помощь.
Организация физиотерапевтического отделения (требования к помещению, оборудованию), обязанности медицинского персонала физиотерапевтического отделения.
Санаторно-курортное лечение - понятие о курорте и санатории, показания и противопоказания к назначению. Сроки назначения. Лечебно-профилактические учреждения курорта. Значение местных курортов в реабилитации пациентов.
ЛФК при заболеваниях нервной системы: цель назначения, противопоказания к назначению, специальные физические упражнения.
Основные лечебные курортные факторы. Классификация курортов.
Профессиональная и социальная реабилитация инвалидов.
Медико-психологическая реабилитация участников военных действий.
Стационарные учреждения медико-социальной помощи.
Индивидуальная программа реабилитации инвалида. Разделы ИПР.
Технические средства реабилитации, определение, перечень ТСР финансируемых за счет средств федерального фонда социального страхования.
Показания и противопоказания к использованию ТСР.

Тестовые задания

1 вариант

Выберите один правильный ответ

1. В подострый период заболевания показано проведение
 - 1) гелиотерапии
 - 2) пелоидотерапии
 - 3) бальнеотерапии
 - 4) лекарственного электрофореза
2. Лазеротерапия оказывает действие
 - 1) противовоспалительное
 - 2) фибринолитическое
 - 3) сосудосуживающее
 - 4) седативное
3. Противопоказанием к применению УФО является
 - 1) лейкоз
 - 2) тонзиллит
 - 3) артрит
 - 4) рахит
4. Фактором, присущим только грязелечению является
 - 1) температурный
 - 2) механический
 - 3) химический
 - 4) биологический
5. Электросон оказывает действие
 - 1) десенсибилизирующее
 - 2) противовоспалительное
 - 3) седативное
 - 4) рассасывающее
6. Под влиянием массажа
 1. замедляются обменные процессы
 2. расширяются резервные капилляры
 3. накапливается молочная кислота
 4. накапливаются органические кислоты
7. При воздействии массажа на суставы и сухожильно-связочный аппарат
 - 1) увеличивается эластичность, подвижность
 - 2) уменьшается количество синовиальной жидкости
 - 3) появляются выпоты в тканях
 - 4) нарушается физиологическая функция периапикальной ткани
8. Фитотерапия при реабилитации пиелонефрита включает травы
 - 1) наперстянку,
 - 2) мяту перечную
 - 3) толокнянку (медвежье ушко)
 - 4) ландыш майский
9. Преимуществом у лекарственного электрофореза является
 - 1) образование кожное депо лекарства
 - 2) точная дозировка лекарства
 - 3) отсутствие аллергической реакции
 - 4) быстрый лечебный эффект
10. Пациентам с артериальной гипертензией рекомендован труд
 - 1) умственный, умеренной тяжести
 - 2) в ночные смены;
 - 3) в условиях производственный шум;
 - 4) на высоте.
11. Основной путь попадания лекарства при электрофорезе

- 1) эндокринные железы
 - 2) слюнные железы
 - 3) околощитовидные железы
 - 4) потовые железы
12. Главным в работе физиотерапевтического кабинета является
- 1) соблюдение очередности приема пациентов
 - 2) создание удобства для пациентов
 - 3) высокий уровень техники безопасности
 - 4) ведение документации
- 13) При пелоидотерапии действующим фактором является
- 1) электроразряд
 - 2) лечебная грязь
 - 3) гальваноток
 - 4) пресная вода
14. Для фитотерапии используются лечебные свойства
- 1) лечебные свойства минеральной воды
 - 2) лечебные свойства морской воды
 - 3) лечебные свойства трав
 - 4) лечебные свойства озокерита
15. Для ингаляционной терапии используют
- 1) пелоиды
 - 2) пресную воду
 - 3) лекарственные вещества
 - 4) аэроионы
16. К аэрозольным ингаляциям относятся
- 1) паровые;
 - 2) тепловлажные;
 - 3) масляные;
 - 4) всё перечисленное верно
17. Частой аллергической реакцией на ингаляцию является
- 1) кашель
 - 2) боль в желудке
 - 3) диарея
 - 4) головная боль
18. Одним из видов климатотерапии является
- 1) телассотерапия
 - 2) физиотерапия
 - 3) аэрозольтерапия
 - 4) фитотерапия
19. Жемчужные ванны используются при
- 1) гнойниковых заболеваниях кожи
 - 2) тромбозах
 - 3) функциональных расстройствах нервной системы
 - 4) грибковых заболеваниях кожи
20. Наиболее широко электростимуляция применяется при
1. заболеваниях нервов
 2. заболеваниях ЖКТ
 3. заболеваниях мышц
 4. заболеваниях кровеносной системы
21. Показанием к применению лазеротерапии является
- 1) туберкулез легких
 - 2) артрозы
 - 3) судорожные состояния
 - 4) лихорадочные состояния
22. Электросон показан при
- 1) неврозе
 - 2) конъюнктивите
 - 3) ревматоидный артрит
 - 4) эпилепсии
23. Лечебное действие амплипульстерапии
- 1) иммуномодулирующее
 - 2) спазмолитическое
 - 3) противовоспалительное
 - 4) противосудорожное
24. Из всех водных лечебных процедур действие механического фактора наиболее характерно для
- 1) ванн
 - 2) душа
 - 3) обливания
 - 4) обтирания
25. Обливание оказывает воздействие на пациента
- 1) расслабляющее
 - 2) тонизирующее
 - 3) обезболивающее
 - 4) рассасывающее
26. Гидротерапией называется:
- 1) лечебное применение воды
 - 2) лечебное применение отваров трав
 - 3) лечебное применение грязи
 - 4) лечебное применение глины

27. При первой группе инвалидности ограничения жизнедеятельности заключаются в
- 1) эпизодической посторонней помощи или уходе
 - 2) специально созданных, облегченных условиях труда
 - 3) сокращении объема производственной деятельности
 - 4) постоянной посторонней помощи, надзоре
28. Для реабилитации пациентов при остеохондрозе позвоночника используют
- 1) гимнастику
 - 2) спортивную ходьбу
 - 3) спортивные игры
 - 4) подводное вытяжение;
29. Подводный душ-массаж применяется при
- 1) тромбозе
 - 2) ожирении
 - 3) варикозном расширении вен
 - 4) мочекаменной болезни
30. Дыхательная гимнастика с сопротивлением на выдохе применяется при
- 1) артериальной гипертензии
 - 2) бронхиальной астме
 - 3) хронической почечной недостаточности
 - 4) анемии

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Вариант 1

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	4	16	4
2	1	17	1
3	1	18	1
4	4	19	3
5	3	20	3
6	2	21	2
7	1	22	1
8	3	23	2
9	1	24	1
10	1	25	2
11	4	26	1
12	3	27	4
13	2	28	4
14	3	29	2
15	3	30	2

2 вариант

1. Показанием к аэротерапии является
- 1) заболевания суставов
 - 2) опухоли
 - 3) тромбоз геморроидальных вен
 - 4) стенокардия покоя
2. Для закаливания организма применяют
- 1) франклинизацию
 - 2) обливание
 - 3) аэрозольтерапию
 - 4) душ Шарко
3. Наиболее выраженное действие на организм из теплоносителей оказывает
- 1) лечебная грязь
 - 2) парафин
 - 3) песок
 - 4) нафталан
4. Терренкур предполагает
- 1) ходьбу по гористой местности
 - 2) дозированная ходьба по дорожкам с препятствиями
 - 3) дозированная ходьба по специально организованным маршрутам
 - 4) пешеходные прогулки.
5. Кинезотерапия означает
- 1) лечение и реабилитация посредством физиотерапии
 - 2) лечение и реабилитация посредством положения
 - 3) лечение и реабилитация посредством дыхания
 - 4) лечение и реабилитация посредством движений
6. Пациентам с артериальной гипертензией показанные ванны
- 1) хвойные
 - 2) радоновые;
 - 3) сероводородные;
 - 4) скипидарные.
7. Диета при бронхиальной астме должна в период реабилитации должна исключать
- 1) оранжевые и красные овощи и фрукты
 - 2) говядину
 - 3) зеленые яблоки
 - 4) овощной бульон;

8. Защитные очки применяются при
 - 1) УФЧ-терапии
 - 2) лазеротерапии
 - 3) ионофорезе
 - 4) аэрозольтерапии
9. При проведении массажа суставно-связочный аппарата
 - 1) уменьшается подвижность связочного аппарата
 - 2) усиливается болезненность сустава
 - 3) снижается эластичность связочного аппарата
 - 4) увеличивается подвижность связочного аппарата
10. Электрофорез включает
 - 1) метод электролечения, при котором с лечебной и профилактической целью применяется постоянный непрерывный ток
 - 2) метод электротерапии, при котором используются импульсивные токи низкой частоты
 - 3) метод электролечения, при котором с лечебной и профилактической целью применяется сочетанное воздействие гальванического тока и лекарственного вещества.
 - 4) метод электротерапии с использованием постоянных импульсных токов
11. Показание к проведению курортотерапии
 - 1) активный туберкулез легких
 - 2) сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации
 - 3) вегето - сосудистая дистония
 - 4) злокачественные новообразования
12. Пациентам с артериальной гипертензией показаны упражнения
 - 1) на расслабление мышечных групп
 - 2) силовые
 - 3) с большой амплитудой движения головы
 - 4) в группах аэробики
13. Показанием для бальнеологического лечения является
 - 1) активный период любой формы туберкулеза
 - 2) открытые раны
 - 3) остеохондроз
 - 4) менингит
14. Абсолютным противопоказанием к назначению ЛФК при инфаркте миокарда является
 - 1) уменьшение интенсивности болевых приступов;
 - 2) уменьшение частоты болевых приступов;
 - 3) период выздоровления
 - 4) брадикардия (менее 50 уд./мин);
15. Пациентов с ревматоидным артритом показан труд
 - 1) с постоянным физическое напряжением
 - 2) с удобной, свободной рабочей позой
 - 3) с длительной ходьбой
 - 4) с вынужденное положение тела
16. К социальной реабилитации у пациентов с ревматоидным артритом относится
 - 1) медикаментозная терапия
 - 2) климатотерапия
 - 3) механотерапия
 - 4) обеспечение средствами передвижения
17. Особенностью проведения дыхательной гимнастики у пациентов после оперативного лечения по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки является
 - 1) щажение диафрагмы
 - 2) проведение наиболее глубоких дыхательных упражнений
 - 3) проведение упражнений с нагрузкой
 - 4) проведение упражнений стоя
18. Пациенты с гастритом используют траву
 - 1) наперстянку
 - 2) мяту перечную
 - 3) толокнянку,
 - 4) ландыш майский
19. Целью реабилитации при ревматоидном артритом является
 - 1) восстановление функции суставов в полном объеме
 - 2) исчезновение деформации суставов
 - 3) обратное развитие процесса
 - 4) уменьшение боли при выполнении самохода
20. Идеомоторные упражнения пациент
 - 1) выполняет по повторению
 - 2) выполняет их с противодействием
 - 3) выполняет мысленно
 - 4) выполняет с инструктором
21. Главное правило подъема груза при остеохондрозе
 - 1) одной рукой
 - 2) с прямой спиной
 - 3) с наклоном туловища
 - 4) с прямыми ногами
22. Противопоказанием к проведению кинезотерапии в травмированной конечности в постиммобилизационном периоде являются
 - 1) несросшиеся переломы
 - 2) страх перед выполнением упражнения
 - 3) артриты
 - 4) нарушения осанки
23. Диета при травмах костей конечностей должна включать
 - 1) повышенное содержание жиров и углеводов
 - 2) повышенное содержание жиров и углеводов
 - 3) полноценное сбалансированное питание с некоторым повышением продуктов, содержащих кальций

- 4) протертые блюда без раздражающих веществ.
24. К ортезам относятся
- 1) функциональные приспособления (воротники, таторы, бандажи, пояса и т. д.);
 - 2) средства, используемые для облегчения передвижения (трости, костыли, ходунки);
 - 3) давящие повязки для уменьшения отечности мягких тканей
 - 4) инвалидные коляски
25. Первая группа инвалидности устанавливается, когда пациент, в связи с нарушением функций организма, вызванным заболеванием или комбинированным анатомическим дефектом нуждается в
- 1) эпизодической посторонней помощи или уходе
 - 2) специально созданных, облегченных условиях труда
 - 3) сокращении объема производственной деятельности
 - 4) постоянной посторонней помощи, надзоре
26. Массаж противопоказан при
- 1) пневмонии
 - 2) опухолях
 - 3) бронхите
 - 4) радикулите
27. Коротким УФ лучам присущ эффект
- 1) образование витамина А
 - 2) образование витамина Е
 - 3) образование витамина Д
 - 4) образование витамина С
28. Противопоказанием к массажу является
- 1) хроническая пневмония
 - 2) тромбоз
 - 3) плоскостопие
 - 4) остеохондроз
29. Показанием для проведения лечебной физкультуры является
- 1) врожденная мышечная кривошея
 - 2) гангрена
 - 3) высокая лихорадка
 - 4) кровотечение
30. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма, предполагает проведение
- 1) реформации
 - 2) реабилитации
 - 3) транслокации
 - 4) трансплантации

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Вариант 2

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	4	16	4
2	2	17	1
3	2	18	2
4	3	19	4
5	4	20	3
6	2	21	2
7	1	22	1
8	2	23	3
9	4	24	1
10	3	25	4
11	3	26	2
12	1	27	3
13	3	28	2
14	4	29	1
15	2	30	2

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Принципы экспертизы временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.

Задача № 1

Пациентка К., находившаяся на больничном листе в связи с гриппом, должна явиться к врачу 18 августа, но она пришла 22 августа, так как уезжала за город. Врач признал ее нетрудоспособной, диагностировав очаговую пневмонию. Оформить больничный лист.

Задача № 2

Пациент С., 45 лет, находившийся на больничном листе в связи с обострением гипертонической болезни, должен был явиться к врачу 20 сентября. Вышел на работу без разрешения врача. 25 сентября больной был на приеме в поликлинике, и участковый терапевт признал его трудоспособным. Оформить больничный лист.

Задача № 3

Пациент Г., 50 лет. Основная профессия - сварщик. В связи с обострением хронического бронхита имел в течение года 2 больничных листа продолжительностью 25 и 30 дней. По справке ВК переведен на более легкую работу со снижением квалификации - курьера в Управлении. Другой работы администрация предоставить не могла. В настоящее время в связи с обострением легочного заболевания находится на больничном листе 3 недели. вид нетрудоспособности. тактика участкового ВРАЧА.

Задача № 4

Пациент Р., 42, лет направлен на МСЭК 29 сентября. Больничный лист продлён с 24 по 28 сентября и закрыт. Дата закрытия больничного листа - 28 сентября.

Правильно ли оформлен больничный лист?

Задача № 5

Пациентка Р., 42 лет, направлена участковым врачом на МСЭК 1 октября. Однако она явилась в экспертную комиссию только 15 октября. Врачи МСЭК установили большой III гр. инвалидности.

Как оформить больничный лист?

Задача № 6

У больной К. образование высшее техническое, работает менеджером в отделе продаж бытовой техники. В 27 лет был выявлен врожденный порок сердца в виде расщепления передней створки митрального клапана и дефекта мембранозной части межжелудочковой перегородки, что сопровождалось митральной регургитацией III - IV степени, сбросом крови через дефект слева направо, повлекший незначительную дилатацию правого желудочка и развитие СН II А стадии. Была произведена хирургическая коррекция порока с постановкой оклюдера в месте дефекта и пластики митрального клапана. После операции при ЭХО-КГ митральная регургитация I степени, сброса крови через межжелудочковую перегородку не регистрируется. Объективно застойных явлений по кругам кровообращения не выявлено. Пациент находится на больничном листе 3,5 месяца.

Ваша экспертная тактика?

Задача № 7

Больной В., 55 лет, образование высшее техническое, работает инженером – сметчиком. В течение 10 лет страдает артериальной гипертензией. Максимальный подъем артериального давления до 190/115 мм. рт. ст. Гипотензивную терапию регулярно не принимал. Три месяца назад перенес острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, которое привело к глубокому правостороннему гемипарезу, моторной афазии. Сформулируйте диагноз. Нарушения каких основных функций организма имеют место? Проведите экспертизу трудоспособности.

Задача № 8

Больной Т., 57 лет, образование высшее юридическое, работает нотариусом. Ишемическая болезнь сердца выявлена 5 лет назад. Два года назад перенес острый мелкоочаговый инфаркт миокарда. С диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения II ФК. ПИКС (2006 г.). СН I стадии – была установлена III группа инвалидности с ОСТ I степени. Четыре месяца назад пациент переносит повторный крупноочаговый инфаркт миокарда, с развитием аневризмы левого желудочка. В настоящее время ангинозные боли возникают при ходьбе по ровной поверхности на расстоянии 200 - 250 метров, сопровождающиеся выраженной одышкой, при объективном осмотре – ЧСС - 115 уд/мин., дефицит пульса 35 ударов. Влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Печень пальпируется на 2 см. ниже реберной дуги. Голени пастозны. Сформулируйте диагноз. Проведите экспертизу трудоспособности. Дайте трудовые рекомендации.

Задача № 9

Больная О., 71 года, пенсионерка. С диагнозом: Артериальная гипертензия III степени. Очень высокий риск. Последствия острого нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу – тетраплегия. Дисциркуляторная энцефалопатия III степени. Сенильная деменция – направлена в бюро МСЭ. Ваша экспертная тактика.

Задача № 10

Больная Ф., 65 лет, пенсионер, длительно страдает остеоартрозом, полиостеоартрозом с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов. Неоднократно проводилось лечение по поводу выраженного синовита и периартрита коленных суставов с применением НПВП, курсов хондропротекторов как рег os, так периартикулярно, внутрисуставным введением кеналога, синвиска. В последнее время отмечается прогрессирование недостаточности функции суставов и отрицательная рентгенологическая динамика: IV стадия в правом коленном, III – в правом тазобедренном суставах. УЗИ коленных суставов: резкое снижение толщины гиалинового хряща, местами отсутствие его визуализации, выраженные дегенеративно-дистрофические изменения ткани менисков с формированием больших кист, трещин. Дегенеративная кальцификация ткани сухожилий без признаков тендинита. Явлений синовита не отмечается. УЗИ тазобедренных суставов: резкое снижение толщины гиалинового хряща, его хондрокальциноз, дегенеративно-дистрофические изменения ацетабулярной губы - ее фрагментация. Незначительный синовит правого сустава. При осмотре суставов рук определяются плотные образования в области дистальных межфаланговых суставов.

Сформулируйте диагноз. Есть ли признаки стойкого ограничения трудоспособности. Лечебная тактика.

Задача № 11

Пациенту оформлена инвалидность III группы по поводу ампутации стопы после автотравмы. До травмы работал шофером.

Вопросы:

Объясните, что такое индивидуальная программа реабилитации пациента?

Кто ее разрабатывает?

Положена ли ему трудовая реабилитация?

Какие мероприятия будут включены в программу трудовой реабилитации?

Задача № 12

Пациентке 78 лет. Живет одна в благоустроенной квартире. Родственников нет, в Дом-интернат для престарелых устроиться не хочет. В последнее время с трудом выходит на улицу. Сама за собой ухаживает, но затрудняется в приготовлении пищи, уборке квартиры.

Вопросы:

Какой вид социального обслуживания ей положен?

В каком объеме?

Задача № 13

Пациенту 25 лет. После травмы позвоночника, полученной на стройке, нет движения в нижней половине туловища, акты мочеиспускания и дефекации не контролирует. Присвоена инвалидность I группы. Живет с матерью и братом в благоустроенной квартире. Не хочет общаться со знакомыми, замкнулся в себе, говорит, что зря выжил. Не желает заниматься ЛФК и медицинские процедуры не выполняет.

Вопрос:

Составьте индивидуальную программу реабилитации пациента

Какие виды реабилитации положены данному пациенту?

Какой срок переосвидетельствования группы инвалидности?

Задача № 14.

Составьте план диетологической коррекции с подробным обоснованием мужчине 37 лет. Предположительный диагноз: «Язвенная болезнь желудка, период обострения».

Задача № 15.

Составьте план диетологической коррекции с подробным обоснованием женщине 59 лет. Предположительный диагноз: «Дикинезия кишечника по гипоническому типу».

Задача №16.

Составьте примерное меню липотропной диеты для пациентки 65 лет, данные исследования крови которой подтверждают гиперхолестеринемию и дислипидемию.

Задача №17.

Составьте план диетологической коррекции пациентке 29 лет с диагнозом «Ревматическая болезнь сердца. СН0 ст.».

Задача № 18

Составьте однодневное меню для пациента 40 лет, страдающего хронической почечной недостаточностью. Обоснуйте принципы диетического лечения ХПН.

Задача № 19.

Вы заведующий здравпунктом. Во время рабочего дня, когда включены приборы электролечения, но при временном отсутствии пациентов, санитарка просит Вас разрешения провести влажную уборку. Ваши действия.

Задача №20

Во время работы в кабинете электролечения Вы услышали шум, взволнованная женщина просит Вас быстро отпустить процедуру, т.к. опаздывает на ЭКГ. Ваша тактика.

Задача №21

Ваша тактика, если Вы, проходя мимо физкабинета, увидели, что у м/сестру, прислонившуюся к включенному в сеть аппарату «Поток-1» отмечаются подергивания.

Задача №22

У больного хронический гастрит с пониженной секрецией желудка. Жалобы: тяжесть и боль ноющего характера в эпигастральной области, возникающие после еды.

Вопросы: 1. Цель физиотерапевтического лечения
2. Выписать физиотерапевтический рецепт.

Задача №23

У больного гипертоническая болезнь 2 стадии.

Жалобы: на периодическую головную боль, головокружение на фоне повышенного АД.

Вопросы: 1. Цель физиотерапевтического лечения
2. Выписать физиотерапевтический рецепт.

Задача №24

У больного невралгия тройничного нерва.

Жалобы: боль приступообразного характера в левой половине лица, появляющаяся в холодную ветреную погоду.

Вопросы: 1. Цель физиотерапевтического лечения
2. Выписать физиотерапевтический рецепт.

Задача №25

У больного острый бронхит в стадии затухающего обострения, 5-й день заболевания.

Жалобы: слабость, редкий кашель с небольшим количеством мокроты серозного характера, в легких аускультативно – единичные сухие хрипы.

Вопросы: 1. Цель физиотерапевтического лечения
2. Выписать физиотерапевтический рецепт.

Задача №26

У больного экзема правого предплечья.

Жалобы: локальный кожный зуд.

Вопросы: 1. Цель физиотерапевтического лечения
2. Выписать физиотерапевтический рецепт.

Задача №27

После длительной иммобилизации конечности при переломе бедренной кости у больного развилась атрофия мышц бедра.

Вопросы: 1. Цель физиотерапевтического лечения
2. Выписать физиотерапевтический рецепт.

Задача №28

У больного острая правосторонняя пневмония.

Жалобы: сильный кашель, боль в трудной клетке при кашле справа, слизистая мокрота. Объективные данные: частота дыхания 24 в 1 мин, влажные мелкопузырчатые хрипы справа, температура 37,5*С.

Вопросы: 1. Цель физиотерапевтического лечения
2. Выписать физиотерапевтический рецепт.

Задача №29

У больного пояснично-крестцовый радикулит.

Жалобы: боль в пояснично-крестцовой области. Объективные данные: болезненность при пальпации паравертебральных точек в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

Вопросы: 1. Цель физиотерапевтического лечения
2. Выписать физиотерапевтический рецепт.

Задача №30

У больного фурункулез в области правой подмышечной ямки (3 фурункула).

Задача №31

У больной лакунарная ангина.

Жалобы: боль в горле, усиливающаяся при глотании. Объективные данные: пульс 90 ударов в 1 мин, при фарингоскопии — выраженная гиперемия и

припухлость небных миндалин, температура тела 37,8 °С.

- Вопросы: 1. Цель физиотерапевтического лечения
2. Выписать физиотерапевтический рецепт.

Задача № 32

У больного остеоартроз правого коленного сустава.

Жалобы: боль в правом коленном суставе, усиливающаяся при нагрузке и в конце дня. Объективные данные: большой тучен, деформация коленного сустава, болезненность при пальпации.

- Вопросы: 1. Цель физиотерапевтического лечения
2. Выписать физиотерапевтический рецепт.

Задача №33

Пациент К., 52 года. Страдает ишемической болезнью сердца I ФК в течение 2 лет. Приступы стенокардии возникают редко при больших физических нагрузках. результаты ВЭМ – пробы: нагрузка в 490 кгм/мин прекращена при достижении возрастного пульса - 168 уд./мин и при отсутствии жалоб. АД на высоте нагрузки – 148/64 мм рт.ст.

- а) определите максимальный и минимальный тренирующий пульс;
б) определите рекомендуемую скорость ходьбы. (ПК-1, ПК-6, ПК-8)

Задача №34

Больной 53 лет. ИБС, трансмуральный передне-перегородочный инфаркт миокарда с распространением на верхушку и боковую стенку левого желудочка, острый период, НПА,, 3 ФК. Двигательный режим – постельный. ЧСС покоя – 80 уд/мин. Назначить ЛФК. (ПК-6, ПК-8).

Задача №35

Пациент 43 года, жалобы на быструю утомляемость, плохой сон, периодически – головные боли. Из анамнеза: развивался нормально, перенесенные заболевания: ОРЗ, ангина, аппендэктомия. Наследственность: у матери артериальная гипертензия, у отца – стабильная стенокардия напряжения ПФК. Работает предпринимателем по 10 часов в сутки, иногда без выходных. Физкультурой занимается от случая к случаю (футбол). Вредные привычки отрицает. Объективно: нормостенического телосложения. АД 135/85 (изредка повышение до 145/90), ЧСС 80 в мин. Со стороны легких и сердца – без особенностей, живот мягкий, безболезненный. Данные ВЭМ : толерантность к физическо нагрузке 95 вт, толерантный пульс 152.

Данные функциональных проб : проба Штанге 35 с; проба Мартинэ-Кушелевского – астенический тип, время восстановления ЧСС 4,5 мин.

Укажите целевые параметры оздоровительной тренировки (характер физической нагрузки, продолжительность тренировки, интенсивность по ЧСС, кратность занятий в неделю). (ПК-1).

Задача №36

Пациент 60 лет, перенес острый инфаркт миокарда 3 месяца назад. Прошел стационарный и санаторно-курортный этапы реабилитации.

Данные ВЭМ: исходное ЧСС 82 в мин, АД 140/85. При мощности нагрузки 50 вт возникла горизонтальная депрессия сегмента ST на 1,5 мм в отведении А и D по Нэбу (ЧСС в это время 136 в 1 мин, АД 155/90).

Субъективно на высоте нагрузки чувство сдавления за грудиной.

Ваши рекомендации по характеру и интенсивности (по ЧСС) физических нагрузок. (ПК-6, ПК-8).

Задача №37

Пациентка 62 лет. Диагноз: Хроническая сердечная недостаточность IV ФК (по тесту с 6-минутной ходьбой). Составьте программу физических тренировок. (ПК-6, ПК-8).

Задача № 38

Пациентка П. 65 лет, инвалид 3 группы, находится на стационарном лечении с Диагнозом: Остеоартроз коленных суставов. Беспокоят боли механического характера (при физической нагрузке), отмечаются явления синовита (покраснение, отечность суставов). Больной получает необходимый объем медикаментозного лечения.

Вопросы:

1. Можно ли назначить методики ЛФК в данной ситуации при синовите?
2. Какие методики ЛФК можно рекомендовать после купирования явлений синовита?
3. В чем будет заключаться медико-социальная реабилитация после выписки из стационара?
4. Какие курорты Сибирского региона можно рекомендовать в дальнейшей реабилитации?
5. Кто выполняет методики ЛФК?

Задача № 39

Пациент К. 60 лет находился на стационарном лечении с Диагнозом:

Обострение остеохондроза пояснично – крестцового отдела позвоночника. Беспокоят сильные корешковые боли с иррадиацией в нижние конечности. Пациент получает необходимый объем медикаментозного лечения (анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства).

Вопросы:

1. Можно ли в данной ситуации назначить методики ЛФК ?
2. Какие методики ЛФК можно назначить после купирования болевого синдрома?
3. На каком этапе медицинской реабилитации целесообразно назначить плавание в бассейне?
4. Какие курорты Сибирского региона можно рекомендовать в дальнейшей реабилитации?
5. Где выполняют методики ЛФК?

Задача № 40

На приеме у врача пациент 70 лет, инвалид 2 группы по общему заболеванию, сопут. диагноз: Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. На момент осмотра острые боли купировались, беспокоит скованность в позвоночнике.

Вопросы:

1. Можно ли в данной ситуации назначить массаж?
2. Какие виды массажа можно назначить?
3. Ожидаемые лечебные эффекты?
4. Принципы дозирования массажа.
5. Кто выполняет методики ручного классического массажа?

Задача №41

Инструктор-методист поводит индивидуальное занятие ЛФК с пациентом Ф, 45 лет, с диагнозом: посттравматическая сгибательная контрактура коленного сустава. При этом 1-ый период занятия составляет 30% от общего времени занятия, 2-ой период составляет 40%, 3-ий период составляет 30%.

Вопросы:

1. Правильно ли, что инструктор-методист проводит индивидуальные занятия ЛФК с данным пациентом?
2. Правильно ли инструктор-методист распределяет время на периоды занятия ЛФК? Распределите процентное соотношение времени по периодам занятия ЛФК?
3. Как называются периоды занятия ЛФК?

Ситуационная задача № 42

Больной 58 лет. Работает учителем в школе. В течение года заметил увеличение шейных лимфоузлов, которые постепенно росли в размерах, появились лимфоузлы в других областях. При осмотре: увеличены шейные подмышечные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями в виде пакетов. Пальпируется край селезенки на 4 см ниже реберной дуги. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования: RBC 4,0x10¹² \L, HGB 145 g\dl, PLT 350x10⁹ \L, WBC-77 x10⁹ \л, LYM 97%, NEUT 3%, СОЭ 20 мм\ч. В биохимическом анализе крови: общий белок- 68 г\л, мочевина 7,8 ммоль\л, креатинин- 96 мкмоль\л. В общем анализе мочи: с\ж, прозрачная, уд. вес- 1026, белок- отриц, лейкоц. Ед. в поле зрения УЗИ ОБП: печень и селезенка нормальных размеров. Определяются увеличенные лимфатические узлы в брюшной полости и в малом тазу.

Контрольные вопросы или задания.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие мероприятия необходимы для его окончательного установления.
3. Назначьте патогенетическое лечение.
4. Определите тактику паллиативной помощи.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ и комментарии к ним ема: «Экспертиза временной нетрудоспособности»

Задача № 1

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код 24- несвоевременная явка на прием к врачу и дату - 18 августа. Листок нетрудоспособности необходимо продлить с 22 августа, так как врач диагностировал очаговую пневмонию. Аналогичную запись сделать в амбулаторной карте.

Задача № 2

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код 25 - выход на работу без выписки и дату - 20 сентября. Листок нетрудоспособности не продлевается. В графе «Приступить к работе» указать код 36 - явился трудоспособным и прописывается дата - 25 сентября.

Задача № 3

Пациент находится на листке нетрудоспособности около 3-х месяцев. По справке ВК переведен на работу более низкой квалификации. Необходимо оформить документы для направления на МСЭК и решения вопроса об установлении ему III группы инвалидности.

Задача № 4

Неправильно. Листок нетрудоспособности должен быть продлен по 29 сентября и оставлен открытым. Закрытие листка нетрудоспособности производится после проведения медико-социальной экспертизы.

Задача № 5

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код 27 - несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы и дату - 1 октября. Зачета пропущенных по неуважительной причине дней в листке нетрудоспособности не производится. В строке «Приступить к работе» указать код 32 - установлена инвалидность и дата 15 октября.

Ответ к задаче № 6

Врачебная комиссия выносит решение о подготовке документов и направлении больного на МСЭ. В бюро пациенту будет установлена III группа инвалидности с ОСТ I степени. В трудовых рекомендациях будет отражена необходимость снижения объема и напряженности выполняемой работы.

Ответ к задаче № 7

Артериальная гипертензия III степени. Очень высокий риск. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, правосторонний глубокий гемипарез, моторная афазия. Нарушение функций органов кровообращения, речевых и статодинамических функций. Необходимо определить I группу инвалидности с ОСТ III степени. Пациент нуждается в постоянном постороннем уходе. Трудовые рекомендации - неспособность выполнения любых видов трудовой деятельности. Группа инвалидности будет установлена на 2 года. При пересвидетельствовании в случае отсутствия положительного клинического прогноза экспертное решение останется прежним, но без указания срока очередной экспертизы (бессрочно).

Ответ к задаче № 8

ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. ПИКС (2006 г. - мелкоочаговый, 2008 г. - крупноочаговый). Аневризма левого желудочка. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. СН II Б стадии. Больного необходимо направить в бюро МСЭ с целью установления II группы инвалидности с ОСТ II степени. Пациент может выполнять труд с учетом образования и профессиональных навыков в специально созданных условиях и/или с помощью других лиц.

Ответ к задаче № 9

Больная может быть освидетельствована на дому (необходимо заключение врачебной комиссии), либо заочно в бюро по заявлению его законного представителя (по решению суда при признании гражданина недееспособным назначается опекун). Необходимо установить I группу инвалидности с ОСТ III степени.

Ответ к задаче № 10

Остеоартроз, полиостеоартроз с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов, узелковая форма (узелки Гебердена), R III – IV стадия, медленно-прогрессирующее течение. НФС II стадии. Нарушение статодинамической функции стойкое, обусловленное тяжестью дегенеративных изменений хрящевых структур суставов, а не явлениями синовита и периартрита. Больную необходимо направить на МСЭ с целью определения II группы инвалидности и ОСТ II степени. Рекомендовать консультацию травматолога с целью решения вопроса об эндопротезировании суставов. Этот вид медицинской реабилитации инвалиду будет предоставлен бесплатно.

Задача № 11

Это оптимальный комплекс реабилитационных мероприятий, включающий в себя виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер.

Бюро МСЭ

Обязательно

4. Профессиональная переподготовка, т.к. он работать по специальности не может

Задача № 12

1. Социальное обслуживание на дому

2. Покупка продуктов, уборка квартиры, приготовление еды, сопровождение в поликлинику и др.

Задача № 13

1. ИПР рассчитывается на 2 года. Прежде всего, включаются медицинские мероприятия и работа психолога.

2. Медицинская реабилитация, технические средства и приспособления. Психологическая и социальная реабилитация

Срок пересвидетельствования – 2 года.

Задача №14.

Общая характеристика диеты (вариант диеты № 1).

Диета смешанная, физиологически полноценная, с нормальным содержанием белков, жиров и углеводов. Пища дается в кашеобразном и жидком виде с ограничением продуктов и блюд, богатых клетчаткой. Энергетическая ценность (ЭЦ) — 2800 ккал. Режим питания дробный, 5 — 6 раз в день.

Рекомендуемые продукты и блюда: Хлеб и хлебобулочные изделия из пшеничной муки, вчерашней выпечки или подсушенные в виде сухарей. Супы крупяные, молочные, протертые.

Блюда из мяса, птицы, рыбы. Мясо нежирных сортов (говядина, телятина, курица) в отварном или паровом виде, протертое (котлеты, кнели, фрикадельки, суфле, рулет). Нежесткое и нежирное мясо разрешается отварное, куском. Рыба нежирная, отварная или паровая в протертом виде или куском.

Блюда и гарниры из овощей. Картофель, морковь и свекла пареные, и протертом виде.

Блюда и гарниры из круп и макаронных изделий. Каши и пудинги из манной, рисовой, гречневой и овсяной круп, отварная вермишель, мелкорубленые макароны.

Запрещаются: острые закуски, жареные блюда, грибы, пряности, соленые закуски, консервы, кофе, специи, маринады, газированные напитки, мороженое, алкоголь.

Методика диетотерапии. Питание должно быть не только частым, но и дробным, регулярным. Прием небольшого количества пищи улучшает процессы переваривания и всасывания пищевых веществ. Соблюдать диету и режим питания следует 2-3 мес до исчезновения всех расстройств желудка. Переход к рациональной диете (№ 15) совершают постепенно. В начале из рациона исключают протертую пищу, т. е. мясо, курицу, рыбу дают куском, кашу рассыпчатую и овощи отварные, непротертые, а затем 1-2 раза в неделю дают некрепкий мясной или рыбный бульон.

Задача №15.

Дискинезия кишечника с синдромом запора — наиболее частый клинический вариант, встречающийся у 2/3 больных гастроэнтерологического профиля. Длительное психоэмоциональное напряжение, стремительный темп жизни, прогрессирующая гиподинамия в сочетании с нерегулярным, разбалансированным питанием, богатым рафинированными продуктами (белый хлеб, сахар, животный жир, сладости, консервированные белковые продукты) являются основными причинами функциональной гипокинезии толстой кишки и запоров. Поэтому устранение этих патогенных факторов нередко приводит к полному выздоровлению. кишечника динертикулеза, дивертикулита, злокачественного новообразования толстой кишки.

Больному рекомендуется диета № 3. Диета физиологически полноценная, с нормальным содержанием белков, жиров, углеводов, с включением продуктов, богатых пищевыми волокнами, обладающими способностью, с одной стороны, усилить перистальтику кишечника, а с другой — угнетать бродильные и гнилостные процессы и восстанавливать микробиocenоз толстой кишки.

Общее количество жидкости 1,5 л. Содержание витаминов и минеральных солей соответствует физиологической норме. Содержание пищевых волокон 25 г. Хорошим источником пищевых волокон является отрубный хлеб, хлеб "русский", докторские хлебцы, натуральные пищевые пшеничные отруби (30—40 г) в день, добавляемые в первое блюдо или заваренные кипятком и набухшие, включенные в гарнир второго блюда. Кулинарная обработка: пища дается в неизмельченном виде, приготовленная на пару или отваренная в воде. Овощи и фрукты — в сыром и вареном виде. Диета назначается на длительный срок до полного восстановления моторной функции толстой кишки и ликвидации запора.

Задача №16

Назначается липотропная диета № 1а, ЭЦ 2000 ккал/сут.

Состав: молоко (4-5 стаканов), слизистые крупяные, например манные, молочные или из пшеничных отрубей супы с маслом; каши жидкие, протертые, молочные; яйца всмятку (2-3 раза в день) или в виде паровых омлетов; паровые суфле из тощих сортов рыбы, мяса; сливочное несоленое (70-80 г в день) или оливковое масло (добавлять к блюдам), сливки; кисели ягодные, фруктовые (некислые) и молочные, морковный, фруктовый соки, отвар шиповника, слабый чай с молоком (сахар до 50 г в день). Соль ограничить до 5-8 г (помните, что 3-5 г соли содержится в продуктах, 5-8 г - в хлебе), свободной жидкости не более 1,5 л. Дополнительно витамины А, С, группы В (В1, В2, РР). Прием пищи при постельном режиме через каждые 2-3 часа в жидком и полужидком виде, теплом виде. При плохой переносимости молока (лучение живота, понос) его рекомендуют давать малыми количествами, разбавляя слабым чаем.

Задача №17

Ревматизм с малой степенью активности процесса (вяло и латентно текущий возвратный ревмокардит) без нарушения кровообращения, ревматизм в неактивной фазе и в фазе затухающего обострения является показанием к назначению диеты № 10б.

Целевое назначение диеты. Повысить иммунологическую реактивность организма, уменьшить воспалительные явления в соединительной ткани, снизить или купировать явления гиперергии, улучшить метаболические процессы в миокарде и сосудистой стенке.

Общая характеристика. Диета с повышенным содержанием полноценного белка, ограничением углеводов, главным образом легкоусвояемых экстрактивных веществ, поваренной соли и обеспечением потребности организма в витаминах С, Р, РР и группы В.

Кулинарная обработка. Все блюда готовят без соли. Мясо и рыбу дают в отварном виде, можно слегка обжаривать или запекать их после отваривания. Овощи дают в разваренном и сыром виде. Температура пищи обычная. Число приемов пищи — 5—6 раз в день. Поваренная соль 3—5 г (дают на руки больному). Масса рациона около 2,5 кг. Общее количество свободной жидкости до 1,5 л (включая первое блюдо).

Задача №18

Концентрация конечных продуктов азотистого обмена (остаточный азот, мочевины, мочевая кислота, креатинин и др.) в сыворотке крови зависит от количества поступающего с пищей белка, уровня белкового катаболизма и от степени почечной недостаточности. Так как у большинства больных ХПН не удается с помощью только медикаментов существенно улучшить функцию почек, малобелковая диета является единственным способом снижения азотемии.

Диетическое лечение ХПН основывается на следующих основных принципах:

- 1) ограничение поступающего с пищей белка до 20-40-60 г в сутки в зависимости от выраженности почечной недостаточности;
 - 2) обеспечение достаточной калорийности рациона за счет жиров и углеводов, соответствующей энерготратам организма, полное обеспечение витаминами, макро- и микроэлементами;
 - 3) ограничение при артериальной гипертензии поступаемых в организм соли и воды до тех минимальных пределов, при которых удастся обеспечить поддержание нормального водного и электролитного состава внутренней среды организма.
- Значительное ограничение белка в пище может привести к уменьшению общего белка в организме, что лимитирует образование ферментов, антител, гормонов, которые необходимы для нормальной жизнедеятельности организма. Построение диетического рациона для больного ХПН сводится к определению того оптимального количества белка, которое не будет вызывать опасного увеличения содержания азотистых шлаков и вместе с тем не приведет к распаду собственных белков организма вследствие белкового голодания.
- Разработаны два варианта малобелковой диеты, содержащей 20 г белка (диета № 7а) и 40 г белка (диета № 7б).
- В диетах № 7а и 7б белок представлен животного происхождения (мясо, рыба, яйца, молоко) как наиболее полноценный по содержанию незаменимых аминокислот. Эта доля животного белка не позволяет обеспечить организм незаменимыми аминокислотами и поэтому диета № 7а назначается на короткое время (15-18 дней).

Энергетическая ценность рационов обеспечивается за счет жиров и углеводов, содержание которых существенно не превышает физиологическую норму. Большое внимание при составлении рационов необходимо обращать на вкусовые качества диеты. Для улучшения вкусовых качеств пищи разрешается добавление пряностей, зелени, кислых овощных и фруктовых соков (лимонный, апельсиновый, алычевый, томатный и др.).

Задача №19.

Согласно технике безопасности влажная уборка проводится после отключения всей аппаратуры от сети или за 30 минут до включения. Уборка не разрешена.

Задача №20.

Необходимо успокоить женщину и отправить её на ЭКГ. Проведенная до обследования процедура электролечения, может повлиять на результаты ЭКГ.

Задача №21

Электротравма. Первая помощь: отключить рубильник, привести в сознание. В тяжелых случаях: начать искусственное дыхание рот в рот и закрытый массаж сердца, легкий массаж, укутывание пострадавшего, сладкий чай, в/м кофеина 20% 1мл, или 20% раствор камфоры, 2-3 мл. При ожоге: обработать спиртом, наложить сухую асептическую повязку. Обеспечит 100% госпитализацию.

Задача №22

1. Цель физиотерапии: купирование боли, воспаления, улучшение трофики.

2. Назначение: гальванизация области желудка.

Пример подробной прописи назначения: один электрод площадью 300см² помещают на эпигастральную область и соединяют, площадь воздействия (см², расположение электродов (поперечное, продольное или др.), силу тока (мА) или его плотность (мА*см²), порядок и продолжительность процедур (ежедневно, через день и т.д.), общее число процедур на курс лечения. катодом, второй – площадью 300 см² – поперечно на ниже-грудной отдел позвоночника и соединяют с анодом. Сила тока 10-15-20 мА. Продолжительность 15-20-30 минут. Ежедневно. Курс 10-15 процедур.

Пример сокращенной прописи назначения: гальванизация области желудка; сила тока 10-15-20 мА; 15-20-30 мин; ежедневно; №15.

Пояснение: Прописи назначений процедур производят врачи-физиотерапевты в единой процедурной карточке (форма №044у).

При оформлении прописи назначения соблюдается следующий порядок, последовательность: метод физиотерапии, область воздействия.

Задача №23

1. Цель физиотерапии: гипотензивное и седативное действие.

2. Назначение: гальванизация воротниковой зоны, по Щербаку.

Один электрод в форме шалевого воротника площадью 800-1200 см² располагают в области плечевого пояса и соединяют с анодом, второй – площадью 400-600 см² – размещают в поясничной области и соединяют с катодом. Сила тока при первой процедуре 6мА, продолжительность – 6 минут. Процедуры проводят ежедневно, увеличивая силу тока и время через каждую процедуру на 2 мА и 2 минуты, доводя их до 16мА и 16 минут, №12.

Задача №24

1. Цель физиотерапии: обезболивание.

2. Назначение: 0,5% новокаин-электрофорез на левую половину лица. Трехлопастный электрод (полумаска Бергонье) площадью 250 см², под прокладку которого помещают смоченные раствором новокаина листки фильтровальной бумаги такой же формы, располагают на левой половине лица и соединяют с анодом. Второй – площадью 250 см² – размещают в межлопаточной области и соединяют с катодом. Сила тока до 10 мА, 15 минут, ежедневно, №15.

Задача №25

1. Цель физиотерапии: противовоспалительное, десенсибилизирующее, бронхоспастическое действие.

2. Назначение: 5% кальций-электрофорез.

Электрод площадью 250 см², под прокладку которого помещают смоченные раствором кальция хлорида листки фильтровальной бумаги, располагают в межлопаточной области и соединяют с анодом. Второй – площадью 250 см² – размещают поперечно на передней поверхности груди и соединяют с катодом. Сила тока 5-10 мА, 20 минут, ежедневно, № 10-15

Задача №26

1. Цель физиотерапии: уменьшение зуда, улучшение трофики кожи.

2. Назначение: местная дарсонвализация кожи правого предплечья в области экзематозных изменений большим грибовидным электродом. Методика контактная («тихий разряд»), лабильная. Средняя мощность воздействия. Продолжительность процедуры 5-7 минут, ежедневно, курс процедур 12.

Пример сокращенной прописи назначения: дарсонвализация области правого предплечья, контактно, лабильно, средняя мощность, 5-7 минут, ежедневно, №12.

Задача №27

1. Цель физиотерапии: электростимуляция мышц левого бедра для ликвидации атрофии.

2. Назначение: диадинамические токи на мышцы передней и задней поверхности бедра поочередно, продольно. Последовательность токов и время их воздействия: ДН – 1 мин., ОР - 8 мин. На каждую поверхность. Сила тока – до ощущения выраженной безболезненной вибрации, ежедневно, курс 12 процедур.

Сокращенная пропись: ДДТ на мышцы бедра, ДН – 1 мин., ОР – 8 мин., ежедневно, №12.

Пояснение: Прописи назначений процедур производят врачи-физиотерапевты в единой процедурной карточке (форма №044у).

При оформлении прописи назначения соблюдается следующий порядок, последовательность: метод физиотерапии, область воздействия, площадь воздействия (см², расположение электродов (поперечное, продольное или др.), силу тока (мА) или его плотность (мА*см²), порядок и продолжительность процедур (ежедневно, через день и т.д.), общее число процедур на курс лечения.

Задача №28

1. Цель физиотерапии: противовоспалительное действие, повышение неспецифической резистентности организма.

2. Назначение: СУФ-облучение правой половины грудной клетки по фракционированной методике, 2 биодозы, ежедневно, № 6.

Задача №29

1. Цель физиотерапии: купирование болевого синдрома.

2. Назначение: СУФ-облучение в эритемных дозах пояснично-крестцового отдела позвоночника, 4 биодозы + 2 биодозы, через 3 дня, №3.

Задача №30

1. Цель физиотерапии: противовоспалительное и анальгетическое действие.

2. Назначение: СУФ-облучение кожи правой подмышечной ямки в эритемных дозах, 2 биодозы + 1 биодоза, через день, № 5.

Задача № 31

1. Цель физиотерапии: бактерицидное, противовоспалительное действие.

2. Назначение: КУФ облучение миндалин, 1 биодоза + 1 биодоза до 4 биодоз, ежедневно, № 5.

Задача №32

1. Цель физиотерапии: анальгетическое, противовоспалительное действие, улучшение обмена веществ в соединительной ткани.

2. Назначение: инфракрасная лазеротерапия на суставную щель правого коленного сустава (аппаратом «Узор»). Режим импульсный, 1500 имп/с, продолжительность 256 с, ежедневно, №10.

Задача №33

а) 101-118; б) 111 шагов в мин.

Задача №34

Режим Iб. Упражнения дыхательные с тренировкой диафрагмального дыхания, упражнения для мелких и средних мышечных групп конечностей, и.п. лежа на спине или с приподнятым головным концом, нагрузка минимальная (ЧСС не более 95-100 уд/мин)

Задача №35

Нагрузки аэробного характера, продолжительностью 40-60 мин не менее 3 раз в неделю.

Задача №36

104-114 уд/мин.

Задача №37

- дыхательные упражнения;
- через 4 нед. – упражнения для мелких мышц конечностей;
- через 8 недель – прогрессирующая ходьба;
- через 12 недель – занятия на велотренажере с нулевой нагрузкой

Задача №38

1. В данной ситуации при синовите методики ЛФК противопоказаны.
2. Комплекс физ. упражнений при остеоартрозе суставов.
3. После выписки пациент должен проходить реабилитацию в поликлинике (отделение реабилитации) или в отделение медико-социальной реабилитации ЦСОН. Продолжить физиолечение, массаж, ЛФК.
4. Курорты «О. Учум», «О. Шира», «Белокуриха».
5. Инструктор ЛФК

Задача №39

1. В данной ситуации при синовите методики ЛФК противопоказаны.
2. Комплекс физ. упражнений при остеохондрозе.
3. Плавание в бассейне назначается на санаторно – курортном, амбулаторно – поликлинических этапах и на стационарном этапе без наличия болей.
4. Курорты «О. Учум», «О. Шира», «Белокуриха».
5. В зале, кабинете ЛФК; в палате больного, свежем воздухе.

Задача №40

1. Можно
2. Ручной классический массаж
3. Анальгетический
4. Время, число процедур на курс
5. Массажист

Задача №41

1. Да, правильно.
2. Неправильно, 1 й период 15%, 2ой – 70%, 3ий – 15%.
3. Подготовительный (вводная часть), основной, заключительный.

Задача №42

Предварительный диагноз: хронический лимфолейкоз.

2. Для окончательного установления диагноза необходимо исследование костного мозга, в миелограмме должно быть определено более 30% лимфоцитов (см. миелограмму).
3. Лечение: необходимо назначить циклофосфан или хлорбутин.

Критерии оценивания промежуточной аттестации

- оценка «отлично»: результат тестирования 91-100%, ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода её решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, ответы на дополнительные вопросы верные, чёткие.
 - оценка «хорошо»: результат тестирования 81-90% , ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода её решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно чёткие.
 - оценка «удовлетворительно»: результат тестирования 71–80%, ответы на вопросы задачи даны правильно. Объяснение хода её решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях, протокол заполнен частично или с ошибками.
 - оценка «неудовлетворительно»: результат тестирования 0–70%, ответы на вопросы задачи даны неправильно. Объяснение хода её решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования; ответы на дополнительные вопросы неправильные (отсутствуют).
- Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

№	Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Знание 1.	Основы законодательства в обеспечении социальной защиты населения	Вопросы 2
Знание 2.	Виды, формы и методы реабилитации	Вопросы 3, 14
Знание 3.	Основы социальной реабилитации	Вопросы 2
Знание 4.	Принципы экспертизы временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах	Вопросы 6
Знание 5.	Группы инвалидности и основы освидетельствования стойкой утраты нетрудоспособности в медико-социальной экспертизу	Вопросы 7
Знание 6.	Общее и специальное физиологическое воздействие физических упражнений и массажа на организм человека	Вопросы 36-41, 52
Знание 7.	Психологические основы реабилитации	Вопросы 1,4,5,54
Знание 8.	Основные виды физиотерапевтических процедур и возможности их применения в реабилитации	Вопросы 15-29
Знание 9.	Общее и специальное физиологическое воздействие санаторно-курортного лечения на организм человека	Вопросы 57,59
Знание 10.	Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению	Вопросы 57
Знание 11.	Особенности организации социальной помощи пожилым, престарелым людям и инвалидам	Вопросы 13

Знание 12.	Принципы медико-социальной реабилитации инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий, лиц с профессиональными заболеваниями и лиц из групп социального риска	Вопросы 12, 60-64
Умение 1.	Проводить комплекс упражнений по лечебной физкультуре при различных заболеваниях	Задачи 33-38, 41
Умение 2.	Проводить основные приемы массажа и лечебной физкультуры	Задачи 33-37, 40, 41
Умение 3.	Проводить физиотерапевтические процедуры	Задачи 22-32
Умение 4.	определять показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению	Задачи 38, 39
Умение 5.	Составлять программу индивидуальной реабилитации	Задачи 11,12,13
Умение 6.	Организовывать реабилитацию пациентов	Задачи 11,12,13
Умение 7.	Осуществлять паллиативную помощь пациентам	Задачи 42
Умение 8.	Проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий, лиц с профессиональными заболеваниями и лиц из группы социального риска	Задачи 6,7,8,9,10
Умение 9.	Проводить экспертизу временной нетрудоспособности	Задачи 1,2,3,4,5

30.2. ПП.05.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ)

Задача №1

Больной В., 37 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие после еды, отрыжку, отмечает похудание. Считает себя больным около 7 лет. Последние 7-10 дней ухудшение самочувствия связывает с употреблением алкоголя. Медикаментозное лечение проводится. Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Диагноз: Хронический гипоацидный гастрит.

Направлен на физиотерапевтическое лечение.

Назначение: Гальванизация области желудка. Один электрод площадью 200 см² помещают на эпигастральную область и соединяют с катодом, второй — площадью 300 см² — поперечно на нижнегрудной отдел позвоночника и соединяют с анодом сила тока 15-20 мА. Продолжительность процедуры 15—20 мин. Ежедневно. Курс — 10—15 процедур.

Задания:

Определите тактику ведения пациента.

Цели физиотерапевтического лечения.

Продемонстрируйте технику проведения физиопроцедуры: гальванизация области желудка поперечно.

Задача №2

Больная И., 47 лет. Жалобы на периодически возникающую головную боль в затылочной области, головокружение. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развиваются во второй половине дня. Головные боли беспокоили периодически в течении нескольких лет. Поставлен диагноз: Гипертоническая болезнь, первая Б стадия.

Объективно: температура 36,5°С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 85 в мин., пульс твердый, напряженный, 85 в мин. АД 140/90мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Направлена на физиолечение. Назначение: гальванизация воротниковой зоны (гальванический «воротник» по Щербаку). Один электрод в форме шалевого воротника площадью 800—1200 см² располагают в области плечевого пояса и соединяют с анодом, второй — площадью 400—600 см² — размещают в поясничной области и соединяют с катодом. Сила тока при первой процедуре 6 мА, продолжительность — 6 мин. Процедуры проводят ежедневно, увеличивая силу тока и время через каждую процедуру на 2 мА и 2 мин, доводя их до 16 мА и 16 мин, № 10

Задания.

Определите тактику ведения пациента.

Цели физиотерапевтического лечения.

Продемонстрируйте технику проведения физиопроцедуры: гальванизация по общей методике воротник по Щербаку.

Задача №3

У больного 47лет, невралгия тройничного нерва. Жалобы: боль приступообразного характера в левой половине лица, появляющаяся в холодную ветреную погоду. Цель физиотерапии — обезболивание. Назначение: 0,5 % новокаин-электрофорез на левую половину лица. Трехлопастной электрод (полумаска по Бергонье) площадью 250 см², под прокладку которого помещают смоченные раствором новокаина листки фильтровальной бумаги такой же формы, располагают на левой половине лица и соединяют с анодом. Второй электрод прямоугольной формы площадью 200см² помещают в межлопаточной области и соединяют с катодом. Сила тока до 10 мА, 15 мин, ежедневно, № 15.

Задания.

1. Определите тактику ведения пациента.

2. Цели физиолечения.

3. Продемонстрируйте технику проведения электрофореза по методике Бергонье.

Задача №4

Больной К., 42 года, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, редкий кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Обострение состояния наступило 8 дней назад. Болен в течении 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяц подряд в умеренном количестве. Больной курит в течении 20 лет по одной пачке сигарет в день. Поставлен диагноз: Хронический бронхит в подострой стадии. Объективно: температура 36,7°С. Общее состояние удовлетворительное. кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм. рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Назначение: калий йод-электрофорез. Электрод площадью 250 см² располагают в межлопаточной области и соединяют с анодом. Второй электрод площадью 250 см², под гидрофильную прокладку которого помещают смоченные раствором йодида калия листки фильтровальной бумаги соединяют с катодом и помещают на грудную клетку спереди. Сила тока 5—10 мА, 20 мин, ежедневно, № 10-15.

Задания.

Принципы лечения.

Цели выполняемой физиопроцедуры.

Продемонстрируйте технику проведения физиопроцедуры электрофорез на грудную клетку поперечно.

Задача №5

Больной Н., 43 лет. корешковые проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника. Жалобы: боль в верхней половине шеи слева при поворотах головы. Работает водителем на грузовом автомобиле дальних перевозок. Из анамнеза выяснилось, что считает себя больным в течении 2-х лет. Лечился в домашних условиях, жена делала компрессы на шейный отдел. Последнее обострение 6 дней назад. Объективно: температура 36,7°C, общее состояние удовлетворительное, кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 85 ударов в мин. АД 120/80 мм. рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. При пальпации спинно-мозговых корешков шейного отдела позвоночника отмечается болезненность, напряженность мышц шейного отдела. Направлен на физиолечение.

Назначение: СМТ терапия на паравертебральные зоны верхнешейного отдела позвоночника. В зону болевого очага(-) катод. С противоположной стороны позвоночника(+)-анод. Последовательность рода работы и времени их воздействия: 1 род работы — 3 мин, 3 род работы — 3 мин, 4 род работы — 3 мин. Глубина модуляций 50-150 %, частота 150-50 Гц. Сила тока — до ощущения выраженной безболезненной вибрации, ежедневно, № 8.

Задания.

Определите тактику ведения пациента.

Цели выполняемой физиопроцедуры.

Продемонстрируйте технику проведения физиопроцедуры СМТ терапия шейного отдела позвоночника

Задача №6

Больная 42 лет. Жалобы на боли в области правого плечевого сустава, иррадиирующие правую руку, ограничение движений в плечевом суставе. Анамнез. болев 2-й месяц, после травмы, упала на улице. На рентгенограмме правого плечевого сустава костной патологии нет. Местно при осмотре незначительный отек мягких тканей правого плечевого сустава, боли при движениях. Диагноз. Эпикондилит правого плечевого сустава. Направлена на физиолечение.

Назначение:

1. УВЧ-терапия правого плечевого сустава поперечно 2 электрода №2, зазор 1.5 см, мощность 40 Вт, время 10 мин, на курс 5 сеансов.

Задания.

Определите тактику ведения пациента.

Цели выполняемой физиопроцедуры.

Изложите технику проведения физиопроцедуры УВЧ терапия правого плечевого сустава.

Задача №7

Больная 56 лет. Жалобы на боли в левом луче-запястном суставе, ограничение движений пальцев левой кисти. Из анамнеза: Со слов больной травма произошла на улице, поскользнулась возле дома, прошел 1 месяц. На рентгенограмме: Перелом лучевой кости в типичном месте. Объективно: при осмотре левой руки отек кисти, левое предплечье в гипсовой лонгете болезненность при движениях в левом луче-запястном суставе. Диагноз: Состояние после перелома левой лучевой кости. Направлена на физиолечение.

Назначение: Магнитотерапия аппаратом Полнос-2 на левую руку 2 индуктора, интенсивность 1-2-3, режим непрерывный, время 15-20 мин.

№15, ежедневно.

Задания.

Определите тактику ведения пациента. (ПК)

Цели выполняемой физиопроцедуры.

Порядок проведения физиопроцедуры магнитотерапия на левый луче-запястный сустав.

Задача №8

Больной 38 лет, работает предпринимателем, имеет свой бизнес. Жалобы на выпадение волос.

Из анамнеза: болев 3-й месяц, связывает со стрессами, перегрузкой по работе. Обследован у дерматолога. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 77 ударов в мин. АД 120/80 мм. рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. При осмотре очаговое облысение волосистой части головы в области темени, диаметром 5х6 см. Диагноз. Алопеция теменной области головы. Направлен в физиоотделение.

Назначение. 1. Дарсонвализация волосистой части головы, электродом расческой, мощность 1-2 Вт, по ощущению покалывания, до появления искры, время 5-10 мин, на курс 10 сеансов.

Задания.

Принципы лечения.

Цели выполняемой физиопроцедуры.

Выполнить физиопроцедуру дарсонвализация волосистой части головы.

Задача №9

Больной 19 лет. Жалобы на боли левом плечевом суставе. Из анамнеза: неделю назад во время занятий спортом толкание ядра юноша-студент получил травму. Почувствовал резкую боль в левом плече, на короткое время потерял сознание. Очнувшись отмечает слабость, головокружение, левая рука свисает, движения не возможны. Обратился в поликлинику. Наложена гипс. Объективно: состояние удовлетворительное. При осмотре на левый плечевой сустав наложен тугая повязка. Активные движения в суставе отсутствуют. На рентген снимке: нарушений костной структуры не обнаружено. Направлен на физиолечение.

Назначение: Магнитотерапия аппаратом Полнос-2 на левый плечевой сустав, интенсивность магнитного поля 1-2-3 ступень, время 10-20 мин, на курс 15 сеансов.

Задания:

Определите тактику ведения пациента. (ПК)

Цели выполняемой физиопроцедуры.

Порядок проведения физиопроцедуры аппаратом магнитотерапии на левый плечевой сустав.

Задача №10

Беременная 20 лет, срок беременности 28 недель. Жалобы на першение и боли в горле. Из анамнеза: при взятии мазка на микрофлору из зева и носа обнаружен стафилококк. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 36,9°C, АД 120/80 мм. рт. ст., ЧСС 78 ударов в мин, язык сухой, обложен серым налетом. Живот увеличен за счет беременности. Консультирована ЛОР - врачом.

Диагноз: Стафилококковое носительство.

Назначение: Тубусный кварц на область зева и носовые ходы, через тубус, начиная с 10 сек. каждую сторону плюс по 10 сек. до 1.5 мин курс 10 дней

Задания:

Принципы лечения пациента. (ПК)

Цели выполняемой физиопроцедуры.

Продемонстрируйте физиопроцедуру УКВ ротовой полости аппаратом светолечения «Солнышко»

Задача №11

Пациенту 35 лет, работает сварщиком в строительной компании (работа на улице, на стройке). Болев третий день, связывает с переохлаждением.

Беспокоит кашель сухой, насморк, першение в горле, по вечерам поднимается температура тела до 37,2-37,5. При осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. На губе герпес. Зев гиперемирован, миндалины не увеличены. Т- 37,1. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания симметрично. При перкуссии легочный звук над всеми полями. При аускультации дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные,

ясные. По органам патологии нет.

Вопросы:

Какой предполагаемый диагноз у пациента?

Какие дополнительные методы исследования назначите?

Выписываете ли вы ему листок нетрудоспособности и если да, то на какой срок?

Задача №12

Пациенту оформлена инвалидность III группы по поводу ампутации стопы после автотравмы. До травмы работал шофером.

Вопросы:

Объясните, что такое индивидуальная программа реабилитации пациента?

Кто ее разрабатывает?

Положена ли ему трудовая реабилитация?

Какие мероприятия будут включены в программу трудовой реабилитации?

Задача №13

Пациентке 78 лет. Живет одна в благоустроенной квартире. Родственников нет, в Дом-интернат для престарелых устроиться не хочет. В последнее время с трудом выходит на улицу. Сама за собой ухаживает, но затрудняется в приготовлении пищи, уборке квартиры.

Вопросы:

Какой вид социального обслуживания ей положен?

В каком объеме?

Задача №14

Пациентке 25 лет. Наблюдается у акушерки ФАП с 9 недели беременности. В данное время срок беременности 23-24 недели, беременность протекает без патологии (жалоб нет, все анализы в пределах нормы).

Вопросы:

Кто выписывает листок нетрудоспособности пациентке?

На каком сроке выписывается листок нетрудоспособности?

На сколько дней выписывается листок нетрудоспособности в данном случае?

При возникновении осложнений на какой срок выписывается листок нетрудоспособности?

Задача №15

Пациенту 70 лет. Находится в хосписе с диагнозом: Рак желудка IV стадии с метастазами во внутренние органы. Кахексия. Сердечно-легочная недостаточность II степени. Беспокоят сильные боли в желудке, общая слабость. Пьет только жидкую и полужидкую пищу. Постоянно находится в постели.

Вопрос:

Составьте план ведения данного пациента в рамках паллиативного лечения

Измерьте суточный диурез у пациента

Задача №16

Пациенту 25 лет. После травмы позвоночника, полученной на стройке, нет движения в нижней половине туловища, акты мочеиспускания и дефекации не контролирует. Присвоена инвалидность I группы. Живет с матерью и братом в благоустроенной квартире. Не хочет общаться со знакомыми, замкнулся в себе, говорит, что зря выжил. Не желает заниматься ЛФК и медицинские процедуры не выполняет.

Вопрос:

Составьте индивидуальную программу реабилитации пациента

Какие виды реабилитации положены данному пациенту?

Какой срок переосвидетельствования группы инвалидности?

Задача №17

Вы работаете фельдшером здравпункта завода. У работника столовой завода обнаружены гельминты. Работника отстранили от работы на период дегельментизации.

Вопрос:

Положен ли ему листок нетрудоспособности?

На сколько дней единолично имеет право выписывать листок нетрудоспособности фельдшер?

Задача №18

Больной В, 61 год. Диагноз, хронический анацидный гастрит, колоноптоз, хронический холецистит, жалобы: потеря аппетита, слабость, головная боль, тошнота, тяжесть в эпигастральной области, находится в стационаре.

Задания:

1. Какие из средств ЛФК показаны больному?

2. Какие из средств противопоказаны?

3. Покажите какие исходные положения следует использовать в процедуре Лечебной гимнастики?

Задача №19

Больной И, 37 лет. Диагноз: Туберкулез легких.

В стационаре находится второй месяц. Состояние

удовлетворительное, температура тела субфебрильная, кашель с

отхождением "ржавой мокроты".

Задания:

1. Каковы задачи ЛФК?

2. Назначить комплекс упражнений?

Задача №20

Больной Е, 11 лет. Поражение лицевого нерва справа после перенесенной вирусной инфекции.

Задания

1. Перечислите задачи лечебной гимнастики

2. Укажите специальные упражнения

Задача №21

Больная Б, 65 лет. Диагноз: хроническое неспецифическое заболевание легких, эмфизема легких, пневмосклероз. Жалобы на кашель с трудноотделяемой

мокротой, температура - 36,8.

Задания:

1. Имеются ли противопоказания для ЛФК?

2. Составить курс ЛФК.

Задача №22

Больная К., 32 года. Диагноз: гастроптоз. Жалобы на тянущие боли в животе, усиливающиеся после приема пищи, тошноту.

Задания:

1. Определить задачи ЛФК.

2. Назначить комплекс лечебной гимнастики

Задача №23

Больная 53 лет. Жалобы на боли в левом коленном суставе, ограничение движений. Из анамнеза: боли в левом коленном суставе появились 3 года назад, наблюдается у терапевта. На рентген снимке: явления артроза, остеофиты в области левого коленного сустава. Поставлен диагноз: Остеоартроз левого коленного сустава.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, отмечается припухлость, покраснение кожи над левым коленным суставом, болезненность при движениях в левом коленном суставе. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 83 ударов в мин. АД 115/60 мм. рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Направлена на физиолечение.

Назначено: УВЧ – терапия на левый коленный сустав, электроды №2, поперечно, зазор 1,5 см мощность 40 Вт, время 10 мин. На курс 7-10 сеансов.

Задания:

Определите тактику ведения пациента.

Цели выполняемой физиопроцедуры.

Изложите последовательность действий физиопроцедуры УВЧ на левый коленный сустав.

Задача №24

Больная М. 47 лет. Обратилась с жалобами на головную боль, тяжесть в левой половине грудной клетки, раздражительность, нарушение сна. Поставлен диагноз: Нейроциркуляторная дистония по смешанному типу. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 83 ударов в мин. АД 130/80 мм. рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Направлена на физиолечение.

Назначено: Электросон-терапия по глазнично-сосцевидной методике; частота импульсов 10 имп в 1 секунду, сила тока — до ощущений покалывания и безболезненной вибрации под электродами, время 30 мин, через день, № 10.

Задания:

Определите тактику ведения пациента.

Цели выполняемой физиопроцедуры.

Изложите порядок проведения процедуры электросон.

Задача №25

Больной 46 лет. Жалобы: слабость, кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты, одышку, удлиненный выдох. Из анамнеза: болеет в течении 7 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гноющая мокрота выделяется при обострениях. Больной курит с 15 лет. Поставлен диагноз: Хронический обструктивный бронхит, подострая стадия. Объективно: температура 36,8 гр. С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. В легких: дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, единичные сухие хрипы с обеих сторон, определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Направлен на физиолечение.

Назначение: Электрофорез с пелоидином. Электрод площадью 250 см², под гидрофильную прокладку которого помещают листки фильтровальной бумаги с пелоидином, располагают в межлопаточной области и соединяют с анодом. Второй электрод такого же размера соединяют с катодом и помещают на грудную клетку спереди. Сила тока 10—15 мА, 20 мин, ежедневно, № 10-15.

Задания:

Определите тактику ведения пациента.

Цели выполняемой физиопроцедуры.

Продемонстрируйте физиопроцедуру электрофорез с пелоидином на грудную клетку.

Задача №26

Пациенту 35 лет, работает сварщиком в строительной компании (работа на улице, на стройке). Болеет третий день, связывает с переохлаждением. Беспокоит кашель сухой, насморк, першение в горле, по вечерам поднимается температура тела до 37,2-37,5. При осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. На губе герпес. Зев гиперемирован, миндалины не увеличены. Т- 37,1. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания симметрично. При перкуссии легочный звук над всеми полями. При аускультации дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. По органам патологии нет.

Вопросы:

Какой предполагаемый диагноз у пациента?

Какие дополнительные методы исследования назначите?

Выписываете ли вы ему листок нетрудоспособности и если да, то на какой срок?

Задача №27

Больная Д. 81 год. Жалобы на слабость, боли в области левого бедра. Три недели назад была дома днем, внезапно закружилась голова, она упала, потеряла сознание. Была доставлена с родственниками бригадой «03» в травматологическое отделение РБ№2. После КТ (компьютерной томографии) был поставлен диагноз: Перелом левого тазобедренного сустава. Отмечает аллергию на антибиотики – ампициллин, вредных привычек нет. Неделю назад была проведена операция: Остеосинтез левого тазобедренного сустава с применением металлоконструкции.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Режим постельный. Температура 36,8 °С. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 68 в мин. АД 130/90 мм рт. ст., нарушение сна. Отмечает запоры. Направлена на физиолечение.

Назначение: Магнитотерапия на область левого бедра аппаратом АЛМАГ, режим непрерывный, продолжительность 10-15 мин. №7-10.

Задания:

Определите тактику ведения пациента.

Цели выполняемой физиопроцедуры.

3. Изложите порядок проведения физиопроцедуры Магнитотерапия

Задача №28

Больная С., 75 лет. Жалобы на сильные боли в правой ноге с внутренней стороны в области икроножной мышцы (открытая рана), плохой сон. Из анамнеза: наследственных заболеваний нет, аллергии и вредных привычек нет. 20 лет назад произведена операция по поводу желчнокаменной болезни, удален желчный пузырь. И обнаружено повышение сахара в крови. В последние годы по данным анализа крови на сахар поднимается до 27 ммоль/л. Поддерживает состояние инсулином до 26 единиц в день. Установлен диагноз: Сахарный диабет II ст. Состоит на диспансерном учете. В прошлом 2013 г. в РБ№2 произведена операция: Ампутация левой ноги до бедра. Объективно: состояние средней степени тяжести. Тоны сердца приглушены. АД 130/90 мм. рт. ст. ЧСС 85 ударов в мин. При осмотре на правой ноге с внутренней стороны голени отмечается отечность, покраснение, местное повышение температуры, открытая рана. Диагноз: Рожистое воспаление правой голени. Направлена на физиолечение. Назначение: Магнитотерапия на правую ногу аппаратом АЛМАГ продольно, режим непрерывный, время 15 мин, на курс 10-15 сеансов.

Задания:

Определите тактику ведения пациента.

Цели выполняемой физиопроцедуры.

Изложите порядок проведения физиопроцедуры Магнитотерапия

Задача № 29

Пациентка К., находившаяся на больничном листе в связи с гриппом, должна явиться к врачу 18 августа, но она пришла 22 августа, так как уезжала за город. Врач признал ее нетрудоспособной, диагностировав очаговую пневмонию.

Оформить больничный лист.

Задача № 30

Пациент С., 45 лет, находившийся на больничном листе в связи с обострением гипертонической болезни, должен был явиться к врачу 20 сентября. Вышел на работу без разрешения врача. 25 сентября больной был на приеме в поликлинике, и участковый терапевт признал его трудоспособным.

Оформить больничный лист.

Задача № 31

Пациент Г., 50 лет. Основная профессия - сварщик. В связи с обострением хронического бронхита имел в течение года 2 больничных листа продолжительностью 25 и 30 дней. По справке ВК переведен на более легкую работу со снижением квалификации - курьера в Управлении. Другой работы администрация предоставить не могла. В настоящее время в связи с обострением легочного заболевания находится на больничном листе 3 недели.

Оформить больничный лист.

Задача № 32

Пациент Р., 42, лет направлен на МСЭК 29 сентября. Больничный лист продлен с 24 по 28 сентября и закрыт. Дата закрытия больничного листа - 28 сентября.

Правильно ли оформлен больничный лист?

Задача № 33

Пациентка Р., 42 лет, направлена участковым врачом на МСЭК 1 октября. Однако она явилась в экспертную комиссию только 15 октября. Врачи МСЭК установили больную III гр. инвалидности.

Как оформить больничный лист?

Задача № 34

У больной К. образование высшее техническое, работает менеджером в отделе продаж бытовой техники. В 27 лет был выявлен врожденный порок сердца в виде расщепления передней створки митрального клапана и дефекта мембранозной части межжелудочковой перегородки, что сопровождалось митральной регургитацией III - IV степени, сбросом крови через дефект слева направо, повлекший незначительную дилатацию правого желудочка и развитие СН II А стадии. Была произведена хирургическая коррекция порока с постановкой оклюдера в месте дефекта и пластики митрального клапана. После операции при ЭХО-КГ митральная регургитация I степени, сброса крови через межжелудочковую перегородку не регистрируется. Объективно застойных явлений по кругам кровообращения не выявлено. Пациент находится на больничном листе 3,5 месяца.

Ваша экспертная тактика?

Задача № 35

Больной В., 55 лет, образование высшее техническое, работает инженером – сметчиком. В течение 10 лет страдает артериальной гипертензией. Максимальный подъем артериального давления до 190/115 мм. рт. ст. Гипотензивную терапию регулярно не принимал. Три месяца назад перенес острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, которое привело к глубокому правостороннему гемипарезу, моторной афазии. Сформулируйте диагноз. Нарушения каких основных функций организма имеют место? Проведите экспертизу трудоспособности.

Задача № 36

Больной Т., 57 лет, образование высшее юридическое, работает нотариусом. Ишемическая болезнь сердца выявлена 5 лет назад. Два года назад перенес острый мелкоочаговый инфаркт миокарда. С диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения II ФК. ПИКС (2006 г.). СН I стадии – была установлена III группа инвалидности с ОСТ I степени. Четыре месяца назад пациент переносит повторный крупноочаговый инфаркт миокарда, с развитием аневризмы левого желудочка. В настоящее время ангинозные боли возникают при ходьбе по ровной поверхности на расстояние 200 - 250 метров, сопровождающиеся выраженной одышкой, при объективном осмотре – ЧСС - 115 уд/мин., дефицит пульса 35 ударов. Влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Печень пальпируется на 2 см. ниже реберной дуги. Голени пастозны.

Сформулируйте диагноз. Проведите экспертизу трудоспособности. Дайте трудовые рекомендации.

Задача № 37

Больная О., 71 года, пенсионерка. С диагнозом: Артериальная гипертензия III степени. Очень высокий риск. Последствия острого нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу – тетраплегия. Дисциркуляторная энцефалопатия III степени. Сенильная деменция – направлена в бюро МСЭ. Ваша экспертная тактика.

Задача № 38

Больная Ф., 65 лет, пенсионер, длительно страдает остеоартрозом, полиостеоартрозом с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов. Неоднократно проводилось лечение по поводу выраженного синовита и периаартрита коленных суставов с применением НПВП, курсов ходропротекторов как per os, так периартикулярно, внутрисуставным введением кеналога, синвиска. В последнее время отмечается прогрессирование недостаточности функции суставов и отрицательная рентгенологическая динамика: IV стадия в правом коленном, III – в правом тазобедренном суставах. УЗИ коленных суставов: резкое снижение толщины гиалинового хряща, местами отсутствие его визуализации, выраженные дегенеративно-дистрофические изменения ткани менисков с формированием больших кист, трещин. Дегенеративная кальцификация ткани сухожилий без признаков тендинита. Явлений синовита не отмечается. УЗИ тазобедренных суставов: резкое снижение толщины гиалинового хряща, его хондрокальциноз, дегенеративно-дистрофические изменения ацетабулярной губы - ее фрагментация. Незначительный синовит правого сустава. При осмотре суставов рук определяются плотные образования в области дистальных межфаланговых суставов.

Сформулируйте диагноз. Есть ли признаки стойкого ограничения трудоспособности. Лечебная тактика.

Эталоны ответов к задачам

Задача №1

Режим общий, диета №1, соблюдение больничного режима и придерживаться ЗОЖ.

Пациент является временно нетрудоспособным, нуждается в амбулаторном лечении.

Направление на ФГДС в ЦРБ, ОАК, наблюдение за состоянием пациента.

Медикаментозное лечение: спазмолитические препараты: Но-шпа,

Прогноз благоприятен в отношении восстановления при комплексном и своевременном лечении и соблюдении ЗОЖ.

Профилактика: соблюдать режим питания, труда и отдыха, и вести ЗОЖ.

Цель физиотерапии: купирование боли, воспаления, улучшение трофики.

На обнаженный участок тела, на эпигастральную область накладываем поверх гидрофильной прокладки, электрод площадью 200 см² и соединяют с (-) катодом. Второй — площадью 300 см² — поперечно на нижнегрудной отдел позвоночника и соединяют с (+) анодом. Включаем аппарат «Поток1», устанавливаем шунт на «50», увеличиваем регулятором величину тока до 15-20 мА. Продолжительность процедуры 15—20 мин. Ежедневно. Курс 10—15 процедур.

Задача №2

1. Тактика ведения пациента:

ОАМ: могут быть следы белка, единичные эритроциты. Электрокардиография. Исследование сосудов глазного дна: резкое сужение артерий сетчатки, возможны кровоизлияния.

Пациент нуждается госпитализации для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

Режим полупостельный. Диета №10, ограничение поваренной соли.

Медикаментозная терапия: гипотензивные препараты, диуретики.

ЛФК. Фитотерапия: зеленый чай, валериана, пустырник.

Прогноз благоприятный при стабильном течении и не высоких цифрах АД, отсутствие осложнений.

Профилактика: режим труда и отдыха, нормализация сна, рациональное питание, ЗОЖ, диспансерное наблюдение.

2. Цель физиотерапии: гипотензивное, успокаивающее действие.

3. На обнаженный участок тела на воротниковую зону, поверх прокладки накладываем один электрод в форме шалевого воротника площадью 800—1200 см² располагают в области плечевого пояса и соединяют с (+) анодом, второй — площадью 400—600 см² — размещают в поясничной области и соединяют с (-) катодом. Сила тока при первой процедуре 6 мА, продолжительность — 6 мин. Процедуры проводят ежедневно, увеличивая силу тока и время через каждую процедуру на 2 мА и 2 мин, доводя их до 16 мА и 16 мин, № 10

Задача №3

1. Направление в ЦРБ для специализированной мед помощи к невропатологу. Рекомендуется тепло укутывать левую половину лица, избегать переохлаждения. Медикаментозное лечение: обезболивающие препараты. Направление на физио лечение.

2. Обезболивающее действие.

3. Положение пациента лежа на животе. Трехлопастной электрод (полумаска Бергонье) площадью 250 см², под прокладку которого помещают смоченные раствором новокаина листки фильтровальной бумаги такой же формы, располагают на левой половине лица и соединяют с анодом, фиксируем бинтованием. Второй электрод прямоугольной формы площадью 200 см² помещают в межлопаточной области и соединяют с катодом, фиксируем мешочком с песком. Включаем аппарат «Поток 1», устанавливаем шунт на «5». Увеличиваем силу тока до 5 мА, 15 мин, ежедневно, № 15. Пациент чувствует легкое тепло.

Задача №4

Режим общий, диета №15, обогащенная витаминами. Обильное питье: минеральные воды, чай с малиной, чай с медом.

Антибактериальная терапия: антибиототики с учетом чувствительности.

Отхаркивающие средства: фиточай, грудной сбор, микстура с термопсисом.

Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку.

Дыхательная гимнастика.

Массаж грудной клетки. Избегать переохлаждения.

Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при комплексном, своевременном лечении и ведении здорового образа жизни.

Профилактика: закаливание, двигательная активность, устранение фактора переохлаждения.

Противовоспалительное, рассасывающее действие.

На грудную клетку спереди накладывают активный электрод, второй электрод - на межлопаточную область.

Задача №5

При острой боли рекомендуется обезболивающие препараты, теплый шарф на шею, избегать переохлаждения и переутомления. Направить к невропатологу.

Цель физиотерапии: обезболивание.

Положение больного лежа на животе. На обнаженный участок тела

на паравerteбральные зоны верхнешейного отдела позвоночника накладываем 2 прокладки. В зону болевого очага – (-) катод. С противоположной стороны позвоночника – (+) анод соединенный с аппаратом Амплипульс-5. Фиксируем электроды мешочком с песком. Включаем аппарат Амплипульс.

Устанавливаем режим работы, частоту 150 Гц и глубину модуляции 50%. Последовательность рода работы и времени их воздействия: 1 род работы — 3 мин, 3 род работы — 3 мин, 4 род работы — 3 мин. Сила тока — до ощущения выраженной безболезненной вибрации.

Задача №6

Противовоспалительная терапия: Диклофенак, втирание мази, бальзама. УВЧ-терапия на правый плечевой сустав. Грязевые аппликации на правый плечевой сустав и правую руку.

ЛФК правого плечевого сустава и правой руки. Массаж правого плечевого сус тава и правой руки.

Обезболивающая терапия. Восстановление движений в правом плечевом суставе.

Положение пациента сидя на стуле. Установить электрод №2 с зазором 1,5 см в области правого плечевого сустава, так чтобы сустав был между двумя электродами, поперечно. Включить аппарат, установить мощность до 40 Вт. Проверить настройку контрольной лампочкой.

Задача №7

Режим общий, ограничение движений в левой кисти и предплечья.

Диета №15, обогащенная витаминами и кальцием (творог, холодец, яичная скорлупа).

Противовоспалительная терапия: Диклофенак.

Физиотерапия магнитотерапией.

Наблюдение у травматолога.

Обезболивающее, противоотечное действие.

Положение пациента сидя на стуле. Индукторы от «Полус-101» продеваем через левую руку. Расстояние между индукторами 25см. Включаем аппарат, устанавливаем интенсивность с 1 ступени, режим прерывистый, время 15 минут.

Задача №8

Седативные препараты: отвар пустырника, избегать стрессов, режим труда и отдыха, полноценный сон, утренняя гимнастика, посещение тренажерного зала, занятия спортом. Физиолечение: дарсонвализация волосистой части головы.

Нормализация сна. Восстановление роста волос на голове.

Положение пациента - сидя на стуле. Подбираем электрод расческу, помещаем в гнездо резонатора. Подводим расческу к границе волосистой части головы. Включаем аппарат Искра -1 . Устанавливаем компенсатор напряжения . Регулируем мощность до 2 Вт, пациент чувствует покалывание. Продолжительность 5-10 минут.

Задача №9

Обезболивающие препараты, препараты кальция, диета №15, обогащенная витаминами и кальцием: творог, молотая яичная скорлупа, холодец. Режим щадящий для левого плечевого сустава. Направление на консультацию к травматологу. Освобождение от занятий физкультурой. Рекомендации: занятия ЛФК, двигательный режим согласованно с травматологом.

Обезболивание. Восстановление движений в левом плечевом суставе.

Пациент удобно сидит на стуле. Два индуктора устанавливаем на область левого плечевого сустава. Включаем аппарат, устанавливаем интенсивность с 1 ступени, режим непрерывный, отмечаем время 15 минут.

Задача №10

Антибактериальная терапия фитотерапией (отваром Ромашки, Шалфея), полоскание горла морской солью, обработка полости рта раствором Люголя.

Бактерицидное действие, саногенное, уничтожение стафилококков.

Пациент сидит на стуле вблизи аппарата «Солнышко».

- Подбирает чистый тубус для зева.

- Пациент раскрывает рот, световой поток направляют на область зева на расстоянии 15 см.- Продолжительность с 10 секунд , ежедневно прибавляют по 10 секунд до 2 минут.- на курс лечения 7-10 сеансов.

Задача №11

ОРВИ

ОАК, ОАМ, мокрота на чувствительность в а/б, мокрота на ВК, рентген-графия легких.

Листок нетрудоспособности выписывается: врачом на 10 дней, фельдшером – на 5 дней.

Задача №12

Это оптимальный комплекс реабилитационных мероприятий, включающий в себя виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер.

Бюро МСЭ

Обязательно

4. Профессиональная переподготовка, т.к. он работать по специальности не может

Задача №13

Социальное обслуживание на дому

Покупка продуктов, уборка квартиры, приготовление еды, сопровождение в поликлинику и др.

Задача №14

Врач акушер-гинеколог. При нестандартных обстоятельствах – фельдшер ФАП

На 30 неделе

На 140 дней

Добавляется 16 дней – 156 дней

Задача №15

План ведения:

- обезболивание

- общий уход

- профилактика пролежней

- беседа с представителями религии

- беседа с психологом

Суточный диурез – это соотношение выпитой и выделенной жидкости. Считаются все жидкости, в т.ч. введенные парентерально.

Задача №16

ИПР рассчитывается на 2 года. Прежде всего, включаются медицинские мероприятия и работа психолога.

Медицинская реабилитация, технические средства и приспособления. Психологическая и социальная реабилитация

Срок переосвидетельствования – 2 года.

Задача №17

Положен л/нетрудоспособности по карантину на срок дегельментизации

На 5 дней.

Задача №18

1. Больному показаны облегченные гимнастические упражнения в сочетании с дыхательными упражнениями

2. Т.к у больного колостоз, то ему противопоказаны бег, прыжки, подскоки и подъем массы более 5кг.

3. Необходимо строгое соблюдение исходных положений, лежания на спине с поднятым ножным концом, коленно-локтевое, коленно-кистевое.

Задача №19

1. Обучение методике управления дыхания, улучшение оксигенации организма, дренаж бронхиального дерева и полостей в легких.

2. Комплекс

1. И.п. сидя на стуле

- На вдохе рука с "больной" стороны поднимается вверх и отводится назад с поворотом туловища в ту же сторону. На выдохе наклон в противоположную сторону, рука вдоль противоположной голени. На выдохе легкое покашливание, вибрационный массаж грудной клетки (3-5 раз).
2. На вдохе кисти рук привести к плечам, локти отвести назад, прогнуться; на выдохе наклон вперед, локти упрутся в колени. Покашливание на выдохе.
 3. На вдохе руки развести в стороны, на выдохе обхватить грудную клетку руками. Покашливание на выдохе.
 4. И.п. коленно-локтевое. Лазание под перекладину (3-5 раз).
 5. И.п. лежа на спине. Под грудной отдел позвоночника подложен валик, голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленях. На вдохе руки в стороны; на выдохе руками обхватить колени. Покашливание на выдохе (5-7 раз).

Задача №20

1. Улучшение трофики тканей, стимуляция функции проводимости, коррекция косметического дефекта, предупреждение атрофии и контрактур мимических мышц.
2. Медленное безболезненное открывание и закрывание рта. Открывание рта с одновременным разгибанием головы и высовыванием языка. Движения нижней челюстью в стороны в сомкнутых губах. Движения нижней челюстью вперед и назад. Опускание подбородка к груди. Сведение бровей с одновременным растяжением губ.

Задача №21

1. Противопоказанием является дыхательная недостаточность III ст, кровохарканье, астматический статус, большое количество экссудата в плевральной полости, полный ателектаз легкого.
2. Комплекс.
 1. И.п. лежа на спине. Развести руки в стороны - вдох, на медленном выдохе кистями рук надавливать на нижние и средние отделы грудной клетки (4-5 раз).
 2. И.п. то же. После глубокого вдоха на выдохе подтянуть ногу, согнутую в колене к животу и груди, осуществляя пружинящие движения, синхронно с кашлевыми толчками и выводить мокроту (4-5 раз).
 3. И.п. то же. После глубокого вдоха, на медленном выдохе поочередно поднимать ноги до 45° и вращать ими в тазобедренном суставе (4-5 раз).
 4. И.п. лежа на спине, руки за головой. После глубокого вдоха на выдохе поднять туловище и наклонить его вперед, доставая руками стопы (5-7 раз).
 5. И.п. сидя на стуле, руки перед грудью. После глубокого вдоха на выдохе пружинистыми движениями максимально отвести локти назад.
 6. После глубокого вдоха наклоны туловища в стороны, скользя руками по боковой поверхности (4-5 раз).
 7. И.п. стоя. Ходьба на месте медленная с ускорением, дыхание произвольное.

Задача №22

1. Общее укрепление организма; повышение нервно-психического тонуса; улучшение функции желудка и кишечника; создание мощного корсета из мышц передней брюшной стенки и промежности.
2. Комплекс.

И.п. лежа на спине, одна рука на груди, другая на животе.

 1. Диафрагмальное дыхание (4 раза)
 2. Поочередное поднимание прямых ног (4 раза)
 3. И.п. лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях. Поднять таз, опираясь на стопы, локти, затылок, образуя "полумост" (4 раза)
 4. Вдох. Согнуть правую ногу в колене и притянуть руками к животу на выдохе. То же левой ногой (4-5 раз).
 5. И.п. Упор стоя на коленях. Не сдвигая рук и ног с места, сесть на пятки, опустить грудь, продвигаясь вперед, вернуться в и.п. (4-5 раз).
 6. Вдох. Поднять левую ногу и правую руку вверх, прогнувшись в пояснице, вдох. То же другой рукой и ногой (4 раза).
 7. И.п. лежа на спине, руки вдоль туловища. Имитация движений велосипедиста (4-6 раз).
 8. Развести ноги в стороны, вернуться в и.п.
 9. И.п. Упор стоя на коленях. Согнуть руки, коснуться грудью пола, одновременно поднять ногу вверх, выпрямить ее. То же другой ногой (4-8 раз).И.п. лежа с поднятым ножным концом. После комплекса больной отдыхает 30 минут.

Задача №23

НПВП: Диклофенак, ибупрофен, мовалис, нимесулид. Диета №15, обогащенная витаминами и кальцием. ЛФК, двигательный режим – активный, массаж. Санаторно-курортное лечение. Болеутоляющее, рассасывающее, тепловое, противовоспалительное действие. Положение пациента сидя на стуле. Установить электроды №2 с зазором 1,5 см на левый коленный сустав. Включить аппарат УВЧ – 60, установить мощность до 40 Вт. Проверить настройку контрольной лампочкой, время 5-10 мин. На курс 10 сеансов.

Задача №24

Седативная терапия: отвар травы пустырника, корня Валерианы. Режим труда и отдыха. Занятия ЛФК, посещение спортивного зала, вечерние прогулки перед сном. Избегать перегрузок, стрессов. Седативное действие, нормализация АД и сна. Глазные электроды вмонтированные в резиновую манжетку в виде металлических чашек, заполняют ватными тампонами, смоченными водой накладываем на веки закрытых глаз, два электрода на сосцевидные отростки височных костей. Включаем аппарат Электросон-4, увеличиваем потенциометром силу тока до вибрации под электродами на глазницах. Продолжительность 30-40 мин.

Задача №25

Режим обший, диета №15, обогащенная витаминами. Обильное питье: минеральные воды, чай с малиной, чай с липовым цветом. Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности. Отхаркивающие средства: фиточай, грудной сбор, микстура с термopsisом. Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку. Дыхательная гимнастика.

Массаж грудной клетки. Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при комплексном и своевременном лечении. Профилактика: закаливание, двигательная активность, устранение фактора переохлаждения. Противовоспалительное, рассасывающее действие.

Положение больного лежа на спине. На грудную клетку спереди накладывают электрод площадью 250 см², под гидрофильную прокладку которого помещают листки фильтровальной бумаги с пеллоидном и соединяют с (-) катодом, второй электрод - располагают в межлопаточной области и соединяют с (+) анодом. Фиксируем мешочком с песком. Включаем аппарат «Поток – 1». Устанавливаем шунт на 50. Регулируем силу тока на 10—15 мА, время 20 мин.

Задача №26

ОРВИ

ОАК, ОАМ, мокрота на чувствительность в а/б, мокрота на ВК, рентгенография легких.

Листок нетрудоспособности выписывается, врачом на 5 дней (с продлением до 15 дней), фельдшером – на 5 дней (с продлением до 10 дней при необходимости).

Задача №27

Режим постельный, индивидуальный уход за больной родственником, диета №15, обогащенная витаминами и кальцием (творог, холодец, яичная скорлупа).

Антибактериальная терапия: цефазолинового ряда учетом чувствительности.

Уход за пролежнями, своевременная смена нательного и постельного белья. ЛФК, физиотерапия: магнитотерапия.

Массаж грудной клетки.

Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления при комплексном и своевременном лечении.

Профилактика остеопороза кальций содержащими продуктами: творог, холодец, яичная скорлупа, препараты кальция.

Обезболивающее, противовоспалительное, сосудорасширяющее действие.

Положение пациента лежа на спине. Индуктор от АЛМАГ накладывается вокруг левого тазобедренного сустава и левое бедро. Включаем аппарат, устанавливаем интенсивность с 1 ступени, режим непрерывный, отмечаем время 15 минут. Больной чувствует тепло.

Задача №28

Тактика ведения пациента:

ОАК может быть ускорение СОЭ, лейкоцитоз. Анализ крови на сахар.

Принципы лечения:

Режим постельный. Диета №9, ограничение сахара. Инсулинотерапия. Консультация и наблюдение эндокринолога.

Антибактериальная терапия: антибиотики после пробы.

Массаж, магнитотерапия, дыхательная гимнастика.

Режим полупостельный. Диета №10, ограничение поваренной соли.

Сохранить правую ногу.

Профилактика: режим труда и отдыха, нормализация сна, рациональное питание, ЗОЖ, диспансерное наблюдение.

Цель физиотерапии: улучшение кровотока в правой ноге, противовоспалительное действие.

Положение пациента лежа на спине. Индуктор от АЛМАГ накладывается на правую ногу продольно, режим непрерывный, время 15 мин, на курс 10-15 сеансов.

Задача № 29

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код 24 - несвоевременная явка на прием к врачу и дату - 18 августа. Листок нетрудоспособности необходимо продлить с 22 августа, так как врач диагностировал очаговую пневмонию. Аналогичную запись сделать в амбулаторной карте.

Задача № 30

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код 25 - выход на работу без выписки и дату - 20 сентября. Листок нетрудоспособности не продлевается. В графе «Приступить к работе» указать код 36 - явился трудоспособным и прописывается дата - 25 сентября.

Задача № 31

Пациент находится на листке нетрудоспособности около 3-х месяцев. По справке ВК переведен на работу более низкой квалификации. Необходимо оформить документы для направления на МСЭК и решения вопроса об установлении ему III группы инвалидности.

Задача № 32

Неправильно. Листок нетрудоспособности должен быть продлен по 29 сентября и оставлен открытым. Закрытие листка нетрудоспособности производится после проведения медико-социальной экспертизы.

Задача № 33

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код 27 - несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы и дату - 1 октября. Зачета пропущенных по неуважительной причине дней в листке нетрудоспособности не производится. В строке «Приступить к работе» указать код 32 - установлена инвалидность и дата 15 октября.

Задача № 34

Врачебная комиссия выносит решение о подготовке документов и направлении больного на МСЭ. В бюро пациенту будет установлена III группа инвалидности с ОСТ I степени. В трудовых рекомендациях будет отражена необходимость снижения объема и напряженности выполняемой работы.

Задача № 35

Артериальная гипертензия III степени. Очень высокий риск. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, правосторонний глубокий гемипарез, моторная афазия. Нарушение функции органов кровообращения, речевых и статодинамических функций. Необходимо определить I группу инвалидности с ОСТ III степени. Пациент нуждается в постоянном постороннем уходе. Трудовые рекомендации - неспособность выполнения любых видов трудовой деятельности. Группа инвалидности будет установлена на 2 года. При переосвидетельствовании в случае отсутствия положительного клинического прогноза экспертное решение останется прежним, но без указания срока очередной экспертизы (бессрочно).

Задача № 36

ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. ПИКС (2006 г. - мелкоочаговый, 2008 г. - крупноочаговый). Аневризма левого желудочка. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. СН II Б стадии. Больного необходимо направить в бюро МСЭ с целью установления II группы инвалидности с ОСТ II степени. Пациент может выполнять труд с учетом образования и профессиональных навыков в специально созданных условиях и/или с помощью других лиц.

Задача № 37

Больная может быть освидетельствована на дому (необходимо заключение врачебной комиссии), либо заочно в бюро по заявлению его законного представителя (по решению суда при признании гражданина недееспособным назначается опекун). Необходимо установить I группу инвалидности с ОСТ III степени.

Задача № 38

Остеоартроз, полиостеоартроз с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов, узелковая форма (узелки Гебердена), R III - IV стадия, медленно-прогрессирующее течение. НФС II стадии. Нарушение статодинамической функции стойкое, обусловленное тяжестью дегенеративных изменений хрящевых структур суставов, а не явлениями синовита и периартрита. Больную необходимо направить на МСЭ с целью определения II группы инвалидности и ОСТ II степени. Рекомендовать консультацию травматолога с целью решения вопроса об эндопротезировании суставов. Этот вид медицинской реабилитации инвалиду будет предоставлен бесплатно.

Критерии оценивания промежуточной аттестации

- оценка «отлично»: ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода её решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими

обоснованиями, ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

- оценка «хорошо»: ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода её решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

- оценка «удовлетворительно»: ответы на вопросы задачи даны правильно. Объяснение хода её решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях, протокол заполнен частично или с ошибками.

- оценка «неудовлетворительно»: ответы на вопросы задачи даны неправильно. Объяснение хода её решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования; ответы на дополнительные вопросы неправильные (отсутствуют).

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

№	Формируемый практический опыт	Задания для проверки
1.	Реабилитация пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах	Задачи 12,13,16
2.	Обучение пациента и его окружение организации рационального питания, обеспечению безопасной среды, применению физической культуры	Задачи 18,19,20,21,22
3.	Осуществление психологической реабилитации	Задачи 34-38
4.	Проведение комплексов лечебной физкультуры пациентам различных категорий	Задачи 18,19,20,21,22
5.	Осуществление основных физиотерапевтических процедур по назначению врача	Задачи 1-10,23,24,25,27,28
6.	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности	Задачи 11,14,17,26,29,30,31,32,33

31. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПМ 06.

ОРГАНИЗАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

31.1. МДК.06.01 ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Оценивание студентов на занятиях проводится по следующим критериям:

Оценка	Требования к знаниям
«отлично»	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, использует в ответе материал основной и дополнительной литературы, при решении тестов правильный ответ дает на 81-100%, задачу решает полностью с развернутым анализом.
«хорошо»	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, при решении тестов правильный ответ дает на 70-80%, задачу решает не полностью, делает ошибки при анализе.
«удовлетворительно»	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, при решении тестов правильный ответ дает на 50-69%, задачу решает на половину, делает не правильный анализ.
«неудовлетворительно»	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, тесты решает менее чем на 50%, с задачей не справляется.

Модуль 1. Общественное здоровье и факторы, его определяющие

Тема 1. Общественное здоровье и здравоохранение, как научная дисциплина о закономерностях общественного здоровья и его обусловленности, о роли организации медицинской помощи в сохранении здоровья населения.

Вопросы

1. Общественное здоровье и здравоохранение как научная дисциплина и предмет преподавания в высшей медицинской школе.
2. Соотношение социального и биологического в здоровье населения.
3. Основные методы исследования дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».
4. Правовые основы законодательства о здравоохранении. Проблемы здравоохранения в важнейших общественно-политических и государственных документах.
5. Теоретические аспекты врачебной этики и медицинской деонтологии. Этические и деонтологические традиции отечественной медицины.
6. Врачебная тайна. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
7. Права медицинских работников и меры их стимулирования.

Тестовые задания

01. Общественное здоровье и здравоохранение это:
 - а) гигиеническая наука;
 - б) клиническая наука;
 - в) интегративная наука.
02. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:
 - а) наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения;
 - б) наука о закономерностях общественного здоровья, воздействии социальных условий, факторов внешней среды и образа жизни на здоровье, способах его охраны и улучшения;
 - в) система мероприятий по охране здоровья населения.
03. Предметом изучения дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» является:
 - а) здоровье индивидуума;
 - б) эпидемиология заболеваний;
 - в) здоровье работающего населения;
 - г) общественное здоровье, факторы, влияющие на него и методы его охраны.
04. Укажите основные методы исследования дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение»:
 - а) исторический;
 - б) клинический;
 - в) статистический;
 - г) экспериментальный;
 - д) экономический;
 - е) социологический.
05. Первая кафедра социальной гигиены была создана:

- а) на медицинском факультете II Московского Университета;
- б) в I Ленинградском медицинском институте.

06. Основоположник социальной гигиены в нашей стране:

- а) М. И. Барсуков;
- б) Н. А. Семашко.

07. Здравоохранение это:

- а) комплекс медицинских организаций, осуществляющих медицинскую помощь населению;
- б) система мероприятий по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья населения;
- в) мероприятия по выявлению и эффективному лечению ранних стадий болезни для предотвращения ее развития и возникновения серьезных осложнений.

08. Основные принципы охраны здоровья населения России:

- а) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- б) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- в) доступность медико-социальной помощи;
- г) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- д) финансирование системы охраны здоровья из государственного бюджета;
- е) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья;
- ж) все вышеперечисленное.

09. На настоящий момент времени в России сложилась следующая система здравоохранения:

- а) государственная;
- б) бюджетно-страховая;
- в) страховая медицина;
- г) частная (коммерческая медицина).

10. В РФ существуют следующие секторы здравоохранения:

- а) государственный;
- б) муниципальный;
- в) частный;
- г) все перечисленные.

11. Является ли добровольное согласие пациента необходимым условием медицинского вмешательства?

- а) да;
- б) нет.

12. При оказании медико-социальной помощи пациент имеет право:

- а) на сохранение в тайне информации о факте обращения;
- б) на отказ от медицинского вмешательства;
- в) на допуск к нему адвоката или иного законного представителя;
- г) на получение любого вида медицинской помощи бесплатно;
- д) на получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья;
- е) все вышеперечисленное.

13. Разрешена ли эвтаназия законодательством о здравоохранении в РФ?

- а) да;
- б) нет.

14. Оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей допускается:

- а) лицам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- б) лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами;
- в) лицам, совершившим общественно опасные деяния;
- г) все вышеперечисленное.

15. Понятие «медицинская этика» включает в себя понятие «медицинская деонтология»

- а) да;
- б) нет.

16. Понятие «медицинская деонтология» включает в себя:

- а) учение о долге (должном) в деятельности медицинских работников;
- б) представления об условиях оптимальной деятельности медицинских работников.

17. Понятие «биоэтика» рассматривает:

- а) этические проблемы, возникающие в результате прогресса медицины и биологии;
- б) этичность проведения биологических экспериментов на человеке.

18. Что составляет предмет врачебной тайны?

- а) сведения о состоянии пациента в период его болезни;
- б) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе заболевания и иные сведения при его обследовании и лечении;
- в) все вышеперечисленное.

Тема 2. Медико-социальные аспекты демографии.

Вопросы входного контроля.

Что такое демография?

Ответ: наука о народонаселении.

Назовите основные разделы демографии.

Ответ: статика населения; динамика населения.

Что включает в себя статика?

Ответ: численность населения; состав населения по различным параметрам; плотность расселения населения на территории.

Назовите основные разделы динамики.

Ответ: механическое движение; естественное движение.

Что включает в себя естественное движение населения?

Ответ: рождаемость; смертность; естественный прирост; средняя продолжительность жизни; брачность; разводы.

Как рассчитать показатель рождаемости?

Ответ: число родившихся живыми за календарный год x 1000 / среднегодовая численность населения.

Как рассчитать показатель плодovitости?

Ответ: число родившихся живыми за календарный год x 1000 / число женщин в возрасте 15-49 лет.

Как рассчитать показатель брачной плодovitости?

Ответ: число родившихся живыми за календарный год у женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в браке x 1000 / число женщин в возрасте 15-49 лет,

состоящих в браке.

Как рассчитать показатель смертности?

Ответ: число умерших за календарный год x 1000 / среднегодовая численность населения.

Как рассчитать показатель естественного прироста?

Ответ: показатель рождаемости – показатель смертности; число родившихся живыми за календарный год - число умерших за календарный год x 1000 / среднегодовая численность населения.

Что такое младенческая смертность?

Ответ: смертность детей первого года жизни среди живорожденных.

Как рассчитать показатель младенческой смертности?

Ответ: число детей, умерших в течение года в возрасте до года x 1000 / число родившихся живыми за год.

Вопросы темы.

1. Демография как наука. Определение медицинской демографии, основные разделы. Использование демографических показателей в практической деятельности врача, медицинских организаций, органов управления здравоохранения.
2. Статика населения, определение, показатели. Переписи населения. Постарение населения, медико-социальное значение этой проблемы.
3. Динамика населения, ее виды. Миграция населения: виды, факторы ее определяющие, тенденции. Влияние миграции на здоровье населения; задачи органов управления здравоохранения и медицинских организаций.
4. Воспроизводство населения (естественное движение): общие и специальные показатели, методы расчета, анализ и оценка. Роль медицинских работников в регистрации рождения и смерти.
5. Современное состояние и основные тенденции демографических процессов в РФ и Оренбургской области за последние десятилетия, факторы, определяющие особенности и динамику процессов.
6. Рождаемость и фертильность: методика изучения, показатели, влияние медико-социальных факторов на их уровень и тенденции.
7. Смертность населения: методика изучения, общие и повозрастные показатели, структура. Факторы, влияющие на уровень и тенденции показателей смертности.
8. Младенческая смертность, ее возрастные особенности, причины, пути снижения. Методика расчета общего и повозрастных коэффициентов.
9. Перинатальная смертность: определение понятия, методика расчета, основные причины, пути снижения.
10. Материнская смертность: определение понятия, методика расчета, оценка, ведущие причины, пути снижения.
11. Средняя продолжительность предстоящей жизни: сущность и значение показателей, динамика. Факторы, влияющие на величину показателей.

Практические задания.

Задача №1.

В области численность населения 1350000, родилось живыми за год 11870, умерло 24010 человек.

1. Вычислите и оцените показатели рождаемости, смертности и естественного прироста
2. Какие показатели относятся к потенциальной демографии?

Задача №2.

В области за год родились живыми 11870, мертвыми – 90, умерло в первую неделю жизни – 152.

1. Вычислите и оцените показатели мертворождаемости и перинатальной смертности в области.
2. Какие факторы, влияющие на рождаемость в Красноярском крае, можно отнести к наиболее значимым?

Задача №3.

Число умерших жителей за истекший год наблюдения составило 2200 человек, из них детей в возрасте до 1 года – 110. Общая численность населения на данной территории составила 200 000 человек.

1. Каков уровень общей смертности населения и каков удельный вес детей, умерших в возрасте до 1 года?
2. Почему на территории РФ, и в частности Красноярского края, возрос уровень смертности от БСК?

Задача №4.

В городе К. общая численность населения составляет 670 500 человек, за 2009 год умерло 9880 человек, из них от болезней системы кровообращения - 4920, от злокачественных новообразований – 1570, от травм и отравлений – 2030, от прочих причин.

1. Вычислите и оцените уровень и структуру причин общей смертности?
2. Каковы основные причины смертности в Красноярском крае в 2009 году?
3. Какой тип населения в Красноярском крае?
4. Что изучает статика населения?

Задача №5.

За 5 лет в Красноярском крае отмечались следующие показатели рождаемости (на 1000 населения):

2006 г. – 11,2; 2007 г. – 10,8; 2008 г. – 11,0; 2009 г. – 11,8; 2010 г. – 12,8

1. Оцените динамику данного показателя в Красноярском крае.
2. Что такое коэффициент рождаемости, как он рассчитывается?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталон ответа к задаче №1.

$$\text{Общий коэффициент рождаемости} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми населения}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

1. $= 11870 * 1000 / 1350000 = 8,8$

$$\text{Общий коэффициент смертности} = \frac{\text{Общее число умерших за год населения}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

$= 24010 * 1000 / 1350000 = 17,8$

Естественный прирост = $(11870 - 24010) / 1350000 * 1000 = -9$

2. это т.н. сводные индексы: ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и индекс DALY.

Эталон ответа к задаче №2.

$$\text{Коэффициент} \frac{\text{Число родившихся}}{\text{мертвыми}} = \frac{\text{Число родившихся}}{\text{живыми и мертвыми}} \times 1000$$
$$\text{мortality} = \frac{(90 / (11870+90)) \times 1000 = 7,525}{\text{Число родившихся мертвыми}} + \frac{\text{Число умерших в первые}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$$
$$\text{перинатальной} = \frac{168 \text{ часов жизни}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$$
$$\text{смертности} = \frac{((90 + 152) / (11870 + 90)) \times 1000 = 20,234}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$$

$((90 + 152) / (11870 + 90)) \times 1000 = 20,234$

2. Факторы, влияющие на рождаемость:

- возрастной состав населения (преобладание регрессивного типа народонаселения);

- тенденция в брачно-семейных отношениях (большой процент разводов);

- образ жизни населения (злоупотребление алкоголем, табакокурение , наркомания).

Эталон ответа к задаче №3.

$$\text{Общий} \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность}} \times 1000$$
$$\text{коэффициент} = \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$
$$\text{смертности} = \frac{2200/200\ 000}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = 11,0\%$$

Удельный вес умерших до 1 года =(число детей, умерших в возрасте до 1 года/число умерших) x 100 =(110/2200) x 100 = 5,0%

Удельный вес детей, умерших до 1 года, среди всех умерших на данной территории за истекший год.

Уровень общей смертности за истекший год на данной территории

составил 11,0 %0. Удельный вес детей, умерших до 1 года, составил 5% от общего числа умерших.

2. Увеличение случаев БСК связано с неблагоприятными факторами, такими как стрессы, вредные привычки, низкая физическая активность, а также улучшилось качество диагностики данной патологии.

Эталон ответа к задаче №4.

$$\text{Общий} \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность}} \times 1000$$
$$\text{коэффициент} = \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$
$$\text{смертности} = \frac{9880/670500}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = 14,7$$

Структура причин общей смертности: исходя из того что общее число умерших за год 9880 – 100%, то умерших от болезней системы кровообращения: $4920 \times 100 / 9880 = 49,79\%$; от злокачественных новообразований: $1570 \times 100 / 9880 = 15,9\%$; от травм и отравлений: $2030 \times 100 / 9880 = 20,55\%$; от прочих причин: $1360 \times 100 / 9880 = 13,76\%$

Причины смертности в Красноярском крае. Основной причиной смертности являются болезни системы кровообращения - 48,3% умерших, новообразования – 16,3% и внешние причины – 15,4%

В Красноярском крае регрессивный тип населения (доля лиц старше 50 лет больше чем доля лиц младше 14 лет).

4. Статика населения изучает численность, и состав населения на определенной территории на определенный момент времени. Изучает численность и состав населения по признакам: пол, возраст, социальные группы, национальность, семейное положение, образование, место жительства.

Эталон ответа к задаче №5.

1. Уровень рождаемости населения Красноярского края сохраняется несколько более высоким по сравнению со средним по России. Отмечается некоторое увеличение данного показателя (абсолютный положительный прирост), особенно это заметно в 2008 г. Вместе с тем показатель рождаемости остается в пределах низкого уровня (10 - 14,9%)

2. Коэффициент рождаемости определяется количеством рождений за год на 1000 населения на конкретной территории.

$$\text{Общий} \frac{\text{Общее число родившихся}}{\text{Среднегодовая численность}} \times 1000$$
$$\text{коэффициент} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$
$$\text{рождаемости} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Тема 3. Заболеваемость населения: понятие, методы и источники изучения, виды.

Вопросы входного контроля:

Что такое заболеваемость?

Ответ: Под заболеваемостью следует понимать распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или отдельных его группах.

Какие существуют источники сведений о заболеваемости?

Ответ: по данным обращаемости; по данным профилактических медосмотров; по данным о причинах смерти; по данным анкетирования.

Что включает в себя заболеваемость по данным обращаемости?

Ответ: общая заболеваемость (обращаемость); острая инфекционная заболеваемость; заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями; заболеваемость с временной утратой трудоспособности; госпитализированная заболеваемость.

На основании каких документов изучается общая заболеваемость?

Ответ: Талон амбулаторного пациента (ф. 025.10 у).

На основании каких документов изучается острая инфекционная заболеваемость?

Ответ: экстренное извещение об остром инфекционном заболевании, остром пищевом и профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку.

На основании каких документов изучается заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями?

Ответ: 1) Извещение о больном с впервые выявленным диагнозом активного туберкулеза (ф. 089. туб); 2) Извещение о больном с впервые выявленным диагнозом кожно-венерического заболевания (ф. 089. кв); 3) Извещение о больном с впервые выявленным диагнозом онко-заболевания (ф. № 090.у - онко); 4) Извещение о больном с впервые выявленным диагнозом наркомании (ф. 091.у).

7. На основании каких документов изучается заболеваемость с временной утратой трудоспособности?

Ответ: 1) Книга регистрации листов нетрудоспособности (ф. 036.у); 2) Талон на законченный случай временной нетрудоспособности (ф. 025 – 9. у).

8. На основании каких документов изучается госпитализированная заболеваемость?

Ответ: статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066\у).

Какие существуют виды анализа заболеваемости по обращаемости?

Ответ: текущий (оперативный) анализ; углубленный анализ.

Классификация болезней какого пересмотра действует в настоящее время?

Ответ: X -ого пересмотра.

Вопросы темы.

1.Заболеваемость: определение понятия, значение ее изучения для здравоохранения. Методы изучения заболеваемости и их сравнительная характеристика.

2.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ – X), принципы и особенности ее построения.

3.Общая заболеваемость по обращаемости в поликлиники и амбулатории. Методика изучения: единица наблюдения, учетные и отчетные документы, их содержание. Показатели заболеваемости.

4.Методика изучения инфекционной заболеваемости, заболеваемости важнейшими неэпидемическими болезнями, госпитализированной заболеваемости (единица наблюдения, учетная и отчетная документация, основные показатели).

5.Заболеваемость с временной утратой трудоспособности, ее роль, методика изучения и анализа.

6.Современное состояние, тенденции и особенности заболеваемости населения в РФ и Оренбургской области, факторы, их определяющие.

7.Инвалидность: определение понятия, источники информации, показатели. Современное состояние и тенденции инвалидизации населения при основных заболеваниях, факторы их определяющие.

Практические задания

Задача №1.

На промышленном предприятии работают 3200 человек. Число случаев заболеваний составляет 2800, а число дней нетрудоспособности – 29000.

1. Оцените уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности на промышленном предприятии

2.Перечислите функции лечащего врача по экспертизе временной нетрудоспособности.

Задача №2.

Поликлиника обслуживает 18000 жителей. В 2008 году в ней было заполнено 980 статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов на больных с заболеваниями сердечно сосудистой системы, в том числе 480 талонов заполнено со знаком «+» на больных, у которых в 2008 году эти заболевания выявлены впервые.

1.Рассчитайте показатели первичной и общей заболеваемости.

2.Какие еще показатели деятельности поликлиники вам известны?

Задача №3.

При проф. осмотре работников нескольких промышленных предприятий (8970 чел.), было выявлено 250 человек с гипертонической болезнью.

1.Рассчитайте патологическую пораженность.

2.Какие еще показатели заболеваемости по обращаемости вы знаете?

Задача № 4.

Поликлиника обслуживает 20000 жителей. В 2002 году в ней заполнено 1100 статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов на больных с заболеваниями нервной системы, в том числе 630 талонов заполнено со знаком «+» на больных, у которых в 2002 году эти заболевания выявлены впервые. Рассчитайте показатели первичной и общей заболеваемости.

1.Рассчитайте показатели первичной заболеваемости.

2.Аспекты реабилитации.

Задача №5.

В детской поликлинике №2 города К. обслуживает 1800 детского населения. По данным статистического отдела поликлиники за прошедший год было зарегистрировано 97 впервые выявленных случаев заболеваний у детей.

1.Рассчитайте общую заболеваемость (по обращаемости).

2.Перечислите основные методы изучения заболеваемости.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталон ответа к задаче №1.

$$\text{Число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих} = \frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Средняя численность работающих}} \times 100$$

1. используя формулу получаем = 29000/3200 x 100 =906 дней.

$$\begin{aligned}
 & \text{Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих} = \frac{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}}{\text{Средняя численность работающих}} \times 100 \\
 & = 2800/3200 \times 100 = 87,5 \text{ случаев,} \\
 & \text{Средняя длительность (тяжесть) случая временной нетрудоспособности} = \frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}} \\
 & = 29000/2800 = 10,35
 \end{aligned}$$

2. Лечащий врач, осуществляющий экспертизу временной нетрудоспособности:

- определяет признаки временной утраты трудоспособности,
- в первичных медицинских документах фиксирует жалобы пациента, анамнестические и объективные данные, назначает обследования и консультации, формулирует диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести, обуславливающих нетрудоспособность;
- рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид лечебно-охранительного режима, назначает дополнительные обследования, консультации;
- определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах;
- выдает листок нетрудоспособности в соответствии с Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, назначает дату очередного посещения, с соответствующей записью в медицинской документации;
- при последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, обосновывает продление сроков освобождения пациента от работы;
- своевременно направляет пациента для консультации клинико-экспертной комиссии, при нарушении назначенного лечебно-охранительного режима делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности и в истории болезни (амбулаторной карте) с указанием даты и вида нарушения;
- выявляет признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности, своевременно организует направление пациента на клинико-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу;
- осуществляет диспансеризацию длительно и часто болеющих пациентов;
- при восстановлении трудоспособности и выписке на работу отражает в медицинских документах объективный статус и аргументированное обоснование для закрытия листка нетрудоспособности;
- анализирует причины заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность, совершенствует знания вопросов экспертизы временной нетрудоспособности.

Эталон ответа к задаче №2.

$$\begin{aligned}
 & \text{Первичная заболеваемость (по обращаемости)} = \frac{\text{Число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000
 \end{aligned}$$

1. используя формулу
 $= 480/18000 * 1000 = 26,6$

$$\begin{aligned}
 & \text{Общая заболеваемость (распространенность, болезненность)} = \frac{\text{Число всех зарегистрированных случаев заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000
 \end{aligned}$$

используя формулу
 $= 980/18000 * 1000 = 54,4$

2. Показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи.

Показатели нагрузки персонала.

Показатели диспансеризации населения.

Эталон ответа к задаче №3.

Число заболеваний, выявленных

$$\text{Патологическая} = \frac{\text{на медицинских осмотрах}}{\text{Число осмотренных}} \times 1000$$

1. пораженность
= 250/8970*1000= 27,8‰

2. Инфекционная заболеваемость; первичная заболеваемость; общая заболеваемость.

Эталон ответа к задаче №4.

Число впервые в жизни

$$\text{Первичная} = \frac{\text{зарегистрированных случаев}}{\text{Среднегодовая численность}} \times 1000$$

1. (по (по обращаемости) населения), используя формулу
= 630/20000*1000=31,5

Число всех

$$\text{Общая} = \frac{\text{зарегистрированных случаев}}{\text{Среднегодовая численность}} \times 1000$$

(распространенность, болезненность) населения

используя формулу
= 1100/20000*1000=55

2. Аспекты реабилитации.

Реабилитация возможна при участии врачей, педагогов, психологов, экономистов, техников - инструкторов, среднего медперсонала, работников органов социального обеспечения, специалистов по терапии и лечебной гимнастике и, конечно, самих пострадавших, которые должны играть активную роль в процессе реабилитации. Успешное решение неотложных задач по увеличению уровня и темпов возвращения к труду и общественной работе инвалидов возможно на основе совместной благотворной деятельности органов и учреждений здравоохранения, медико-социальной экспертизы, органов социального обеспечения, с привлечением администрации и общественных организаций предприятий и учреждений, а также путем дальнейшего изучения клинических и социально-гигиенических аспектов проблемы восстановительного лечения лиц со стойкой утратой трудоспособности по поводу различных заболеваний, и в частности, путем научной разработки комплексов дифференцированных и наиболее эффективных методов в медицинской и социально-трудовой реабилитации. Таким образом выделяют основные аспекты реабилитации: медицинский, физический, психологический, профессиональный, социальный, экономический.

Эталон ответа к задаче №5.

Число всех

$$\text{Общая} = \frac{\text{зарегистрированных случаев}}{\text{Среднегодовая численность}} \times 1000$$

(распространенность, болезненность) населения

= 97 x 1000 / 1800 = 53,9

2. Методы изучения заболеваемости: 1) по обращаемости - учет всех случаев заболеваний, с которыми население обратилось за медицинской помощью - статистические талоны для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов, талон амбулаторного пациента; 2) по данным медицинских осмотров - предварительных, периодических и целевых; 3) по данным регистрации причин смерти - рост числа таких тяжелых хронических заболеваний - как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, онкологическая патология, болезни мочеполовой системы

Модуль 2. Организация лечебно-профилактической помощи населению.

Цель- изучение теоретических основ организации здравоохранения, особенностей организации медицинской помощи взрослому и детскому населению, работникам промышленных предприятий и сельским жителям;

Тема 1 Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь городскому населению. Особенности организации медицинской помощи сельскому населению.

Вопросы входного контроля.

1. Перечислите основные направления (элементы) ПМСП.

Ответ: амбулатория врача общей практики; поликлиники диспансеров; стационары; станции скорой помощи; поликлиника (врач общей практики).

2. Перечислите основные общие учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь населению.

Ответ: врачебная амбулатория; поликлиническое отделение объединенной городской больницы.

3. Перечислите основные специализированные учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь населению.

Ответ: диспансер; клиничко-диагностический центр; специализированная поликлиника.

4. По каким принципам организуется амбулаторно-поликлиническая помощь?

Ответ: территориально-участковый; бригадный; ведомственный.

5. Какую работу выполняет регистратура поликлиники?

Ответ: прием вызовов на посещение больных на дому; обеспечение оптимального потока посетителей; запись посетителей на прием к врачу

6. В чем заключается преемственность в работе стационара и поликлиники

Ответ: анализ совпадения диагнозов поликлиники и стационара; анализ обоснованности на госпитализацию; подготовки больного к госпитализации.

Вопросы темы

1. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: формы, виды, территориально-участковый принцип организации ПМСП, его суть.
2. Организация амбулаторно – поликлинической помощи населению: принципы, основные медицинские организации (общие и специализированные), задачи, направления деятельности.
3. Поликлиника, ее роль в организации медицинской помощи населению. Структура, основные задачи, организация работы.
4. Основные задачи и организация деятельности регистратуры поликлиники. Организация деятельности кабинета (отделения) доврачебной помощи.
5. Организация деятельности отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи поликлиники. Дневной стационар: задачи, структура, функции, организация деятельности.

Практические задания

Задача № 1.

В городской поликлинике №9 обслуживается 34000 жителей взрослого населения, за час на амбулаторном приеме у терапевта 8 посещений.

1. Рассчитайте сколько врачей терапевтов согласно нормативу участковости должны работать в поликлинике.
2. Какова норма нагрузки в час у на вызовах у участкового терапевта, соответствует ли посещаемость на амбулаторном терапевтическом приеме нормативу?

Задача №2.

В городе Иваново на 2007 год численность детского населения составляла 28900 человек, в городской детской больнице со структурой в 230 коек работает – 52 педиатра. В 2006 один врач-педиатр обслуживал 640 детей в год.

1. Вычислите и оцените показатели обеспеченности населения города Иваново врачами – педиатрами и педиатрическими койками за 2007 год и сравните полученные результаты с 2006 годом в отношении врачей-педиатров.
2. Какое количество детей должен обслуживать один врач-педиатр на участке?

Задача №3.

Нагрузка на 1 час работы в поликлинике – 5 человек, на дому – 2 человека, часы работы на приеме и по помощи на дому – по 3 часа, число рабочих дней в году – 285.

1. Вычислите функцию врачебной должности участкового педиатра
2. Перечислите основные принципы работы амбулаторно-поликлинической службы.

Задача №4.

Общее число детей, достигших 1 года жизни 325, из них перерыв в наблюдении сроком более 2-х месяцев был у 7, перерыв менее 2-х месяцев у 318.

1. Вычислите и оцените показатель систематического врачебного наблюдения за детьми на первом году жизни.
2. Для расчета каких показателей деятельности детской поликлиники используется стат. форма 112/у?

Задача №5.

В течение календарного года запломбировано зубов временного и постоянного прикуса 2500, проведено удаление зубов постоянного прикуса 500.

1. Вычислите соотношение вылеченных и удаленных зубов у детей.
2. Какие показатели объемов амбулаторно-поликлинической службы вы знаете?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталон ответа к задаче №1.

1. Должность участкового врача в территориальной поликлинике может занимать врач-терапевт или врач общей практики (семейный врач) — приказ МЗ РФ № 237 от 26.08.92 г. Нормативы участковости для терапевта — 1700 жителей старше 14 лет;
2. Норма нагрузки — 5 посещений в час на амбулаторном приеме, посещаемость в поликлинике на одного врача терапевта превышает норму.

Эталон ответа к задаче №2.

$$\text{Обеспеченность} \begin{matrix} \text{врачами} \\ \text{педиатрами} \end{matrix} = \frac{\text{Численность} \begin{matrix} \text{детского населения} \\ \text{педиаторов} \end{matrix}}{\text{Число врачей}} \times 100$$

1. Обеспеченность врачами-педиатрами = 28900 / 52 = 556

$$\text{Обеспеченность} \begin{matrix} \text{педиатрическими} \\ \text{койками} \end{matrix} = \frac{\text{Число больничных} \begin{matrix} \text{коек} \\ \text{населения} \end{matrix}}{\text{Численность детского}} \times 10000$$

Обеспеченность педиатрическими койками = 230/28900*10000= 79,6

В 2006 обеспеченность врачами педиатрами была ниже, чем в 2007, так как на одного врача-педиатра в 2006 году приходилось 640 детей, а в 2007 556.

2. Один врач-педиатр должен обслуживать 800 детей.

Эталон ответа к задаче №3.

1. Нагрузка на 3 часа работы в поликлинике = 3x5=15 человек
Нагрузка на 3 часа работы на дому = 2x3=6 человек
Нагрузка на 1 рабочий день = 15+6=21 человек

$$\frac{\text{Плановая функция врачебной должности} < * >}{\text{Расчетная нагрузка врача – специалиста в час}} = \frac{\text{Плановое количество рабочих часов в год}}{\text{Функция врачебной должности участкового педиатра}} \times$$

Функция врачебной должности участкового педиатра = $21 \times 285 = 5985$ в год
 Функция врачебной должности участкового педиатра = $5985 / 12 = 499$ в месяц

2. Основные принципы амбулаторно-поликлинической службы:

- участковость
- доступность
- этапность и преемственность оказания медицинской помощи

Эталон ответа к задаче №4.

$$\frac{\text{Охват систематическим врачебным наблюдением детей от 0 до 3 лет включительно}}{\text{Число детей данной возрастной группы, находящиеся под систематическим врачебным наблюдением}} = \frac{\text{наблюдением}}{\text{Общее число детей данной возрастной группы}} \times 100$$

1. используя формулу получаем $318 / 325 = 97\%$
2. Форма 112/у используется для расчета показателей медицинской деятельности детской поликлиники.

Эталон ответа к задаче №5.

$$\frac{\text{Соотношение вылеченных и удаленных зубов у детей}}{\text{Запломбированно зубов всего временного и постоянного прикуса}} = \frac{\text{прикуса}}{\text{Удалено зубов постоянного прикуса}} \times 100$$

Подставив значения в данную формулу получаем: $2500 / 500 = 1 : 5$

2. Среднее число посещений на одного жителя; удельный вес посещений на дому; удельный вес профилактических посещений в поликлинику; выполнение плана посещений; распределение посещений городских (сельских) жителей.

Тема 2. Система охраны материнства и детства.

Вопросы входного контроля

1. Укажите, в чем заключается значение учета и отчетности в деятельности органов и учреждений здравоохранения?

Ответ: руководству ЛПУ дают возможность определять положительные и отрицательные стороны деятельности ЛПУ; дают информацию для оперативного управления ЛПУ; дают информацию, необходимую для планирования.

2. С помощью каких показателей проводится анализ деятельности отдельных территорий?

Ответ: демографические показатели; заболеваемость; инвалидность.

3. По каким показателям проводится анализ штатов ЛПУ?

Ответ: показатель укомплектованности штатов; коэффициент совместительства; уровень квалификации врачебных кадров.

4. Укажите, какой показатель характеризует качество диагностики врачей поликлиники.

Ответ: показатель частоты расхождения поликлинических диагнозов с клиническими.

5. С помощью каких показателей можно охарактеризовать хирургическую работу амбулаторно-поликлинического учреждения?

Ответ: распределение операций по видам; удельный вес операций в дневном стационаре.

6. Укажите методику расчета показателей, характеризующих эффективность диспансерного наблюдения лиц с III группой здоровья.

Ответ: показатель числа больных с осложнениями из числа диспансеризованных; показатель частоты обострений хронических заболеваний.

7. Укажите методику расчета показателя укомплектованности штатами.

Ответ: число занятых должностей $\times 100$ \ число штатных должностей

8. Укажите методику расчета показателя коэффициента совместительства.

Ответ: число занятых должностей \ число физических лиц

9. Укажите методику расчета показателя охвата детей дородовым патронажем.

Ответ: число новорожденных из района обслуживания, поступивших под наблюдение поликлиники, матери которых были на дородовом патронаже $\times 100$ \ число новорожденных из района обслуживания, поступивших под наблюдение поликлиники

Вопросы темы

1. Система охраны здоровья матери и ребенка: цель, задачи, основные этапы. Медицинские организации, оказывающие помощь женщинам и детям.

2. Женские консультации: типы, задачи, функции, структура.

3. Диспансерный метод в работе женских консультаций: особенности организации диспансерного наблюдения за различными контингентами женщин.

Роль профилактических осмотров. Порядок ведения женщин с нормальным течением беременности.

4. Родильный дом: задачи, управление, структура, организация работы.

5. Профилактика репродуктивных потерь. Перинатальный центр, его задачи, функции, структура.

6. Детская поликлиника: типы, управление, задачи, функции, структура.

7. Организация диспансерного наблюдения детского населения. Стандарт диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни.

8.Противоэпидемическая работа детской поликлиники: организация приема здоровых и больных детей, лечения больных детей. Организация проведения прививок, работа прививочного кабинета.

Практические задания.

Задача № 1

В родильном доме города Н. в данном году родилось живыми – 1900, умерло в антенатальный период – 15, в интранатальный – 4, в первую неделю жизни – 4 новорожденных.

- 1.Вычислите и оцените уровень и структуру перинатальной смертности по времени наступления.
- 2.Дайте определение понятия «перинатальная смертность».

Задача №2

Родилось живыми 1860, умерло от 0 до 6 суток- 19; от 7 до 28 дня жизни- 5.

- 1.Вычислите и оцените уровень ранней неонатальной смертности и долю умерших в раннем неонатальном периоде от числа умерших в неонатальном периоде.
2. Дайте определение термина младенческая смертность.

Задача № 3

Общее число детей, достигших 1 года жизни 325, из них перерыв в наблюдении сроком более 2-х месяцев был у 7, менее 2-х месяцев у 318

- 1.Вычислите и оцените показатель систематического врачебного наблюдения за детьми на первом году жизни
- 2.пределение детская поликлиника.

Задача № 4

Обеспеченность врачами-педиатрами на 2008 год составила 23,0 на 10000 населения, а на 2009 год 21,0 на 10000 населения.

- 1.Ваша тактика вычислить в показателях наглядности динамику обеспеченности детского населения.
- 2.Назовите задачи цели детской поликлиники.

Задача №5

В области за год родилось живыми – 11870, мертвыми – 90, умерло в первую неделю жизни – 152.

- 1.Вычислите и оцените показатели мертворождаемости и перинатальной смертности в области
- 2.Материнской смертность (согласно определению ВОЗ)?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталон ответа к задаче №1

$$\text{Коэффициент} \text{ младенческой смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в течение года, на 1 – ом году жизни}}{\text{Число родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000 = 23/1900 \times 10000 = 12,1$$

1. Структура перинатальной смертности:

Умерло в антенатальный период = (15 x 100%) / 23 = 65,2

Умерло в интранатальный период = (4 x 100%) / 23 = 17,4

Умерло в первую неделю жизни = (4 x 100%) / 23 = 17,4

2. Перинатальная смертность — показатель, учитывающий все случаи смерти плодов и новорожденных в перинатальный период. Включает мертворожденность (смерть наступила до родов — антенатально и в родах — интранатально) и раннюю неонатальную смертность (смерть наступила в течение 168 ч после рождения ребенка).

Эталон ответа к задаче №2

Неонатальная

$$\text{смертность (смертность детей в первые 28 суток жизни)} = \frac{\text{Число детей, умерших в первые 28 дней}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000 = 25/1860 \times 1000 = 12,9$$

Ранняя

$$\text{неонатальная смертность (смертность детей на первой неделе жизни)} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0 – 6 дней (168 часов)}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000 = 19/1860 \times 1000 = 10,2$$

Расчитываем долю умерших в раннем неонатальном периоде от числа умерших в неонатальном периоде: $10,2/12,9 \times 100\% = 79\%$

Эталон ответа к задаче №3

1. Общее число детей достигших 1 года жизни умножить на 100

$$325 \times 100 = 32500$$

2. Детская поликлиника - это ЛПУ которое обеспечивает внебольничную помощь детям от рождения до 18 лет.

Эталон ответа к задаче №4

В 2009 году по сравнению с предыдущим 2008 годом обеспеченность врачами-педиатрами в пределах нормы, так как на одного педиатра приходится 800 жителей детского населения.

$$10000 / 800 = 12,5 - \text{количество врачей-педиатров на 10000 населения.}$$

2. Обеспечение динамического медицинского наблюдения за здоровыми детьми;

- Проведение профилактических осмотров и диспансеризация детей;

- Проведение профилактических прививок;

- Проведение лекций бесед и конференций.

Эталон ответа к задаче №5

$$\text{Коэффициент} \\ \text{мертворождае} \\ \text{мости} = \frac{\text{Число родившихся} \\ \text{мертвыми}}{\text{Число родившихся} \\ \text{живыми и мертвыми}} \times 1000$$

1.

$$\text{Коэффициент} \\ \text{перинатальной} \\ \text{смертности} = \frac{\text{Число родившихся мертвыми} \\ + \text{Число умерших в первые} \\ \text{168 часов жизни}}{\text{Число родившихся} \\ \text{живыми и мертвыми}} \times 1000$$

$$= 242/11960 = 20,23$$

Общий уровень смертности (на 1000) высокий.

2. Материнской смертность (согласно определению ВОЗ) это смерть женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности, и наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею, либо ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Модуль 3. Экономика, планирование и финансирование здравоохранения

Цель - обучение управленческим процессам, правовым, организационным, осуществляемым в медицинских учреждениях; изучение вопросов экономики, планирования, финансирования здравоохранения и деятельности медицинских учреждений различных форм собственности;

Тема 1. Медицинское страхование как вид социального страхования и форма социальной защиты населения.

Вопросы темы.

1. Системы здравоохранения, существующие в мире, их виды и краткая сравнительная характеристика.

2. Частная система здравоохранения: принципы организации, особенности оказания медицинской помощи, преимущества и недостатки.

3. Страховая система здравоохранения: организационно-экономические принципы, преимущества и недостатки.

4. Государственная система здравоохранения: организационно-экономические принципы, преимущества и недостатки.

5. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), ее структура, основные направления деятельности.

6. Глобальная стратегия ВОЗ «Здоровье для всех в XXI столетии», принципы, цели, пути реализации.

7. Социальное страхование, определение понятия. Виды и фонды социального страхования.

8. Обязательное медицинское страхование: правовые основы, основные понятия, принципы осуществления ОМС.

9. Субъекты и участники обязательного медицинского страхования, краткая характеристика.

10. Обязательное медицинское страхование: права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, основные положения.

11. Базовая и территориальная программы обязательного медицинского страхования.

Практические задания.

Задача №1.

Женщина 47 лет в экстренном порядке поступила в урологическое отделение ГКБ №6 г. Красноярск с камнем мочеточника. Полостную операцию врачи предложили сделать бесплатно, а эндоскопическую за 12000 руб. Кроме того в отделении предлагают больным приобретать за свой счет одноразовые шприцы.

1. Входит ли эндоскопическая операция на мочеточнике и обеспечение одноразовыми шприцами в Программу ОМС?

2. На какой территории РФ действителен полис ОМС?

Задача №2.

Пенсионер, временно проживающий по улице Батурина г. Красноярск, постоянная прописка в г. Екатеринбург, имеет полис ОМС, выданный в г.

Екатеринбурге. При обращении в поликлинику по поводу заболевания пенсионеру предложили в регистратуре прием терапевта на платной основе, т.к. со слов регистратора иногородний полис недействителен.

1. Правомерно ли поступает поликлиника?

2. Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи?

Задача №3.

Мужчина 38 лет находится на стационарном лечении в больнице г. Красноярск по поводу перелома нижней конечности. Для оперативного лечения перелома лечащий врач предложил приобрести за свой счет металлические пластины.

Вернет ли кто-нибудь деньги за приобретение пластины?

Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи?

Задача №4.

Женщина прикрепилась к медицинскому учреждению не по месту жительства, ей необходимо вызвать врача на дом.

- 1.Врачом из какой поликлиники будет осуществляться визит на дом?
- 2.Каким образом в данном случае будет регистрироваться визит к пациенту?

Задача №5.

Родители не удовлетворены медицинской помощью, предоставляемой ребенку в территориальной поликлинике, и хотели бы купить страховку на медицинское обслуживание врачами высокой квалификации.

- 1.Как это сделать?
- 2.Что входит и на какой срок заключается договор добровольного медицинского страхования?

Задача №6.

Больной К. находится на стационарном лечении по поводу обострения хронического бронхита. После проведенного, правильно назначенного лечения больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. У больного сохраняется покашливание, функциональные нарушения пораженного органа восстановились на 2/3.

- 1.Рассчитайте УКЛ данного случая
- 2.Из чего складывается показатель качества лечения пациента.

Задача №7.

В кардиологическом отделении работают 3 врача. За прошедший месяц первый врач пролечил 5 больных (УКЛ1-0,6; УКЛ2-0,87; УКЛ3- 0,9; УКЛ4-0,75; УКЛ5-0,9); второй врач пролечил 3 больных (УКЛ1-0,7; УКЛ2-0,9; УКЛ3-0,5); третий врач пролечил 4 больных (УКЛ1-0,8;УКЛ2-0,7; УКЛ3-0,6; УКЛ4-0,7).

- 1.Рассчитайте уровень качества отделения за истекший месяц.
2. Оцените возможность дальнейшей работы данного отделения в системе страховой медицины.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталон ответа к задаче №1.

- 1.В соответствии с Программой государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи, раздел 1, п.1.2. заболевания мочеполовой системы входят в Перечень заболеваний, при возникновении которых гражданам предоставляется бесплатная медицинская помощь, в т.ч. – эндоскопические операции. Одноразовые шприцы оплачиваются больницам из средств обязательного медицинского страхования и должны предоставляться бесплатно.
- 2.Полис обязательного медицинского страхования действует на всей территории Российской Федерации.

Эталон ответа к задаче №2.

- 1.Нет, неправомерно. Согласно статье 5 раздела 2 Закона РФ от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», страховой медицинский полис, выданный пенсионеру по месту жительства в г. Екатеринбурге, действителен на всей территории Российской Федерации.
- 2.Для решения вопроса о лечении в поликлинике, необходимо обратиться к заведующему отделением поликлиники или главному врачу больницы, при отсутствии результата – в отдел организации защиты прав застрахованных граждан краевого фонда ОМС по адресу: г. Красноярск, ул. Копылова 2-б.

Эталон ответа к задаче №3.

- 1.С 1 ноября 2008 года увеличены тарифы на травматологическую помощь при лечении переломов и учреждения здравоохранения имеют средства на приобретение металлоконструкций, в т.ч. пластин.
2. При нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи необходимо обращаться к главному врачу больницы, при отсутствии результата – в отдел организации медицинского страхования краевого фонда ОМС по адресу: г. Красноярск, ул. Копылова 2-б.

Эталон ответа к задаче №4.

При прикреплении застрахованного не по месту жительства, вызовы на дом осуществляются территориальной поликлиникой. При этом визит к пациенту регистрируется как посещение больного поликлиники.

Эталон ответа к задаче №5.

- 1.Необходимо заключить договор добровольного медицинского страхования.
- 2.Добровольное медицинское страхование (ДМС) осуществляют медицинские организации, имеющие лицензию на такой вид страхования. Медицинская помощь оказывается по определенной программе ДМС. Например, медицинское обслуживание ребенка в определенной поликлинике, госпитализация при наличии медицинских показаний в определенные специализированные стационары. Договор ДМС имеет ограниченный срок действия, чаще всего год или 6 месяцев. Договор ДМС оформляется в 2 экземплярах, на руки выдается экземпляр договора ДМС и полис ДМС.

Эталон ответа к задаче №6.

$$\text{УКЛ} = \frac{\text{ОНДМ} + \text{ОК ОНДМ} + \text{ОДМ} + \text{ОД} + \text{ОЛМ}}{200\%}$$

$$\text{УКЛ} = \frac{0,5 \cdot \text{ОЛМ} + 0,1 \cdot \text{ОД} + 0,4 \cdot \text{ОЛМ} + \text{ОК}}{200\%} = \frac{0,5 \cdot 100 + 0,1 \cdot 100 + 0,4 \cdot 100 + 75}{200} = 0,88$$

Данный показатель складывается из суммы уровня качества лечения каждого врача, деленной на количество врачей в отделении.

Эталон ответа к задаче №7.

$$1. \text{УКО} = \frac{\text{УКВ1} + \text{УКВ2} + \text{УКВ3}}{n}$$

$$\text{УКВ1} = \frac{\text{УКЛ1} + \text{УКЛ2} + \text{УКЛ3} + \text{УКЛ4} + \text{УКЛ5}}{5} = 0,8$$

$$\text{УКВ2} = \frac{\text{УКЛ1} + \text{УКЛ2} + \text{УКЛ3}}{3} = 0,7$$

$$\text{УКВ3} = \frac{\text{УКЛ1} + \text{УКЛ2} + \text{УКЛ3} + \text{УКЛ4}}{4} = 0,7$$

$$\text{УКО} = \frac{(0,8 + 0,7 + 0,7)}{3} = 0,73$$

2.Отделение имеет возможность работать в системе страховой медицины, т.к. УКО=0,73. Мед. учреждение не в состоянии дать гарантии на выполнение программ медицинского страхования при УКЛ менее 0,6.

Тема 2. Маркетинг и менеджмент в здравоохранении. Экономика здравоохранения.

Вопросы темы.

1. Понятие об экономике здравоохранения, как науке (предмет, цели, задачи и методы исследования). Место и роль здравоохранения в экономике общественного производства.
2. Понятие эффективности здравоохранения. Виды (медицинская, социальная и экономическая), критерии и оценка.
3. Методика оценки экономической эффективности медико-социальных программ и мероприятий в здравоохранении (расчет экономического ущерба, экономического эффекта и экономической эффективности).
4. Определение понятия «Управление», принципы управления и их характеристика.
5. Функции управления и их характеристика. Стили и методы управления.

Тема 3. Финансирование здравоохранения. Источники финансирования. Принципы организации планирования здравоохранения.

Вопросы входного контроля.

1. Что такое экономика здравоохранения?

Ответ: отраслевая экономика, объектом назначения которой является особенности действия экономических законов в области оказания медицинской помощи населению.

2. Какая основная задача стоит перед экономикой здравоохранения?

Ответ: поддержание оптимального равновесия между объемом и качеством медицинской помощи и расходами на здравоохранение.

3. Какие существуют виды эффективности здравоохранения?

Ответ: социальная; медицинская; экономическая.

4. С помощью каких критериев можно охарактеризовать социальную эффективность?

Ответ: продолжительность жизни; смертность; рождаемость; естественный прирост.

5. С помощью каких критериев можно охарактеризовать медицинскую эффективность?

Ответ: «индекс здоровья» для детей и взрослых; заболеваемость; физическое развитие детей и взрослых.

6. С помощью каких критериев можно охарактеризовать экономическую эффективность?

Ответ: преждевременная смерть; инвалидность; трудоспособность; затраты на трудоспособность.

7. Что такое «предотвращенный экономический ущерб»?

Ответ: разность между величинами экономического ущерба года отсчета и другим годом.

8. Какие существуют способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи?

Ответ: по мед. услугам; по законченному случаю; по смете расходов; по глобальному бюджету; по подушевым нормативам; по смете расходов.

9. Что такое смета ЛПУ?

Ответ: план предстоящих расходов мед. учреждения на предстоящий год, построенный на обоснованных расчетах.

10. Какие методы планирования существуют?

Ответ: аналитический; нормативный; экспериментальный; соотношения; балансовый; метод пропорций.

Вопросы темы.

1. Понятие об экономике здравоохранения, как науке (предмет, цели, задачи и методы исследования). Место и роль здравоохранения в экономике общественного производства.

2. Понятие эффективности здравоохранения. Виды (медицинская, социальная и экономическая), критерии и оценка.

3. Методика оценки экономической эффективности медико-социальных программ и мероприятий в здравоохранении (расчет экономического ущерба, экономического эффекта и экономической эффективности).

4. Определение понятия «Управление», принципы управления и их характеристика.

5. Функции управления и их характеристика. Стили и методы управления.

6. Планирование здравоохранения: принципы, задачи и основные методы планирования. Виды планов в здравоохранении (по уровням, срокам, организационной структуре). Программно-целевое, функционально-отраслевое и стратегическое планирование в современных условиях.

7. Источники финансирования здравоохранения в России. Финансирование медицинских организаций.

Модуль 4. Нормативно-правовое обеспечение труда медицинских работников.

Цель - обучение ведению учетно-отчетной медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях, медико-статистический анализ показателей деятельности медицинских учреждений;

Тема 1. Основные виды медицинской документации, регулирующей деятельность медицинских работников.

1. Первичные учетные и статистические документы.

2. Правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения.

3. Перечень нормативных документов в деятельности медработника. 4. Должностные инструкции медицинского работника, порядок разработки.

5. Показатели деятельности лечебного учреждения

Тема 2. Правила ведения учетно-отчетной документации.

1. Составление должностных инструкций медицинского работника.

2. Формы ведения учетно-отчетной документации.

ЭКЗАМЕН.

Форма - устный опрос, решение задач.

Перечень вопросов.

1. Общественное здоровье и здравоохранение как научная дисциплина и предмет преподавания в высшей медицинской школе.

2. Соотношение социального и биологического в здоровье населения.

Основные методы исследования дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».

3. Правовые основы законодательства о здравоохранении. Проблемы здравоохранения в важнейших общественно-политических и государственных документах.

5. Демография как наука. Определение медицинской демографии, основные разделы. Использование демографических показателей в практической деятельности медицинской сестры, медицинских организаций, органов управления здравоохранения.

6. Статика населения, определение, показатели. Переписи населения. Постарение населения, медико-социальное значение этой проблемы.

7. Динамика населения, ее виды. Миграция населения: виды, факторы ее определяющие, тенденции. Влияние миграции на здоровье населения; задачи органов управления здравоохранения и медицинских организаций.

8. Рождаемость и фертильность: методика изучения, показатели, влияние медико-социальных факторов на их уровень и тенденции.

9. Смертность населения: методика изучения, общие и по возрасту показатели, структура. Факторы, влияющие на уровень и тенденции показателей смертности.

10. Заболеваемость: определение понятия, значение ее изучения для здравоохранения. Методы изучения заболеваемости и их сравнительная характеристика.

11. Общая заболеваемость по обращаемости в поликлиники и амбулатории. Методика изучения: единица наблюдения, учетные и отчетные документы, их содержание. Показатели заболеваемости.

12. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: формы, виды, территориально-участковый принцип организации ПМСП, его суть.

13. Организация амбулаторно – поликлинической помощи населению: принципы, основные медицинские организации (общие и специализированные), задачи, направления деятельности.

14. Поликлиника, ее роль в организации медицинской помощи населению. Структура, основные задачи, организация работы.

15. Основные задачи и организация деятельности регистратуры поликлиники. Организация деятельности кабинета (отделения) доврачебной помощи.

16. Фельдшерско-акушерский пункт: структура, основные задачи, организация деятельности.

17. Понятие об экономике здравоохранения, как науке (предмет, цели, задачи и методы исследования). Место и роль здравоохранения в экономике общественного производства.

18. Методика оценки экономической эффективности медико-социальных программ и мероприятий в здравоохранении (расчет экономического ущерба, экономического эффекта и экономической эффективности).

19. Определение понятия «Управление», принципы управления и их характеристика.

Функции управления и их характеристика. Стили и методы управления.

20. Планирование здравоохранения: принципы, задачи и основные методы планирования. Виды планов в здравоохранении (по уровням, срокам, организационной структуре). Программно-целевое, функционально-отраслевое и стратегическое планирование в современных условиях.

21. Источники финансирования здравоохранения в России. Финансирование медицинских организаций.

22. Основные виды медицинской документации, регулирующие деятельность медицинских работников.

23. Правила ведения учетно-отчетной документации.

Перечень задач.

Модуль 1.

В области численность населения 1350000, родилось живыми за год 11870, умерло 24010 человек. 1. Вычислите и оцените показатели рождаемости, смертности и естественного прироста 2. Какие показатели относятся к потенциальной демографии?

В области за год родились живыми 11870, мёртвыми – 90, умерло в первую неделю жизни – 152. 1. Вычислите и оцените показатели мертворождаемости и перинатальной смертности в области.

В области за год родились живыми 11870, мёртвыми – 90, умерло в первую неделю жизни – 152. 1. Вычислите и оцените показатели мертворождаемости и перинатальной смертности в области.

На промышленном предприятии работают 3200 человек. Число случаев заболеваний составляет 2800, а число дней нетрудоспособности – 29000. 1.

Оцените уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности на промышленном предприятии

Поликлиника обслуживает 18000 жителей. В 2008 году в ней было заполнено 980 статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов на больных с заболеваниями сердечно сосудистой системы, в том числе 480 талонов заполнено со знаком «+» на больных, у которых в 2008 году эти заболевания выявлены впервые. 1. Рассчитайте показатели первичной и общей заболеваемости.

При проф. осмотре работников нескольких промышленных предприятий (8970 чел.), было выявлено 250 человек с гипертонической болезнью.

1. Рассчитайте патологическую пораженность. 2. Какие еще показатели заболеваемости по обращаемости вы знаете?

Модуль 2.

В городской поликлинике №9 обслуживается 34000 жителей взрослого населения, за час на амбулаторном приеме у терапевта 8 посещений. 1. Рассчитайте сколько врачей терапевтов согласно нормативу участковости должны работать в поликлинике. 2. Какова норма нагрузки в час у на вызовах у участкового терапевта, соответствует ли посещаемость на амбулаторном терапевтическом приеме нормативу?

Нагрузка на 1 час работы в поликлинике – 5 человек, на дому -2 человека, часы работы на приеме и по помощи на дому – по 3 часа, число рабочих дней в году -285. 1. Вычислите функцию врачебной должности участкового педиатра 2. Перечислите основные принципы работы амбулаторно-поликлинической службы.

В родильном доме города Н. в данном году родилось живыми – 1900, умерло в антенатальный период – 15, в интранатальный – 4, в первую неделю жизни – 4 новорожденных. 1. Вычислите и оцените уровень и структуру перинатальной смертности по времени наступления. 2. Дайте определение понятия «перинатальная смертность».

Родилось живыми 1860, умерло от 0 до 6 суток- 19; от 7 до 28 дня жизни- 5. 1. Вычислите и оцените уровень ранней неонатальной смертности и долю умерших в раннем неонатальном периоде от числа умерших в неонатальном периоде. 2. Дайте определение термина младенческая смертность.

В области за год родилось живыми – 11870, мертвыми – 90, умерло в первую неделю жизни – 152. 1. Вычислите и оцените показатели мертворождаемости и перинатальной смертности в области 2. Материнской смертность (согласно определению ВОЗ)?

Модуль 3.

Женщина 47 лет в экстренном порядке поступила в урологическое отделение ГКБ №6 г. Красноярск с камнем мочеочника. Полостную операцию врачи предложили сделать бесплатно, а эндоскопическую за 12000 руб. Кроме того в отделении предлагают больным приобретать за свой счет одноразовые шприцы. 1. Входит ли эндоскопическая операция на мочеочнике и обеспечение одноразовыми шприцами в Программу ОМС? 2. На какой территории РФ действителен полис ОМС?

Пенсионер, временно проживающий по улице Батурина г. Красноярск, постоянная прописка в г. Екатеринбурге, имеет полис ОМС, выданный в г.

Екатеринбурге. При обращении в поликлинику по поводу заболевания пенсионеру предложили в регистратуре прием терапевта на платной основе, т.к. со слов регистратора иногородний полис недействителен. 1. Правомерно ли поступает поликлиника? 2. Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи?

Мужчина 38 лет находится на стационарном лечении в больнице г. Красноярск по поводу перелома нижней конечности. Для оперативного лечения перелома лечащий врач предложил приобрести за свой счет металлические пластины. Вернет ли кто-нибудь деньги за приобретение пластины? Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи?

Родители не удовлетворены медицинской помощью, предоставляемой ребенку в территориальной поликлинике, и хотели бы купить страховку на медицинское обслуживание врачами высокой квалификации. 1. Как это сделать? 2. Что входит и на какой срок заключается договор добровольного медицинского страхования?

Больной К. находится на стационарном лечении по поводу обострения хронического бронхита. После проведенного, правильно назначенного лечения больному выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. У больного сохраняется покашливание, функциональные нарушения пораженного органа восстановились на 2/3. 1. Рассчитайте УКЛ данного случая 2. Из чего складывается показатель качества лечения пациента.

Модуль 4.

Оренбургской государственной медицинской академией планируется проведение исследования водителей городского автотранспорта остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Цель работы – изучить заболеваемость остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника водителей городского автотранспорта г. Оренбурга для разработки целенаправленных профилактических мероприятий. Составьте план и программу статистического исследования указанного вопроса.

Администрацией РАО «Оренбурггазпром» планируется проведение исследования производственного травматизма на гелиевом заводе. Цель работы – изучить производственный травматизм работников гелиевого завода г. Оренбурга для разработки целенаправленных профилактических мероприятий по его снижению. Составьте план и программу статистического исследования указанного вопроса.

Администрацией Муниципальной городской клинической больницы скорой помощи № 1 планируется исследование послеоперационных осложнений в хирургических отделениях. Цель работы – изучить частоту, структуру, факторы риска послеоперационных осложнений в хирургических отделениях МГКБСП № 1 для разработки целенаправленных профилактических мероприятий. Составьте план и программу статистического исследования указанного вопроса.

Заполните учетную форму 066/у "Карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно - поликлиническом учреждении, стационара на дому"
 Заполните форму № 025-1/у "Талон пациента получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"

Оценка (стандартная)	Требования к знаниям
«отлично»	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, использует в ответе материал основной и дополнительной литературы, правильно и развернуто решил представленные задачи, сделал правильные выводы.
«хорошо»	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, задачу решил не полностью, либо сделал ошибку при анализе.
«удовлетворительно»	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, задача решена менее чем на половину, анализ и выводы не верны.
«неудовлетворительно»	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, предложенные задачи не решены, выводы и анализ не сделаны.

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
<p>Знать: демографические проблемы Российской Федерации, региона; состояние здоровья населения Российской Федерации; значение мониторинга.</p> <p>Знать: основы организации лечебно-профилактической помощи населению; основы современного менеджмента в здравоохранении; основы организации работы коллектива исполнителей; принципы делового общения в коллективе</p> <p>Знать: вопросы экономики, планирования, финансирования здравоохранения; основы организации лечебно-профилактической помощи населению; принципы организации оплаты труда медицинского персонала учреждений здравоохранения; основные вопросы ценообразования, налогообложения и инвестиционной политики в здравоохранении; основные вопросы финансирования здравоохранения, страховой медицины; принципы организации медицинского страхования.</p> <p>Знать: медицинскую статистику; виды медицинской документации, используемые в профессиональной деятельности; принципы ведения учета и отчетности в деятельности фельдшера; функциональные обязанности фельдшера и других работников структурного подразделения;</p>	<p>Вопросы 1-11.</p> <p>Вопросы 12-16.</p> <p>Вопросы 17-21</p> <p>Вопросы 22-23</p>

<p>Уметь: применять методы медицинской статистики, анализировать показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения.</p> <p>Уметь: организовывать рабочее место; рационально организовать деятельность персонала и соблюдать психологические и этические аспекты работы в команде; анализировать эффективность своей деятельности; внедрять новые формы работы;</p> <p>Уметь: участвовать в защите прав субъектов лечебного процесса; пользоваться прикладным программным обеспечением в сфере профессиональной деятельности; применять информационные технологии в профессиональной деятельности (АРМ - автоматизированное рабочее место);</p> <p>Уметь: использовать нормативную правовую документацию, регламентирующую профессиональную деятельность; вести утвержденную медицинскую документацию, в том числе с использованием информационных технологий;</p>	<p>Задачи модуля 1. №1-№6.</p> <p>Задачи модуля 2. №7-11.</p> <p>Задачи модуля 3. № 12-16.</p> <p>Задачи модуля 4. №17-21</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

31.2. ПП.06.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ)

31.3.

Модуль 1. Медицинская статистика

Цель - научиться анализировать и прогнозировать основные показатели здоровья и заболеваемости для осуществления анализа и планирования своей деятельности.

ЗАДАНИЯ 1-10.

Практические задачи. По данным годовых отчетов центральных районных больниц формы № 30, № 12, № 17, № 14, № 32 произвести расчет основных показателей работы поликлиники, стационара, женской консультации, заболеваемости прикрепленного населения и провести анализ дать заключение работы данного медицинского учреждения (годовые отчеты и формы прилагаются).

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

«Анализ деятельности объединенной городской больницы»

Анализ деятельности ЦРБ _____ района
 Численность прикрепленного населения (чел.) _____; в т.ч. взрослого _____; детского _____.

№ п/п	Наименование показателя (источник данных)	Методика расчета	Норматив или средний уровень	Расчет показателя	Фактическое значение	Примечание
1	2	3	4		5	6
ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ						
I. Показатели посещаемости поликлиники						
1.	Показатель посещаемости поликлиники (ф.30), р.П, т.1.	Число посещений врачей включая профилактические + число посещений врачей на дому / численность обслуживаемого населения.	9,7			
2.	Удельный вес посещений с профилактической целью (ф. 30)	(Число посещений врачей, включая профилактические – число посещений сделанных по поводу заболеваний) × 100% / число посещений врачей, включая профилактические всего	В работе поликлиник и должны преобладать			

№ п/п	Наименование показателя (источник данных)	Методика расчета	Норматив или средний уровень	Расчет показателя	Фактическое значение	Примечание
1	2	3	4		5	6
3.	Удельный вес посещений фельдшерами на дому (ф.30)	Число посещений фельдшерами на дому × 100% / число всех посещений включая профилактические + число посещений на дому	25 – 30 %			
. Показатели заболеваемости по обращаемости						
4.	Первичная заболеваемость (ф.12)	Число первичных случаев заболеваемости × 1000 / число жителей	878,4			
5.	Общая заболеваемость (ф.12)	Число всех случаев заболеваний × 1000 / число жителей	1855,2			
III. Показатели профилактической работы поликлиники						
6.	Охват населения профилактическими мед осмотрами, (ф. 30, РП, т. 4., ст. 4)	Число прошедших мед осмотр × 100% / число подлежащих мед осмотру	100%			
7.	Охват больных диспансерным наблюдением* (ф. 12)	Число состоящих на диспансерном наблюдении × 100% / число больных с диагнозом установленным впервые в жизни	100%			
ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА						
I. Показатели использования коечного фонда						
8.	Среднегодовая занятость койки (ф.30)	Число койко-дней, проведенных больными в стационаре / число среднегодовых коек	330 – 340 дней, для ЦРБ 320 – 330 дней			
9.	Средняя длительность пребывания больного на койке (ф.30)	Число койко-дней проведенных всеми больными в стационаре / число выбывших (выписанных + умерших) больных	10 – 14 дней.			
10.	Оборот койки (ф.30)	Число выбывших (выписанных + умерших) больных / число среднегодовых коек	17 – 20 больных в год			
II. Качественные показатели работы стационара						
11.	Показатель больничной	Число умерших больных в	1 – 3 %			

№ п/п	Наименование показателя (источник данных)	Методика расчета	Норматив или средний уровень	Расчет показателя	Фактическое значение	Примечание
1	2	3	4		5	6
	летальности (ф.30)	стационаре × 100 / число выбывших(выписанных + умерших) больных				
IV. Показатели деятельности женской консультации						
12.	Показатель своевременности постановки беременных на диспансерный учет (ф.32)	Число беременных, поступивших на диспансерный учет в женскую консультацию до 12 недель беременности × 100% / Число беременных, состоявших на учете в женской консультации	100%			
13.	Заболеваемость беременных (ф.32)	Число заболеваний зарегистрированных у беременных × 100% / число беременных закончивших беременность родами и абортами				
14.	Удельный вес беременных, закончивших беременность родами (ф.32)	Число беременных, закончивших беременность родами × 100 / число беременных, закончивших беременность родами и абортами				
15.	Удельный вес беременных, закончивших беременность абортами (ф.32)	Число беременных, закончивших беременность абортами × 100 / число беременных, закончивших беременность родами и абортами				

Образец заключения

При проведении анализа деятельности ЦРБ N – ского района выявлено. В сравнении с данными по области показатель посещаемости поликлиники резко снижен. Отмечается низкий удельный вес профилактических посещений, крайне низка доля посещений фельдшерами пациентов на дому. Уровень первичной и общей заболеваемости выше, чем в среднем по области. В структуре первичной заболеваемости по отношению к областным данным больше доля болезней органов дыхания, меньше доля травм и отравлений, на третьем месте находится класс болезней кожи и подкожной клетчатки. Охват профилактическими мед осмотрами неполный. Охват больных диспансерным наблюдением крайне низок. Запланированные профилактические мероприятия выполняются не полностью.

При анализе деятельности стационара выявлено, что среднегодовая занятость койки в пределах нормы. Для того, чтобы заполнить пустующие койки больница увеличивает оборот койки. Показатели больничной летальности в пределах допустимых значений. В работе женской консультации достаточно велика доля беременных, поступивших на диспансерный учет не своевременно, не всем проводятся обязательные методы исследования. На фоне этого заболеваемость беременных женщин довольно высока. Более половины беременных страдают анемиями. 7 % женщин заканчивают беременность абортами

На основании всего вышеизложенного деятельность данного ЛПУ нельзя считать удовлетворительной.

Основной причиной возникновения всех указанных недостатков являются проблемы укомплектованности врачебными кадрами, особенно участковыми терапевтами. Пути устранения недостатков представляются следующими:

повысить качество медицинской помощи, усилить профилактическую направленность деятельности поликлиники и контроль за выполнением профилактических мероприятий;

сократить простаивающие койки в стационаре;

обратить особое внимание на деятельность женской консультации по диспансеризации беременных, особенно с риском перинатальной патологии.

ЗАДАНИЕ №11.

При исследовании заболеваемости остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника водителей городского автотранспорта г. Оренбурга были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Количество больных остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника среди водителей городского автотранспорта в зависимости от стажа работы

Стаж работы водителем	Обследовано (чел.)	Выявлено больных (чел.)
1- 9 лет	2964	520
10 – 19 лет	1629	440
20 и более лет	250	165
Итого:	4843	1125

Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от стажа) показатели заболеваемости остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника водителей городского автотранспорта.

Рассчитайте структуру заболеваемости остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника в зависимости от стажа работы водителем.

Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень заболеваемости водителей городского автотранспорта пояснично-крестцовым остеохондрозом.

Определите достоверность различий в уровнях заболеваемости водителей, имеющих стаж работы 1-9 лет и 20 и более лет.

Представьте данные об уровнях заболеваемости в зависимости от стажа в виде столбиковой диаграммы.

На основе полученных данных оформите вывод.

ЗАДАНИЕ №12

При исследовании производственного травматизма на гелиевом заводе г.Оренбурга были получены данные представленные в таблице.

Таблица

Число случаев производственного травматизма среди управленческого персонала и рабочих гелиевого завода

Категория работников	Число работников (абс.)	Число случаев производственного травматизма (абс.)
Управленческий персонал	206	9
Рабочие	1629	540
Итого:	1835	549

Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от категории работников) показатели производственного травматизма на гелиевом заводе.

Рассчитайте структуру производственного травматизма в зависимости от категории работников.

Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень производственного травматизма у рабочих гелиевого завода.

Определите достоверность различий в уровнях производственного травматизма среди рабочих и управленческого персонала.

Представьте данные об уровнях заболеваемости в зависимости от категории работников в виде столбиковой диаграммы.

На основе полученных данных оформите вывод.

ЗАДАНИЕ №13

При исследовании заболеваемости студентов ОрГМА болезнями органов пищеварения были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев заболеваний органов пищеварения среди студентов ОрГМА

Курс	Число студентов (абс.)	Число случаев заболеваний органов пищеварения (абс.)
1	980	268
3	845	235
6	798	264
Итого:	2623	767

Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от курса) показатели заболеваемости студентов болезнями органов пищеварения.

Рассчитайте структуру заболеваемости болезнями органов пищеварения в зависимости от курса.

Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень заболеваемости болезнями пищеварительной системы у студентов ОрГМА.

Определите достоверность различий в уровнях заболеваемости среди студентов 1 и 6 курсов.

Представьте данные об уровнях заболеваемости в зависимости от курса в виде линейной диаграммы.

На основе полученных данных оформите вывод.

ЗАДАНИЕ №14

При исследовании уровня и структуры послеоперационных осложнений в МГКБСП №1 были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев послеоперационных осложнений в МГКБСП №1

Отделение	Число оперированных больных	Число случаев послеоперационных осложнений (абс.)
Отделение общей хирургии	1280	98
Отделение гнойной хирургии	845	92
Итого:	2125	190

Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от отделения) показатели частоты послеоперационных осложнений.

Рассчитайте структуру послеоперационных осложнений в зависимости от отделения.

Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень послеоперационных осложнений в МГКБСП №1.

Определите достоверность различий в уровнях послеоперационных осложнений в отделении общей и гнойной хирургии.

Представьте данные об уровнях послеоперационных осложнений в МГКБСП №1 по отделениям в виде столбиковой диаграммы.

На основе полученных данных оформите вывод.

ЗАДАНИЕ №15

При исследовании заболеваемости детей дошкольного возраста инфекционными болезнями в Беляевском р-не получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев инфекционных болезней у детей дошкольного возраста

Категория детей	Число детей	Число случаев острых инфекционных болезней (абс.)
Организованные дети*	15800	890
Неорганизованные дети	8975	501
Итого:	24775	1391

Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от категории детей) показатели заболеваемости острыми инфекционными болезнями.

Рассчитайте структуру острой инфекционной заболеваемости в зависимости от категории детей.

Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень инфекционной заболеваемости у детей дошкольного возраста.

Определите достоверность различий в уровнях острой инфекционной заболеваемости у организованных и неорганизованных детей.

Представьте данные о структуре острой инфекционной заболеваемости у детей дошкольного возраста в виде внутрискладчатой диаграммы.

На основе полученных данных оформите вывод.

ЗАДАНИЕ №16

В рамках исследования заболеваемости болезнями дыхательной системы взрослого населения Восточного Оренбуржья были получены данные о заболеваемости населения сельского врачебного участка (СВУ) с. Сара Кувандыкского р-на в 2004г (таблица).

Таблица

Число случаев болезней органов дыхания жителей СВУ с. Сара в 2004г*.

Квартал	Число случаев		
	Бронхит	Пневмония	Итого:
I	61	15	76
II	9	7	16
III	19	2	21
IV	15	14	29

Итого:	104	38	142
--------	-----	----	-----

* Численность населения СВУ на 2004 г. составила 10545 человек

Рассчитайте уровни заболеваемости бронхитом и пневмонией и общую заболеваемость болезнями органов дыхания в 2004 г.

Рассчитайте структуру заболеваемости болезнями органов дыхания поквартально.

Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень заболеваемости болезнями дыхательной системы у взрослого населения Кувандыкского р-на на основании полученных данных СВУ с. Сара.

Определите достоверность различий в уровнях заболеваемости бронхитом и пневмонией.

Представьте данные о структуре заболеваемости болезнями органов дыхания по кварталам 2004 г.

На основе полученных данных оформите вывод.

Модуль 2. Основы документооборота в здравоохранении

Цель- получить опыт работы с нормативными правовыми документами, ведения медицинской документации.

Задание 1

Михеева Ирина Петровна, медицинская карта №32146, код пациента 316, родилась 18 сентября 1970 года, паспорт серии 0127 №546765, проживает по адресу: г. Оренбург, пер. Светлый № 17, кв. 4, полис обязательного медицинского страхования выдан страховой медицинской компанией «Здоровье», серия SOB №2436578, работает юристом ЗАО «Строитель».

Больна с 12 апреля 2005 г., когда после переохлаждения появился кашель, повысилась температура. 13. 04. 05 вызвала на дом участкового врача терапевта поликлиники №1 МГКБ №3 Петрову С. И., которая в 14. 00 направила больную в терапевтическое отделение МГКБ № 3 (направление №16) с диагнозом: Пневмония. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение больницы 13. 04. 05 в 14.30 (код бриг. 23, номер наряда 45), где после осмотра в 15.00 дежурным врачом Сергеевой Н. М. (код врача 10) с диагнозом: Бронхопневмония, госпитализирована в терапевтическое отделение (код отд. 2). Находилась на лечении и обследована в стационаре с 13. 04. 05 по 30. 04. 05 г. Основной клинический диагноз: Бронхопневмония.

Обследована на сифилис и ВИЧ 14. 04. 04. Выписана с улучшением 30. 04. 05 в 12.00 под наблюдение участкового врача терапевта поликлиники №1. Выдан больничный лист с 13. 04. 05 по 30. 10. 05, трудоспособность временно утрачена, больничный лист открыт. Лечащий врач Кошелева В. М. (код врача 82). Заведующий отделением Серова О. Н.

Заполните «Статистическую карту выбывшего из стационара» ф. №066-у на данный случай стационарного лечения.

Задание 2

Больная Миронова Светлана Сергеевна, медицинская карта №3249, код пациента 461, родилась 14. 10. 50 г. Инвалид III гр. Место жительства г. Оренбург, ул. Степная, д. 28. Полис обязательного медицинского страхования выдан ММСК «Гарант» серия SOB 11 №488623, паспорт серия 0044 №345219, домохозяйка.

Обратилась 2 апреля 2005 г. к участковому терапевту Красновой Виктории Ивановне поликлиники №1 МГКБ №3 в связи с обострением ревматоидного артрита. По поводу данной патологии состоит на диспансерном учете в течении последних 4-х лет. Находилась на лечении у участкового врача-терапевта (код врача 87) со 02. 04. 05 по 11. 04. 05 и в связи с отсутствием положительной динамики направлена на госпитализацию в ревматологическое отделение МГКБ №3 с диагнозом – Ревматоидный артрит. Больничный лист открыт.

Заполните «Талон амбулаторного пациента» ф. № 025-1/у на данный случай поликлинического обслуживания.

Задание 3

Больной Сергеев Игорь Владимирович, код пациента 82151, родился 2 сентября 1992 г., проживает по адресу г. Оренбург, ул. Мира 14, кв. 86, медицинская страховка выдана ММСК «Аско» серия SOB-10 № 14624, учащийся средней школы № 12, амбулаторная карта 45281, паспорт отца 0024 143245.

Болен сахарным диабетом в течении двух лет. 14. 01. 04 обратился к эндокринологу Петровой С. И. в поликлинику № 2 (код врача 18) по поводу очередного профилактического осмотра. Состоит на диспансерном учёте с 2002 г. Инвалид 3 группы. Основной диагноз: Инсулинозависимый сахарный диабет (с началом в молодом возрасте). В настоящее время заболевание в состоянии компенсации. В освобождении от занятий в школе не нуждается. Лечащий врач Петрова С. И.

Заполните «Талон амбулаторного пациента» ср. № 025 – 1/у на данный случай.

Задание 4

Больной Семенов Александр Петрович, 12. 08. 1949 года рождения, номер медицинской карты 1344, код пациента 4782, проживает по адресу г. Оренбург ул. Степная 89, полис медицинского страхования выдан Муниципальной медицинской страховой компанией серия SOB -15 342589, паспорт 2348 562402, работает мастером производственного обучения ПТУ № 39.

14. 10. 03. обратился к отоларингологу Поляновой Светлане Ивановне (код врача 21) поликлиники № 1 МГКБ № 3 г. Оренбурга с жалобами на повышенную температуру, осиплость, першение в горле, сухой кашель. Болен с 12. 10. 03. Было назначено обследование и лечение по поводу острого ларинготрахеита. Выдан больничный лист. Через 2 недели трудоспособность полностью восстановилась, посетил врача 3 раза (14. 10. 03, 18. 10. 03, 23. 10. 03 и 27. 10. 03). Выписан на работу и рекомендовано наблюдение у участкового врача терапевта.

Заполните «Талон амбулаторного пациента» ср. № 025 – 1/у на данный случай.

Задание 5

Пименова Ирина Михайловна, 12. 12. 1961 года рождения, код пациента 149412, номер медицинской карты 32151, проживает г. Оренбург, ул. Самолетная, д. 23, кв. 2, учитель школы № 10, полис медицинского страхования выдан СМК «Апрель» ОВ 10 291385, паспорт серия 2315 № 49210.

Заболела остро 15. 02. 03, когда вечером после работы, почувствовала боли в сердце, слабость, неустойчивость при ходьбе. Утром 16. 02. 03 вызвала участкового врача терапевта на дом (Петрова Мария Михайловна код 29). После осмотра больного назначено лечение и обследование по поводу Гипертонической болезни. Криз. Выдан больничный лист. В течении последующих 4х дней состояние улучшилось. Больничный закрыт 21. 02. 03. Трудоспособность восстановлена. Рекомендовано наблюдение у участкового врача и кардиолога.

Заполните «Талон амбулаторного пациента» ср. № 025 – 1/у на данный случай.

Задание 6

Задание 6

Седов Сергей Петрович, история болезни № 348,. Код пациента 5281, паспорт матери 0028 411565, родился 4 января 1996 г., прописан по адресу г. Оренбург, ул. Селивановская 15, полис медицинского страхования выдан ММСК серия SOB № 25154, учащийся средней школы № 7.

Заболел остро, когда 15. 08. 04 в 1400 доставлен в городскую инфекционную больницу бригадой СМП (номер наряда 28) с детского лагеря «Дубки», где находился на отдыхе в период летних каникул. Направлен педиатром лагеря Петровой Н. М. (номер направления 18) 15. 08. 04 в 1330 с диагнозом: Менингококковая инфекция. В приемном покое в 1410 осмотрен дежурным врачом Симоновым С. В. (код 15), диагноз: Менингококковый менингит. Находился на лечении и обследовании в детском отделении № 2 (код 15) с 15. 08. 04 по 3. 09. 04. Основной клинический диагноз: Энттеровирусный менингит. Обследован 16. 08. 04 на сифилис и ВИЧ. Выписан с улучшением 3. 09. 04 под наблюдение врача-инфекциониста по месту жительства. По уходу за больным матери Седовой С. П.(35 лет) выписан больничный лист с 15. 08. 04 по 20. 08. 04, больничный лист закрыт. Лечащий врач Иванова М. М.

Заполните «Статистическую карту выбывшего из стационара» ф. № 066-у-02 на данный случай стационарного лечения.

Задание 7

Маслова Ирина Михайловна, история болезни № 458, код пациента 254, паспорт матери 0028 45876, родилась 15 июля 2002 г., прописана по адресу г. Оренбург, ул. Степная 28. Полис медицинского страхования выдан ММСК «Апрель», серия SOB №271438.

Заболела остро в 1600 25. 05. 04, когда дома мама Маслова Светлана Ивановна 1976 г. рождение обнаружила, что девочка ведет себя беспокойно, плачет и в руках ребенка находится домашняя медицинская аптечка с лекарственными препаратами. Была вызвана скорая медицинская помощь с врачебной бригадой (номер наряда 27) доставлена в 1640 в приемное отделение больницы МДГКБ № 1 с диагнозом: отравление лекарственными препаратами. В

приемном покое в 1645 была осмотрена детским врачом Симоновой В. П. (код 21) диагноз: Отравление лекарственными препаратами неизвестной природы. Находилась на лечении в палате интенсивной терапии терапевтического отделения в течении 4-х дней (код отделения 12). Обследована на ВИЧ 26. 03. 04. Заключительный клинический диагноз: Отравление салицилатами. Выписана с улучшением. Матери был выдан листок нетрудоспособности по уходу за ребенком с 25. 03. 04 по 28. 03. 04 больничный лист закрыт. Лечащий врач Иванова С. М. (табельный номер 28)
Заполните «Статистическую карту выбывшего из стационара» ф. № 066-у-02 на данный случай стационарного лечения.

ЗАДАНИЕ 8

У Петровой Лидии Ивановны 27 лет, штукатурка маляра СМУ – 1 г.Оренбурга, проживающей по адресу г.Оренбург ул.Правды 6 кв. 2, 13.12.03 заболел сын – Петров Вася 6 лет. Ребенок нуждался в уходе. Участковым педиатром Сапаровой Л.С, вызванной на дом в тот же день установлен диагноз: ОРВИ. Был выдан листок нетрудоспособности с 13.12.03 по 15.12.03, который далее продлялся с 16.12.03 по 18.12.03 и с 19.12.03 по 21.12.03г. 21.12.03 г. ребенок выздоровел.

Каковы правила выдачи и оформления листка нетрудоспособности в данном случае? Оформите листок нетрудоспособности Петровой Л.И.

ЗАДАНИЕ 9

Селезнева Тамара Степановна 32 лет, повар столовой ПО «Стрела», проживающая по адресу г.Оренбург Карагандинская 41 кв. 3, была отстранена от работы врачом – инфекционистом Смирновой Т.П. поликлиники №1 МГКБ им. Пирогова, ввиду контакта с инфекционным больным и установления карантина сроком на 12 дней (с 6.10.03 по 17.10.03).

Каковы правила выдачи и оформления листка нетрудоспособности в данном случае? Оформите листок нетрудоспособности Селезневой Т.С.

ЗАДАНИЕ 10

Ивашкевич Светлане Ивановне 27 лет, швее фирмы «Ориана», проживающей по адресу г.Оренбург, Хабаровская 3, при очередном посещении женской консультации №2 МГКБ№1 2.09.03г., участковым акушером – гинекологом Семеновой С.И. был подтвержден диагноз: Многоплодная беременность, сроком 28 недель. Беременная нуждается в декретном отпуске. Состав КЭК: Зам. гл. врача по КЭР – Власова А.Н., зав. отд. - Филатова Е.В., лечащий врач – Семенова С.И.

Каковы правила выдачи и оформления листка нетрудоспособности в данном случае? Оформите листок нетрудоспособности Ивашкевич С.И.

Модуль 3. Применение методов информационного обеспечения в профессиональной деятельности

Цель - дать студентам сведения о современных компьютерных технологиях в приложении к медицине и здравоохранению, дать знания о методах информатизации врачебной деятельности.

Задание 1.

Построить температурные кривые больных А, В, С по предоставленным данным:

Дни болезни	2	4	6	8	10
Больной А	37,5	37,8	37,0	37,1	36,6
Больной В	38,2	38,3	37,6	37,4	37,0
Больной С	36,9	37,2	37,5	37,2	36,8

Задание 2.

Имеются данные рождаемости и смертности (количество на 1000 человек) в Санкт-Петербурге. Построить гистограмму.

Годы	1993	1994	1995	1996
Рождаемость	6,6	7,1	7,0	6,6
Смертность	17,4	17,2	15,9	14,2

Задание 3.

Построить круговую диаграмму рождаемости в Санкт-Петербурге(количество на 1000 человек).

Годы	1991	1992	1993	1994	1995
Рождаемость	9,3	7,4	6,6	7,1	7,0

Задание 4.

Построить таблицу, содержащую следующие данные: Частота смертности в области N.

Районы области	Количество населения	Количество умерших	Коэффициент
А	1214 427	9 037	
В	1516212	12 615	
С	10 37 356	8 566	
Всего			

Задание 5.

На рабочем столе создать папку Эксперимент.

Используя средства табличного процессора Microsoft Excel, выполнить следующие задания:

а) Построить диаграмму (температурные кривые) больных А. и Б. по следующим данным (температура в °С). Сохранить диаграмму в файле.

Задание 6.

Используя средства текстового процессора Microsoft Word, в рабочем окне создать таблицу, содержащую следующие столбцы: Нп/п, Ф.И.О., год рождения, адрес, телефон. Внести в таблицу данные о вашей группе. На основе созданной таблицы показать некоторые возможности редактора (редактирование содержимого ячеек, вставка и удаление строк, изменение параметров столбцов, слияние и разбиение строк и столбцов). Сохраните таблицу в файле Список 1 в папке Мои документы.

Задание 7.

Используя средства табличного процессора Microsoft Excel, по данным выборки найти коэффициент корреляции для связи между высотой X и массой Y растения, составить уравнение регрессии, построить график рассеяния и линию регрессии. Сохраните таблицу в файле Список 2 в папке Мои документы.

X	41	43	45	45	43	49	47	51	51	55	53	57	59
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

У	2,0	1,5	2,0	2,0	2,0	3,0	2,5	2,5	3,5	4,5	3,5	4,0	5,0
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Задание 8

Используя средства текстового процессора Microsoft Word, в рабочем окне создать таблицу содержащую следующие столбцы: №х/п, Ф.И.О., год рождения, адрес, телефон. Внести в таблицу данные о вашей группе. На основе созданной таблицы показать некоторые возможности редактора (редактирование содержимого ячеек, вставка и удаление строк, изменение параметров столбцов, слияние и разбиение строк и столбцов). Сохраните таблицу в файле Зачет 2 в папке Мои документы.

Задание 9.

Используя средства текстового процессора Microsoft Word, в рабочем окне введите фрагмент текста, содержащий формулы основных статистических характеристик выборки коэффициентов корреляции и регрессии. Покажите возможности редактора по редактированию и форматированию текстов (перенос, копирование, удаление фрагментов, форматирование абзацев и страниц, смена шрифта, предварительный просмотр документа). Сохраните задание в файле Список 1 в папке Мои документы.

Задание 10.

Создание электронных шаблонов на темы: «Медицинская карта стационарного больного», «Медицинская карта амбулаторного больного», «История развития ребенка», «История развития новорожденного», «Экстренное извещение об инфекционном заболевании (необычной реакции на прививку, пищевом, остром отравлении)», «Дневник работы фельдшера», «Дневник наблюдения за больным».

Задание 11.

Работа со справочно-правовыми системами «Консультант Плюс», «Гарант» по заданной теме.

На дифференцированном зачете оценка формируемых в дисциплине компетенций студентов проводится по следующим критериям:

Оценка (стандартная)	Требования к знаниям
«отлично»	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, использует в ответе материал основной и дополнительной литературы, правильно и развернуто решил представленные задачи, сделал правильные выводы.
«хорошо»	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, задачу решил не полностью, либо сделал ошибку при анализе.
«удовлетворительно»	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, задача решена менее чем на половину, анализ и выводы не верны.
«неудовлетворительно»	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, предложенные задачи не решены, выводы и анализ не сделаны.

Таблица соответствия образовательным результатам оценочных средств

Формируемые знания и умения	Вопросы и задания для проверки
Иметь опыт работы с нормативными правовыми документами.	Задачи модуля 1 №1-№16.
Иметь опыт ведения медицинской документации, работы в команде.	Задачи модуля 2. №1-№10.
Иметь опыт работы с прикладными информационными программами, используемыми в здравоохранении.	Задачи модуля 3. № 1 - № 11.

32. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПМ 07. ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ ПО ОДНОЙ ИЛИ НЕСКОЛЬКИМ ПРОФЕССИЯМ РАБОЧИХ, ДОЛЖНОСТЯМ СЛУЖАЩИХ
32.1. МДК 07.01 САНИТАРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПАЛАТ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КАБИНЕТОВ, ПЕРЕМЕЩЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ, УХОД ЗА ТЕЛОМ УМЕРШЕГО ЧЕЛОВЕКА

Текущий контроль успеваемости

Текущий контроль по теме: Типы ЛПУ. Лечебно-охранительный режим.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Структура учреждений здравоохранения.

Классификация лечебно-профилактических учреждений.

Характеристика больничных учреждений.

Основными структурными подразделениями больницы.

Характеристика диспансерных учреждений

Характеристика амбулаторно-поликлинических учреждений.

Характеристика учреждений охраны материнства и детства

Характеристика санаторно-курортных учреждений.

Характеристика лечебных учреждений скорой помощи

Характеристика ЛПУ комбинированного типа.

Лечебно-охранительный режим медицинской организации

Текущий контроль по теме: Внутрибольничная инфекция.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

1. Понятие о внутрибольничной инфекции
2. Структура ВБИ.
3. Назовите пути передачи.
4. Назовите основные причины роста внутрибольничной инфекции.
5. Какие нормативные документы регламентируют профилактику внутрибольничной инфекции.

Текущий контроль по теме: Профилактика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

Форма текущего контроля успеваемости: Тестирование.

Тесты для текущего контроля.

Выберите один правильный ответ, установите соответствие.

1. ВБИ – это.....
 - а) инфекционные заболевания медицинского персонала
 - б) инфекционные заболевания пациентов стационаров
 - в) любые инфекционные заболевания, возникающие у пациентов в результате обращения в ЛПУ за медицинской помощью или у медицинских работников при выполнении профессиональных обязанностей
 - г) нозокомиальные инфекции
2. К группе риска по ВБИ относится медицинский персонал отделений
 - а) гемодиализа
 - б) физиотерапевтических
 - в) терапевтических
 - г) ожоговых
3. Основную долю возбудителей ВБИ составляют
 - а) патогенные бактерии
 - б) условно-патогенные бактерии
 - в) вирусы
 - г) грибы
4. Мероприятия по профилактике ВБИ, направленные на обезвреживание источника инфекции
 - а) вакцинация
 - б) дезинфекция
 - в) выявление и изоляция инфекционных больных и носителей
 - г) сбор и утилизация медицинских отходов
5. Приобретение устойчивости к дезинфектантам характерно для возбудителей
 - а) госпитальных
 - б) патогенных
 - в) условно-патогенных
 - г) вирусов
6. После проведения инвазивных процедур медицинские изделия необходимо продезинфицировать по режимам для инфекций
 - а) бактериальных
 - б) вирусных
 - в) грибковых
 - г) вызванных простейшими
7. Мероприятия по профилактике ВБИ, направленные на разрыв путей передачи
 - а) вакцинация

- б) дезинфекция
- в) выявление и изоляция инфекционных больных и носителей
- г) сбор и утилизация медицинских отходов

8. Основная доля возбудителей внутрибольничных инфекций приходится на

- а) патогенные бактерии
- б) условно-патогенные микробы
- в) вирусы
- г) непатогенные микробы

9. Мероприятия по профилактике ВБИ, направленные на повышение невосприимчивости пациентов и персонала

- а) вакцинация
- б) дезинфекция
- в) выявление и изоляция инфекционных больных и носителей
- г) использование спецодежды, масок, перчаток

10. ВБИ могут быть вызваны

- а) любыми микроорганизмами
- б) только вирусами
- в) только бактериями
- г) только патогенными возбудителями

11. Основной путь передачи ВИЧ-инфекции в ЛПУ

- а) воздушно-капельный
- б) контактно-бытовой
- в) парентеральный
- г) пищевой

12. Основную долю возбудителей ВБИ составляют

- а) бактерии и вирусы
- б) простейшие
- в) грибы
- г) прионы

13. Для госпитальных штаммов возбудителей ВБИ характерна

- а) высокая чувствительность к антибактериальным средствам
- б) устойчивость к антибактериальным средствам
- в) чувствительность к ультрафиолетовому облучению
- г) устойчивость к УФО

14. Основной целью проведения мероприятий по инфекционной безопасности и инфекционному контролю в ЛПУ является профилактика

- а) любых ВБИ
- б) гепатита
- в) заболеваний, передающихся через кровь
- г) ВИЧ-инфекции

15. Биологические среды ВИЧ-инфицированного пациента, содержащие наибольшее количество вирусов

- а) кровь
- б) слюна
- в) пот
- г) сперма

16. Заболеваемость ВБИ у медицинского персонала наиболее высокая при стаже работы

- а) до 2-х лет
- б) 3 – 8 лет
- в) после 9 лет
- г) от стажа не зависит

17. Мероприятия по профилактике ВБИ у медицинского персонала, направленные на разрыв путей передачи

- а) использование универсальных мер безопасности (спецодежда, очки и др.)
- б) вакцинация
- в) медицинские осмотры персонала
- г) изоляция заболевших

18. Установите соответствие.

Фактор предрасполагающий к возникновению ВБИ

- 1. Неадекватное питание
- 2. Лечебно-диагностические процедуры и хирургические вмешательства эндоскопические приборы.

Пример

- А. Ожоги, раны, пролежни
- Б. Бесконтрольная и длительная антибиотикотерапия, антоцидная терапия
- В. Белковое голодание, дефицит витаминов, минералов.
- Г. В/в катетеры, дренажи, мочевые катетеры,

19. Все организмы делятся на _____, способные вызывать заболевания, _____ - не способные вызывать заболевания человека, _____ - которые вызывают заболевания только при определённых обстоятельствах.

20. Факторы, способствующие развитию инфекции:

- 1) _____
- 4) _____

2) _____
3) _____

5) _____
6) _____

Текущий контроль по теме: Профилактика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Механизм и факторы передачи.

Клиническое течение ВИЧ-инфекции.

Вирусные гепатиты.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитах.

Текущий контроль по теме: Правила обработки рук медицинского персонала.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос, решение ситуационных задач

Вопросы для текущего контроля:

Что такое - Деконтаминация рук.

Назовите уровни (способы) деконтаминации рук.

Требования к рукам медицинского работника.

Гигиена рук медицинского персонала.

Техника мытья рук Пин 2.1.72790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

Ситуационные задачи.

Задача 1

Младшая медицинская сестра перед уходом за ослабленным пациентом вымыла руки простым мылом и водой, надела перчатки.

1. Какую ошибку сделала медсестра?
2. Какие рекомендации Вы могли бы ей дать?
3. Перечислите примеры мытья рук с использованием антисептических средств.

Задача 4

В неврологическом отделении пациент попросил помочь ему пообедать. Младшая медицинская сестра, перед просьбой пациента заполняла температурный лист, она его отложила и сразу пошла в палату, кормить пациента.

1. Какую ошибку она допустила?
3. Как необходимо обрабатывать руки, перед кормления пациента?

Задача 5

В урологическом отделении медицинская сестра, попросила младшую медицинскую сестру, помочь ей в постановки мочевого катетера пациенту. Она приготовила для мытья рук жидкое мыло.

1. Какую ошибку сделала медицинская сестра?
2. Как необходимо обрабатывать руки перед постановкой мочевого катетера.

Задача 6

Младшая медицинская сестра меняла постельное белье пациенту, когда медицинская сестра попросила её помочь разлить пациентам компот. Протерев руки влажной салфеткой, младшая медсестра стала разливать компот.

1. Оцените действие младшей медсестры.
2. Продемонстрировать обработку рук, перед раздачей пищи.

Задача 7

Младшая медицинская сестра перед обработкой пациенту полости рта вымыла руки с мылом и вытерла их вафельным полотенцем, которое до этого использовала медицинская сестра.

1. Какую ошибку сделала младшая медицинская сестра?
2. Продемонстрируйте алгоритм мытья рук.

Задача 8

Перед уходом за пациентом с ослабленным иммунитетом, младшая медицинская сестра вымыла руки кусковым мылом и вытерла их бумажным полотенцем.

1. Какую ошибку она совершила?
2. Продемонстрируйте алгоритм мытья рук.

Задача 9

После посещения туалета родственница пациента сразу стала нарезать ему хлеб и сыр. Затем, вымыла руки и стала кормить своего родственника.

1. Какую ошибку она допустила?
2. Как бы Вы, после увиденного, провели разъяснительную беседу с родственницей больного, по соблюдению мер личной гигиены.

Текущий контроль по теме: Бельевой режим в ЛПУ.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос, тестовый контроль.

Вопросы для текущего контроля:

Бельевой режим в ЛПУ: обеспечение сотрудников спецодеждой, больных бельём и постельными принадлежностями.

2. Соблюдение установленной кратности их смены.
3. Хранение, сбор, стирка и дезинфекция белья и мягкого инвентаря.
4. Ответственность за соблюдение «бельевого режима» старшей мед. сестры и заведующего отделением.

Тестовый контроль

Цель сестринской помощи пациенту в уходе за телом – обеспечение

- А) чистоты и безопасности
- Б) комфорта и защищенности
- В) независимости и адаптации к своему состоянию
- Г) личной гигиены и ухода

Общий комфорт пациенту невозможен без

- А) проведения личной гигиены
- Б) приема калорийной пищи
- В) смена постельного белья
- Г) смены нательного белья

Белье в лечебных отделениях хранят в

- А) материальной комнате
- Б) санитарной комнате
- В) шкафах процедурного кабинета
- Г) шкафах на посту медсестры

Способ смены постельного белья зависит от

- А) тяжести заболевания
- Б) режима двигательной активности
- В) особенностей заболевания
- Г) врачебных заболеваний

Способ смены нательного белья пациенту зависит от

- А) режима двигательной активности
- Б) тяжести состояния
- В) возможности и желания помочь сестре
- Г) устройства кровати

В уходе за пациентом сестре следует

- А) быть внимательной и терпеливой
- Б) комментировать результаты анализов
- В) проявлять такт и выдержку
- Г) побуждать к самоухода

Внимательно прочитайте утверждения. Дополните предложения, вставив пропущенные слова.

7. Смена белья должна проводиться по мере загрязнения регулярно, но не реже 1 раза в дней.
8. Личная гигиена - это меры, направленные на соблюдение чистоты собственного и на тщательный уход за ним.
9. Специальный уход позволяет обслуживать пациентов определенного типа
10. Смену белья родильницам проводят 1 раз в дня, нательного и полотенец - подкладных салфеток по
11. Смена белья пациентам после операций должна проводиться до прекращения выделений из ран.
12. В отделении должен храниться запас чистого белья.
13. Тяжелобольным под простыню подкладывают
14. 2-й способ: больного поворачивают на бок ближе к кровати.
15. Смену нательного белья производят по мере его загрязнения или одновременно со сменой белья.

Текущий контроль по теме: Дезинфекция.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос, тестирование.

Вопросы для текущего контроля:

1. Понятие «дезинфекция».
2. Общие требования к дезинфекционному режиму в ЛПУ.
3. Приказы, регламентирующие способы, режимы и средства для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.
4. Характеристика современных средств дезинфекции.
5. Токсичность дезинфицирующих препаратов.
6. Меры предосторожности.

Тестовый контроль

1. Дезинфекции подлежат
 - а) все изделия после использования в ЛПУ
 - б) только те изделия, которые соприкасались со слизистыми оболочками пациента
 - в) только хирургические инструменты
 - г) только те изделия, которые соприкасались с кровью пациента
2. При механической дезинфекции применяются способы
 - а) УФО
 - б) влажная уборка
 - в) орошение дезсредством
 - г) стирка
3. Одноразовые изделия медицинского назначения после использования подлежат
 - а) уничтожению
 - б) дезинфекции, а затем утилизации
 - в) дезинфекции, а затем стерилизации
 - г) очистке, а затем утилизации
4. Документ, подтверждающий соответствие дезинфектанта Госстандарту
 - а) лицензия
 - б) методическая разработка
 - в) инструкция
 - г) сертификат

5. Дезинфекция - это комплекс мероприятий, направленных на
- предупреждение попадания микробов в рану
 - уничтожение или уменьшение количества микробов в ране или организме в целом
 - уничтожение патогенных и условно-патогенных микробов на эпидемиологически значимых объектах больничной среды
 - уничтожение всех микробов и их спор
6. Профилактическая дезинфекция проводится
- медицинским персоналом в очаге инфекционных заболеваний непосредственно у постели больного
 - дезинфекционной службой после госпитализации или выписки пациента
 - для предупреждения возникновения инфекционных заболеваний в ЛПУ
 - в очаге инфекционного заболевания
7. Дезинфекционные мероприятия в ЛПУ при отсутствии выявленного источника инфекции – это дезинфекция
- профилактическая
 - текущая
 - генеральная
 - очаговая
8. Заключительная дезинфекция проводится
- при всех инфекционных заболеваниях
 - только при особо опасных заболеваниях
 - только при вирусных инфекциях
 - при особо опасных инфекциях и при заболеваниях, возбудители которых очень устойчивы во внешней среде
9. Заключительная дезинфекция проводится при
- любых инфекциях
 - особо опасных инфекциях
 - особо опасных инфекциях и инфекционных заболеваниях, возбудители которых обладают высокой устойчивостью во внешней среде
 - вирусных инфекциях
10. Дезинфектанты, обладающие высокой токсичностью и спороцидными свойствами, чаще относятся к группе
- кислородосодержащих
 - ЧАС
 - альдегидсодержащих
 - хлорсодержащих
11. Дезинфекционные мероприятия в очаге в присутствии источника инфекции – это дезинфекция
- очаговая
 - профилактическая
 - заключительная
 - генеральная
12. Физический метод дезинфекции – это
- стирка, мытье, проветривание
 - использование УФО, высокой температуры, пара
 - использование дезсредств
 - использование бактериальных фильтров
13. Перед обеззараживанием показана предварительная очистка медицинских изделий при работе с дезинфектантами
- хлорсодержащими
 - альдегидсодержащими
 - кислородсодержащими
 - ЧАС
14. В очаге инфекционного заболевания проводится дезинфекция
- профилактическая
 - текущая
 - генеральная
 - заключительная
15. Дезинфицирующие средства, обладающие вирулицидными свойствами, вызывают гибель
- грибов
 - бактерий
 - вирусов
 - прионов
16. Продолжите утверждение «Дезинфекции подлежат ...»:
- все изделия после применения их у пациентов
 - только изделия, подлежащие стерилизации
 - только изделия, контактировавшие с кровью
 - только изделия, используемые у инфекционных больных
 - только хирургический инструментарий
17. Текущая дезинфекция в режимном кабинете проводится:
- каждые 2 часа в течение рабочей смены
 - не менее 2 раз в сутки
 - 2 раза в смену
 - ежедневно
 - 1 раз в неделю

18. Выберите, каким из перечисленных способов при химическом методе дезинфекции разрешается проведение дезинфекции медицинского инструментария:

- 1) замачивание
- 2) засыпание
- 3) погружение
- 4) орошение
- 5) протирание

19. Определитесь, какому препарату вы отдадите предпочтение при проведении дезинфекции медицинского инструментария:

- 1) обладающему дезинфицирующим и моющим эффектом
- 2) обладающему только дезинфицирующим действием
- 3) обладающему только моющим действием
- 4) обладающему стерилизующим действием
- 5) обладающему фунгицидным действием

20. Генеральная уборка соматических палат поводится с периодичностью:

- 1) 1 раз в 3 дня
- 2) 1 раз в 7 дней
- 3) 1 раз в 30 дней
- 4) произвольно
- 5) ежедневно

Текущий контроль по теме: Стерилизация. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос, тестовый контроль.

Вопросы для текущего контроля:

Значимость предстерилизационной очистки инструментария многократного использования, аппаратуры.

Стерилизация: понятие, методы и режимы.

Документы, регламентирующие способы стерилизации.

Стерилизаторы: паровой, воздушный, газовый.

Устройство и функции ЦСО.

Преимущества стерилизации в ЦСО: постоянный контроль качества стерилизации, современная аппаратура, механизация предстерилизационной очистки.

Тестовый контроль

1. Определите, какое из предложенных утверждений является верным:

- 1) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на очистку инструментария от биологических и химических загрязнений
- 2) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение всех форм микрофлоры, включая споры
- 3) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение патогенных и непатогенных микроорганизмов
- 4) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на остановку развития патогенных микроорганизмов
- 5) стерилизация – это комплекс санитарно-гигиенических мероприятий

2. Укажите, какие изделия медицинского назначения подлежат стерилизации:

- 1) только хирургический инструментарий
- 2) любые изделия медицинского назначения
- 3) все изделия, которые соприкасаются пациентом
- 4) только инструментарий для проведения инъекций
- 5) все изделия, которые соприкасаются с раневой поверхностью, контактирующие с кровью в организме пациента или вводимой в него, инъекционными препаратами, а также контактируют со слизистой и могут травмировать её

3. Какие изделия медицинского назначения подлежат предстерилизационной очистке:

- 1) все изделия, подлежащие стерилизации
- 2) все изделия, прошедшие дезинфекцию
- 3) только изделия, имеющие видимые следы органических загрязнений
- 4) все изделия после использования
- 5) все металлические инструменты

4. Укажите цель предстерилизационной очистки:

- 1) удаление белковых, жировых, механических загрязнений, остатков дезинфектанта и лекарственных средств
- 2) уничтожение патогенной и условно-патогенной микрофлоры
- 3) уничтожение всех видов микрофлоры, включая споры
- 4) уничтожение патогенных микроорганизмов
- 5) уничтожение сапрофитной микрофлоры

5. Для оценки качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения необходимо использовать:

- 1) постановку азопирамовой пробы (при pH дезсредства более 8,5-фенолфталеиновой пробы)
- 2) постановку йодокрахмальной пробы
- 3) смывы на кишечную палочку
- 4) визуальную оценку
- 5) биотесты

6. Выберите из предложенных изделий те, которые подлежат предстерилизационной очистке:

- 1) гинекологические зеркала
- 2) подкладные судна
- 3) термометр
- 4) кружка Эсмарха
- 5) ватные тампоны

7. При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы было получено 6 положительных проб на зажимах Кохера. Какие действия медперсонала необходимы в данной ситуации:
- 1) персонал подлежит увольнению
 - 2) персонал проводит повторную обработку всей партии инструментов и по-вторный контроль
 - 3) персонал отстраняется от проведения обработки инструментария
 - 4) персонал проводит повторную обработку 6 зажимов Кохера
 - 5) персонал проводит повторную обработку всех инструментов, имеющих замковые части
8. При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы на 6 зажимах Кохера получено розово-фиолетовое окрашивание. Определите дальнейшие действия медработника:
- 1) вся партия инструментария подлежит повторному контролю для выявления всех плохо отмытых инструментов
 - 2) инструменты, давшие положительный результат азопирамовой пробы, под-лежат повторной предстерилизационной очистке
 - 3) инструменты, давшие положительный результат азопирамовой пробы, под-лежат списанию
 - 4) инструменты, давшие положительную азопирамовую пробу, подлежат ан-тикоррозийной обработке
 - 5) вся партия инструментария подлежит повторной предстерилизационной очистке и повторному контролю
9. При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы на 6 корнцангах получено бурое окрашива-ние. Определите дальнейшие действия медработника:
- 1) вся партия инструментария подлежит повторной предстерилизационной очистке и повторному контролю
 - 2) инструменты, давшие бурое окрашивание, подлежат повторной предстери-лизационной очистке
 - 3) инструменты, давшие бурое окрашивание, подлежат списанию
 - 4) инструменты, давшие бурое окрашивание подлежат использованию после антикоррозийной обработки
 - 5) проводится повторный контроль старшей медсестрой для оценки работы персонала
10. Определите сроки использования рабочего раствора азопирама для оценки качества проведенной предстерилизационной очистки при температуре + 25С:
- 1) 30 минут
 - 2) 1 час 20 минут
 - 3) 40 минут
 - 4) 2 часа
 - 5) 10 дней при условии прозрачности раствора
11. Выберите второе требование к инструментам из предложенного: «Для проведения азопирамовой пробы инструменты для контроля должны быть сухими и»
- 1) «...остывшими до комнатной температуры»
 - 2) «...горячими»
 - 3) «...остывшими до 50 градусов»
 - 4) «...чистыми»
 - 5) второго условия не существует
12. Младшая медсестра для проведения предстерилизационной очистки использует моющий комплекс с перекисью водорода. После 2-х кратного использования раствор приобрел розовое окрашивание. Определите дальнейшие действия младшей медсестры:
- 1) она должна приготовить новый моющий комплекс
 - 2) она может пользоваться этим же раствором до истечения суток
 - 3) она должна добавить в моющий комплекс перекись водорода в соотношении 2 к 1
 - 4) она должна прокипятить моющий комплекс
 - 5) она должна добавить в моющий комплекс пищевую соду
13. Назовите основной нормативный документ, регламентирующий обработ-ку медицинского инструментария:
- 1) СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к орга-низациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
 - 2) приказ МЗ СССР № 170
 - 3) приказ МЗ РФ № 342
 - 4) приказ главного врача по ЛПУ
 - 5) приказ МЗ СССР № 408

14. Установите правильное соотношение между:

Определение:

1. стерилизация

2. дезинфекция

Его сущность:

а) уничтожение вредных насекомых

б) полное уничтожение микроорганизмов всех видов на всех стадиях развития

в) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов (кроме их спор) в объектах внешней среды

Кажите правильное соответствие упаковок для стерилизации в автоклаве:

- а) крафт-пакет, открытая емкость
- б) крафт-пакет, 2-х слойная бязевая упаковка
- в) бикс, открытая емкость
- г) открытая емкость

16. Контроль работы стерилизаторов проводят физическим, химическим и _____ методами.

17. Стерильный стол накрывают на _____ часов.

Режим стерилизации ИМН из металла в сухожаровом шкафу:

- а) $t = 1000^{\circ}\text{C} - 60$ мин в) $t = 1800^{\circ}\text{C} - 20$ мин
- б) $t = 1320^{\circ}\text{C} - 20$ мин г) $t = 1800^{\circ}\text{C} - 60$ мин

19. Режим стерилизации ИМН из стекла в автоклаве:

- а) $1600^{\circ}\text{C} - 150$ минут в) $1320^{\circ}\text{C} - 20$ минут, давление 2 атм
- б) $1800^{\circ}\text{C} - 60$ минут г) $1320^{\circ}\text{C} - 20$ минут, давление 1,1 атм

20. Недостатки воздушного метода стерилизации:

- а) необходимость использования более высоких температур
- б) не вызывает коррозии металлов
- в) не происходит увлажнение упаковки
- г) медленное и неравномерное прогревание стерилизуемых изделий

Текущий контроль по теме: Профилактика профессиональных заболеваний медицинских работников.

Форма текущего контроля успеваемости: Тестовый контроль, решение ситуационных задач.

Тестовый контроль

1. Биомеханика тела сестры в положении стоя

- А) подбородок в горизонтальной плоскости
- Б) туловище слегка наклонено вперед
- В) спина прямая, колени расслаблены
- Г) ступни на ширине плеч

2. Биомеханика тела сестры в положении сидя

- А) Спина прямая, мышцы живота напряжены
- Б) Плечи в одной плоскости с бедрами
- В) Колени ниже бедер
- Г) Ступни на ширине плеч

3. Биомеханика для медсестры в положении сидя на стуле

- А) Спинка стула перпендикулярна к сидению
- Б) Спинка стула соответствует верхним углам лопаток
- В) 2/3 длины бедер расположены на сиденье
- Г) Стопы не касаются пола

4. При работе в бригаде при перемещении пациента важно помнить

- А). Старшая по должности медицинская сестра принимает на себя наиболее легкую часть тела пациента
- Б) За состоянием пациента должен наблюдать один из членов бригады.
- В). Командовать должны все члены бригады
- Г) Согласовывать действия с членами бригады не нужно

5. Биомеханика тела сестры при поднятии тяжести

- А) Груз не прижимать к себе
- Б) Туловище наклонить слегка вперед
- В) Спина прямая, сгибать только колени
- Г) Ноги шире плеч, одна выдвинута вперед

6. Дополните предложение

Биомеханика — наука, изучающая правила.....

7. Правильная биомеханика тела сестры позволяет

- А) удерживать равновесие
- Б) предотвращать травмы позвоночника
- В) предупреждать пролежни
- Г) исключать дискомфорт

8. При перемещении пациента в постели сестре следует

- А) придать постели горизонтальное положение
- Б) убрать подушку и одеяло
- В) наклониться вперед
- Г) слегка присесть

9. Эргономика — наука изучающая

- А) врачебные назначения
- Б) состояние опорно-двигательного аппарата
- В) состояния зрения и слуха
- Г) взаимосвязи людей и окружающей среды в целях безопасного труда.

10. Вспомогательные средства при перемещении пациента

- А) пояс от ремня
- Б) простынь
- В) одежда пациента
- Г) Easyslide.

Ситуационные задачи.

Задача № 1.

На практику в ГВВ №2 в 9 неврологическое отделение пришли студенты на практику. Постовая сестра попросила 2 студенток поднять и переместить пациента Иванова К 72 лет. На стул. Студенты придя в палату увидели грузного пациента и испугались, что заболит у них спина от тяжести и пошли к постовой сестре за консультацией о правильной биомеханике тела при поднятии пациента.

Задание: Обучить правильной биомеханике тела и подготовке к перемещению пациента.

Задача № 2.

К медицинской сестре 8 неврологии Федоркиной И. П. обратилась родственница пациента перенесенного инсульта с вопросом о вспомогательных средствах при перемещении пациента.

Задание: Провести беседу приготовить памятку о вспомогательных средствах помогающих перемещать тяжелобольных пациентов.

Текущий контроль по теме: Порядок обращения с медицинскими отходами.
Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос, решение ситуационных задач.

Вопросы для текущего контроля:

Какие классы отходов вы знаете?

Отходы класса А состоят из...?

Отходы класса Б состоят из...?

Отходы класса В состоят из...?

Отходы класса Г состоят из...?

Отходы класса Д состоят из...?

Сбор и утилизация отходов класса А осуществляется...?

Сбор и утилизация отходов класса Б и В осуществляется...?

Сбор и утилизация отходов класса Г и Д осуществляется?

При сборе и утилизации отходов различных классов не допускается?

Требование предъявляемые к лицам, осуществляющим сбор отходов?

Задача №1.

Вы процедурная медсестра. По окончании смены ваша обязанность вынести мусор, провести дезинфекцию многогорловых емкостей для сбора мусора класса А и Б.

Перед Вами:

1. лоток с пустыми ампулы от лекарственных препаратов;
 2. пустой коробок от лекарственного препарата;
 3. использованные ватные шарики (прошли дезинфекцию);
 4. использованные шприцы (прошли дезинфекцию);
 5. использованные системы для в/в вливаний (прошли дезинфекцию);
 6. пакеты и упаковка от шприцев и систем;
 7. заполненный контейнер с использованными иглами.
- Задание: Рассортировать отходы по емкостям для сбора отходов класса А и Б.

Задача №2.

Вы старшая медсестра отделения. После ревизии Вы обнаружили просроченные лекарственные препараты, несколько флаконов дезсредства, документацию которую уже не нужно хранить, канцтовары вышедшие из строя.

Задание: Как вы будите собирать и утилизировать данные отходы.

Задача №3.

Вы операционная медсестра. После операции нужно собрать отходы в соответствии с СанПин.

Перед Вами:

- использованные одноразовые скальпели и иглы (прошли дезинфекцию);
 - использованные, кровавые марлевые салфетки (не прошли дезинфекцию);
 - использованные одноразовые халаты, чепчики, бахилы загрязнены кровью (не прошли дезинфекцию);
 - упаковка от стерильных перчаток, шелка, кетгута, стерильного белья, одноразового скальпеля.
- Задание: Соберите отходы в соответствии с СанПин.

Задача №4.

Вы старшая медсестра терапевтического отделения. У Вас новая буфетчица.

Задание: Проведите инструктаж по утилизации пищевых отходов в данном отделении.

Текущий контроль по теме: Безопасная транспортировка биологического материала в лабораторию медицинской организации.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Правила безопасной транспортировки биологического материала в лабораторию медицинской организации.

Соблюдение условий конфиденциальности при работе с биологическим материалом.

Текущий контроль по теме: Виды нарушений сознания. Кома. Признаки нарушений сознания и способы их определения.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос, решение ситуационных задач.

Вопросы для текущего контроля:

Характеристика состояний, сопровождающихся потерей сознания.

Виды потери сознания. Кома.

Причины возникновения.

Признаки потери сознания и способы их определения (по стандартам сестринской деятельности – стандарт определения наличия сознания).

Возможные осложнения, связанные с потерей сознания, степень их опасности и способы их предупреждения.

Первая помощь при нарушениях сознания.

Перечень мероприятий первой помощи и последовательность их проведения при нарушениях сознания, вызванных различными видами травм и поражений.

Особенности транспортировки при потере сознания.

Решение ситуационных задач

Внимательно прочитайте задачу. Дайте полный ответ.

Задача 1.

У больного Л., при попытке подняться с кровати, после планового оперативного вмешательства, появилась резкая слабость, закружилась голова. Потери сознания не было.

1. Что за состояние развилось у пациента?
2. Тактика младшей медсестры.
3. Почему это могло произойти?

Задача 2.

У больной Е., при взятии общего анализа крови в хирургическом отделении во время обследования возникла потеря сознания на срок до 5 секунд. После применения нашатырного спирта сознание сразу восстановилось.

1. Что за состояние развилось у пациента?
2. Какова Ваша тактика.

Задача 3.

Мальчик К., находится в бессознательном состоянии на полу после удара электрическим током вследствие повреждения электрической проводки. Состояние больного тяжелое, внешнее дыхание сохранено, пульс на сонных артериях не прощупывается.

1. Что за состояние пострадавшего?
2. Ваша тактика.
3. Расскажите методику проведения сердечно-легочной реанимации.

Задача 4.

У больного К., на пляже закружилась голова, повысилась температура тела. Потерял сознание на 5 секунд. Обратился за помощью в медпункт.

1. Что за состояние возникло у больного?
2. Ваша тактика в данной ситуации.

Текущий контроль по теме: Остановка дыхания и кровообращения. Базовая сердечно-лёгочная реанимация.
Форма текущего контроля успеваемости: тестовый контроль.

Тестовый контроль

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. Укажите симптомы клинической смерти:
 - 1) отсутствие пульса на лучевой артерии, отсутствие сознания, редкое дыхание
 - 2) отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульса на сонной артерии
 - 3) сохранение зрачкового рефлекса, ослабление пульса на сонной артерии
 - 4) отсутствие сознания, отсутствие зрачкового рефлекса, сохранение пульса на сонной артерии
 - 5) отсутствие дыхания, отсутствие пульса на лучевой артерии, ослабление зрачкового рефлекса
2. Укажите достоверный признак биологической смерти:
 - 1) отсутствие сознания
 - 2) отсутствие дыхания
 - 3) отсутствие сердцебиения
 - 4) отсутствие реакции зрачка на свет
 - 5) трупное окоченение
3. Укажите этапы проведения сердечно-легочной реанимации:
 - 1) искусственная вентиляция легких, непрямой массаж сердца
 - 2) восстановление проходимости дыхательных путей, непрямой массаж сердца
 - 3) восстановление проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких
 - 4) непрямой массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких,
 - 5) восстановление проходимости дыхательных путей, внутрисердечное введение адреналина
4. Назовите один из основных симптомов клинической смерти:
 - 1) отсутствие дыхания
 - 2) отсутствие артериального давления на периферических сосудах
 - 3) симптом «кошачьего глаза»
 - 4) трупные пятна
 - 5) мертвенно бледная окраска кожи
5. Назовите один из дополнительных симптомов клинической смерти:
 - 1) отсутствие дыхания
 - 2) отсутствие сознания
 - 3) полное расслабление всей гладкой и поперечнополосатой мускулатуры
 - 4) отсутствие кровообращения
 - 5) симптом «кошачьего глаза»
6. В критических ситуациях пульс у новорожденного необходимо определять:
 - 1) на лучевой артерии
 - 2) на плечевой артерии
 - 3) на височной артерии
 - 4) на сонной артерии
 - 5) на бедренной артерии
7. Реанимация проводится:
 - 1) в каждом случае внезапно развившейся клинической смерти
 - 2) только детям
 - 3) взрослому населению работоспособного возраста
 - 4) только молодым и здоровым людям
 - 5) детям от 1 месяца и взрослым до 65 лет
8. Сердечно-лёгочная реанимация не показана в случае:
 - 1) наличия признаков биологической смерти
 - 2) отсутствия зрачкового рефлекса
 - 3) отсутствия дыхания
 - 4) отсутствия сознания
 - 5) отсутствия кровообращения
9. Для проведения сердечно-легочной реанимации пострадавшего необходимо уложить:
 - 1) в устойчивое боковое положение
 - 2) на спину, на уровне колен реаниматора
 - 3) с валиком под голову
 - 4) с опущенным головным концом
 - 5) на кровать
10. Укажите, с какого этапа начинают проводить СЛР:
 - 1) непрямой массаж сердца

- 2) искусственная вентиляция лёгких
- 3) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей
- 4) введение препаратов внутривенно
- 5) электрическая дефибрилляция
11. Искусственную вентиляцию легких проводят с частотой:
 - 1) 12-14 вдохов в 1 минуту
 - 2) 16-18 вдохов в 1 минуту
 - 3) 1-2 вдоха в 1 минуту
 - 4) 9-12 вдохов в 1 минуту
 - 5) 18-20 вдохов в 1 минуту
12. Максимальное время проведения СЛР:
 - 1) 5 минут
 - 2) 30 минут
 - 3) 1 час
 - 4) 2 часа
 - 5) 45 минут
13. Реаниматор при СЛР располагается:
 - 1) с правой стороны
 - 2) с любой стороны
 - 3) с левой стороны
 - 4) сзади
 - 5) лицом к пострадавшему
14. При непрямом массаже сердца взрослому пострадавшему компрессии грудной клетки осуществляются с частотой:
 - 1) 20-30 компрессий в 1 минуту
 - 2) 100-120 компрессий в 1 минуту
 - 3) 130-140 компрессий в 1 минуту
 - 4) 50-60 компрессий в 1 минуту
 - 5) 120-130 компрессий в 1 минуту
15. При проведении реанимации соотношение компрессий и вдохов:
 - 1) 18:1
 - 2) 15:1
 - 3) 30:2
 - 4) 10:2
 - 5) 15:2
16. ИВЛ наиболее эффективна:
 - 1) при сгибании головы пострадавшего
 - 2) при разгибании головы пострадавшего
 - 3) при боковом левом положении пострадавшего
 - 4) при боковом правом положении пострадавшего
 - 5) положение пострадавшего не имеет значения
17. К причинам недостаточной эффективности искусственной вентиляции легких относятся все, кроме?
 - 1) частота искусственной вентиляции легких 10 - 14 в 1 минуту;
 - 2) отсутствие проходимости дыхательных путей;
 - 3) плохая герметизация между ртом реаниматора и носом больного;
 - 4) недостаточный объем воздуха, поступающего в дыхательные пути больного
 - 5) нет правильного ответа
18. Для клинической смерти характерны все симптомы кроме одного:
 - 1) отсутствие сердцебиения.
 - 2) сужение зрачков.
 - 3) цианоз или бледность кожных покровов.
 - 4) судороги (клонические, тонические).
 - 5) отсутствие дыхания
19. Причинами терминальных состояний являются:
 - 1) острые (массивные) кровопотери.
 - 2) тяжелые (массивные) травмы.
 - 3) острые отравления.
 - 4) острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок.
 - 5) все ответы верны.
20. ИВЛ проводится правильно, если у пациента:
 - 1) восстанавливается самостоятельное дыхание
 - 2) грудная клетка остаётся неподвижной
 - 3) грудная клетка при вдувании воздуха поднимается вверх
 - 4) наблюдаются редкие самостоятельные вдохи
 - 5) появляется пульс на периферических артериях

Текущий контроль по теме: Раны. Внутренние и наружные кровотечения.
 Форма текущего контроля успеваемости: тестовый контроль.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Для свежей раны характерно все, кроме:

- боли;
- кровотечения;
- подергивания мышц;
- зияния.

Интенсивность боли в ране определяет все, кроме:

количества нервных элементов в зоне повреждения; нервно-психического состояния пострадавшего,

-быстроты ранения;
величины ранящего снаряда;
остроты ранящего снаряда.

Вторичным называется инфицирование раны, которое возможно при:
нарушении асептики в момент оказания первой помощи;
нарушении асептики в момент выполнения первичной хирургической обработки;
нарушении асептики во время операции;

получении ее,
Верно ли утверждение, что по причине повреждения раны делят на операционные (преднамеренные), случайные и полученные в бою?
да;
нет.

По инфицированности выделяют раны:
гнойные, асептические, отравленные;
асептические, скальпированные, гнойные;
укушенные, свежеинфицированные, асептические;
чистые, свежеинфицированные, зараженные;
гнойные, свежеинфицированные, асептические.
Микробы в рану при первичном инфицировании попадают с:

пинцета при перевязке, при хирургической обработке;
скальпеля;
рук хирурга;
кожи раненого;
шовного материала.

Какая рана заживает быстрее других?

резаная;
рубленая;
укушенная;
ушибленная;
размозженная.

Через какое время микробы в ране ОБЫЧНО начинают проявлять свою активность?

1-4 ч;
6-8 ч;
10-12 ч;
14-18 ч;
24 ч.

Для местных признаков воспаления характерно все, кроме:

отека;
цианоза;
повышения температуры;
нарушения функции;
болей.

В какой ране более вероятно развитие инфекции?

резаной;
укушенной;
рубленой;
расположенной на лице;
скальпированной.

Под первичной хирургической обработкой раны следует понимать:

иссечение краев и дна раны;
вскрытие карманов и затеков;
удаление гнойного отделяемого;
иссечение краев, стенок и дна раны;
промывание раны антисептиком; гемостаз.

Имеют место разные виды заживления ран, кроме:

первичного;
под струпом;
повторного;
вторичного;
отсроченного.

Когда нельзя производить первичную хирургическую обработку раны?

при кровотечении;
при шоке;
в первые часы после ранения;
при ее загрязнении;
при СПИДе.

Верно ли, что по характеру повреждения различают раны колотые, резаные, укушенные, рваные, ушибленные, отравленные, скальпированные, огнестрельные, размозженные?

да;
нет

Голова пациента с носовым кровотечением при оказании неотложной помощи должна быть:

- 1) повернута влево
- 2) опущена вниз, подбородок прижат к груди
- 3) повернута вправо
- 4) запрокинута назад
- 5) не имеет значения

16. У пострадавшего на предплечье резаная рана 2х3 см, из раны медленно вытекает кровь темно-вишневого цвета. Необходимо использовать следующий способ временной остановки кровотечения:

- 1) кровоостанавливающий жажим

- 2) пальцевое прижатие
- 3) жгут
- 4) давящая повязка
- 5) максимальное сгибание конечности

17. Кровоостанавливающий жгут зимой накладывается на:

- 1) 20 минут
- 2) 1 час
- 3) 2 часа
- 4) 30 минут
- 5) 1,5 часа

18. Кровоостанавливающий жгут летом накладывают на:

- 1) 1 час
- 2) 2 часа
- 3) 30 минут
- 4) 15 минут
- 5) 1,5 часа

19. При венозном кровотечении:

- 1) кровь тёмно-вишнёвого цвета, вытекает медленной струёй
- 2) кровь алая, вытекает пульсирующей, фонтанирующей струей
- 3) кровь алая, вытекает в такт дыхания
- 4) кровь тёмно-вишнёвого цвета, вытекает пульсирующей струёй
- 5) кровь тёмно-вишнёвого цвета, вытекает фонтанирующей струёй

20. Самым эффективным способом временной остановки кровотечения при повреждении общей сонной артерии считается:

- 1) наложение кровоостанавливающего жгута на шею
- 2) наложение воротника Шанца
- 3) введение кровоостанавливающих препаратов
- 4) применение кровоостанавливающего зажима
- 5) пальцевое прижатие артерии

Текущий контроль по теме: Первая помощь при нарушениях дыхания. Инородные тела верхних дыхательных путей.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Виды нарушения дыхания (нарушение проходимости дыхательных путей, неадекватное дыхание, остановка дыхания) и причины их вызывающие.

2. Признаки нарушения дыхания (положение тела, окраска кожных покровов, частота, глубина, ритмичность дыхательных движений и др.).
3. Показатели нарушения дыхания, при которых необходимо проведение искусственной вентиляции легких.
4. Первая помощь при нарушениях дыхания.
5. Способы восстановления проходимости верхних дыхательных путей.
6. Приемы удаления инородных тел из верхних дыхательных путей (Хаймлиха и др.), в том числе в случаях сопровождающихся потерей сознания.
7. Искусственная вентиляция легких при нарушениях дыхания.
8. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:
 - 1) придание устойчивого бокового положения;
 - 2) запрокидывание головы с подъёмом подбородка.

Текущий контроль по теме: Травмы различных областей тела. Транспортная иммобилизация.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

1. Травма живота. Первая помощь при травме живота. Транспортная иммобилизация при травме живота и положение при транспортировке.
2. Виды травм груди. Первая помощь при травме груди. Транспортная иммобилизация и положение пострадавшего при травмах груди.
3. Травма головы. Первая помощь при травме головы. Транспортировка пострадавшего с травмой головы и положение пострадавшего при транспортировке.
4. Первая помощь при носовом кровотечении.
5. Травма позвоночника. Первая помощь при травме позвоночника. Транспортная иммобилизация и требования к транспортировке пострадавшего с подозрением на травму позвоночника (способы иммобилизации шейного отдела позвоночника с использованием табельных и подручных средств; правила перекладывания пострадавшего на жёсткие носилки).
6. Травма таза. Первая помощь при повреждении костей таза. Иммобилизация и транспортировка пострадавшего с повреждением костей таза.
11. Синдром длительного сдавления (СДС) конечности. Первая помощь.

Текущий контроль по теме: Потребность пациента в нормальном дыхании.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Расскажите об особенностях потребности в нормальном дыхании в разных возрастных группах.

Назовите проблемы пациента связанные с нарушением функции нормального дыхания.

Перечислите виды патологического дыхания, охарактеризуйте.

Назовите возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании.

Текущий контроль по теме: Потребность пациента в адекватном питании и питье. Потребность пациента в физиологических отправлениях.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Расскажите об особенностях потребности в адекватном питании и питье в разных возрастных группах.

Назовите возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в адекватном питании и питье.

Назовите возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в адекватном питании и питье.

Текущий контроль по теме: Потребность пациента в движении. Потребности пациента в общении; труде и отдыхе.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Расскажите об организации помощи пациенту с проблемой при осуществлении физиологических отправлениях.

Перечислите мероприятия, проводимые при невозможности удержать дефекацию при возникновении позыва на дефекацию.

Дайте определение понятию «Метеоризм».

Перечислите мероприятия, проводимые при проблеме пациента «Недержание мочи».

Назовите, какие могут быть отеки. Расскажите, как определить наличие отеков.

Текущий контроль по теме: Потребности пациента в сне, одежде (надевании раздевании, выборе); осуществлении личной гигиены.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребности в движении.

Назовите проблемы пациента связанные с потребностью в движении.

Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребностей во сне.

Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребности в поддержании нормальной температуры тела.

Охарактеризуйте потребность пациента в труде и отдыхе.

Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребности в труде и отдыхе.

Текущий контроль по теме: Потребности пациента в поддержании нормальной температуры тела, безопасной окружающей среды.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребности в поддержании нормальной температуры тела.

Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребности самостоятельно осуществлять мероприятия по личной гигиене.

КРИТЕРИИ ОЦЕНОК

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи по специальности:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

(в составе задач экзаменационных билетов)

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Критерии оценки устных ответов студентов

Оценка «5» ставится, если студент: 1) полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно.

Оценка «4» ставится, если студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет.

Оценка «3» ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.

Оценка «2» ставится, если студент обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. Оценка «2» отмечает такие недостатки в подготовке студента, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.

Критерии оценки тестовых заданий студентов

Критерии оценки:

1 ошибки – 5 (отлично)

2-3 ошибки – 4 (хорошо)

4-5 ошибок – 3 (удовлетворительно)

6 и более ошибок – 2 (не удовлетворительно/не зачтено)

Промежуточная аттестация

Форма промежуточной аттестации: Экзамен

Форма проведения: устно по билетам. В билете 1 теоретический вопрос и 1 практический вопрос.

На подготовку заданий отводится 20 минут, с описанием что необходимо подготовить для выполнения задания № 1 или № 2.

Вопросы

1. Приём и регистрация пациентов в приёмном отделении.

Виды уборок, правила их проведения.

Транспортировка пациента из приёмного отделения в лечебное отделение.
 Основные меры соблюдения асептики и антисептики.
 Дезинфекция изделий медицинского назначения.
 Меры предосторожности при работе с хлорсодержащими веществами.
 Основные меры профилактики внутрибольничной инфекции.
 Правила техники безопасности при работе с дезинфицирующими средствами.
 Классификация медицинских отходов.
 Дезинфекция белья в ЛПУ.
 Дезинфекция посуды в ЛПУ.
 Правила стерилизационной очистки инструментария.
 Предстерилизационная очистка инструментария.
 Использование функциональной кровати в ЛПУ.
 Выполнение химической дезинфекции.
 Контроль качества стерилизации инструментария.
 Способы защиты от воздействия токсических веществ.
 Профилактика пролежней.
 Помощь сестринского персонала, направленная на снижение риска травм в ЛПУ.
 Правила сбора и удаления отходов в ЛПУ.
 Правила обработки одежды пациента с педикулёзом.
 Классификация основных дезсредств.
 Основные функции медсестры приёмного покоя.
 Правила техники безопасности при работе с ртутьсодержащим оборудованием.
 Состав аптечки для профилактики ВИЧ инфекции.
 Оценка качества стерильности инструментария.
 . Виды стерилизации.
 Правила пользования укладкой для профилактики ВИЧ инфекции.
 Устройство и функции ЦСО.

Задания

Санитарная обработка пациента
 Уход за кожей пациента.
 Алгоритм обработки кожи при пролежнях.
 Смена постельного белья у больного.
 Смена нательного белья у больного.
 Правильное положение пациента в постели.
 Пересаживание пациента с кровати на стул.
 Алгоритм одевания подгузника.
 Уход за волосами пациента.
 Уход за ротовой полостью, слизистыми тяжелобольного пациента.
 Уход за носом, ушами, глазами тяжелобольного в ЛПУ.
 Хирургическая обработка рук. Гигиеническая обработка рук.
 Уход за телом умершего пациента.
 Подсчёт частоты дыхания у пациента.
 Исследование пульса у пациента.
 Санитарная обработка больного при педикулёзе.
 Правила проведения термометрии у пациента.
 Техника одевания стерильных перчаток и снятия использованных перчаток
 Перекладывание тяжелобольного пациента с каталки на кровать.
 Оказание доврачебной неотложной помощи при переломе конечностей.
 Проведение сердечно-легочной реанимации.
 Алгоритм наложения артериального жгута.
 Алгоритм определения сознания и дыхания у пострадавшего.
 Алгоритм наложения воротника Шанца, при ЧМТ.
 Оказания помощи при бессознательном состоянии, боковое устойчивое положение.
 Оказание помощи при травмах грудной клетки.
 Оказание помощи при закрытых травмах живота.
 Уход за ротовой полостью, слизистыми тяжелобольного пациента.
 Антропометрия пациента. Правила измерения артериального давления.

Формируемые знания и умения

Знать: перемещение и транспортировка материальных объектов и медицинских отходов; санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря; уход за телом умершего человека; оказание медицинских услуг по уходу.
 Знать: правила транспортировки материальных объектов и медицинских отходов с учетом требований инфекционной безопасности, санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим; инструкции по санитарно –гигиеническому режиму отделения;последовательность посмертного ухода; алгоритмы ухода за алгоритм оказания первой помощи.

Знать: инструкции по применению моющих и дезинфицирующих средств, используемых в медицинской организации

Вопросы и задания для проверки

Вопросы № 3,8
 Задания № 12,13

Вопросы № 3,8
 Задание № 12,13

Вопросы № 1,17,
 Задание № 1-29

Вопросы № 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,1,3,14-28
 Задание № 1-29

Знать: правила общения с пациентами (их родственниками/законными представителями)	Вопросы № 1,16, 1718, 24 Задание № 1-29
Знать: правила общения с пациентами (их родственниками/законными представителями).	Вопросы № 1-28 Задание № 1-29
Знать: требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях	Вопросы № 18,23,24,27 Задание № 1-29
Знать: алгоритмы оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях.	Вопросы № 1-28 Задание № 1-29
Знать: инструкции по применению моющих и дезинфицирующих средств, используемых в медицинской организации.	Вопросы № 1,3,4,14,18,19
Знать: условия конфиденциальности при работе с биологическим материалом и медицинской документацией.	Вопросы № 1-29 Задание № 1-29
Знать: методы безопасного обезвреживания инфицированных, потенциально инфицированных и чрезвычайно эпидемиологически опасных отходов.	Вопросы № 1-29 Задания № 1-29
Знать: трудовое законодательство Российской Федерации, регулирующее трудовой процесс младшей медицинской сестры; нормы этики в профессиональной деятельности; правила внутреннего трудового распорядка, лечебно-охранительного, санитарно-гигиенического и противозидемического режима; требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях.	Вопросы № 10,20,
Знать: условия безопасной транспортировки и перемещения пациента с использованием принципов эргономики.	Вопросы № 1,16, 17,18, 24 Задание № 1-29
Знать: правила согласования действий с медицинским персоналом медицинской организации при перемещении, транспортировке материальных объектов и медицинских отходов.	Вопросы № 1-29 Задания № 1-29
Выполнения перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов.	Вопрос № 20
Осуществления санитарного содержания помещений, оборудования, инвентаря.	Вопросы № 2,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,17,22,24,25,26,27,28,29, Задание № 1-29
Проведения ухода за телом умершего человека.	Вопросы № 13
Уметь Обеспечивать сохранность перемещаемых объектов в медицинской организации	Вопросы № 3,8 Задания № 12,13
Уметь Производить транспортировку материальных объектов и медицинских отходов с учетом требований инфекционной безопасности, санитарно-гигиенического и противозидемического режима; соблюдение санитарно –гигиенического режима отделения;	Вопросы № 3,8 Задание № 12,13
производить посмертный уход; осуществлять профессиональный уход за пациентом.	
Уметь применять на практике алгоритм оказания первой помощи.	Вопросы № 1,17, Задание № 1-29
Уметь: использовать моющие и дезинфицирующие средства при дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов.	Вопросы № 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,1,3,14-28 Задание № 1-29
Уметь: согласовывать действия с медицинским персоналом медицинской организации при перемещении, транспортировке материальных объектов и медицинских отходов.	Вопросы № 1,16, 1718, 24 Задание № 1-29
Уметь: осуществлять требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях.	Вопросы № 1-28 Задание № 1-29
Уметь: оказывать первую помощь при угрожающих жизни состояниях.	Вопросы № 18,23,24,27 Задание № 1-29
Уметь: использовать моющие и дезинфицирующие средства при дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов.	Вопросы № 1-28 Задание № 1-29
Уметь: соблюдать условия конфиденциальности при работе с биологическим материалом и медицинской документацией.	Вопросы № 1-29 Задания № 1-29
Уметь: проводить обезвреживание инфицированных,	Вопросы № 10,20,

потенциально инфицированных и чрезвычайно эпидемиологически опасных отходов. Уметь: размещать и перемещать пациента в постели с использованием принципов эргономики. Правильно применять средства индивидуальной защиты.	Вопросы № 2,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,17,22,24,25,26,27,28,29, Задание № 1-29
Уметь: использовать правила безопасной транспортировки и перемещения пациента с использованием принципов эргономики. Уметь: согласовывать действия с медицинским персоналом медицинской организации при перемещении, транспортировке материальных объектов и медицинских отходов.	Задания № 1-7 Вопросы № 1-29 Задания № 1-29
Выполнения перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов. Осуществления санитарного содержания помещений, оборудования, инвентаря. Проведения ухода за телом умершего человека.	Вопросы № 10,20, Вопросы № 2,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,17,22,24,25,26,27,28,29, Вопросы № 13

КРИТЕРИИ ОЦЕНОК

Критерии оценки устных ответов студентов и выполнения практических манипуляций (в составе задач экзаменационных билетов)

Оценка «5» ставится, если студент: 1) полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно.

Рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются; Оценка «4» ставится, если студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет

Рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

Оценка «3» ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.

Рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

Оценка «2» ставится, если студент обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал.

Затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

32.2. МДК 07.02. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Текущий контроль успеваемости

Текущий контроль по теме: Деятельность младшей медицинской сестры приемного отделения.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Текущий контроль по теме: Санитарная обработка пациента.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

1. Дезинфекционные мероприятия при педикулезе.
2. Педикулоцидные препараты.
3. Полная санитарной обработки пациентов.
4. Частичная санитарной обработки пациентов.

Текущий контроль по теме: Осуществление безопасной транспортировки пациента. Сопровождение пациента.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Цель транспортировки
Показания для транспортировки
Возможные проблемы пациента
Последовательность действий

Текущий контроль по теме: Использование специальных средств для размещения и перемещения пациента в постели с применением принципов эргономики.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

1. Эргономика – определение.
2. Что такое Безопасная больничная среда.
3. Дать определение Биомеханики.
4. Перечислите правила младшей мед. сестры для снижения риска возможных травм.
5. Правильная биомеханика тела в положении стоя
6. Правильная биомеханика тела при подъёме тяжестей.
7. Назовите причины, приводящие к травме позвоночника и спины.
8. Профилактика остеохондроза при поднятии тяжести и перемещении пациента
9. Вспомогательные устройства для размещения и перемещения пациента
10. Основные правила перемещения

Текущий контроль по теме: Получение комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви.
Форма текущего контроля успеваемости: письменный, тестовый контроль.

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Какой материал подходит для изготовления больничной одежды?
 - а) хлопчатобумажный
 - б) синтетический
 - в) шерстяной
 - г) меховой
 - д) любой
2. Что входит в обычный комплект одежды, выдаваемой больному при поступлении в стационар?
 - а) нательное белье
 - б) халат
 - в) пижама
 - г) шапочка
 - д) бахилы
3. Какая обувь должна быть у пациента хирургического отделения?
 - а) тапочки из моющегося материала
 - б) тапочки из любого материала
 - в) меховые тапочки
 - г) ботинки (туфли) из непромокаемого материала
 - д) обычная уличная обувь
4. Где больной переодевается при поступлении в стационар?
 - а) в палате
 - б) заранее дома
 - в) в приемном отделении
 - г) в санитарной комнате отделения
 - д) в процедурной комнате отделения
5. Где должна храниться верхняя одежда больного?
 - а) в палате на вешалках
 - б) в палате в специальных шкафах
 - в) на складе для одежды стационарных больных
 - г) в приспособленном помещении приемного отделения
 - д) в специально выделенном помещении хирургического отделения
6. У хирургических больных целесообразно ограничиться минимумом нательного белья, потому что оно:
 - а) неминуемо загрязняется и является потенциальным источником инфекционной опасности
 - б) требует достаточно частой замены, что неизбежно причиняет много беспокойства больному процедурой переодевания
 - в) часто собирается в складки, которые создают дополнительные неудобства и могут служить причиной развития пролежней
 - г) затрудняет движения больного в постели, что препятствует активному ведению послеоперационного периода
 - д) в той или иной степени затрудняет проведение гигиенических мероприятий, а также лечебных и диагностических манипуляций
7. Наиболее приемлемый вид нательного белья у тяжелого хирургического больного:
 - а) комплект из трусов и нательной рубашки
 - б) комплект из кальсон и нательной рубашки
 - в) только трусы
 - г) только кальсоны
 - д) только нательная («ночная») рубашка
8. Как решается вопрос в отношении использования нательного белья у крайне тяжелых хирургических больных?
 - а) нательное белье не используется
 - б) используются только трусы
 - в) используется нательная («ночная») рубашка
 - г) используются нательная («ночная») рубашка и трусы
 - д) используется нательная рубашка типа детской распашонки
9. Из какой ткани шьются нательные рубашки для тяжелых хирургических больных?
 - а) из шерстяной

- б) из хлопчатобумажной
 - в) из синтетической
 - г) из шелковой
 - д) все перечисленное верно
10. Основные требования к нательной рубашке для тяжелых хирургических больных (укажите все требования):

- а) рубашка должна иметь большие прорезы для головы и рук
- б) рубашка должна точно соответствовать размеру одежды, которую носит больной (не быть слишком свободной)
- в) рубашка должна иметь минимальное количество швов
- г) рубашка не должна иметь застежек, завязок, пуговиц
- д) рубашка не должна быть слишком длинной (по длине должна доходить до уровня крестца)

II вариант

11. Сбор, сортировку и транспортировку грязного белья осуществляют:

- а) санитарки
- б) постовые медицинские сестры
- в) процедурные медицинские сестры
- г) сестра-хозяйка
- д) родственники больных

12. Сбор грязного белья допустимо осуществлять:

- а) в использованные простыни
- б) в использованные наволочки
- в) в клеенчатые мешки
- г) в плотные хлопчатобумажные мешки
- д) в емкости с крышкой

13. Как часто необходимо производить смену нательного белья (при отсутствии значительного его загрязнения) у больных хирургического отделения?

- а) не чаще одного раза в месяц
- б) не реже одного раза в 7 дней
- в) раз в 2 дня
- г) ежедневно
- д) по желанию больного

14. Кто в хирургическом отделении является ответственным за хранение и выдачу белья для больных?

- а) сестра-хозяйка
- б) старшая медицинская сестра
- в) лечащий врач палаты
- г) заведующий отделением
- д) постовая медицинская сестра

15. К постельным принадлежностям относятся

- а) простыни
- б) матрасы
- в) одеяла
- г) подушки
- д) полотенца

16. Дезинфекция постельных принадлежностей проводится:

- а) в прачечной стиркой в моющем средстве с последующим кипячением
- б) погружением в дезинфицирующий раствор с последующей стиркой
- в) в пароформалиновых камерах пароформалиновым методом
- г) в пароформалиновых камерах паровоздушным методом
- д) помещением в муфельную печь

17. К постельному белью относятся:

- а) наволочки
- б) простыни
- в) одеяла
- г) пеленки
- д) полотенца

18. Сильно загрязненное (испражнениями, гноем, отделяемым ран, осложненных анаэробной инфекцией) белье хирургических больных подлежит:

- а) химической дезинфекции с последующей стиркой в прачечной
- б) стирке моющими средствами с кипячением
- в) дезинфекции пароформалиновым методом
- г) дезинфекции паровоздушным методом
- д) утилизации

19. Как часто надо перестилать постель хирургического больного (при отсутствии загрязнения)?

- а) не реже одного раза в неделю
- б) не реже двух раз в неделю
- в) не реже трех раз в неделю
- г) не реже одного раза в день
- д) не реже трех раз в день

20. Как часто надо менять постельное белье у постоянно находящихся в постели тяжелых хирургических больных?

- а) не реже одного раза в 10 дней
- б) не реже одного раза в неделю
- в) не реже двух раз в неделю
- г) ежедневно
- д) при необходимости (загрязнении) – несколько раз в сутки

Текущий контроль по теме: Гигиенический уход за тяжелобольными пациентами.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Этапы ухода за тяжелобольным пациентом

Режим больного может быть:

Смена постельного белья у тяжелобольного:

Смена нательного белья у тяжелобольного

Уход за полостью рта

Уход при выделениях из глаз.

Уход при образовании корочек из полости носа у детей и взрослых

Профилактика пролежней

Текущий контроль по теме: Профилактика пролежней.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

1. Пролежни, места образования, стадии развития.

2. Факторы, способствующие развитию пролежней.

3. Шкалы оценки риска развития пролежней (Ватерлоу).

4. Профилактика пролежней. (2015 году вышел Приказ № 2089-СТ 30.11.2015 «Об утверждении Национального стандарта «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней», вступит в действие 1.11.2017.").

Текущий контроль по теме: Паллиативная помощь.

Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Вопросы для текущего контроля:

Определение паллиативной помощи.

Современная трактовка понятия.

Эволюция сознания умирающего пациента.

Первый этап – отрицание и изоляция;

второй этап – гнев, бунт;

третий этап – торговля;

четвёртый этап – депрессия

пятый этап – смирение.

Сообщение диагноза.

Врачебная тайна.

Право пациентов на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья.

Критерии оценки устного ответа

Развернутый ответ студента должен представлять собой связное, логически последовательное сообщение на заданную тему, показывать его умение применять определения, правила в конкретных случаях.

Критерии оценивания:

1) полноту и правильность ответа;

2) степень осознанности, понимания изученного;

3) языковое оформление ответа.

Оценка «отлично» ставится, если студент полно излагает материал (отвечает на вопрос), дает правильное определение основных понятий; обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные; излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка.

Оценка «хорошо» ставится, если студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении излагаемого.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если студент обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. Оценка «2» отмечает такие недостатки в подготовке, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.

Критерии оценки тестового задания

Критерии выставления оценок за тест, состоящий из десяти вопросов.

Время выполнения работы: 10-15 мин.

Оценка «отлично» – 10 правильных ответов;

Оценка «хорошо» – 9-7 правильных ответов;

Оценка «удовлетворительно» – 6-5 правильных ответов;

Оценка «неудовлетворительно» – менее 5 правильных ответов.

Вопросы для промежуточной аттестации

Дифференцированный зачет

Форма проведения: письменно, контрольная работа по вариантам, содержит 1 вопрос и 1 задание.

Вопросы

Фундаментальные потребности человека в состоянии здоровья и болезни. Определение нарушенных потребностей пациента, формулирование проблем пациента.

Этапы сестринского процесса. Заполнение карты сестринских вмешательств при любой нарушенной потребности пациента с обоснованием (мотивацией) каждого пункта плана сестринских вмешательств.

Техника общения, обучения пациента и родственников тяжелобольного пациента различным манипуляциям по уходу. Составления плана обучения.

СанПиНы и приказы, регламентирующие санитарно-противоэпидемический режим различных отделений стационара. Мероприятия по профилактике ВБИ и инфекций, связанных с выполнением медицинских манипуляций.

Пути госпитализации пациентов в стационар. Документация приемного отделения стационара.

Показания и техника обработки волосистой части головы пациента при обнаружении педикулеза. Современные педикулоциды. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения. Приказ МЗ РФ от 1998 г. № 342.

Показания и техника проведения полной и частичной санитарной обработки пациента. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Техника транспортировки пациента в лечебные отделения стационара различными способами.

Оценка состояния кожных покровов и слизистых оболочек пациента.

Уход за пациентом при лихорадке в зависимости от периода лихорадки. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Понятие стандартов профессиональной деятельности медсестры. Цели и необходимость соблюдения стандартов. Приказ МЗ РТ № 593 от 2010 г. Техника осуществления ухода за кожей тяжелобольного пациента с целью профилактики пролежней. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Определение риска образования пролежней у пациентов по шкале Нортон, Ватерлоу. Интерпретация полученных данных.

Степени тяжести пролежней (стадии). Уход за кожей пациента в каждой стадии. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Техника определения терминального состояния тяжелобольного пациента. Уход за телом умершего пациента. Помощь в различные стадии. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Виды уборок, правила их проведения.

Основные меры соблюдения асептики и антисептики.

Внутрибольничная инфекция, виды.

Правила техники безопасности при работе с дезинфицирующими средствами.

Дезинфекция изделий медицинского назначения.

Гигиеническая обработка рук.

Классификация медицинских отходов.

Дезинфекция белья в ЛПУ.

Использование функциональной кровати в ЛПУ.

Перекалывание тяжелобольного пациента с каталки на кровать.

Задания

Показания и техника измерения артериального давления. Интерпретация полученных данных. Графическая запись полученных данных в температурном листе. Приказ МЗ РФ №4 от 2003 г. (приложение №2)

Показания и техника исследования свойств пульса на периферических артериях. Интерпретация полученных данных. Графическая запись полученных данных в температурном листе.

Показания и техника исследования свойств дыхания. Интерпретация полученных данных.

Показания и техника определения наружных и внутренних отеков у пациента различными способами.

Показания и техника проведения термометрии. Интерпретация и графическая запись полученных данных в температурном листе. Особенности термометрии электронным и бесконтактным термометрами. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Показания и техника смены постельного и нательного белья тяжелобольного пациента.

Показания и техника осуществления ухода за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного.

Показания, оснащение и техника проведения очищения полости рта тяжелобольного. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Показания, оснащение и техника проведения ухода за слизистой глаз, носа, слухового прохода тяжелобольного. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Показания, оснащение и техника проведения подмывания мужчин. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Показания, оснащение и техника проведения подмывания женщин. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Показания, подготовка пациента и техника подачи судна и мочеиспускника тяжелобольному пациенту. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Техника смены одноразового подгузника тяжелобольному пациенту. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Показания, противопоказания, оснащение, техника постановки пузыря со льдом. Возможные осложнения. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Показания, противопоказания, оснащение, техника подачи грелки. Возможные осложнения. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Показания, оснащение, техника оказания помощи пациенту при рвоте (в сознании, без сознания). Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Показания, противопоказания и техника проведения кормления пациента через назогастральный зонд. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Показания и техника проведения санации ротовой полости пациенту, находящемуся в терминальном состоянии.

Показания, техника проведения тройного приема Сафара, приема Хеймлиха.

Показания и техника проведения ИВЛ (искусственной вентиляции легких). Возможные осложнения. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

Показания и техника проведения НМС (непрямого массажа сердца). Возможные осложнения.

Определения критериев эффективности проводимой сердечно-легочной реанимации.

Проведение оценки интенсивности боли у пациентов с различной патологией.

Уход за пациентом (родственниками умершего пациента) в различные стадии горевания.

Техника осуществления посмертного ухода. Дезинфекция и дальнейшая обработка (при необходимости) использованного оснащения.

КРИТЕРИИ ОЦЕНОК

Критерии оценивания контрольных работ:

Оценка «отлично» выставляется, если студент выполнил работу без ошибок и недочетов, допустил не более одного недочета.

Оценка «хорошо», если студент выполнил работу полностью, но допустил в ней не более одной негрубой ошибки и одного недочета, или не более двух недочетов.

Оценка «удовлетворительно», если студент правильно выполнил не менее

половины работы или допустил не более двух грубых ошибок, или не более одной грубой и одной негрубой ошибки и одного недочета, или не более двух-трех негрубых ошибок, или одной негрубой ошибки и трех недочетов, или при отсутствии ошибок, но при наличии четырех-пяти недочетов, плохо знает текст произведения, допускает искажение фактов.

Оценка «неудовлетворительно», если студент допустил число ошибок и недочетов превосходящее норму, при которой может быть выставлена оценка «3», или если правильно выполнил менее половины работы.

Формируемые знания и умения

Знать историю развития сестринского дела;

Вопросы и задания для проверки

Вопросы № 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,14,16,17;

Задания № 12,15,18,18,20,23,24,25,

Знать - историю сестринского дела и культурных традиций России; - историю и культурные традиции своего региона;	Вопросы № 4,6,7,9,11,14,22, Задание № 8,19,20,24,25,
Знать общепринятые нормы поведения; - природоохранные мероприятия;	Вопросы № 6, Задание № 25
Знать требования охраны труда; - основы производственной санитарии; - требования инфекционной и противопожарной безопасности;	Вопросы № 1,2,3,5,10 Задание № 15,18
Знать способы физического, духовного, интеллектуального саморазвития, личной рефлексии;	Вопросы № 9
Знать методы и способы организации деятельности; -методы и способы выполнения профессиональных задач;	Вопросы № 11, 13
Знать средства поиска решений в стандартных ситуациях; - средства поиска решений в нестандартных ситуациях;	Вопросы № 6, Задание № 20
Знать различные информационные источники и правила поиска информации; -основные Требования информационной безопасности;	Вопросы № 23
Знать способы эффективного общения с коллегами и руководством, - профессиональную этику	Вопросы № 11,13
Знать особенности командной работы;	Вопросы № 11, 13
Знать цели самообразования и профессионального роста;	Вопросы № 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,14,16,17; Задания № 12,15,18,18,20,23,24,25,;
Знать правила перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов.	Вопросы № 1,2,3,16
Знать правила осуществления санитарного содержания помещений, оборудования, инвентаря.	Вопросы № 4,5,10,11,13,14,16,17 Задание № 12,15
Знать алгоритм проведения уход за телом умершего человека.	Вопросы № 15
Знать алгоритмы выполнения профессионального ухода за пациентом.	Вопросы № 7,9,14,22 Задание № 8,18,19,20,24,
Уметь - применять полученные знания в будущей профессиональной деятельности	Вопросы № 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,14,16,17; Задания № 12,15,18,18,20,23,24,25,
Уметь адаптироваться в поликультурном обществе; - понимать ценностный смысл общечеловеческой культуры.	Вопросы № 4,6,7,9,11,14,22, Задание № 8,19,20,24,25,
Уметь использовать полученные знания; - нести ответственность за свои поступки и результаты своей деятельности	Вопросы № 6, Задание № 23
Уметь организовывать рабочее место с учетом полученных знаний	Вопросы № 1,2,3,5,10 Задание № 15,18
Уметь - соблюдать принципы здорового образа жизни; - выполнять профилактические проекты; - участвовать в акциях по формированию ЗОЖ населения	Вопросы № 9
Уметь организовать собственную деятельность и деятельность малой группы при решении профессиональных задач; - давать адекватную самооценку результатам деятельности.	Вопросы № 11, 13
Уметь находить необходимую информацию и правильно ее интерпретировать.	Вопросы № 1-25
Уметь презентовать себя и свой коллектив; - продуктивно взаимодействовать в команде, избегая конфликтных ситуаций	Вопросы № 11,13
Уметь проявлять инициативность, профессиональную индивидуальную и коллективную;	Вопросы № 1-25
Уметь определять жизненные и профессиональные идеалы и приоритеты	Вопросы № 2,6,9,21,23,24,
Уметь реализовать свои трудовые права и обязанности	Вопросы № 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,14,16,17; Задания № 12,15,18,18,20,23,24,25, Вопросы № 1,2,3,16
Уметь размещать материальные объекты и медицинские отходы на средствах транспортировки.	Вопросы № 4,5,10,11,13,14,16,17
Уметь осуществлять санитарную обработку помещений, оборудования, инвентаря.	Задание № 12,15
Уметь осуществлять алгоритм проведения уход за телом умершего человека.	Задачи № 15
Уметь осуществлять алгоритмы выполнения профессионального ухода за пациентом.	Вопросы № 7,9,14,22 Задание № 1-25

32.3. УП.07.01 УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

Текущий контроль

Тема 1: Осуществление санитарной обработки пациента (полной или частичной). Осуществление транспортировки пациента.
Форма текущего контроля: устная, выполнение практической манипуляции.

Задание 1: Подготовьте все необходимое для осуществления санитарной обработки пациента, продемонстрируйте алгоритм выполнения санитарной обработки пациента.

Задание 2: Продемонстрируйте правила транспортировки пациента различными способами.

Тема 2: Осуществление санитарно-противоэпидемического режима помещений ЛПУ. Уход за телом умершего человека
Форма текущего контроля: письменно, устно - выборочное решение ситуационной задачи

Задача 1.

Вы работаете в реанимационном отделении. Медицинская сестра сообщила Вам, что один из пациентов умер.

Задание: Составьте алгоритм ухода за телом умершего.

Задача 2.

После смерти пациента прошло 1 час. Ваша коллега, младшая медицинская сестра, начала приготовления к транспортировке тела пациента в патологоанатомическое отделение.

Задание: Определите правильность действий Вашей коллеги.

Задача 3.

Вы должны провести генеральную уборку режимного (процедурного кабинета).

Задание: Расскажите и продемонстрируйте алгоритм проведения генеральной уборки режимного кабинета.

Задача 4.

Вас назначили наставником над вновь принятой на работу младшей медицинской сестрой. Вы заметили, что она проводит уборку палат не регулярно.

Когда Вы, попросили её объяснить, почему она не соблюдает санитарно - эпидемиологический режим отделения, она пояснила, что в палатах и так чисто, зачем мыть их 2 раза в день.

Задание: Расскажите график уборки помещений, в том числе с применением дезинфицирующих и моющих средств.

Задача 5.

Младшая медицинская сестра проводила проверку тумбочек 3 раза в неделю.

Задание: Найдите ошибку в действиях мл.медсестры. Расскажите правила санитарного тумбочек.

Задача 6.

В отделение прибыл вновь поступивший пациент. В стационаре он находится впервые, медицинская сестра отделения попросила Вас рассказать правила хранения продуктов питания в холодильнике. Задание: Расскажите правила санитарного контроля за холодильником.

Задние № 1.

Какие способы обеззараживания воздуха вы знаете. Расскажите график проветривания палат, помещений, кабинетов.

Задание № 2.

Расскажите и продемонстрируйте правила хранения уборочного инвентаря, дезинфицирующих и моющих средств.

Тема 3: Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей). Транспортировка и сопровождение пациента. Размещение и перемещение пациента в постели.

Форма текущего контроля: устно, письменно

Задание 1: Опишите алгоритм транспортировки и сопровождения пациента в ЛПУ.

Задание 2.

Продемонстрируйте алгоритм безопасной транспортировки и перемещения пациента с использованием принципов эргономики.

Задание 3.

Расскажите о показателях функционального состояния, признаки ухудшения состояния пациента. Продемонстрируйте технику измерения частоты дыхательных движений.

Задание 4.

Продемонстрируйте правила здоровьесберегающих технологий при перемещении пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.

Задача № 1.

Врач назначил пациенту ингаляцию горла лекарственным препаратом. Вам было поручено сопроводить пациента. В какое отделение необходимо сопроводить пациента?

Тема 4: Санитарная обработка, гигиенический уход за тяжелобольными пациентами (умывание, обтирание кожных покровов, полоскание полости рта). Оказание пособия пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях.

Форма текущего контроля: письменно, устно

Задание 1.

Продемонстрируйте порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода.

Задание 2.

Расскажите и продемонстрируйте методы пособия при физиологических отправлениях пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода.

Задание 3.

Расскажите санитарно-эпидемиологические требования соблюдения правил личной гигиены пациента. Продемонстрируйте алгоритм умывания пациента.

Задание 4.

Продемонстрируйте алгоритм смены нательного и постельного белья пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода.

Тема 5: Кормление пациента с недостаточностью самостоятельного ухода. Наблюдение за функциональным состоянием пациента. Получение комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви. Смена нательного и постельного белья.

Форма текущего контроля: устная

Задание № 1.

Продemonстрируйте алгоритм кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.

Задание № 2.

Продemonстрируйте технику размещения пациента в положение Фаулера и на спине.

Задание № 3.

Продemonстрируйте технику размещения пациента в положение Симса.

Задание № 4.

Продemonстрируйте технику перемещения пациента к изголовью кровати.

Задание № 5.

Опишите алгоритм получения комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви.

Задание № 6.

Продemonстрируйте алгоритм смены постельного белья продольным способом.

Задание № 7.

Продemonстрируйте алгоритм смены постельного белья поперечным способом.

Задание № 8.

Продemonстрируйте алгоритм смены нательного белья.

Тема 6: Помощь медицинской сестре в проведении простых диагностических исследований: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений. Доставка биологического материала в лабораторию. Оказание первой помощи при угрожающих жизни состояниях.

Форма текущего контроля: устно, письменно

Задача 1.

В приемное отделение стационара, поступил пациент. Дежурный врач дал Вам поручения провести измерения антропометрических показателей.

Задание: Продemonстрируйте алгоритм измерения антропометрических показателей.

Задача 2.

В супермаркете, на ваших глазах, мужчина лет 50 внезапно упал. На окрик жены не откликается, движения грудной клетки визуально не определяются.

Задание: Определите неотложное состояние, продemonстрируйте алгоритм СЛР.

Задача 3.

Во время катания на коньках, ребёнок упал. Встать на поврежденную конечность не может, жалуется на сильную боль.

Задание: Определите неотложное состояние, продemonстрируйте алгоритм оказания неотложной помощи, проведите иммобилизацию подручными средствами.

Задача 4.

Во время игры в волейбол, мяч попал Егору в лицо. У Егора отмечается носовое кровотечение.

Задание: Продemonстрируйте алгоритм остановки носового кровотечения.

Задание № 1.

Расскажите о показателях функционального состояния, признаки ухудшения состояния пациента. Продemonстрируйте технику измерения частоты дыхательных движений.

Задание № 2.

Продemonстрируйте графическую запись показателей в температурный лист.

Задание № 3.

Продemonстрируйте алгоритм исследования пульса.

Задание № 4.

Продemonстрируйте алгоритм измерения артериального давления на периферических артериях.

Задание № 5.

Продemonстрируйте алгоритм измерения температуры тела в подмышечной впадине.

Задание № 6.

Продemonстрируйте алгоритм исследования дыхания (подсчет ЧДД)

Задание № 7.

Продemonстрируйте алгоритм исследования ритма и глубины дыхания.

Задание № 8.

Расскажите, а затем продemonстрируйте пособие пациенту при лихорадке в зависимости от периода лихорадки.

Дифференцированный зачет

Форма проведения: устно

Перечень вопросов для дифференцированного зачета

1. Измерение массы тела.
2. Измерение роста.
3. Исследование пульса.
4. Измерение артериального давления на периферических артериях.
5. Измерение температуры тела в подмышечной впадине.
6. Исследование суточного диуреза и водного баланса.
7. Проведение полной и частичной санитарной обработки пациента.
8. Осмотр волосистой части головы при выявлении педикулеза.
9. Дезинсекционные мероприятия при выявлении педикулеза.
10. Исследование дыхания (подсчет ЧДД, исследование ритма глубины дыхания).
11. Пособие пациенту при лихорадке в зависимости от периода лихорадки.
12. Транспортировка пациента внутри учреждения на каталке, носилках.
13. Транспортировка пациента внутри учреждения на кресле-каталке.
14. Сопровождения пациента, с учетом правил профилактики травматизма.
15. Обработка рук на гигиеническом уровне.
16. Приготовление дезинфицирующего раствора в соответствии с инструкцией по применению.
17. Надевания стерильных перчаток и снятия использованных перчаток.
18. Использование средств индивидуальной защиты для профилактики профессионального инфицирования (халат, маска, колпак).
19. Мероприятия при аварийной ситуации, связанной с проколом или порезом инструментами, загрязненными кровью пациента.
20. Мероприятия при аварийных ситуациях, связанных с попаданием биологических жидкостей пациента на неповрежденную кожу и слизистые глаз, ротовой полости.
21. Мероприятия при аварийных ситуациях, связанных с повреждением емкости (пробирки), разливе биологических жидкостей.
22. Проведения генеральной уборки палат.
23. Проведения текущей уборки в процедурном кабинете.
24. Проведения предстерилизационной очистки инструментария ручным способом.
25. Приготовление 0,5% моющего раствора.
26. Проведение химической дезинфекции шприцев и игл однократного применения после использования.
27. Подготовка емкости для сбора отходов класса А, Б.
28. Техника размещения пациента в положение Фаулера и на спине.
29. Техника размещения пациента в положение Симса.
30. Техника перемещения пациента к изголовью кровати.
31. Правильная биомеханика тела в положении «стоя» и «сидя».
32. Правильная биомеханика тела при поднятии тяжестей.
33. Смена постельного белья (постель, не занятая пациентом; пациент в постели).
34. Смена нательного белья тяжелобольному.
35. Оценка степени риска развития пролежней.
36. Оценка степени тяжести пролежней.
37. Мероприятия при риске развития пролежней.
38. Чистка зубов пациента.
39. Уход за полостью рта и зубными протезами пациента.
40. Уход за руками и ногами пациента.
41. Подача судна и мочеприемника.
42. Подмывание пациента (мужчины, женщины).
43. Уход за кожей тяжелобольного пациента.
44. Мытье головы пациента.
45. Бритье пациента.
46. Помощь пациенту при рвоте в сознании и в бессознательном состоянии.
47. Подготовка тела умершего к переводу в патологоанатомическое отделение.

Перечень задач для дифференцированного зачета.

Задача № 1.

Вам необходимо вынести медицинские отходы, образовавшиеся в процедурном кабинете.

Задание: Продемонстрируйте правила удаления медицинских отходов с мест первичного образования и перемещать в места временного хранения.

Задача № 2.

Во время сбора медицинских отходов, Вы заметили, что на манипуляционном столике, где стоит контейнер для утилизации колющих предметов, образовалась лужица воды.

Задание: Продемонстрируйте правила проверки герметизации упаковок и емкостей однократного применения с отходами различных классов опасности.

Задача № 3.

Перед Вами находятся несколько предметов, которые Вы должны утилизировать: одноразовые бумажные полотенца, контейнеры с использованными инъекционными иглами, разбившийся ртутный термометр, люминесцентная лампа.

Задание: К каким классам отходов относятся данные объекты. Какую Вы будите использовать упаковку (пакеты, баки) однократного и многократного применения в местах первичного сбора отходов с учетом класса опасности.

Задача № 4.

Вам предстоит произвести утренний туалет больному. Какие средства индивидуальной защиты Вы будите применять.

Задание: Продемонстрируйте технику одевания маски, одноразовых медицинских перчаток, одноразовой медицинской шапочки.

Задача № 5.

Продемонстрируйте технику проведения гигиенической обработки рук.

Задача № 6.

На улице жарким летом, одному из прохожих, который стоял на остановке, стало плохо, он внезапно потерял сознание. Продемонстрируйте алгоритм оказания первой помощи при обмороке.

Задача № 7.

Вы работаете младшей медицинской сестрой в терапевтическом отделении. Вам необходимо провести исследование пульса на лучевой артерии у пациента Птицына М.И 73 лет с гипертоническим кризом, а затем сообщить данные медицинской сестре.

Задача № 9.

Пациент, Иван Петрович, инженер по профессии, находится на стационарном лечении в кардиологическом отделении. Врачебный диагноз: гипертоническая болезнь.

По назначению врача, пациенту необходимо осуществлять контроль АД 3 раза в сутки.

Задание: Продемонстрируйте технику измерения АД. Составьте план обучения пациента измерению артериального давления.

Задача № 10.

Вы должны провести генеральную уборку режимного (процедурного кабинета).

Задание: Расскажите и продемонстрируйте алгоритм проведения генеральной уборки режимного кабинета.

Задача № 11.

Вас назначили наставником над вновь принятой на работу младшей медицинской сестрой. Вы заметили, что она проводит уборку палат не регулярно.

Когда Вы, попросили её объяснить, почему она не соблюдает санитарно - эпидемиологический режим отделения, она пояснила, что в палатах и так чисто, зачем мыть их 2 раза в день.

Задание: Расскажите график уборки помещений, в том числе с применением дезинфицирующих и моющих средств.

Задание № 12.

Какие способы обеззараживания воздуха вы знаете. Расскажите график проветривания палат, помещений, кабинетов.

Задача № 13..

Младшая медицинская сестра проводила проверку тумбочек 3 раза в неделю.

Задание: Найдите ошибку в действиях мл.медсестры. Расскажите правила санитарного тумбочек.

Задача № 14.

В отделение прибыл вновь поступивший пациент. В стационаре он находится впервые, медицинская сестра отделения попросила Вас рассказать правила хранения продуктов питания в холодильнике. Задание: Расскажите правила санитарного контроля за холодильником.

Задание № 15.

Расскажите и продемонстрируйте правила хранения уборочного инвентаря, дезинфицирующих и моющих средств.

Задача № 16.

После проведения процедур в процедурном кабинете, Вам необходимо собрать и обработать использованные медицинские изделия.

Задание: Продемонстрируйте правила дезинфекции медицинских изделий.

Задача № 17.

Вы работаете в оперблоке многофункциональной больницы. После операции, Вы осуществляете дезинфекцию и предстерилизационную очистку.

Задание: Продемонстрируйте алгоритм предстерилизационной очистки медицинского инструментария.

Задание № 18.

Продемонстрируйте правила здоровьесберегающих технологий при перемещении пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.

Задание № 19.

Продемонстрируйте порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода.

Задание № 20.

Расскажите и продемонстрируйте методы пособия при физиологических отправлениях пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода.

Задача № 21.

Во время проведения влажной уборки палаты, Вы заметили, что у пациента, находящегося на постельном режиме, выраженная гиперемия лица, покраснения склер глаз. На вопрос о самочувствии, пациент ответил, что ощущает тяжесть в затылочной области.

Задание: Расскажите правила информирования об изменениях в состоянии пациента.

Задача № 22.

В приемное отделение стационара, поступил пациент. Дежурный врач дал Вам поручения провести измерения антропометрических показателей.

Задание: Продемонстрируйте алгоритм измерения антропометрических показателей.

Задание № 23.

Расскажите о показателях функционального состояния, признаки ухудшения состояния пациента. Продемонстрируйте технику измерения частоты дыхательных движений.

Задание № 24.

Продемонстрируйте порядок оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях.

Задание № 25.

Расскажите санитарно-эпидемиологические требования соблюдения правил личной гигиены пациента. Продемонстрируйте алгоритм умывания пациента.

Задание № 26.

Продемонстрируйте алгоритм кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.

Задание № 27.

Продemonстрируйте алгоритм смены нательного и постельного белья пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода.

Задание № 28.

Расскажите, а затем продемонстрируйте правила использования и хранения предметов ухода за пациентом.

Задание № 29.

Продemonстрируйте алгоритм безопасной транспортировки и перемещения пациента с использованием принципов эргономики.

Задача № 30.

В супермаркете, на ваших глазах, мужчина лет 50 внезапно упал. На окрик жены не откликается, движения грудной клетки визуальнo не определяются.

Задание: Определите неотложное состояние, продемонстрируйте алгоритм СЛР.

Задача № 31.

Во время катания на коньках, ребёнок упал. Встать на поврежденную конечность не может, жалуется на сильную боль.

Задание: Определите неотложное состояние, продемонстрируйте алгоритм оказания неотложной помощи, проведите иммобилизацию подручными средствами.

Задача № 32.

Во время игры в волейбол, мяч попал Егору в лицо. У Егора отмечается носовое кровотечение.

Задание: Продemonстрируйте алгоритм остановки носового кровотечения.

Технология оказания медицинских услуг.

Задание № 33.

Продemonстрируйте графическую запись показателей в температурный лист.

Задание № 34.

Продemonстрируйте алгоритм исследования пульса.

Задание № 35.

Продemonстрируйте алгоритм измерения артериального давления на периферических артериях.

Задание № 36.

Продemonстрируйте алгоритм измерения температуры тела в подмышечной впадине.

Задание № 37.

Продemonстрируйте алгоритм исследования дыхания (подсчет ЧДД)

Задание № 38.

Продemonстрируйте алгоритм исследования ритма и глубины дыхания.

Задание № 39.

Расскажите, а затем продемонстрируйте пособие пациенту при лихорадке в зависимости от периода лихорадки.

Задание № 40.

Продemonстрируйте алгоритм обработки рук на гигиеническом уровне.

Задание № 41.

Продemonстрируйте проведение приема Хеймлиха при обструкции верхних дыхательных путей.

Задача 42.

Врач назначил пациенту ингаляцию горла лекарственным препаратом. Вам было поручено сопроводить пациента. В какое отделение необходимо сопроводить пациента?

Задача 43.

Вы работаете в реанимационном отделении. Медицинская сестра сообщила Вам, что один из пациентов умер.

Задание: Составьте алгоритм ухода за телом умершего.

Задача 44.

После смерти пациента прошло 1 час. Ваша коллега, младшая медицинская сестра, начала приготовления к транспортировке тела пациента в патологоанатомическое отделение.

Задание: Определите правильность действий Вашей коллеги.

Общие критерии оценки

решения проблемно-ситуационной задачи, выполнения практических манипуляций, устных ответов, ведения дневника, предоставления отчета по практике

5 «отлично» – комплексная оценка: Дневник – дневник заполняется аккуратно, своевременно, грамотно; виды работ представлены в соответствии с требованиями программы практики, носят описательный характер, логически обосновываются.

Отчёта по практике: Объективная самооценка знаний; объективная самооценка умений; максимальное выполнение пунктов программы в соответствии с особенностями отделения;

Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; излагает материал последовательно и правильно; правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций;

Рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются

последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – комплексная оценка: Дневник заполняется аккуратно, своевременно, грамотно; виды работ представлены не полно, не профессиональным языком.

Отчёта по практике: Наблюдается незначительное нарушения в объективной самооценке собственных знаний и умений (не оценены некоторые пункты); допускаются недочеты при заполнении пунктов отчета (не оценены некоторые пункты);

Незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет; неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций;

Рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – Комплексная оценка: Дневник заполнен неаккуратно, не своевременно 2) записи краткие, не соответствуют требованиям программы.

Отчёта по практике: Не объективная самооценка своей практической деятельности дневник заполнен неаккуратно, не своевременно; записи краткие, не соответствуют требованиям программы.

Неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал не последовательно и допускает ошибки; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций;

Рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – студент: Не выполнил заданий практики и не представил вовремя отчет и другую необходимую документацию по итогам практики.

Неверная оценка ситуации; допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала;

Рабочее место затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Формирование знаний и умений	Задачи и задания для проверки
Уметь: обеспечивать сохранность перемещаемых объектов в медицинской организации.	Задачи № 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,14,16,17; Задания № 12,15,18,18,20,23,24,25,26,27;
Уметь: производить транспортировку материальных объектов и медицинских отходов с учетом требований инфекционной безопасности, санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима; соблюдение санитарно –гигиенического режима отделения; производить посмертный уход; осуществлять профессиональный уход за пациентом.	Задачи № 4,6,7,9,11,14,22,30,31,32 Задание № 8,19,20,24,25,26,27,29
Уметь: применять на практике алгоритм оказания первой помощи	Задачи № 6,30,31,32 Задание № 41
Уметь: использовать моющие и дезинфицирующие средства при дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов.	Задачи № 1,2,3,5,10 Задание № 15,18
Уметь: согласовывать действия с медицинским персоналом медицинской организации при перемещении, транспортировке материальных объектов и медицинских отходов.	Задача № 9
Уметь: согласовывать действия с медицинским персоналом медицинской организации при перемещении, транспортировке материальных объектов и медицинских отходов.	Задачи № 11, 13
Уметь: осуществлять требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях.	Задача № 42
Уметь: оказывать первую помощь при угрожающих жизни состояниях	Задачи № 11,13
Уметь: использовать моющие и дезинфицирующие средства при дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов.	Задачи № 6,30,31,32,41
Уметь: соблюдать условия конфиденциальности при работе с биологическим материалом и медицинской документацией.	Задачи № 2,6,9,21,23,24,30,31,32,41
Уметь: проводить обезвреживание инфицированных, потенциально инфицированных и чрезвычайно эпидемиологически опасных отходов.	Задачи № 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,14,16,17; Задания № 12,15,18,18,20,23,24,25,26,27;
Уметь: размещать и перемещать пациента в	Задачи № 1,2,3,16

постели с использованием принципов эргономики. Правильно применять средства индивидуальной защиты.	
Уметь: использовать правила безопасной транспортировки и перемещения пациента с использованием принципов эргономики.	Задачи № 4,5,10,11,13,14,16,17 Задание № 12,15
Уметь: согласовывать действия с медицинским персоналом медицинской организации при перемещении, транспортировке материальных объектов и медицинских отходов.	Задачи № 43,44
Уметь Выполнять перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов.	Задачи № 7,9,14,22 Задание № 8,18,19,20,24,26,29,33,34,35,36,37,38,39
Уметь Осуществлять санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря.	Задачи № 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,14,16,17; Задания № 12,15,18,18,20,23,24,25,26,27;
Уметь Проводить уход за телом умершего человека.	Задачи № 43,44
Уметь Выполнять профессиональный уход за пациентом.	Задачи № 4,6,7,9,11,14,22,30,31,32 Задание № 8,19,20,24,25,26,27,29
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задачи № 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,14,16,17; Задания № 12,15,18,18,20,23,24,25,26,27;
Иметь практический опыт Транспортировки материальных объектов и медицинских отходов с учетом требований инфекционной безопасности, санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима; соблюдения санитарно –гигиенического режима отделения; выполнения посмертного ухода; осуществления профессионального ухода за пациентом.	Задачи № 7,9,14,22 Задание № 8,18,19,20,24,26,29,33,34,35,36,37,38,39
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задачи № 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,14,16,17; Задания № 12,15,18,18,20,23,24,25,26,27;
Иметь практический опыт Осуществления санитарного содержания помещений, оборудования, инвентаря.	Задачи № 4,6,7,9,11,14,22,30,31,32 Задание № 8,19,20,24,25,26,27,29
Иметь практический опыт Выполнения перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов.	Задачи № 6,30,31,32 Задание № 41
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задачи № 1,2,3,5,10 Задание № 15,18
Иметь практический опыт Выполнения перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов.	Задачи № 1,2,3,16
Иметь практический опыт Осуществления санитарного содержания помещений, оборудования, инвентаря.	Задачи № 11, 13
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задачи № 6,30,31,32 Задание № 41
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задача № 42
Иметь практический опыт Выполнения перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов.	Задачи № 11,13
Иметь практический опыт Организации рабочего места с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.	Задачи № 11, 13
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задачи № 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,14,16,17; Задания № 12,15,18,18,20,23,24,25,26,27;
Иметь практический опыт Осуществления санитарного содержания помещений, оборудования, инвентаря.	Задачи № 1,2,3,16
Иметь практический опыт Перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов.	Задачи № 4,5,10,11,13,14,16,17 Задание № 12,15
Иметь практический опыт Осуществления санитарного содержания помещений, оборудования, инвентаря.	Задачи № 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,14,16,17; Задания № 12,15,18,18,20,23,24,25,26,27
Иметь практический опыт Проведения ухода за телом умершего человека.	Задачи № 43,44
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задачи № 4,6,7,9,11,14,22,30,31,32 Задание № 8,19,20,24,25,26,27,29

32.4. ПП.07.02 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ)

Дифференцированный зачет

Форма проведения: устно.

Задание:

- Продemonстрируйте технику обработки при головном педикулезе, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте технику измерения артериального давления, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте технику исследования пульса на периферических артериях, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте технику подсчета частоты дыхательных движений, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте технику измерения температуры тела в подмышечной впадине, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте технику измерения роста и определения массы тела пациента, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте технику ухода за полостью рта, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте технику ухода за глазами, носом, ушами, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте технику ухода за кожей тяжелообольного пациента, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте технику ухода за наружными половыми органами, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте технику смены постельного и нательного белья тяжелообольному пациенту, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте технику подачи пациенту грелки, пузыря со льдом соблюдая
- Продemonстрируйте технику сердечно-легочной реанимации одним спасателем, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену.
- Продemonстрируйте правила общения с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности с соблюдением принципов профессиональной этики;
- Продemonстрируйте технику измерения роста пациента, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте технику измерения веса пациента, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте технику измерения частоты дыхательных движений у пациента, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте технику частичной санитарной обработки пациента при поступлении в ЛПУ, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте технику обработки при головном педикулезе, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте технику переодевания пациента в чистое белье и одежду, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте технику транспортировки на каталке, кресле - каталке, носилках, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте технику перекладывания пациента с каталки на кровать, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте технику транспортировки материальных объектов и медицинских отходов, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм удаления медицинских отходов с мест первичного образования и перемещать в места временного хранения, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм проведения герметизации упаковок и емкостей однократного применения с отходами различных классов опасности, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм использования упаковки (пакеты, баки) однократного и многократного применения в местах первичного сбора отходов с учетом класса опасности, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм одевания средств индивидуальной защиты, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм гигиенической обработки рук;
- Продemonстрируйте алгоритм организации и помощи пациенту в проведении гигиенических мероприятий, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм приготовления постели пациенту, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм осуществления смены нательного и постельного белья, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм перемещения пациента в постели с использованием правил эргономики, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм проведения профилактических мероприятий по предупреждению развития пролежней, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм проведения утреннего туалета пациента, гигиенических мероприятий: уход за кожей, профилактика пролежней, уход за глазами, ушами, носом, волосами, ногтями; соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм подачи судна, мочеприемника, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм организации раздачи и подачи пищи пациенту, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм кормления в постели тяжелообольных, и больных находящихся в бессознательном состоянии, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм проведения дезинфекции медицинского инструментария и предметов ухода, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм применять средства индивидуальной защиты при работе с трупом, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм осуществления посмертного ухода, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм транспортировки тела умершего человека до места временного хранения, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм приготовления дезинфицирующих хлорсодержащих растворов различной концентрации, соблюдая технику безопасности и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм проведения текущей и заключительной уборки процедурного кабинета, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм проведения генеральной уборки процедурного кабинета, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм проведения дезинфекции уборочного инвентаря, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм проведения дезинфекции инструментов однократного и многократного использования, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм проведения предстерилизационной очистки медицинских изделий, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм использования одноразовых перчаток, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм доставки в лабораторию биологических материалов, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте соблюдение правил безопасности при работе с острыми, колющими инструментами, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;
- Продemonстрируйте алгоритм соблюдения санитарных требований при обращении с медицинскими отходами, соблюдая инфекционную безопасность и личную гигиену;

Общие критерии оценки

решения проблемно-ситуационной задачи, выполнения практических манипуляций, устных ответов, ведения дневника, предоставления отчета по практике

5 «отлично» – комплексная оценка: Дневник – дневник заполняется аккуратно, своевременно, грамотно; виды работ представлены в соответствии с требованиями программы практики, носят описательный характер, логически обосновываются.

Отчёта по практике: Объективная самооценка знаний; объективная самооценка умений; максимальное выполнение пунктов программы в соответствии с особенностями отделения;

Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; излагает материал последовательно и правильно; правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций;

Рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – комплексная оценка: Дневник заполняется аккуратно, своевременно, грамотно; виды работ представлены не полно, не профессиональным языком.

Отчёта по практике: Наблюдается незначительное нарушения в объективной самооценке собственных знаний и умений (не оценены некоторые пункты); допускаются недочеты при заполнении пунктов отчета (не оценены некоторые пункты);

Незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «б», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет; неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций;

Рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – Комплексная оценка: Дневник заполнен неаккуратно, не своевременно 2) записи краткие, не соответствуют требованиям программы.

Отчёта по практике: Не объективная самооценка своей практической деятельности дневник заполнен неаккуратно, не своевременно; записи краткие, не соответствуют требованиям программы.

Неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций;

Рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – студент: Не выполнил заданий практики и не представил вовремя отчет и другую необходимую документацию по итогам практики.

Неверная оценка ситуации; допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала;

Рабочее место затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Формирование практического опыта	Задачи и задания для проверки
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задания № 1,4,
Иметь практический опыт Транспортировки материальных объектов и медицинских отходов с учетом требований инфекционной безопасности, санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима; соблюдения санитарно –гигиенического режима отделения; выполнения посмертного ухода; осуществления профессионального ухода за пациентом.	Задание № 1,2,3,4
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задание № 3,4,7,
Иметь практический опыт Осуществления санитарного содержания помещений, оборудования, инвентаря.	Задание № 5,6, 8, 10,
Иметь практический опыт Выполнения перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов.	Задание № 6,
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задание № 1,2,
Иметь практический опыт Выполнения перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов.	Задание № 1,2,
Иметь практический опыт Осуществления санитарного содержания помещений, оборудования, инвентаря.	Задание № 1-50
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задание № 9,10,
Иметь практический опыт Выполнения профессионального ухода за пациентом.	Задания № 1-51
Иметь практический опыт Выполнения перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов.	Задания № 1-51
Иметь практический опыт Организации рабочего места с соблюдением требований охраны труда,	Задания № 1-51

производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности. Иметь практический опыт	Задание № 1-29
Выполнения профессионального ухода за пациентом. Иметь практический опыт	Задание № 1-50
Осуществления санитарного содержания помещений, оборудования, инвентаря. Иметь практический опыт	Задание № 12, 13,
Перемещения и транспортировки материальных объектов и медицинских отходов. Иметь практический опыт	Задание № 14,15,16,
Осуществления санитарного содержания помещений, оборудования, инвентаря. Иметь практический опыт	Задания № 39,40,41
Проведения ухода за телом умершего человека. Иметь практический опыт	Задание № 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21-51
Выполнения профессионального ухода за пациентом.	

33. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (ПРЕДДИПЛОМНОЙ) ПРАКТИКЕ

Форма промежуточной аттестации «Дифференцированный зачёт»

КОНТРОЛЬ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКИ

Преддипломная практика завершается дифференцированным зачетом.

Обучающиеся представляют методическому руководителю следующие документы, свидетельствующие о выполнении программы практики в полном объеме:

1. Характеристика освоения общих компетенций
2. Аттестационный лист оценки освоения профессиональных компетенций
3. Дневник преддипломной практики
4. Отчет о преддипломной практике

Дифференцированный зачет проводится в медицинской организации или в образовательном учреждении в последний день прохождения практики.

В организации и проведении зачета участвуют общий и непосредственные руководители практики, методический руководитель практики.

К зачету допускаются студенты, полностью выполнившие программу преддипломной практики и представившие необходимую документацию.

Проведение зачета:

- защита отчета о преддипломной практике.

Итоговая оценка за преддипломную практику выставляется как средняя арифметическая следующих оценок:

- оценки освоения студентом профессиональных компетенций;
- оценки за оформление и ведение дневника преддипломной практики;
- оценки, полученной студентом при защите отчета о преддипломной практике.

Аттестационный лист оценки освоения профессиональных компетенций

Студента ____ курса ____ группы специальности «Лечебное дело» _____
(Ф.И.О.)

проходил(а) преддипломную практику на базе _____

В ходе преддипломной практики подтвердил(а) освоение следующих профессиональных компетенций:

Профессиональные компетенции	Уровень сформированности			
	I (0-3)	II (4-6)	III (7-9)	IV (10-12)
ПК 1.1 Планировать обследование пациентов различных возрастных групп				
ПК 1.2 Проводить диагностические исследования				
ПК 1.3 Проводить диагностику острых и хронических заболеваний				
ПК 1.4 Проводить диагностику беременности				
ПК 1.5 Проводить диагностику комплексного состояния здоровья ребенка				
ПК 1.6 Проводить диагностику смерти				
ПК 1.7 Оформлять медицинскую документацию				
ПК 2.1 Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп				
ПК 2.2 Определять тактику ведения пациента				
ПК 2.3 Выполнять лечебные вмешательства				
ПК 2.4 Проводить контроль эффективности лечения				
ПК 2.5 Осуществлять контроль состояния пациента				
ПК 2.6 Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом				
ПК 2.7 Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению				
ПК 2.8 Оформлять медицинскую документацию				
ПК 3.1 Проводить диагностику неотложных состояний				

ПК 3.2 Определять тактику ведения пациента				
ПК 3.3 Выполнять лечебные вмешательства по оказанию медицинской помощи на догоспитальном этапе				
ПК 3.4 Проводить контроль эффективности проводимых мероприятий				
ПК 3.5 Осуществлять контроль состояния пациента				
ПК 3.6 Определять показания к госпитализации и проводить транспортировку пациента в стационар				
ПК 3.7 Оформлять медицинскую документацию				
ПК 3.8 Организовывать и оказывать неотложную медицинскую помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях				
ПК 4.1 Организовывать диспансеризацию населения и участвовать в ее проведении				
ПК 4.2 Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке				
ПК 4.3 Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения				
ПК 4.4 Проводить диагностику групп здоровья				
ПК 4.5 Проводить иммунопрофилактику				
ПК 4.6 Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп населения				
ПК 4.7 Организовывать здоровьесберегающую среду				
ПК 4.8 Организовывать и проводить работу Школ здоровья для пациентов и их окружения				
ПК 4.9 Оформлять медицинскую документацию				
ПК 5.1 Осуществлять медицинскую реабилитацию пациентов с различной патологией				
ПК 5.2 Проводить психосоциальную реабилитацию				
ПК 5.3 Осуществлять паллиативную помощь				
ПК 5.4 Проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий и лиц из группы социального риска				
ПК 5.5 Проводить экспертизу временной нетрудоспособности				
ПК 5.6 Оформлять медицинскую документацию				
ПК 6.1 Рационально организовывать деятельность персонала с соблюдением психологических и этических аспектов работы в команде				
ПК 6.2 Планировать свою деятельность на фельдшерско- акушерском пункте, в здравпункте промышленных предприятий, детских дошкольных учреждениях, центрах общей врачебной (семейной) практики и анализировать ее эффективность				
ПК 6.3 Вести медицинскую документацию				
ПК 6.4 Организовывать и контролировать выполнение требований противопожарной безопасности, техники безопасности и охраны труда на ФАПе, в здравпункте промышленных предприятий, детских дошкольных учреждениях, центрах, офисе общей врачебной (семейной) практики				
ПК 6.5 Повышать профессиональную квалификацию и внедрять новые современные формы работы				

Уровень сформированности профессиональной компетентности оценивается методом наблюдения за работой студентов, анализа письменных работ по шкале:

- уровень – критический (алгоритмическая деятельность с подсказкой), компетенция не проявлена – 0-3 балла;
- уровень – минимальный (самостоятельная деятельность по алгоритму), компетенция проявляется частично – 4-6 баллов;
- уровень достаточный (продуктивная деятельность по алгоритму), компетенция проявляется полностью – 7-9 баллов;
- уровень – оптимальный (творческая деятельность), компетенция проявляется полностью -10 -12 баллов.

Оценивание производят с помощью таблицы (табл. 1), в которую проставляют баллы в соответствующие строки.

Перевод рейтинговой оценки в традиционную: 0 -3,9 – неудовлетворительно;

4,0 – 6,9 – удовлетворительно;

7,0 – 9,9 – хорошо;
10,0 – 12,0 – отлично.

Аттестационный лист
оценки оформления и ведения дневника преддипломной производственной практики
ФИО студента _____

Группа _____ специальность 31.02.01 Лечебное дело

№ п/п	Критерий	Баллы (0-2)
1.	Наличие и полнота основных разделов дневника	
2.	Грамотность формулировок, использование профессиональной лексики	
3.	Преобладание видов самостоятельной деятельности	
4.	Оформление дневника: своевременность, аккуратность	
	Итого:	

Оценка за оформление и ведение дневника преддипломной практики _____ Методический руководитель преддипломной практики
_____ / _____ / Подпись Ф.И.О. Дата « _____ » _____ 20__ год

Критерии оценки:

«5 (отл.)» - 8 баллов
«4 (хор.)» - 6 – 7 баллов
«3 (уд.)» - 4 – 5 баллов
«2 (неуд.)» - 3 и менее баллов

Аттестационный лист
защиты отчета о преддипломной практике
ФИО студента _____

Группа _____ специальность 31.02.01 Лечебное дело

№ п/п	Критерий	Баллы (1-3)
1.	Наличие и полнота разделов отчета	
2.	Объем и качество выполненных работ за время преддипломной практики	
3.	Выполнение индивидуального задания по подготовке практической части ВКР	
4.	Логичность и грамотность речи во время защиты отчета	
5.	Оформление работы: своевременность, аккуратность	
	Итого:	

Оценка за защиту отчета о преддипломной практике _____
Методический руководитель преддипломной практики _____ / _____ / Дата « _____ » _____ 20__ год

Критерии оценки за защиту отчета о преддипломной практике:

«5 (отл.)» - от 14 до 15 баллов
«4 (хор.)» - от 11 до 13 баллов
«3 (уд.)» - от 5 до 10 баллов
«2 (неуд.)» - 4 и менее баллов

Перечень манипуляций

Измерение АД.

Подсчет пульса.

Подсчет дыхательных движений.

Продемонстрировать пальпацию грудной клетки.

Продемонстрировать сравнительную перкуSSION легких.

Продемонстрировать аускультацию легких.

Продемонстрировать перкуSSION сердца.

Продемонстрировать аускультация сердца.

Поверхностная пальпация живота.

Выполнение ЭКГ-исследования и выявление патологических изменений на ЭКГ.

Введение воздуховода с предварительной санацией полости рта.

Перемещение пациента на носилки с приданием функционального положения, применение мягкого физического удержания.

Выполнение транспортной иммобилизации, наложение повязок.

Сердечно-лёгочная реанимация.

Дача кислорода. Пеногашение.

Техника использования небулайзера.

Взятие крови из вены на биохимическое исследование.

Проведение экспресс-диагностики мочи на глюкозу и ацетон.

Техника п/к инъекции.

Техника применения грелки.

Взятие мазка из зева и носа.

Техника в/в инъекции.

Техника в/м инъекции.

Техника в/в капельного введения жидкости.

Разведение антибиотиков.

Накрытие стерильного стола.

Проведение текущей, заключительной и генеральной дезинфекции кабинета.

Обработка рук перед манипуляцией.

Проведение предстерилизационной обработки инструментария.

Закладка бикса.

Проведение катетеризации мочевого пузыря.

Промывание желудка, с последующим введением адсорбентов.

Использование аппаратов и инструментов для выполнения дефибриляции, интубации, оксигенотерапии, ингаляционного наркоза.

Продемонстрировать наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе.

Неотложная помощь при: гипертоническом кризе, острой дыхательной недостаточности, острой сердечной недостаточности, острой сосудистой недостаточности, коме, острой боли в животе, острой боли в груди, аритмии, судорожном синдроме, остром отравлении.

Неотложная помощь при травмах и повреждениях (ожоги, отморожения, переломы, вывихи, раны, поражения электрическим током, утопление).

Критерии оценки решения практических заданий

Критерии оценки основываются на поэтапном контроле процесса выполнения задания. При этом учитываются внимательность, аккуратность, эстетичность, скорость выполнения манипуляций и умение общаться с пациентом во время проведения процедуры.

5 «отлично» - комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи, в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» - комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, не полное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи, в соответствии с алгоритмом действий;

3 «удовлетворительно» - затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий, в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи, в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» - неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.