Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 08.02.2024 14:47:51
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и педагогики

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности и молодежной политике,
д.м.н., доцент Т.В. Бородулина

«26» мая 2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине
Клиника внутренних болезней

Уровень высшего образования: магистратура
Направление подготовки: 37.04.01 Психология
Направленность (профиль) - Клиническая психология. Экспертно-диагностическая и реабилитационная деятельность психолога в профессиональной сфере
Квалификация (степень) выпускника: магистр

Екатеринбург
2023

Фонд оценочных средств по дисциплине «Клиника внутренних болезней» составлен в соответствии с ФГОС ВО высшего образования по программе магистратуры 37.04.01 Психология (уровень магистратуры), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 841 от 29 июля 2020 г., профессионального стандарта 01.002 «Педагог-психолог (психолог в сфере образования)», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 июля 2015 г. № 514н.

Разработчик дисциплины:
Токарева В.В., ст. преподаватель кафедры клинической психологии и педагогики ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Фонд оценочных средств рецензирован: Казаева Е.А., д.пед.н., доцент, профессор кафедры управления персоналом и психологии, ФГБОУ ВО Уральского федерального университета имени первого Президента России Б.Н. Ельцина

Фонд оценочных средств дисциплины обсуждена на заседании кафедры клинической психологии и педагогики «14» марта 2023 г., протокол № 8
Обсуждена и одобрена Методической комиссией специальностей магистратуры «05» апреля 2023 г., протокол № 4

1.1. Кодификатор

Категория (группа) компетенций	Код и наименование компетенций	Код и наименование индикатора достижения компетенции	Наименование ДЕ	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование общекультурных и профессиональных компетенций		
				Знания	**Умения**	**Навыки**
Психологическое консультирование лиц с ОВЗ	ПК-3. Способен проводить психологическое консультирование лиц с ограниченными возможностями здоровья и обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации	ИД-1ПК-3. Проводит индивидуальные и групповые консультации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по вопросам обучения, развития, проблемам жизненного самоопределения, самовоспитания, взаимоотношений со взрослыми и сверстниками ИД-2ПК-3. Владеет приемами работы с педагогами, преподавателями с целью организации эффективных учебных взаимодействий обучающихся, их общения в образовательных организациях и в	**ДЕ 1-9**	как осуществлять психологическое консультирование медицинского персонала (или работников других учреждений) по вопросам взаимодействия с пациентами (клиентами), создавать необходимую психологическую атмосферу и "терапевтическую среду"	квалифицированно решать задачи профессиональной деятельности на основе информационной и библиографической культуры с применением информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности	навыками квалифицированного проведения психологического исследования в рамках различных видов экспертизы (судебно-психологической, военной, медико-социальной и медико-педагогической экспертизы), анализировать его результаты, формулировать экспертное заключение, адекватное задачам экспертизы и запросам пользователя

		семье ИД-3ПК-3. Разрабатывает совместно с педагогами и преподавателями индивидуальные программы для построения индивидуального образовательного маршрута для лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося				
Просветительская деятельность	ПК-6. Способен к взаимодействию с работниками в области охраны психического здоровья, с работниками экспертных организаций и учреждений социальной защиты населения.	ИД-1ПК-6. Выявляет и анализирует информацию, необходимую для определения целей психологического вмешательства, самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывает программы вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-				

		психологических характеристик; ИД-2ПК-6. Умеет учитывать в профессиональной деятельности психологические особенности участников коммуникации с целью предотвращения конфликта				
		Технологии оценивания ЗУН		Зачет. Тестовый контроль, ответы на вопросы зачета.		

2. Тестовые задания

Тестовые задания по дисциплине разработаны по каждой дидактической единице (ДЕ). Задания позволяют оценить знания конкретной темы дисциплины. В тестовом задании студенту предлагается выбрать один или несколько правильных ответов.

1. Терапия (внутренние болезни) означает:

1. область клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез, семиотику, диагностику, лечение (за исключением хирургического и радиационного), прогноз и профилактику заболеваний внутренних органов

2. область клинической медицины, изучающая механизмы возникновения симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов, а также методы их выявления

2. Задачами пропедевтики внутренних болезней являются:

1. Изучение методов расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации
2. Изучение лабораторных, инструментальных и лучевых методов обследования больных
3. Изучение семиотики болезней внутренних органов
4. Все вышеперечисленное

3. Признаки болезни, проявляющиеся в виде неприятных ощущений больного (боль, тошнота, головокружение, повышенная утомляемость), обозначаются как:

1. Субъективные симптомы
2. Объективные симптомы

4. Оцените состояние сознания, если больной лежит неподвижно, глаза закрыты, лицо амимично, на вопросы не отвечает, реагирует на сильные раздражители недифференцированными стереотипными защитными моторными, иногда неартикулированными голосовыми реакциями:

1. Сознание ясное
2. Ступор
3. Сопор
4. Кома

5. Боли в грудной клетке, усиливающиеся при движении тела, дыхании и кашле, ослабевающие в положении на больном боку, возникают при:

1. Сухом плеврите
2. Бронхоэктатической болезни
3. Абсцессе легкого
4. Хроническом бронхите

6. Факторами, предрасполагающими к развитию гипертонической болезни, являются все, кроме:

1. Наследственность
2. Курение
3. Активный образ жизни
4. Ожирение

7. При синдроме "вялого желудка" выявляются:

1. Нарушение моторики желудка, гипотоничность, гетерохилия
2. Отрыжка кислым, изжога, локальная боль в эпигастрии
3. Содофагия, citofobia

8. Возникновение боли в эпигастральной области спустя 10-15 мин после приема пищи позволяет предположить:

1. Пангастрит
2. Гастрит субкардиального и кардиального отдела желудка
3. Гастрит тела желудка
4. Гастрит антрального отдела желудка

9. Что провоцирует желчную колику?

1. Погрешность в диете
2. Физическое напряжение, работа в наклоненном положении
3. Тряская езда
4. Инфекция
5. Все перечисленное

10. Односторонние боли в поясничной области характерны:

1. Для острого гломерулонефрита
2. Для острого цистита
3. Для острого пиелонефрита
4. Для амилоидоза почек

11. Критериями артериальной гипертензии являются:

1. Уровень систолического давления 140 мм рт.ст. и выше, или диастолического давления 90 мм рт.ст. и более
2. Повышение систолического давления выше 120 мм рт.ст. или диастолического давления больше 80 мм рт.ст.
3. Повышение систолического давления выше 160 мм рт.ст. или диастолического давления больше 95 мм рт.ст.

12. Что вызывает ишемия почечной паренхимы?

1. Боли в пояснице
2. Почечную гипертензию
3. Отечный синдром
4. Азотемию
5. Анурию

13. Возникновение ревматизма связано с перенесенной инфекцией, вызванной:

1. Золотистым стафилококком
2. Синегнойной палочкой
3. Бета-гемолитическим стрептококком группы "А"
4. Вирусом Коксаки

14. Тонкие руки и ноги, избыточное отложение жира на лице и туловище, лунообразное" гиперемированное лицо имеет место при:

1. Синдроме Симондса
2. Гипофизарном ожирении

3. Синдроме и болезни Иценко-Кушинга
4. Половом ожирении

15. Чем вызывается приступ желчной колики?

1. Воспаление стенки желчного пузыря
2. Раздражение камнем и спазм желчного протока
3. Воспаление слизистой шейки желчного пузыря
4. Дискинезия желчевыводящих протоков

16. Ведущим симптомом при заболеваниях печени является:

1. Гепатомегалия
2. Спленомегалия
3. Болезненность при пальпации в правом подреберье
4 Асцит

17. Для почечной колики характерны:

1. Боли в поясничной области
2. Дизурические явления
3. Положительный симптом Пастернацкого
4. Иррадиация боли в низ живота или паховую область
5. Все перечисленное

18. Для ревматического полиартрита характерны все признаки, кроме:

1. Как правило поражаются крупные суставы
2. Редко поражаются суставы позвоночника, тазобедренные, мелкие суставы кистей и стоп
3. Воспалительные изменения суставов нестойки, исчезают бесследно, быстро переходят с одного сустава на другой
4. Вызывают стойкую деформацию суставов

19. Для ревматического миокардита характерны все объективные признаки, кроме:

1. Расширение границ сердца
2. Приглушенные тоны
3. Мягкий систолический шум на верхушке
4. Нарастающий диастолический шум

20. Нормохромный характер анемии не наблюдается при:

1. Апластическая анемия
2. Лейкозы
3. Хроническая почечная недостаточность
4. В12-дефицитная анемия

3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача – это методический приём, включающий совокупность условий, направленных на решение практически значимой ситуации с целью формирования общих и профессиональных компетенций, соответствующих основным видам профессиональной

деятельности. Для создания ситуационных задач базовыми источниками являются клинические ситуации, статистические материалы, научные публикации, ресурсы интернета, оперативная информация из СМИ, художественная и публицистическая литература.

При всём многообразии видов ситуационных задач, все они имеют типовую структуру.

Как правило, задача включает в себя:

1. ситуацию – случай, проблема, история из реальной жизни;
2. личностно-значимый познавательный вопрос;
3. информация по данному вопросу, представленная в разнообразном виде (текст, таблица, график, статистические данные);
4. вопросы или задания для работы с задачей.

Источником содержания ситуационных задач, их сюжета, проблемы и фактологической базы являются ситуации, возникающие в процессе будущей профессиональной деятельности студентов.

По сути дела, ситуационная задача создаёт практическую модель профессиональной деятельности. При этом учебное назначение такой ситуационной задачи может сводиться к закреплению знаний, умений и навыков поведения (принятия решений) учащихся в данной ситуации. Главный их смысл сводится к обретению способности к оптимальной деятельности. Каждая ситуационная задача должна нести обучающую функцию.

Задания позволяют оценить сформированность компетенций посредством их знаний, умений и навыков по конкретной теме. Студентам предлагается решить задачи.

Примеры ситуационных задач

Ситуационная задача 1

Больной С., 60 лет, предъявляет жалобы на тяжесть в верхней половине живота после приема пищи, анорексию, снижение веса. В последние 3 месяца заметил увеличение в объёме живота, появились пастозность, затем отеки голеней. В течение последнего года – носовые кровотечения, сонливость днем, бессонница ночью. В анамнезе длительное злоупотребление алкоголем, эпизоды желтухи. Объективно: пониженного питания, желтушное окрашивание кожи и склер, пациент несколько заторможен, на вопросы отвечает медленно. Выявлены гинекомастия, единичные телеангиоэктазии на лице и в области декольте, пальмарные эритемы. Живот увеличен за счет асцита, асцит ненапряженный. Отеки голеней. Сердце – размеры увеличены, левая граница по среднеключичной линии. Тоны приглушены, акцент 2 тона над аортой, АД – 160/90 мм рт. ст. Склонность к тахикардии: пульс – 92 удара в минуту, ритмичный. Пальпируется увеличенная, плотная печень: + 3см из-под края реберной дуги, безболезненная, синдром Плеша отрицательный. Набухания шейных вен не отмечается. Селезенка увеличена, пальпируется плотный край в левом подреберье.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумины – 27 г/л, общий билирубин – 108 мкмоль/л, прямой билирубин – 65 мкмоль/л, АЛТ – 95 ЕД/л, АСТ – 140 ЕД/л, ЩФ – 300 ЕД/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, протромбиновый индекс – 65% ОАК: лейкоциты – 3,2х109 /л, формула не изменена, Hb – 110 г/л, эритроциты – 3,3х1012/л, макроцитоз, тромбоциты – 98,0х109 /л, СОЭ – 28 мм/час.

Эзофагогастродуоденоскопия: варикознорасширенные вены пищевода – 2 степени, гиперемия слизистой в антральном отделе желудка.

Серологические маркеры на вирусные гепатиты: выявлены положительные суммарные антитела класса IgG к вирусу гепатита С, HBs Ag – отрицательный.

Вопрос:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Назначить дополнительные методы обследования (при необходимости).
3. Сформулировать диагноз.

Ответ:

1. Синдром печеночно-клеточной недостаточности; синдром портальной гипертензии
2. Определение расширенного спектра маркеров вирусного гепатита С (антитела к структурным и неструктурным компонентам вируса, определение РНК вируса методом ПЦР с генотипированием и вирусной нагрузкой), антител IgM и G к ВИЧ–1 и ВИЧ–2, RW, уровень

альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследовать на наличие синдрома перегрузки железом, подробно собрать лекарственный анамнез. Из инструментальных методов обследования рекомендовано: рентгенография ОГК, УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭХОКГ, исследование глазного дна; ультразвуковое исследование сонных и бедренных артерий; суточное мониторирование артериального давления и ЭКГ.

3. Основное заболевание: Цирроз печени, сочетанной этиологии (вирусный – HCV и алкогольный), активная фаза, класс С по Чайлд-Пью: декомпенсация по сосудистому и паренхиматозному типам: синдром портальной гипертензии: ненапряженный асцит, спленомегалия с тотальным синдромом гиперспленизма, варикознорасширенные вены пищевода 2 степени; печеночно-клеточная недостаточность: гипоальбуминемия, геморрагический синдром, печеночная энцефалопатия I стадии, паренхиматозная желтуха. Сочетанное заболевание: Гипертоническая болезнь II стадии, АГ 2 степени, риск ССО 4 (крайне высокий).

Ситуационная задача 2

Мужчина, 37 лет, предъявляет жалобы на жгучие боли в эпигастральной области, возникающие периодически на протяжении 2 месяцев. Впервые дискомфорт и боль в эпигастральной области почувствовал около 4 месяцев назад. Боли беспокоят 2–3 раза в неделю через 1 ч после еды, продолжаются 30–60 мин, иногда иррадиируют в правое подреберье, слегка уменьшаются после приема пищи и антацидных препаратов. В настоящее время боли также стали беспокоить ночью. Тошноту, рвоту, мелену, кровянистые выделения в стуле и лихорадку отрицает. Стул, имеет форму «овечьего кала» без патологических примесей. Пациент курит 1–2 пачки сигарет в день. Прием лекарств отрицает. Алкогольный анамнез не отягощён. Питается нерегулярно. Семейный анамнез: у отца язвенная болезнь. Объективно: отмечаются умеренные напряжение и болезненность в пилородуоденальной зоне. Со стороны других органов – без особенностей. АД – 115/80 мм рт. ст., пульс – 85 удара в минуту, ритмичный.

ЭГДС: умеренная гиперемия слизистой антрального отдела желудка с двумя приподнятыми эрозиями по малой кривизне, в луковице двенадцатиперстной кишки на фоне гиперемии и рыхлости слизистой, язва диаметром 0,7 см. Дно язвы чистое, края гладкие. Имеет место рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Взяты 2 биопсии из антрального отдела. Быстрый тест на уреазу Helicobacter pylori – отрицательный, однако гистологическое исследование с окраской препаратов гематоксилин – эозином выявило Helicobacter pylori до 20 в поле зрения. В присланных биоптатах – лимфоцитарная инфильтрация.

Вопрос:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Назначить дополнительные методы обследования (при необходимости).
3. Сформулировать диагноз.

Ответ:

1. Синдром хронической эпигастральной боли.
2. Общеклиническое обследование: ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови, кал на скрытую кровь, УЗИ ОБП, подробный сбор лекарственного анамнеза
3. Основное заболевание: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с локализацией язвы в луковице, язвенный дефект одиночный, средних размеров – диаметром 0,7 см, хроническое рецидивирующее течение, стадия обострения, HP +. Хронический антральный эрозивный гастрит.

Ситуационная задача 3.

Больной Р. 38 лет по профессии подсобный рабочий, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,0ºС, кашель с обильной слизисто-гнойной мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, головную боль, слабость, в конечностях, потливость. Заболел остро после переохлаждения. Вредные привычки: курит более 15 лет по 20 сигарет в день; сопутствующих заболеваний нет. В последние несколько лет из Москвы не выезжал. Объективные данные: кожные покровы бледноватые, влажные. Обращает внимание повышенная потливость больного. Небные миндалины покрыты беловатым налетом, гиперемированы. В легких дыхание ослабленное справа, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются у угла правой лопатки. ЧД в покое до 26 в

минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Лабораторные и инструментальные методы обследования.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты 4,7×1012/л, лейкоциты 11×109 /л, палочкоядерные – 28%, сегментоядерные – 57%; СОЭ – 35 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,99 г/л, гиалиновые цилиндры. Биохимический анализ крови: АЛТ – 58 ед/л; АСТ – 100 ед/л; креатинин – 115 мкмоль/л; фибриноген – 8 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Очаговых изменений миокарда, гипертрофии миокарда нет. Рентгенография органов грудной клетки: очаговая инфильтрация в базальных отделах правого легкого, деформация корня правого легкого.

Вопрос:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ответ:

1. Внебольничная правосторонняя пневмония. ДН II.
2. Диагноз «внебольничная правосторонняя пневмония» установлен на основании жалоб больного на повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, потливость, данных анамнеза (острое развитие заболевания после переохлаждения); данных осмотра (фокус ослабления дыхания, наличие множественных влажных мелкопузырчатых хрипов при аускультации у угла правой лопатки), установление ДН основано на ЧД во время приёма; на основании анализа крови (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, СОЭ повышено), на основание рентгенологических данных (очаговая инфильтрация в базальных отделах правого легкого).

Ситуационная задача 4

У больной 52 лет внезапно появились боли в правом подреберье, рвота, не приносящая облегчение. Присоединилась лихорадка до 38,5°С с ознобом, появилось окрашивание кожных покровов, потемнение мочи и посветление кала. Объективно: отмечены положительные пузырные симптомы, увеличение печени на 1–2 см ниже реберной дуги.

Лабораторные показатели: лейкоциты – 12×109 /л, СОЭ – 40 мм/ч.

Биохимические показатели: АЛТ – 2,2 ммоль/л, АСТ – 1,7 ммоль/л, тимоловая проба – 4 ед, общий билирубин – 180 мкмоль/л, прямой билирубин – 160 мкмоль/л, ЩФ – 400 ЕД/л. УЗИ брюшной полости: желчный пузырь содержит осадок, конкременты отчетливо не выявлены. Печень с диффузным усилением эхо-сигналов, не увеличена. Эзофагогастродуоденоскопия: эрозивный дуоденит.

Вопрос:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Сформулировать диагноз.

Ответ:

1. Синдромы: системного воспаления, желтухи, холестаза, абдоминальной боли.
3. Основное заболевание: ЖКБ: камни желчного протока. Острый холангит.

Ситуационная задача 5

Больной И., 27 лет, вызвал врача на дом на 2-ой день болезни. Заболел остро. На фоне полного здоровья после переохлаждения (ходил в лыжный поход) внезапно появился озноб, отметил повышение температуры до 39,5 ˚С, колющие боли в правом боку при дыхании, головные боли, сухой кашель, общую слабость. Принимал парацетамол, но температура продолжала оставаться высокой. На следующий день кашель усилился, появилась «ржавая» мокрота.

При обследовании было обнаружено тяжёлое состояние больного. Отмечались: румянец на щеках (больше справа), герпетические высыпания на губах. Частота дыхания – 35 в мин. Было выявлено отставание при дыхании правой половины грудной клетки. Справа ниже угла лопатки определялись усиление голосового дрожания, притуплено-тимпанический характер перкуторного звука, выслушивались ослабленное везикулярное дыхание, усиление

бронхофонии, крепитация.

Вопрос:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Сформулировать диагноз.

Ответ:

1. Дыхательная недостаточность 2 ст.
2. Правосторонняя нижнедолевая пневмония

Ситуационная задача 6

Больной Ж., 42 лет, разнорабочий на стройке, длительное время злоупотребляет алкоголем, плохо питается. Повторно вызвал врача на дом на 10-ый день болезни. Заболеванию предшествовало переохлаждение на фоне алкогольной интоксикации. На следующий день после этого повысилась температура до 37,8 ˚С, появились кашель с умеренным количеством мокроты, одышка. Обратился к врачу. Была заподозрена, а затем рентгенологически подтверждена правосторонняя нижнедолевая пневмония. От госпитализации больной отказался. Было назначено лечение антибиотиками в амбулаторных условиях, которые больной принимал нерегулярно. Улучшения не отмечалось. Сохранились ознобы, кашель, общая слабость. На 10-ый день болезни отметил выделение большого количества (300 мл) мокроты «полным ртом» с неприятным запахом.

При обследовании было обнаружено тяжёлое состояние больного. Частота дыхания составила 30 в минуту. Справа в подлопаточной области была выявлена зона усиления голосового дрожания. Там же при перкуссии определялся тимпанический звук, а при аускультации выслушивались бронхиальное дыхание и влажные крупнопузырчатые хрипы.

Вопрос:

1. Какие синдромы можно выделить у больного на основании клинической картины и данных объективного исследования?

2. Какое заболевание может протекать с указанной клинической картиной?

Ответ:

1. Острая дыхательная недостаточность 2 ст.
2. Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония

Ситуационная задача 7

Больной А., 64 лет, по профессии шофёр, проходил ежегодный профилактический медицинский осмотр. При расспросе врач выяснила, что больной курит в течение 45 лет по 20-25 папирос в день. На протяжении 30 лет его беспокоит кашель с небольшим количеством мокроты (несколько плевков в течение дня), выделяющейся преимущественно по утрам при умывании. В течение последних 5-8 лет кашель стал малопродуктивным, появляется в ранние утрённие часы и уменьшается лишь при выкуривании 1-2 папирос. Присоединились одышка при физическом напряжении.

При осмотре врач отметила умеренный цианоз, бочкообразную форму грудной клетки. Частота дыхания составляла 24 в минуту. Определялись равномерное ослабление голосового дрожания, уменьшение максимальной дыхательной экскурсии грудной клетки, коробочный звук при перкуссии, равномерное ослабление везикулярного дыхания (с удлинённым выходом), небольшое количество рассеянных сухих хрипов.

Вопрос:

Какое заболевание, скорее всего, имеется у больного?

Ответ:

Хроническая обструктивная болезнь легких ХОБЛ.

Ситуационная задача 8

Терапевт был вызван в хирургическую клинику на консультацию к больному Р., 65 лет, оперированному 4 дня назад под общим обезболиванием (ингаляционный наркоз и искусственной вентиляцией легких) по поводу послеоперационной грыжи. На 2-ой день после операции появился кашель с выделением небольшого количества слизевой мокроты. Старался подавить кашель, так как он сопровождался усилением болей в области операционного шва, соблюдал строгий постельный режим. На 4-ый день повысилась температура до 38,0 ˚С,

присоединилась одышка, потливость, общая слабость, кашель усилился, мокрота стала слизисто-гнойной.

При обследовании врач обнаружил увеличение частоты дыхания до 28 в минуту, отставание левой половины грудной клетки, там же определялось усиление голосового дрожания, участок притупления перкуторного звука. При аускультации отмечалось жёсткое дыхание (в зоне притупления – бронховезикулярное дыхание), над зоной притупления выслушивались звучные мелкопузырчатые хрипы.

Вопрос:

1. Назовите ведущий синдром, имеющейся у больного.

2. Какое заболевание предположительно имеется у больного и что способствовало его возникновению?

Ответ:

1. Дыхательная недостаточность 1 ст.

2. Вентиляторассоциированная левосторонняя пневмония.

Ситуационная задача 9

Больной Н., 53 лет, обратился с жалобами на упорный кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, недавно возникшее кровохарканье, одышку при физической нагрузке, субфебрильную температуру, потливость, снижение аппетита, похудание на 5 кг за последние 3 месяца, общую слабость.

Работает врачом-анестезиологом. Курит по 20-25 сигарет в день более 30 лет. Кашель беспокоит в течение многих лет. Кровохарканье и лихорадка появились в течение последнего месяца.

При осмотре врач отметил бледность кожных покровов. В левой подмышечной области определялись увеличенные лимфоузлы (размером с грецкий орех), плотно-бугристой консистенции, малоподвижные. Левая половина грудной клетки уменьшена в размере, там же отмечается более резкое западение надключичной ямки. Левая половина грудной клетки несколько отстаёт при дыхании. Частота дыхания – 24 в минуту. В надлопаточной области слева определяется притупление перкуторного звука и резкое ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания.

Вопрос:

Какое заболевание предположительно имеется у больного?

Ответ:

Центральный рак легкого слева

Ситуационная задача 10

Больная П., 57 лет, в 5-летнем возрасте перенесла корь, осложнившуюся тяжело протекавшей пневмонией. С этого времени стал беспокоить кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты. Ухудшение самочувствия наблюдалось в осенне-весенний период, когда больная отмечала длительные периоды повышения температуры и усиления кашля, а количество мокроты увеличилось до 50-100 мл в сутки. При стоянии мокрота распадалась на 3 слоя. Иногда отмечала кровохарканье. Со временем стала прогрессировать одышка при физической нагрузке, общая слабость. В течение последнего года появились отёки на лице в области век, а также отёки голеней.

При осмотре больная астенической конституции, пониженного питания. Кожные покровы бледные, отёки под глазами, пастозность голеней. Пальцы имеют форму «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стёкол». Частота дыхания – 24 в мин. При аускультации лёгких – жёсткое дыхание, рассеянные сухие и влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Печень выступает из-под рёберного края на 4 см (по среднеключичной линии), плотноэластической консистенции. Отчётливо пальпируется нижний полюс селезёнки. При лабораторном исследовании уровень альбумина в сыворотке составил 25 г/л (N 40-50 г/л), содержания холестерина – 10,4 ммоль/л (N 3,11-6,48 ммоль/л). В анализах мочи обнаруживались белок (суточная потеря белка с мочой – 14 г), гиалиновые и восковидные цилиндры, клетки почечного эпителия.

Вопрос:

Каким заболеванием страдает больная в течение многих лет?

Ответ:
Бронхоэктатическая болезнь.

Ситуационная задача 11

Больной, 30 лет, жалуется на выраженную изжогу, частые рецидивы язвенной болезни. Год назад перенес ушивание перфоративной язвы желудка. Лечение противокислотными препаратами практически не прекращается. В последний год выявлен сахарный диабет и появилась склонность к жидкому стулу.

Вопрос:
Какой основной синдром можно выделить у больного?
Ответ:
Синдромы хронического язвенного дефекта и гиперацидности.

Ситуационная задача 12

Больная, 58 лет, в течение 5–6 лет отмечает распирающую боль в правом подреберье и эпигастрии длительностью до часа, периодическую тошноту и вздутие живота, чаще после приема жирной пищи. Стул – склонность к запорам. В анамнезе – отягощенная наследственность по ЖКБ. Климакс с 52 лет без заместительной гормонотерапии. Объективно: больная избыточного веса (ИМТ=33,8), кожные покровы не изменены. В легких и сердце патологических изменений не отмечено, живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Слабо положительный симптомы Ортнера, Кера. Артериальное давление – 135/85 мм рт. ст. Общий анализ крови, мочи, кала и биохимическое исследование крови, включая показатели билирубина, печеночных проб, амилазы и липазы, без изменений, гиперхолестеринемия. УЗИ брюшной полости: желчный пузырь правильной формы, стенки не изменены, размеры: длина – 100 мм, ширина – 35 мм, в желчном пузыре отмечается эхо-неоднородная желчь с наличием различной плотности и величины сгустков желчи, смещаемых и не дающих акустической тени. Печень и поджелудочная железа нормальных размеров, без структурных отклонений.
Вопрос:
1.Выделить ведущий синдром.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
Ответ:

1. Хронический болевой синдром в правом подреберье.
2. Основное заболевание: ЖКБ, 1 стадия, физико-химическая: билиарный сладж по типу замазкообразной желчи.

Ситуационная задача 13

Больной 59 лет поступил с жалобами на сильную одышку в покое, сердцебиение, слабость, потерю аппетита. Ухудшение самочувствия, снижение работоспособности, утомляемость в течение последних 2 месяцев. Эти явления объяснял увеличением рабочей нагрузки в предыдущее время и к врачам не обращался. Неделю назад заметил сердцебиение, одышку и небольшие боли в левой прекардиальной области двоякого характера: длительная давящая боль, которая отдавала вверх в область плеча и шеи и более острую, но быстро исчезающую боль при глубоком дыхании и кашле. За последние 3 дня боли почти прекратились, но стало трудно дышать, по утрам появились отеки на лице, которые в течение дня “перемещались” и к вечеру отекали ноги. Впервые вчера вызвал врача на дом и был госпитализирован.
Вопрос:
Какой основной синдром можно выделить у пациента?
Ответ:
Нарушение кровообращения, НК 2 ст.

Ситуационная задача 14

Женщина 79 лет с длительным анамнезом гипертонической болезни доставлена в отделение реанимации с симптомами: правосторонняя гемиплегия, правосторонняя гемигипестезия, сенсомоторная афазия.

Вопрос:

Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

Ответ: Зона кровоснабжения левой средней мозговой артерии

Ситуационная задача 15

Мужчина 53 лет, страдающий хроническим панкреатитом, пришел в поликлинику с жалобами на онемение, «жжение» в стопах, боль в мышцах голеней, неуверенность при ходьбе, особенно в темное время, парестезии в пальцах рук, Эти явления появились около пяти недель назад. Наблюдается у нарколога в связи со злоупотреблением спиртными напитками. Врач выявил: снижение силы разгибателей стоп, гипотонию икроножных мышц, ахилловы рефлексы не вызываются, снижены карпорадиальные рефлексы. Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп.

Вопрос:

1. Топический диагноз?
2. Предположительный клинический диагноз?

Ответ:

1) Множественное поражение нервов верхних и нижних конечностей.
2) Полинейропатия нижних и верхних конечностей алкогольная (сенсорно-моторная).

Ситуационная задача 16

Женщина 25лет жалуется на периодические приступы сильной головной боли в правой половине головы, правого глазного яблока, которые беспокоят ее около 6 лет. Приступ продолжается в течение всего дня, головная боль нарастает до нестерпимой, часто сопровождается рвотой. Во время приступа не может ничего делать, вынуждена находиться в темной комнате, пытается заснуть. Чтобы облегчить состояние принимает любые анальгетики или вольтарен, но чаще это не помогает. Обычно приступ связан с началом менструального цикла. При неврологическом осмотре очаговой симптоматики не выявлено. Пациентка рассказала, что у ее матери были похожие приступы.

Вопрос:

Предположительный клинический диагноз.

Ответ:

Мигрень

Ситуационная задача 17

Во время проведения профессионального осмотра на химическом заводе, один из рабочих пожаловался на ощущение онемения и слабости в стопах, появившиеся несколько месяцев назад, но последнее время усилившиеся. Объективно: выявляется угнетение карпорадиальных и ахилловых рефлексов, гипестезия в дистальных отделах конечностей, дистальный гипергидроз, лабильность ЧСС.

Вопрос:

1. Клинический диагноз.
2. Причина состояния.

Ответ:

1. Полинейропатия при экзогенной интоксикации, сенсорно-моторно-вегетативная.
2. Промышленные яды, используемые при производстве. Наиболее частыми причинами развития интоксикаций являются соединения тяжелых металлов, ФОС, отравление СО.

Ситуационная задача 18

Пациентка 30 лет, грипп. Жалобы на высокую температуру, насморк, ломоту во всём теле, головные боли, слабость, болезненные пятна и язвы на теле. Заболела три дня назад, по назначению участкового врача принимала аспирин. На второй день после приёма аспирина на коже появились сначала болезненные красные пятна, затем пузыри, язвы. Объективно: состояние

больной тяжёлое, температура 38,5 С. На коже спины, в подмышечных впадинах, в паховых областях множественные болезненные эритемы, пузыри, эрозии. Поражённая кожа имеет вид ошпаренной кипятком. Слизистая оболочка полости рта резко гиперемирована, местами имеются эрозии. ЧДД 26 вдохов в минуту, АД 110/60, пульс 110 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

Вопрос:

Какое осложнение у пациентки?

Ответ:

Анафилактический шок.

Ситуационная задача 19

Пациентка, 30 лет, находится на стационарном лечении в венерологическом отделении с диагнозом свежая гонорея. Лечащий врач назначил больной курс цефазолина внутримышечно по схеме. У пациентки после первой инъекции внезапно появились чувство стеснения в груди, слабость, чувство жара во всём теле, зуд, беспокойство, страх, головная боль, затруднённое дыхание, рвота, одышка, сердцебиение. Объективно: состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, холодный липкий пот, пульс 100 ударов в минуту слабого наполнения, АД 80 мм рт. ст.

Вопрос:

Причина состояния пациента.

Ответ:

Отек Квинке (ангионевротический отек)

Ситуационная задача 20

Пациентка 20 лет находится на стационарном лечении в кожном отделении с диагнозом: крапивница. Вечером она обратилась к дежурной медсестре с жалобами на появление отёка на лице, чувство напряжённости, нарастающую одышку, осиплость голоса. Состояние ухудшилось через час после того, как съела креветки, принесённые родственниками. Объективно: на коже лица, век, щёк, губ, имеется отёк, выступающий над уровнем окружающей кожи, эластической консистенции, бледно-розового цвета. Температура тела, пульс, АД в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Вопрос:

1. Какое заболевание может обусловить указанную клиническую картину?

2. Какое осложнение может развиться у данной больной?

Ответ:

1. Отек Квинке (ангионевротический отек)

2. Отек гортани с развитием дыхательной недостаточности

.

4. Критерии оценки

Критерии оценивания тестовых заданий

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 60% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

Положительный ответ на менее чем 60% тестовых заданий свидетельствует о не сформированности компетенций по дисциплине.

Положительный ответ на 60– 69% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

Положительный ответ на 70– 84% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

Положительный ответ на 85–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

61-69% правильных ответов – удовлетворительно.

70-84% правильных ответов – хорошо.

85% и выше – отлично.

Критерии оценивания ситуационных задач

Ситуационные задачи применяются для текущего контроля знаний обучающихся. Оценка за решение задачи ставится в баллах (от 5 до 10 баллов) в соответствии со следующими критериями.

5 баллов – ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (привлекаются дополнительные теоретические источники); ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. Предлагаются варианты решения задачи

4 баллов – ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в основном из лекционного курса); ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. Варианты решения задачи не предлагаются или предлагаются по одному алгоритму.

3 баллов - ответ на вопросы задачи дан в основном правильно. Объяснение хода ее решения недостаточно подробное, недостаточно логичное, с некоторыми ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в том числе из лекционного материала); ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.