

Электронная цифровая подпись

Коленков Алексей Александрович



B B A B F F D 0 E 6 1 6 1 1 E A

Завалко Александр Федорович



3 8 8 2 1 B 8 B C 4 D 9 1 1 E A

Утверждено "28" июля 2022 г.
Протокол № 1

председатель Ученого Совета Коленков А.А.
ученый секретарь Ученого Совета Завалко А.Ф.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Форма обучения: очная
Срок обучения: 5 лет**

Год поступления 2022

1. Перечень компетенций и оценка их формирования в процессе освоения дисциплины

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине(модулю): «Внутренние болезни»

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код и наименование компетенции /Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	Вопросы темы, проверяющие освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Теста, проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Задачи, проверяющей освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	Формы СРС № Темы презентации/реферата и др. форм контроля, проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	История развития учения о внутренних болезнях. Общий осмотр.	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Распрос как метод исследования, правила его проведения (виды жалоб, методы сбора анамнеза).	1, 4, 5, 6, 7	2	1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного	Схема проведения общего осмотра больного и интерпретация полученных	8, 9	3	2		

			и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	данных.					
		иПК-1.1	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Принципы врачебной этики и деонтологии в общении с пациентами, их родственниками или законными представителями.	2, 3	1			
		иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Использование данных осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования в выделении симптомов и синдромов заболевания.	10				
2	Симптоматика заболеваний органов дыхания.	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных	Аускультация и перкуссия в диагностике заболеваний органов дыхания. Изменения легочного тона при разной патологии.	2, 3, 4, 9, 10	1	3, 5; 6	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического	В соответствии с п.4.2.2

			методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач					больного, разбор истории болезни.	
		иПК-1.1	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Жалобы больных с заболеваниями органов дыхания.	1	2			
		иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Физикальное обследование, лабораторная и инструментальная диагностика при синдроме очагового уплотнения легочной ткани. Физикальное обследование, лабораторная и инструментальная диагностика при синдроме долевого уплотнения легочной ткани. Физикальное обследование, лабораторная и инструментальная диагностика при синдроме полости в легком. Физикальное обследование, лабораторная и инструментальная диагностика при синдроме ателектаза (обтурационного и компрессионного). Физикальное обследование, лаборатор-	5, 6, 7, 8	3	4		

				ная и инструментальная диагностика при синдроме скопления жидкости в плевральной полости (гидроторакс).					
3	Симптоматика заболеваний сердечно-сосудистой системы.	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Аускультация сердца в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы.	1, 4	1	7	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Пальпация верхушечного толчка, оценка его локализации и свойств.	2, 3, 5, 6,	2			
		иПК-1.1	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Основные жалобы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.	7, 8	3			

		иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Осмотр больного с сердечно-сосудистой патологией. Понятие об электрокардиографии. Интерпретация ЭКГ.	9, 10				
4	Симптоматика заболеваний органов пищеварения. Синдромы заболеваний системы пищеварения. Лабораторные методы исследования.	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Проявления заболеваний органов пищеварения в ротовой полости.	1, 2 7,	1	11; 12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритм лабораторного и инструментального обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварения.	8, 10	2	9		
		иПК-1.1	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей	Жалобы и особенности анамнеза пациентов с заболеваниями органов пищеварения.	3, 4, 5	3	8		

		иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Лабораторная и инструментальная диагностика гипо- и гиперсекреторного желудочного синдрома. Лабораторная и инструментальная диагностика синдрома пищевода, желудочного и кишечного кровотечения. Лабораторная и инструментальная диагностика синдрома желудочной и кишечной диспепсии. Лабораторная и инструментальная диагностика синдрома мальабсорбции и мальдигестии.	6, 9		10		
5	Симптоматика заболеваний печени, желчевыводящих путей Лабораторные и инструментальные методы исследования.	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Сбор жалоб, анамнеза и осмотр больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей.	7, 8, 10	1, 3	13; 15,16	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследова-	Физикальное обследование, лабораторная и инструментальная диагностика при синдроме желтухи. Физикальное обследование, лаборатор-	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9	2	14		

			<p>ния и заключений консультаций врачей-специалистов</p>	<p>ная и инструментальная диагностика при синдроме портальной гипертензии. Физикальное обследование, лабораторная и инструментальная диагностика при синдроме печеночно-клеточной недостаточности (печеночная кома). Физикальное обследование, лабораторная и инструментальная диагностика при гепатолиенальном синдроме. Лабораторная диагностика синдрома цитолиза.</p>					
6	Симптоматика заболеваний почек и мочевыводящих путей. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Основные клинические синдромы.	иОПК-5.2	<p>Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач</p>	<p>Клинические проявления, лабораторная диагностика нефротического синдрома. Клинические проявления, лабораторная диагностика нефритического синдрома.</p>	1, 2	1	17; 18	<p>Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.</p>	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.3	<p>Разрабатывает алгоритм обследования</p>	<p>Алгоритм обследования пациента с хро-</p>	8, 9	2			

			пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	нической болезнью почек (ХБП).					
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Сбор жалоб и анамнеза у стоматологического пациента с заболеванием почек	4, 5	3			
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Лабораторная и инструментальная диагностика функционального состояния почек. Диагностические критерии мочевого синдрома.	3, 6, 7, 10				
7	Симптоматика заболеваний крови. Основные клиничко-лабораторные синдромы	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Диагностическое значение осмотра, перкуссии и пальпации при болезнях системы крови.	4, 5	1		Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/	Сбор жалоб и анамнеза при заболеваниях системы крови. Ос-	2	2			

			законных представителей)	новые симптомы.					
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Проявления заболеваний крови в ротовой полости. Интерпретация показателей общего анализа крови, свертывающей и противосвертывающей систем.	1, 3, 6, 7, 8, 9, 10	3			
8	Симптоматика заболеваний эндокринной системы. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Основные синдромы	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Объективное обследование пациентов с заболеваниями эндокринной системы.		1	19	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных за-	Осмотр пациента с гипотиреозом, лабораторная диагностика. Осмотр пациента с гипертиреозом, лабораторная диагностика.	3, 9	2			

			дач						
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с заболеваниями эндокринной системы.	1, 4, 5	3			
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Клинические проявления и лабораторная диагностика гипергликемии. Клинические проявления и лабораторная диагностика гипогликемии.	2, 6, 7, 8, 10		20		
9	Бронхиальная астма.	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Инструментальная диагностика бронхиальной астмы. Определение степени тяжести бронхиальной астмы.	8	1		Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с бронхиальной астмой.	9	3	21		
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и	Интерпретация результатов спиромет-	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10	2	22		

			повторного осмотра, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	рии при бронхиальной астме.					
10	Острый и хронический гломерулонефрит. Хронический пиелонефрит. ХБП.	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Объективное обследование пациентов с пиелонефритом. Объективное обследование пациентов с гломерулонефритом.	5, 6, 7	1		Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Особенности анамнеза у пациентов с гломерулонефритом. Роль одонтогенной инфекции.	1, 4, 8	2			
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Лабораторная диагностика пиелонефрита. Лабораторная диагностика гломерулонефрита. Лабораторная диагностика стадий ХБП.	2, 3, 9, 10	3			

11	Острая ревматическая лихорадка. Диффузные заболевания соединительной ткани.	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Объективное обследование пациента с острой ревматической лихорадкой.		1	23	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Осмотр ротовой полости. Стоматологические проявления диффузных заболеваний соединительной ткани.	5		25		
		иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритм обследования пациента с подозрением на диффузное заболевание соединительной ткани.					
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных предста-	Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с острой ревматической лихорадкой.	1				

			вителей)					
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Лабораторные критерии активности острой ревматической лихорадки.	2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10		24	
12	Итоговое занятие. Тестирование.	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний		1, 2, 10, 13			Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.
		иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач		3, 6, 8, 9, 16, 19, 20, 21, 26, 31, 34, 38, 43, 48			

		иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач		24				
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)		5, 11, 14, 23, 25, 30, 32, 39, 42, 45				
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов		4, 7, 12, 15, 17, 22, 27, 28, 29, 33, 35, 36, 37, 40, 41, 44, 46, 47, 49, 50				
13	Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии. Артериальная гипотония.	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Дифференциальная диагностика эндокринных артериальных гипертензий на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных.	3	1		Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обос-	Данные объективного обследования пациентов с почечной артериальной гипертензией. Лабораторная и ин-	2, 5, 7, 8, 9	2,3	26		

			новывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	струментальная диагностика почечных артериальных гипертензий.					
		иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритм обследования пациента с подозрением на вторичную артериальную гипертензию.		1, 2	27		
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с артериальной гипертензией.	4		28		
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Определение степени артериальной гипертензии и стадии ГБ на основании результатов лабораторной и инструментальной диагностики.	1, 6, 10				
14	ИБС. Стенокардия. Инфаркт миокарда.	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритм обследования пациента с подозрением на ИБС.	2, 5	1	29, 30	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное рефе-	В соответствии с п.4.2.2

		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Жалобы пациента с острым коронарным синдромом. Клинические варианты начала инфаркта миокарда.	1, 4, 7	2		ративное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Электорокардиограмма при стенокардии и инфаркте миокарда. Лабораторная диагностика инфаркта миокарда.	3, 6, 8, 9, 10	3	31		
15	Пороки сердца. Инфекционный эндокардит.	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Клиническая картина, основные диагностические критерии митральных пороков. Клиническая картина, основные диагностические критерии аортальных пороков.	2, 10	2, 3		Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритм обследования пациента с подозрением на инфекционный эндокардит.	1	1			

		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с инфекционным эндокардитом. Роль одонтогенной инфекции.	4				
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Интерпретация данных аускультации сердца при разных пороках.	3, 5, 6, 7, 8, 9				
16	Гастрит. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Лабораторная диагностика Helicobacter Pylori.	2, 4, 9	1, 2		Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с гастритом. Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.	3, 8, 10	3			
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Интерпретация данных рентгенологических исследований желудка и кишечника, эзофагогастродуоденоскопии, ультразвукового исследования органов брюшной полости.	1, 5, 6, 7	1, 2			

			чей-специалистов						
17	Холецистит. Хронические гепатиты.	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритм обследования пациента с подозрением на гепатит.	2, 7, 10	1		Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Особенности жалоб и анамнеза больных с холециститом. Особенности жалоб и анамнеза больных с хроническим гепатитом.	6				
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Лабораторная и инструментальная диагностика холецистита. Лабораторная и инструментальная диагностика гепатитов.	1, 3, 4, 5, 8, 9	2, 3			
18	Сахарный диабет. Диффузный токсический зоб.	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Основные клинические симптомы диффузного токсического зоба. Лабораторная и инструментальная диагностика диффузного токсического зоба.	3, 9	1, 3		Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с сахарным диабетом. Жалобы пациентов с диффузным токсиче-	4, 8, 10	2			

			вителей)	ским зобом.					
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Интерпретация теста на толерантность к глюкозе.	1, 2, 5, 6, 7	1, 3			
19	Анемии. Геморрагические болезни.	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритм обследования пациента с анемией.		1		Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Жалобы и анамнез пациентов с геморрагическими болезнями.	8, 10	2			
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Проявления геморрагических болезней в ротовой полости.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9	3			
20	Лейкозы. Острая лучевая болезнь.	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обос-	Клиническая и лабораторная диагностика острых лейкозов.	6	1	32, 33	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, до-	В соответствии с п.4.2.2

			новывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач					клад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	
		иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Клиническая и лабораторная диагностика хронических лейкозов.		2			
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Интерпретация результатов общего анализа крови с лейкоформулой (виды лейкоцитарных реакций). Интерпретация изменений общего анализа крови и лейкоформулы при разных лейкозах.	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10	3	34		

21	Неотложные состояния	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Клиническая диагностика отека Квинке и анафилактического шока. Клиническая и инструментальная диагностика гипертонического криза. Клиническая и инструментальная диагностика приступа бронхиальной астмы.	1, 3	2, 4, 5		Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Сбор жалоб и анамнеза у пациентов при неотложных состояниях у стоматолога	2	1			
		иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Интерпретация данных ЭКГ в диагностике острого коронарного синдрома.	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	3			
22	Написание и защита фрагмента истории болезни.	иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Сбор жалоб и анамнеза у стоматологических пациентов по профилю “терапия”	11 4, 3 6, 8, 2, 7, 9, 14, 16, 22, 24, 37, 45, 4913, 15, 19, 21, 25, 28, 44			Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение	В соответствии с п.4.2.2
	Итоговое тести-								

	рование.	иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	1, 5, 10, 12, 17, 18, 20, 23, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 50			ние, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	
--	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (клинические практические занятия), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины – п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- подготовка докладов/устных реферативных сообщений,
- решение ситуационных задач;
- курация больного/ разбор тематического больного
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема №1. История развития учения о внутренних болезнях. Общий обзор.

1. ОПК-5.1 Выберите комбинацию ответов.

СБОР АНАМНЕЗА ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПРАВИЛАМ:

1. всегда необходим зрительный контакт с пациентом
2. зрительный контакт с пациентом не требуется
3. проводится после осмотра лица и тела
4. проводится после сбора жалоб

2. ПК-1.1

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА?

1. да
2. нет
3. в некоторых случаях

3. ПК-1.1

СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ:

1. защиты внутреннего мира человека, его автономии
2. защиты социальных и экономических интересов личности
3. создания основы доверительности и открытости взаимоотношений "врач-пациент"
4. поддержания престижа медицинской профессии
5. все вышеперечисленное
6. ничего из перечисленного

4. ОПК-5.1

КАКОЙ ВОПРОС НАЗЫВАЮТ ЗАКРЫТЫМ?

1. вопрос, предполагающий однозначный, короткий ответ – например, «да» или «нет»
2. вопрос, предлагающий один выбор между двумя альтернативными вариантами
3. вопрос, предполагающий полный развернутый ответ
4. термина «закрытый вопрос» не существует

5. ОПК-5.1

КАКОЙ ВОПРОС НАЗЫВАЮТ ОТКРЫТЫМ?

1. вопрос, предполагающий развернутый ответ
2. вопрос, предполагающий выбор правильного ответа из нескольких вариантов
3. вопрос, предполагающий однозначный ответ - «да» или «нет»
4. термина «открытый вопрос» не существует

6. ОПК-5.1

КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВОПРОСОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКРЫТЫМ?

1. Вас беспокоят боли за грудиной?
2. Как вы спали прошедшей ночью?
3. На что вы жалуетесь?
4. Что случилось после того, как вы вызвали «Скорую»?

7. ОПК-5.1

СБОР АНАМНЕЗА ВКЛЮЧАЕТ:

1. аллергологический анамнез
2. трансфузионный анамнез
3. семейный анамнез
4. эпидемиологический анамнез
5. все перечисленное верно

8. ОПК-5.2

НАВИТУС-ЭТО

1. конституция пациента
2. рост пациента
3. масса тела пациента
4. все перечисленное

9. ОПК-5.2

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПАМИ ЛИХОРАДКИ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ:

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. Постоянная лихорадка | А) суточные колебания температуры тела очень выражены (3-5°C) с падением до нормальных или субнормальных значений |
| 2. Послабляющая лихорадка | Б) колебания температуры тела в течение суток не превышают 1°C, обычно в пределах 38-39°C |
| 3. Истошающая лихорадка | В) длительная лихорадка с суточными колебаниями температуры тела, превышающими 1°C (до 2°C), без снижения до нормального уровня |
| 4. Возвратная лихорадка | Г) температура тела сохраняется на повышенном уровне в течение нескольких дней, потом временно снижается до нормы с последующим новым повышением, и так многократно |

10. ПК-1.3

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА УКАЗЫВАЕТ НА ОЖИРЕНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОРРИГИРУЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРИ ВЕЛИЧИНЕ:

1. 18-25 кг/м²
2. менее 18 кг/м²
3. более 25 кг/м²
4. более 30 кг/м²
5. более 40 кг/м²

Эталоны ответов

1.	1, 4	6.	1
2.	1	7.	5
3.	5	8.	4
4.	1	9.	1-Б; 2-В; 3-А; 4-Г

5.	1	10.	4
----	---	-----	---

Тема №2. Симптоматика заболеваний органов дыхания.

1. ПК-1.1

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кашель со слизистой мокротой
2. приступы удушья с затрудненным вдохом
3. приступы удушья с затрудненным выдохом
4. приступы удушья смешанного характера
5. дистанционные хрипы

2. ОПК-5.2

УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. закрытого пневмоторакса
2. эмфиземы легких
3. уплотнения легочной ткани
4. бронхита
5. бронхиальной астмы

3. ОПК-5.2

ПРИТУПЛЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. эмфиземе
2. долевой пневмонии
3. бронхите
4. бронхиальной астме
5. пневмоторакс

4. ОПК-5.2

БРОНХОФОНΙΑ УСИЛИВАЕТСЯ

1. при снижении эластичности легочной ткани
2. при уплотнении легочной ткани
3. при утолщении листков плевры
4. при наличии жидкости в плевральной полости
5. при наличии воздуха в плевральной полости

5. ПК-1.3

ФИЗИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ: АСИММЕТРИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ОТСУТСТВИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ И БРОНХОФОНИИ, ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, ДЫХАНИЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. синдрома очагового уплотнения легочной ткани
2. синдрома образования полости в легком
3. синдрома скопления жидкости в плевральной полости
4. синдрома скопления воздуха в плевральной полости
5. синдрома долевого уплотнения легочной ткани

6. ПК-1.3

ОТСУТСТВИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ, ТУПОЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ И БРОНХОФОНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. бронхита
2. пневмонии
3. экссудативного плеврита
4. эмфиземы
5. пневмоторакса

7. ПК-1.3

ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ, КОРОБОЧНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, УМЕНЬШЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ, ОСЛАБЛЕНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. очаговой пневмонии
2. эмфиземы легких
3. экссудативного плеврита
4. бронхита
5. крупозной пневмонии

8. ПК-1.3

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ: СКУДНАЯ, БЕСЦВЕТНАЯ, СЛИЗИСТАЯ, ПРИ МИКРОСКОПИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СПИРАЛИ КУРШМАНА, КРИСТАЛЛЫ ШАРКО-ЛЕЙДЕНА, ЭОЗИНОФИЛЫ. ДАННЫЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. абсцесса легкого
2. отека легких
3. очаговой пневмонии
4. крупозной пневмонии
5. бронхиальной астмы

9. ОПК-5.2

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД:

1. рентгеноскопия
2. спирометрия
3. фибробронхоскопия
4. пульсоксиметрия
5. сцинтиграфия легких

10. ОПК-5.2

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОБЫ:

1. проба с нитроглицерином
2. проба с β_2 -адреномиметиком
3. проба с дипиридамолом
4. проба с холинолитиком

Эталоны ответов

1.	3	6.	3
2.	3	7.	2
3.	2	8.	5
4.	2	9.	2
5.	4	10.	2

Тема №3. Симптоматика заболеваний сердечно-сосудистой системы. Пальпация сердца и сосудов.

1. ОПК-5.1

ШИРИНА СОСУДИСТОГО ПУЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. во II м/р
2. в III м/р
3. в IV м/р
4. в V м/р
5. в IV м/р

2. ОПК-5.2

УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ:

1. гипертрофии правого желудочка

2. гипертрофии правого предсердия
3. гипертрофии левого предсердия
4. гипертрофии левого желудочка

3. ОПК-5.2

УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

1. расширении восходящей части аорты
2. расширении полости левого желудочка
3. стенозе митрального клапана
4. лёгочной гипертензии

4. ОПК-5.1

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: ТОЧКА АУСКУЛЬТАЦИИ В ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ – МЕСТО ВЫСЛУШИВАНИЯ.

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. I точка аускультации | А) точка Боткина-Эрба |
| 2. II точка аускультации | Б) 2 м/р слева у грудины |
| 3. III точка аускультации | В) основание мечевидного отростка грудины |
| 4. IV точка аускультации | Г) 2 м/р справа у грудины |
| 5. V точка аускультации | Д) верхушка сердца |

5. ОПК-5.2

АКЦЕНТ II ТОНА НАД АОРТОЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ:

1. артериальной гипертонии
2. митральном стенозе
3. хроническом легочном сердце
4. тромбоэмболии легочной артерии

6. ОПК-5.2

УСИЛЕНИЕ I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

1. митральном стенозе
2. митральной недостаточности
3. хроническом лёгочном сердце
4. тромбоэмболии лёгочной артерии

7. ПК-1.1

КАКИЕ ЖАЛОБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЛЕВОСЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

1. боли в области сердца
2. одышка, удушье, кашель
3. боли в правом подреберье, отеки
4. тошнота, рвота

8. ПК-1.1

КАКИЕ ЖАЛОБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРАВОСЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

1. боли в области сердца
2. одышка, удушье, кашель
3. боли в правом подреберье, отеки
4. тошнота, рвота

9. ПК-1.3

СМЕЩЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ ВЛЕВО, $R_{V4} < R_{V5} \leq R_{V6}$, ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ Т В V_6 ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. гипертрофии левого желудочка

2. гипертрофии правого желудочка
3. гипертрофии левого предсердия
4. гипертрофии правого предсердия

10. ПК-1.3

ПОСТОЯННЫЙ ИНТЕРВАЛ PQ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ 0,26 СЕК., РАВНЫЕ ИНТЕРВАЛЫ RR И ЗУБЕЦ P, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ КАЖДОМУ КОМПЛЕКСУ QRS, ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ:

1. атриовентрикулярной блокады I степени
2. остановки синусового узла
3. атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц I
4. трепетания предсердий правильной формы

Эталоны ответов

1.	1	6.	1
2.	4	7.	2
3.	1	8.	3
4.	1-Д; 2-Г; 3-Б; 4-В; 5-А	9.	1
5.	1	10.	1

Тема №4. Симптоматика заболеваний органов пищеварения. Синдромы заболеваний системы пищеварения. Лабораторные методы исследования. Основные клинические синдромы.

1. ОПК-5.1

С ПОМОЩЬЮ ПОВЕРХНОСТНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА МОЖНО ОЦЕНИТЬ:

1. напряжение мышц передней брюшной стенке
2. размеры печени
3. локализацию печени
4. локализацию желчного пузыря нижний край печени

2. ОПК-5.1

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ ПО МЕТОДУ КУРЛОВА НАХОДЯТ?

1. три размера
2. четыре размера
3. пять размеров
4. два размера

3. ПК-1.1

ЖАЛОБЫ НА ИЗЖОГУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
2. хронического холецистита
3. хронического пиелонефрита
4. хронического панкреатита

4. ПК-1.1

«КИНЖАЛЬНАЯ» БОЛЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. гастрита
2. панкреатита
3. перфоративной язвы желудка или 12-перстной кишки
4. энтерита

5. ПК-1.1

НОЮЩИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 1,5-2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ (ПОЗДНИЕ БОЛИ), НАТОЩАК (ГОЛОДНЫЕ) И НОЧНЫЕ БОЛИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

1. гастрите
2. раке желудка
3. язвенной болезни 12-перстной кишки
4. панкреатите

6. ПК-1.3

АМИЛОРЕЯ, КРЕАТОРЕЯ, СТЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. гастрита
2. холецистита
3. панкреатита
4. язвенной болезни желудка

7. ОПК-5.2

ПРИ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ТОШНОТЕ, ИЗЖОГЕ, ОТРЫЖКЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

1. эзофагогастродуоденоскопию
2. клинический анализ крови
3. ультразвуковое исследование органов брюшной полости
4. компьютерную томографию органов брюшной полости

8. ОПК-5.2

«МЕЛЕНА» ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

1. язве желудка
2. раке толстой кишки
3. эрозивно-язвенном колите
4. панкреатите
5. гастрите

9. ПК-1.3

«ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ» ПРИ РЕНТГЕНОСКОПИИ ЖЕЛУДКА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:

1. раке желудка
2. гастрите
3. язвенной болезни
4. синдроме портальной гипертензии

10. ОПК-5.2

ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА НАЗНАЧАЮТ

1. зондовый метод
2. гастроскопию
3. общий анализ крови
4. копрологическое исследование

Эталоны ответов

1.	1	6.	3
2.	1	7.	1
3.	1	8.	1
4.	3	9.	1
5.	3	10.	1

Тема №5. Симптоматика заболеваний печени, желчевыводящих путей. Лабораторные и инструментальные методы исследования

1. ПК-1.3

ТЕМНАЯ МОЧА С ЖЕЛТОЙ ПЕНОЙ И ОБЕСЦВЕЧЕННЫЙ КАЛ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ:

1. надпеченочной желтухе
2. печеночной желтухе
3. подпеченочной желтухе

4. гемолитической желтухе

2. ПК-1.3

«СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. цирроза печени
2. холецистита
3. панкреатита
4. гастрита

3. ПК-1.3

ГУСТОПИГМЕНТИРОВАННЫЕ МОЧА И КАЛ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ:

1. надпеченочной желтухе
2. печеночной желтухе
3. подпеченочной желтухе
4. циррозе печени

4. ПК-1.3

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА И КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

1. гастрита и эзофагита
2. портальной гипертензии
3. гепатита
4. холецистита

5. ПК-1.3

О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПЕЧЕНОЧНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА?

1. наличие дуодено-гастрального рефлюкса
2. увеличение желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза
3. сердечная недостаточность на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии
4. снижение дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

6. ПК-1.3

ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кожный зуд
2. спленомегалия
3. асцит
4. гепатомегалия

7. ОПК-5.2

ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ:

1. эластазы кала
2. липазы кала
3. эластазы крови
4. липазы крови

8. ОПК-5.2

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. гастрит
2. энтерит
3. желчно-каменная болезнь
4. определение вида дискинезии желчевыводящих путей

9. ПК-1.3

АКТИВНОСТЬ КАКИХ ФЕРМЕНТОВ ДОМИНИРУЕТ ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ?

1. АСТ, АЛТ

2. Щелочная фосфатаза, гаммаглутамилтранспептидаза
3. Щелочная фосфатаза, АЛТ
4. КФК, ЛДГ

10. ОПК-5.2

СТАДИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ БЕЗ БИОПСИИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПРИ ПОМОЩИ:

1. транзистентной эластометрии
2. компьютерной томографии с контрастированием
3. магнитно-резонансной томографии
4. дуплексного ультразвукового сканирования

Эталонныe ответы

1.	3	6.	1
2.	1	7.	1
3.	1	8.	4
4.	2	9.	2
5.	4	10.	1

Тема №6. Симптоматика заболеваний почек и мочевыводящих путей. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Основные клинические синдромы.

1. ОПК-5.2

УКАЖИТЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ:

1. начинаются с нижних конечностей
2. появляются к вечеру
3. начинаются с лица
4. плотные

2. ОПК-5.2

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ:

1. отеки лица, бледность кожи
2. отеки лица, акроцианоз
3. отеки лица, геморрагическая сыпь на лице
4. отеки лица, гиперемия кожи

3. ПК-1.3

Выберите правильную комбинацию ответов:

ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХПН ЯВЛЯЮТСЯ:

1. снижение уровня мочевины
2. повышение уровня креатинина крови
3. повышение СКФ
4. снижение СКФ

4. ПК-1.1

ПРОЯВЛЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ЖАЛОБЫ НА ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШИЕ ОЗНОБ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38-39 ОС, НОЮЩИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ, ДИЗУРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, ИНОГДА ТОШНотУ, РВОТУ:

1. ХПН
2. острый цистит
3. острый пиелонефрит
4. острый гломерулонефрит

5. ПК-1.1

ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. отеки
2. боли в поясничной области
3. учащенное мочеиспускание
4. болезненное мочеиспускание

6. ПК-1.3

ПРОТЕИНУРИЯ БОЛЕЕ 3 Г/СУТ. МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ:

1. остром пиелонефрите
2. хроническом цистите
3. хроническом пиелонефрите
4. хроническом гломерулонефрите

7. ПК-1.3

АНАЛИЗ МОЧИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:

1. гематурия, протеинурия
2. цилиндрурия, глюкозурия
3. лейкоцитурия, бактериурия
4. протеинурия, глюкозурия

8. ОПК-5.3

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. биопсия почки
2. проба Нечипоренко
3. общий анализ мочи
4. внутривенная урография

9. ОПК-5.3

С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ МОЖНО ВЫЯВИТЬ МОЧЕКАМЕННУЮ БОЛЕЗНЬ:

1. проба Зимницкого
2. радиоизотопная ренография
3. проба Реберга
4. УЗИ почек

10. ПК-1.3

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЕМ СКФ И СТАДИЕЙ ХБП:

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 102 мл/мин | А) I стадия |
| 2. 67 мл/мин | Б) II стадия |
| 3. 23 мл/мин | В) III стадия |
| 4. 45 мл/мин | Г) IV стадия |
| 5. 10 мл/мин | Д) V стадия |

Эталоны ответов

1.	3	6.	4
2.	1	7.	3
3.	2, 4	8.	1
4.	3	9.	4
5.	1	10.	1 – А, 2 – Б, 3 – Г, 4 – В, 5 – Д.

Тема №7. Симптоматика заболеваний крови. Основные клиничко-лабораторные синдромы

1. ПК-1.3

ИСТОНЧЕНИЕ И ДЕФОРМАЦИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН, СУХОСТЬ И ЛОМКОСТЬ ВОЛОС, СГЛАЖЕННОСТЬ СОСОЧКОВ ЯЗЫКА, НАРУШЕНИЕ ГЛОТАНИЯ СУХОЙ ПИЩИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

1. фуникулярного миелоза
2. общеанемического синдрома
3. сидеропенического синдрома
4. гемолитического криза

2. ПК-1.1

ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, ОБМОРОКИ, ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА И ОБОНЯНИЯ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО УКАЗЫВАЮТ НА АНЕМИЮ:

1. железодефицитную
2. гипопластическую
3. гемолитическую
4. В12 - дефицитную

3. ПК-1.3

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

Показатели общего анализа

1. Эритроциты
2. Гемоглобин
3. Тромбоциты
4. Лейкоциты

Норма

- А) $4,0-9,2 \cdot 10^9$
- Б) 120-160 г/л
- В) $4,0-4,5 \cdot 10^{12}$
- Г) $180-320 \cdot 10^9$

4. ОПК-5.2

КОЙЛОНИХИИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ ОСМОТРЕ, - ЭТО:

1. поперечная исчерченность ногтей
2. выпуклость ногтей в виде часовых стекол
3. ложкообразные вдавления ногтей
4. ломкость ногтей

5. ОПК-5.2

ПРИ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА ВЫЯВЛЕНА ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ. ЧТО ПОД ЭТИМ ПОДРАЗУМЕВАЮТ:

1. лейкозную инфильтрацию лимфатических узлов
2. лимфоцитоз в периферической крови
3. высокий лимфобластоз в стерильном пунктате
4. увеличение лимфоузлов

6. ПК-1.3

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА И СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ АНЕМИИ:

- | | |
|---------------------------|------------|
| 1. легкая степень анемии | А) 105 г/л |
| 2. анемия средней тяжести | Б) 45 г/л |
| 3. анемия тяжелой степени | В) 78 г/л |
| | Г) 65 г/л |
| | Д) 93 г/л |

7. ПК-1.3

Выберите правильную комбинацию ответов

ДЛЯ В-12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО:

1. гиперхромия эритроцитов
2. микроцитоз
3. гипохромия эритроцитов
4. определение в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота

8. ПК-1.3

СДВИГОМ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО НАЗЫВАЕТСЯ?

1. нейтропения
2. лимфоцитопения
3. появление молодых незрелых форм нейтрофилов в крови
4. лимфоцитоз

9. ПК-1.3

ЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. анемии
2. хронического лейкоза
3. острого лейкоза
4. полицитемии

10. ПК-1.3

ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С ЭРИТРЕМИЕЙ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

1. желтушные
2. бледные
3. вишнево-красные
4. бронзовые

Эталоны ответов

1.	3	6.	1 – А, Д; 2 – В; 3 – Б, Г
2.	1	7.	1,4
3.	1-В, 2-Б, 3-Г, 4-А	8.	3
4.	4	9.	3
5.	1	10.	3

Тема №8. Симптоматика заболеваний эндокринной системы. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Основные синдромы

1. ПК-1.1

ЖАЛОБА БОЛЬНОГО ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:

1. чувство голода
2. дрожь в теле
3. жажда
4. потливость

2. ПК-1.3

ДЛЯ АКРОМЕГАЛИИ ХАРАКТЕРНО

1. увеличение носа, нижней челюсти, надбровных дуг
2. снижение массы тела
3. бронзовая окраска кожи
4. пучеглазие, повышенный гипергидроз

3. ОПК-5.2

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПОЗВОЛЯЕТ СУДИТЬ О:

1. типе сахарного диабета
2. степени компенсации углеводного обмена
3. степени компенсации белкового обмена
4. степени компенсации жирового обмена

4. ПК-1.1

КАКАЯ ЖАЛОБА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА ГИПОТИРЕОЗА?

1. раздражительность
2. нервозность

3. потливость
4. сонливость

5. ПК-1.1

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ:

1. тремор рук и век, потливость, снижение веса, сердцебиение
2. утолщение пальцев рук, увеличение нижней челюсти, увеличение размера стопы
3. гиперемия лица, истончение кожи, отложение жира в области живота, багровые стрии
4. сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела

6. ПК-1.3

ДЛЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА ХАРАКТЕРНО:

1. повышение уровня свободных Т3, Т4, снижение уровня ТТГ
2. повышение уровня ТТГ и снижение свободных Т3, Т4
3. понижение уровня ТТГ, а также свободных Т3, Т4
4. понижение Т3, Т4 при нормальном уровне ТТГ

7. ПК-1.3

ТРЕМОР ПАЛЬЦЕВ РУК, СИМПТОМ “ТЕЛЕГРАФНОГО СТОЛБА” ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. сахарного диабета
2. тиреотоксикоза
3. гипотиреоза
4. мекседемы

8. ПК-1.3

ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА СТАВИТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ НАТОЩАК:

1. 6,1 ммоль/л
2. 6,7 ммоль/л
3. 7,8 ммоль/л
4. 11,1 ммоль/л

9. ОПК-5.2

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ

1. С-пептид
2. уровень кетоновых тел и сахара в крови
3. тест толерантности к глюкозе
4. уровень гликозилированного гемоглобина

10. ПК-1.3

БРОНЗОВАЯ ОКРАСКА КОЖИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. сахарного диабета
2. аддисоновой болезни
3. гипотиреоза
4. акромегалии

Эталоны ответов

1.	3	6.	1
2.	1	7.	2
3.	2	8.	1
4.	4	9.	2
5.	1	10.	2

Тема №9. Бронхиальная астма.

1. ПК-1.3

ОДЫШКА ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. инспираторная
2. экспираторная
3. смешанная
4. отсутствует

2. ПК-1.3

ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СПИРОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение скорости форсированного выдоха за первую секунду
2. снижение форсированной жизненной емкости легких
3. увеличение индекса Тиффно
4. снижение мощности вдоха

3. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ:

1. увеличение С-реактивного белка крови
2. увеличение эозинофилов в крови
3. лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
4. наличие спиралей Куршмана в общем анализе мокроты

4. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

ДЛЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО:

1. инспираторная одышка
2. сухие свистящие хрипы
3. мелкопузырчатые влажные хрипы
4. экспираторная одышка

5. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЛЕГКОГО ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ:

1. дневные симптомы удушья реже 1 раза в неделю
2. ночные симптомы не чаще 1 раза в неделю
3. ПСВ более 80% от должного
4. суточные колебания ПСВ более 20%

6. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ:

1. ночные симптомы 1 раз в неделю
2. ПСВ менее 60% от должного
3. суточные колебания ПСВ менее 20%
4. суточные колебания ПСВ более 30%

7. ПК-1.3

ПРОБА С БРОНХОЛИТИКОМ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРИ:

1. увеличении ЖЕЛ на 12 % и более
2. увеличении ОФВ1 на 20 % и более
3. увеличении жизненной емкости легких (ЖЕЛ) на 20 %
4. увеличении ОФВ1 на 12 % и более

8. ОПК-5.2

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. общий анализ мочи
2. электрокардиография
3. спирометрия

4. фибробронхоскопия

9. ПК-1.1

ДЛЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЖАЛОБЫ:

1. головная боль
2. обильное отхождение мокроты
3. экспираторная одышка
4. боль в грудной клетке

10. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ:

1. дневные симптомы бронхиальной астмы каждый день
2. ночные симптомы ежедневно
3. ОФВ1 менее 30% от должного
4. вариабельность ПСВ или ОФВ1 более 30%

Эталоны ответов

1.	2	6.	2, 4
2.	1	7.	4
3.	2, 4	8.	3
4.	2, 4	9.	3
5.	1, 3	10.	1, 4

Тема №10. Острый и хронический гломерулонефрит. Хронический пиелонефрит. ХБП.

1. ПК-1.1

ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. отеки
2. боли в поясничной области
3. учащенное мочеиспускание
4. болезненное мочеиспускание

2. ПК-1.3

АНАЛИЗ МОЧИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:

1. гематурия, протеинурия
2. цилиндрурия, глюкозурия
3. лейкоцитурия, бактериурия
4. протеинурия, глюкозурия

3. ПК-1.3

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЕМ СКФ И СТАДИЕЙ ХБП:

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. 88 мл/мин | а) I стадия |
| 2. 35 мл/мин | б) II стадия |
| 3. 64 мл/мин | в) III стадия |
| 4. 92 мл/мин | г) IV стадия |
| 5. 12 мл/мин | д) V стадия |

4. ПК-1.1

ПРИ ОПРОСЕ ПАЦИЕНТА ВЫЯВЛЕНО ВЫДЕЛЕНИЕ ЗА СУТКИ МЕНЕЕ 50 МЛ МОЧИ. ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ

1. олигоурии
2. анурии
3. полиурии
4. поллакиурии

5. ОПК-5.2

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛО-НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. общий анализ мочи
2. внутривенная урография
3. проба Зимницкого
4. УЗИ почек

6. ОПК-5.2

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. биопсия почки
2. проба Нечипоренко
3. общий анализ мочи
4. внутривенная урография

7. ОПК-5.2

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ И ЗНАЧИМЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. биопсия почек
2. анализ мочи по Нечипоренко
3. УЗИ почек
4. позитронно-эмиссионная томография почек

8. ПК-1.1

ЖАЛОБЫ НА ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШИЕ ОЗНОБ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38-39⁰С, НОЮЩИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ, ДИЗУРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, ИНОГДА ТОШНОТУ, РВОТУ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. ХПН
2. острого цистита
3. острого пиелонефрита
4. острого гломерулонефрита

9. ПК-1.3

СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ НА 4 СТАДИИ ХБП:

1. 30-60 мл
2. менее 15 мл/мин
3. 15-30 мл/мин
4. 60-90 мл/мин

10. ПК-1.3

ПРИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ХПН РАЗВИВАЕТСЯ

1. полиурия, гипоизостенурия
2. макрогематурия, цилиндрурия
3. лейкоцитурия, бактериурия
4. полиурия, глюкозурия

Эталоны ответов

1.	1	6.	1
2.	3	7.	1
3.	1-Б; 2-В; 3-Б; 4-А; 5-Д	8.	3
4.	2	9.	3
5.	2	10.	1

Тема №11. Острая ревматическая лихорадка. Диффузные заболевания соединительной ткани.

1. ПК-1.1

ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. переохлаждение
2. артериальная гипертензия
3. перенесенная 10-14 дней до начала заболевания ангина
4. стресс

2. ПК-1.3

К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТСЯ:

1. эритема, плотно сидящие чешуйки, атрофия
2. везикулы
3. пузыри
4. узелки

3. ПК-1.3

«БОЛЬШИМИ» КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема
2. вальвулит, артралгии, гематурия, лихорадка
3. миокардит, полиартрит, узловатая эритема, тофусы
4. лихорадка, узелки Ослера, острая клапанная регургитация

4. ПК-1.3

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. тромбоцитоз
2. повышение титра антител к ДНК
3. редкое развитие гломерулонефрита
4. анкилозирование суставов

5. ОПК-5.2

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА» НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

1. мазок из зева на стрептококки
2. титр антистрептококковых антител
3. СРБ, фибриноген
4. все перечисленное верно

6. ПК-1.3

ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ:

1. моноартрит
2. олигоартрит
3. артралгия
4. полиартрит

7. ПК-1.3

ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТА С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНА

1. аортального
2. митрального
3. пульмонального

4. трехстворчатого

8. ПК-1.3

ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ОТНОСИТСЯ К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ:

1. артралгии
2. ускоренная СОЭ
3. положительный СРБ
4. неполная блокада правой ножки пучка Гиса

9. ПК-1.3

К ПОЗДНИМ ПРИЗНАКАМ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ ОСМОТРЕ, ОТНОСИТСЯ:

1. полиартрит
2. вальвулит
3. хорея
4. кардит

10. ПК-1.3

ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА В КЛАССИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. деформации суставов, обусловленной скоплением экссудата
2. поражения крупных суставов
3. рентгенологически выявляемой эрозии суставных поверхностей
4. высоких показателей активности ревматического процесса

Эталоны ответов

1.	3	6.	4
2.	1	7.	2
3.	1	8.	4
4.	2	9.	3
5.	4	10.	3

Тема 12. Итоговое тестирование 4 семестр

Выберите правильный ответ

1. ОПК-5.1 Выберите комбинацию ответов.

СБОР АНАМНЕЗА ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПРАВИЛАМ:

1. всегда необходим зрительный контакт с пациентом
2. зрительный контакт с пациентом не требуется
3. проводится после осмотра лица и тела
4. проводится после сбора жалоб

2. ОПК-5.1

КАКОЙ ВОПРОС НАЗЫВАЮТ ОТКРЫТЫМ?

1. вопрос, предполагающий развернутый ответ
2. вопрос, предполагающий выбор правильного ответа из нескольких вариантов
3. вопрос, предполагающий однозначный ответ - «да» или «нет»
4. термина «открытый вопрос» не существует

3. ОПК-5.2

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПАМИ ЛИХОРАДКИ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ:

1. Постоянная лихорадка А) суточные колебания температуры тела очень выражены (3-5°C) с падением до нормальных или субнормальных значений

- | | |
|---------------------------|---|
| 2. Послабляющая лихорадка | Б) колебания температуры тела в течение суток не превышают 1°C, обычно в пределах 38-39°C |
| 3. Истошающая лихорадка | В) длительная лихорадка с суточными колебаниями температуры тела, превышающими 1°C (до 2°C), без снижения до нормального уровня |
| 4. Возвратная лихорадка | Г) температура тела сохраняется на повышенном уровне в течение нескольких дней, потом временно снижается до нормы с последующим новым повышением, и так многократно |

4. ПК-1.3

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА УКАЗЫВАЕТ НА ОЖИРЕНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОРРИГИРУЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРИ ВЕЛИЧИНЕ:

1. 18-25 кг/м²
2. менее 18 кг/м²
3. более 25 кг/м²
4. более 30 кг/м²
5. более 40 кг/м²

5. ПК-1.1

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кашель со слизистой мокротой
2. приступы удушья с затрудненным вдохом
3. приступы удушья с затрудненным выдохом
4. приступы удушья смешанного характера
5. дистанционные хрипы

6. ОПК-5.2

УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. закрытого пневмоторакса
2. эмфиземы легких
3. уплотнения легочной ткани
4. бронхита
5. бронхиальной астмы

7. ПК-1.3

ОТСУТСТВИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ, ТУПОЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ И БРОНХОФОНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. бронхита
2. пневмонии
3. экссудативного плеврита
4. эмфиземы
5. пневмоторакса

8. ОПК-5.2

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОБЫ:

1. проба с нитроглицерином
2. проба с β₂-адреномиметиком
3. проба с дипиридамолом
4. проба с холинолитиком

9. ОПК-5.2

УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

1. расширении восходящей части аорты
2. расширении полости левого желудочка
3. стенозе митрального клапана
4. лёгочной гипертензии

10. ОПК-5.1

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: ТОЧКА АУСКУЛЬТАЦИИ В ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ – МЕСТО ВЫСЛУШИВАНИЯ.

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. I точка аускультации | А) точка Боткина-Эрба |
| 2. II точка аускультации | Б) 2 м/р слева у грудины |
| 3. III точка аускультации | В) основание мечевидного отростка грудины |
| 4. IV точка аускультации | Г) 2 м/р справа у грудины |
| 5. V точка аускультации | Д) верхушка сердца |

11. ПК-1.1

КАКИЕ ЖАЛОБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЛЕВОСЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

1. боли в области сердца
2. одышка, удушье, кашель
3. боли в правом подреберье, отеки
4. тошнота, рвота

12. ПК-1.3

СМЕЩЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ ВЛЕВО, $R_{V4} < R_{V5} \leq R_{V6}$, ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ Т В V_6 ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. гипертрофии левого желудочка
2. гипертрофии правого желудочка
3. гипертрофии левого предсердия
4. гипертрофии правого предсердия

13. ОПК-5.1

С ПОМОЩЬЮ ПОВЕРХНОСТНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА МОЖНО ОЦЕНИТЬ:

1. напряжение мышц передней брюшной стенке
2. размеры печени
3. локализацию печени
4. локализацию желчного пузыря нижний край печени

14. ПК-1.1

НОЮЩИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 1,5-2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ (ПОЗДНИЕ БОЛИ), НАТОЩАК (ГОЛОДНЫЕ) И НОЧНЫЕ БОЛИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

1. гастрите
2. раке желудка
3. язвенной болезни 12-перстной кишки
4. панкреатите

15. ПК-1.3

АМИЛОРЕЯ, КРЕАТОРЕЯ, СТЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. гастрита
2. холецистита
3. панкреатита
4. язвенной болезни желудка

16. ОПК-5.2

ПРИ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ТОШНОТЕ, ИЗЖОГЕ, ОТРЫЖКЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

1. эзофагогастродуоденоскопию
2. клинический анализ крови
3. ультразвуковое исследование органов брюшной полости
4. компьютерную томографию органов брюшной полости

17. ПК-1.3

ТЕМНАЯ МОЧА С ЖЕЛТОЙ ПЕНОЙ И ОБЕСЦВЕЧЕННЫЙ КАЛ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ:

1. надпеченочной желтухе
2. печеночной желтухе
3. подпеченочной желтухе
4. гемолитической желтухе

18. ПК-1.3

О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПЕЧЕНОЧНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА?

1. наличие дуодено-гастрального рефлюкса
2. увеличение желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза
3. сердечная недостаточность на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии
4. снижение дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

19. ОПК-5.2

ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ:

1. эластазы кала
2. липазы кала
3. эластазы крови
4. липазы крови

20. ОПК-5.2

СТАДИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ БЕЗ БИОПСИИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПРИ ПОМОЩИ:

1. транзитной эластометрии
2. компьютерной томографии с контрастированием
3. магнитно-резонансной томографии
4. дуплексного ультразвукового сканирования

21. ОПК-5.2

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ:

1. отеки лица, бледность кожи
2. отеки лица, акроцианоз
3. отеки лица, геморрагическая сыпь на лице
4. отеки лица, гиперемия кожи

22. ПК-1.3

Выберите правильную комбинацию ответов:

ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХПН ЯВЛЯЮТСЯ:

1. снижение уровня мочевины
2. повышение уровня креатинина крови
3. повышение СКФ
4. снижение СКФ

23. ПК-1.1

ПРОЯВЛЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ЖАЛОБЫ НА ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШИЕ ОЗНОБ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38-39 ОС, НОЮЩИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ, ДИЗУРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, ИНОГДА ТОШНОТУ, РВОТУ:

1. ХПН
2. острый цистит
3. острый пиелонефрит
4. острый гломерулонефрит

24. ОПК-5.3

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. биопсия почки
2. проба Нечипоренко
3. общий анализ мочи
4. внутривенная урография

25. ПК-1.1

ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, ОБМОРОКИ, ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА И ОБОНЯНИЯ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО УКАЗЫВАЮТ НА АНЕМИЮ:

1. железодефицитную
2. гипопластическую
3. гемолитическую
4. В12 - дефицитную

26. ОПК-5.2

КОЙЛОНИХИИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ ОСМОТРЕ, - ЭТО:

1. поперечная исчерченность ногтей
2. выпуклость ногтей в виде часовых стекол
3. ложкообразные вдавления ногтей
4. ломкость ногтей
5. грибковое поражение ногтей

27. ПК-1.3

Выберите правильную комбинацию ответов

ДЛЯ В-12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО:

1. гиперхромия эритроцитов
2. микроцитоз
3. гипохромия эритроцитов
4. определение в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота

28. ПК-1.3

СДВИГОМ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО НАЗЫВАЕТСЯ?

1. нейтропения
2. лимфоцитопения
3. появление молодых незрелых форм нейтрофилов в крови
4. лимфоцитоз

29. ПК-1.3

ЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. анемии
2. хронического лейкоза
3. острого лейкоза
4. полицитемии

30. ПК-1.1

ЖАЛОБА БОЛЬНОГО ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:

1. чувство голода
2. дрожь в теле
3. жажда
4. потливость

31. ОПК-5.2

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПОЗВОЛЯЕТ СУДИТЬ О:

1. типе сахарного диабета
2. степени компенсации углеводного обмена
3. степени компенсации белкового обмена

4. степени компенсации жирового обмена

32. ПК-1.1

КАКАЯ ЖАЛОБА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА ГИПОТИРЕОЗА?

1. раздражительность
2. нервозность
3. потливость
4. сонливость

33. ПК-1.3

ТРЕМОР ПАЛЬЦЕВ РУК, СИМПТОМ “ТЕЛЕГРАФНОГО СТОЛБА” ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. сахарного диабета
2. тиреотоксикоза
3. гипотиреоза
4. мекседемы

34. ОПК-5.2

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ

1. С-пептид
2. уровень кетоновых тел и сахара в крови
3. тест толерантности к глюкозе
4. уровень гликозилированного гемоглобина

35. ПК-1.3

ОДЫШКА ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. инспираторная
2. экспираторная
3. смешанная
4. отсутствует

36. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ:

1. увеличение С-реактивного белка крови
2. увеличение эозинофилов в крови
3. лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
4. наличие спиралей Куршмана в общем анализе мокроты

37. ПК-1.3

ПРОБА С БРОНХОЛИТИКОМ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРИ:

1. увеличении ЖЕЛ на 12 % и более
2. увеличении ОФВ1 на 20 % и более
3. увеличении жизненной емкости легких (ЖЕЛ) на 20 %
4. увеличении ОФВ1 на 12 % и более

38. ОПК-5.2

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. общий анализ мочи
2. электрокардиография
3. спирометрия
4. фибробронхоскопия

39. ПК-1.1

ДЛЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЖАЛОБЫ:

1. головная боль
2. обильное отхождение мокроты

3. экспираторная одышка
4. боль в грудной клетке

40. ПК-1.3

АНАЛИЗ МОЧИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:

1. гематурия, протеинурия
2. цилиндрурия, глюкозурия
3. лейкоцитурия, бактериурия
4. протеинурия, глюкозурия

41. ПК-1.3

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЕМ СКФ И СТАДИЕЙ ХБП:

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. 88 мл/мин | а) I стадия |
| 2. 35 мл/мин | б) II стадия |
| 3. 64 мл/мин | в) III стадия |
| 4. 92 мл/мин | г) IV стадия |
| 5. 12 мл/мин | д) V стадия |

42. ПК-1.1

ПРИ ОПРОСЕ ПАЦИЕНТА ВЫЯВЛЕНО ВЫДЕЛЕНИЕ ЗА СУТКИ МЕНЕЕ 50 МЛ МОЧИ. ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ

1. олигоурии
2. анурии
3. полиурии
4. поллакиурии

43. ОПК-5.2

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. общий анализ мочи
2. внутривенная урография
3. проба Зимницкого
4. УЗИ почек

44. ПК-1.3

ПРИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ХПН РАЗВИВАЕТСЯ

1. полиурия, гипоизостенурия
2. макрогематурия, цилиндрурия
3. лейкоцитурия, бактериурия
4. полиурия, глюкозурия

45. ПК-1.1

ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. переохлаждение
2. артериальная гипертензия
3. перенесенная 10-14 дней до начала заболевания ангина
4. стресс

46. ПК-1.3

«БОЛЬШИМИ» КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема
2. вальвулит, артралгии, гематурия, лихорадка
3. миокардит, полиартрит, узловатая эритема, тофусы
4. лихорадка, узелки Ослера, острая клапанная регургитация

47. ПК-1.3

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. тромбоцитоз
2. повышение титра антител к ДНК
3. редкое развитие гломерулонефрита
4. анкилозирование суставов

48. ОПК-5.2

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА» НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

1. мазок из зева на стрептококки
2. титр антистрептококковых антител
3. СРБ, фибриноген
4. все перечисленное верно

49. ПК-1.3

ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ:

1. моноартрит
2. олигоартрит
3. артралгия
4. полиартрит

50. ПК-1.3

ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТА С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНА

1. аортального
2. митрального
3. пульмонального
4. трехстворчатого

Эталоны ответов

1	1,4	14	3	27	1,4	40	3
2	1	15	3	28	3	41	1-Б; 2-В; 3-Б; 4-А; 5-Д
3	1-Б; 2-В; 3-А; 4-Г	16	1	29	3	42	2
4	4	17	3	30	3	43	2
5	3	18	4	31	2	44	1
6	3	19	1	32	4	45	3
7	3	20	1	33	2	46	1
8	2	21	1	34	2	47	2
9	1	22	2, 4	35	2	48	4
10	1-Д; 2-Г; 3-Б; 4-В; 5-А	23	3	36	2, 4	49	4
11	2	24	1	37	4	50	2
12	1	25	1	38	3		
13	1	26	4	39	3		

Семестр 5

Тема №13. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии. Артериальная гипотония.

1. ПК-1.3

ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:

1. $R_{V5, V6} > R_{V4}$
2. $R_{V4} > R_{V5, V6}$
3. $S_1 > R_1$
4. $R_{III} > R_I$

2. ОПК-5.2 Выберите правильную комбинацию ответов:

II СТАДИЯ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ:

1. инфаркт миокарда
2. аритмия
3. гипертрофия левого желудочка
4. микроальбуминурия

3. ОПК-5.1

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНИ С СИНДРОМОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

1. 17-оксикортикостероида
2. тиреотропина
3. ренина
4. креатинина

4. ПК-1.1

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА НА ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ТАХИКАРДИЮ, ПОСЛЕ ПРИСТУПА – ПОЛИУРИЮ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. феохромоцитомы
2. синдрома Кона
3. синдрома Иценко-Кушинга
4. климактерического синдрома

5. ОПК-5.2

С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ:

1. анализ мочи по Нечипоренко
2. анализ мочи по Зимницкому
3. ультразвуковое исследование почек
4. артериография почек

6. ПК-1.3

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЯМИ АД И СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

Характеристика уровня АД:

- 1) 1 степень АГ
- 2) 2 степень АГ
- 3) 3 степень АГ

Цифры АД (мм рт.ст.):

- А) 145/85
- Б) 170/100
- В) 185/90
- Г) 160/90
- Д) 200/110

7. ОПК-5.2

I СТАДИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ:

1. повышение АД более 160/95 мм рт. ст. и поражение органов-мишеней без нарушения их функций
2. повышение АД с поражением органов-мишеней и нарушением их функций
3. повышение АД более 160/95 мм рт. ст. без органических изменений сердечно-сосудистой системы
4. повышение АД более 140/90 мм рт. ст.

8. ОПК-5.2

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. суточной экскреции адреналина
2. суточной экскреции с мочой кортизола
3. содержания альдостерона в крови
4. состояния глазного дна

9. ОПК-5.2

III СТАДИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ РАЗВИТИИ:

1. расслаивающей аневризмы аорты
2. аортального стеноза
3. аортальной недостаточности
4. трикуспидальной недостаточности

10. ПК-1.3

К ЛАБОРАТОРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. никтурия
2. снижение концентрационной способности почек
3. протеинурия
4. лейкоцитурия

Эталоны ответов

1.	1	6.	1 – А; 2 –Б, Г; 3 – В, Д
2.	3, 4	7.	3
3.	1	8.	4
4.	1	9.	1
5.	4	10.	4

Тема №14. ИБС. Стенокардия. Инфаркт миокарда.

1. ПК-1.1

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
2. боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином
3. сердцебиение
4. одышка

2. ОПК-5.2

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ЭКГ
2. нагрузочный тест
3. фонокардиография
4. эхокардиография

3. ПК-1.3

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ЭКГ:

Локализация ИМ:	Локализация изменений на ЭКГ
1. нижний ИМ	А) I, AVL, V5–V6.
2. передне–боковой ИМ	Б) II, III, AVF
3. передний распространенный	В) II, III, AVF, V5–V6 Г) V2–V6 Д) I, AVL, V2–V6

4. ПК-1.1

ЖАЛОБЫ НА ЗАГРУДИННУЮ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩУЮ ПРИ СПОКОЙНОЙ ХОДЬБЕ НА РАССТОЯНИЕ 100–200 МЕТРОВ ИЛИ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ НА ОДИН ПРОЛЕТ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТЕНОКАРДИИ:

1. I
2. II
3. III
4. IV

5. ОПК-5.2 Выберите правильную комбинацию ответов:

КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. тропонин I
2. АЛТ, АСТ
3. тропонин T
4. общая КФК

6. ПК-1.3

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ЭКГ

Локализация ИМ:	Локализация изменений на ЭКГ
1. нижний ИМ	А) I, aVL, V5–V6
2. передне–перегородочный ИМ	Б) II, III, AVF
3. высокий боковой	В) aVL Г) I, aVL, V1–V3 Д) I, aVL, V2–V6

7. ПК-1.1

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ:

1. невозможность любой физической нагрузки, приступы стенокардии в покое
2. легкое ограничение обычной активности, подъем более одного лестничного пролета
3. значительное ограничение физической активности, подъем на один лестничный пролет
4. болевой синдром при физической нагрузке любой интенсивности

8. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

НА ЭКГ ПРИ АНГИОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ОТМЕЧАЕТСЯ:

1. подъем ST в период боли
2. депрессия ST в период боли
3. появление патологического зубца Q в период боли
4. нормализация ЭКГ сразу после купирования приступа

9. ПК-1.3

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЗАБОЛЕВАНИЕМ И КАРТИНОЙ НА ЭКГ

1. приступ стенокардии А) подъем сегмента ST

2. инфаркт миокарда в начальном периоде

- Б) наличие патологического зубца Q
- В) высокий коронарный Т
- Г) появление комплекса QS
- Д) депрессия сегмента ST

10. ПК-1.3

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. диффузный гиперкинез
2. локальный гиперкинез
3. локальный гипокинез
4. все перечисленное верно

Эталоны ответов

1.	1	6.	1 – Б, 2 – Г, 3 – В
2.	2	7.	3
3.	1-Б; 2-А; 3-Д;	8.	1, 4
4.	3	9.	1 – В, Д; 2 – А, Б
5.	1, 3	10.	3

Тема №15. Пороки сердца. Инфекционный эндокардит.

1. ОПК-5.3

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПОРОК СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ

1. ЭКГ
2. рентгенография органов грудной клетки
3. ЭхоКГ
4. все перечисленное верно

2. ОПК-5.2

АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ:

1. усиление первого тона и диастолический шум
2. ослабление первого тона и систолический шум
3. неизменные тоны и «мягкий, дующий» систолический шум
4. ослабление второго тона и диастолический шум

3. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО:

1. одышка, обмороки
2. стенокардия при физических нагрузках
3. повышение систолического давления
4. снижение диастолического давления

4. ПК-1.1

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЖАЛОБА БОЛЬНОГО С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ:

1. увеличение печени
2. асцит
3. отеки ног
4. загрудинные боли

5. ПК-1.3

ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ:

1. аортальным стенозом

2. митральным стенозом
3. аортальной недостаточностью
4. митральной недостаточностью

6. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА:

1. ослабление I тона на верхушке
2. акцент II тона над аортой
3. систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область
4. акцент II тона над легочной артерией

7. ПК-1.3

УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1. аортальной недостаточности
2. аортального стеноза
3. трикуспидальной недостаточности
4. митральной недостаточности

8. ПК-1.3 У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА:

1. систолическое АД повышается, а диастолическое АД снижается
2. систолическое АД снижается, а диастолическое АД повышается
3. систолическое АД не изменяется, а диастолическое АД повышается
4. систолическое и диастолическое АД не изменяются

9. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

У БОЛЬНОГО С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

1. капиллярный пульс
2. пляска каротид
3. систолический шум во II межреберье справа от грудины
4. усиленный верхушечный толчок

10. ОПК-5.2 Выберите правильную комбинацию ответов:

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ:

1. эхокардиография
2. посев крови на стерильность
3. УЗИ брюшной полости
4. общий анализ мочи

Эталоны ответов

1.	4	6.	1, 3
2.	1	7.	1
3.	1, 2	8.	1
4.	4	9.	3, 4
5.	1	10.	4

Тема №16. Гастрит. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

1. ПК-1.3

О ЧЕМ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ, ЕСЛИ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕНА «НИША»?

1. о раке желудка
2. о гиперацидном гастрите
3. о язвенной болезни желудка
4. язва 12-перстной кишки

2. ОПК-5.2

С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРИ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ТОШНОТЕ, ИЗЖОГЕ, ОТРЫЖКЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

1. эзофагогастродуоденоскопию
2. клинический анализ крови
3. ультразвуковое исследование органов брюшной полости
4. компьютерную томографию органов брюшной полости

3. ПК-1.1

ПРИ СБОРЕ ЖАЛОБ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЕТСЯ

1. тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
2. схваткообразные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи
3. постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи
4. боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды

4. ОПК-5.2

ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

1. рентгенологическое исследование
2. кал на скрытую кровь
3. исследование желудочного сока
4. эндоскопию с биопсией

5. ПК-1.3

ПОСЛЕ РЕНТГЕНОСКОПИИ ЖЕЛУДКА КОНТРАСТНАЯ ВЗВЕСЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ 8 ЧАСОВ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О

1. сохраненной эвакуаторной функции желудка
2. стенозе привратника
3. язве 12-перстной кишки
4. гастрите

6. ПК-1.3

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С ВЫРАЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

1. повышение массы тела
2. гепаторенальный синдром
3. желудочная диспепсия
4. кишечная диспепсия

7. ПК-1.3

ВЫБЕРИТЕ ПРЯМОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

1. конвергенция складок
2. «ниша»
3. пониженная перистальтика
4. повышенная перистальтика

8. ПК-1.1 Выберите правильную комбинацию ответов:

ЖАЛОБЫ НА «ГОЛОДНЫЕ» БОЛИ ТИПИЧНЫ ДЛЯ:

1. хронический атрофический гастрит
2. язва 12-перстной кишки
3. рак желудка
4. хронический неатрофический гастрит

9. ОПК-5.2

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. пальпация живота
2. исследование секреторной функции желудка
3. рентгенологическое исследование желудка
4. фиброгастроскопия с биопсией слизистой

10. ПК-1.1

ЖАЛОБЫ НА «РАННИЕ» БОЛИ ТИПИЧНЫ ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЫ

1. в желудке
2. в 12-перстной кишке
3. в слепой кишке
4. в сигмовидной кишке

Эталоны ответов

1.	3	6.	3
2.	1	7.	2
3.	4	8.	2
4.	4	9.	4
5.	2	10.	1

Тема №17. Холецистит. Хронические гепатиты.

1. ПК-1.3

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

1. симптом Кера
2. симптом Ортнера
3. симптом Мерфи
4. симптом Мюссе

2. ОПК-5.2

ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТАДИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ:

1. транзиентную эластометрию
2. компьютерную томографию с контрастированием
3. магнитно-резонансную томографию
4. дуплексное ультразвуковое сканирование

3. ПК-1.3

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПОМ ГЕПАТИТА И ЛАБОРАТОРНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ:

1. повышение АлАТ и ГГТП, обнаружение в печени телец Маллори А) аутоиммунный гепатит
2. выявление антинуклеарных антител и антител к актину Б) хронический вирусный гепатит В
3. наличие HBsAg и анти-HBcorAg В) алкогольный гепатит

4. ПК-1.3

ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ОБОСТРЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА ПРИ УЗИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. утолщение стенки желчного пузыря с двойным контуром
2. расширение холедоха
3. большой камень в желчном пузыре
4. мелкие камни в желчном пузыре

5. ПК-1.3

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ОРТНЕРА, ФРЕНИКУС, БОЛИ В ХОЛЕДОХО-ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

1. холецистите
2. циррозе печени
3. язвенной болезни
4. панкреатите

6. ПК-1.1

ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ СЧИТАЕТСЯ:

1. повышение артериального давления
2. лихорадка
3. боль в животе
4. общая слабость

7. ОПК-5.2

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

1. ЭГДС
2. дуоденальное зондирование
3. обзорную рентгенографию органов брюшной полости
4. УЗИ органов брюшной полости

8. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов

ЧТО ОТНОСЯТ К ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА?

1. синдром Рейно
2. артралгии
3. бронхообструктивный синдром
4. отечный синдром

9. ПК-1.3

ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кожный зуд
2. спленомегалия
3. асцит
4. гепатомегалия

10. ОПК-5.2

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ДОСТУПЕН ПАЛЬПАЦИИ ПРИ

1. гепатите
2. циррозе печени
3. водянке желчного пузыря
4. гастрите

Эталоны ответов

1.	4	6.	3
2.	1	7.	4
3.	1 – В, 2 – А, 3 – Б	8.	1, 2
4.	1	9.	1
5.	1	10.	3

Тема 18. Сахарный диабет. Диффузный токсический зоб.

1. ПК-1.3

ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК В ПЛАЗМЕ КРОВИ, ОПРЕДЕЛЯЕМОГО НЕ МЕНЕЕ ДВУХ РАЗ \geq _____

ММОЛЬ/Л:

1. 7,0
2. 6,1
3. 6,7
4. 5,6

2. ПК-1.3

ПРИ ГОРМОНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. повышение уровня Т3,Т4, понижение ТТГ
2. понижение уровня Т3,Т4, повышение ТТГ
3. понижение уровня Т3,Т4 и ТТГ
4. понижение уровня Т3,Т4 при нормальном ТТГ

3. ОПК-5.2

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ ОЦЕНКУ:

1. среднего уровня гликемии за 2-3 месяца
2. среднего уровня гликемии за 5-6 месяцев
3. среднего уровня гликемии за 2-3 недели
4. степени тяжести течения сахарного диабета

4. ПК-1.1

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА:

1. тремор рук и век, потливость, снижение веса, сердцебиение
2. утолщение пальцев рук, увеличение нижней челюсти, увеличение размера стопы
3. гиперемия лица, истончение кожи, отложение жира в области живота, багровые стрии
4. сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела

5. ПК-1.3

ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА _____%:

1. $\geq 6,0$
2. $\geq 6,5$
3. $\geq 6,8$
4. $\geq 7,0$

6. ПК-1.3

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА:

1. снижение уровня тироксина, повышение уровня тиреотропного гормона
2. повышение уровня тироксина, повышение уровня тиреотропного гормона
3. снижение уровня тироксина, снижение уровня тиреотропного гормона
4. повышение уровня тироксина, снижение уровня тиреотропного гормона

7. ПК-1.3

ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ЭКГ-ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

1. синусовой тахикардии
2. снижения вольтажа
3. замедления проводимости
4. синусовой брадикардии

8. ПК-1.1

ПО ДАННЫМ АНАМНЕЗА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ХАРАКТЕРНО

1. развитие в молодом возрасте

2. развитие в пожилом возрасте
3. развитие в детском возрасте
4. быстрое развитие

9. ОПК-5.2

ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ НАЗНАЧАЕТСЯ

1. С-пептид
2. уровень кетоновых тел и сахара в крови
3. тест толерантности к глюкозе
4. уровень гликозилированного гемоглобина

10. ПК-1.1

КАКАЯ ЖАЛОБА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА ГИПОТИРЕОЗА?

1. раздражительность
2. нервозность
3. потливость
4. сонливость

Эталоны ответов

1.	1	6.	1
2.	1	7.	1
3.	1	8.	2
4.	1	9.	2
5.	2	10.	4

Тема №19. Анемии. Геморрагические болезни.

1. ПК-1.3

АНГУЛЯРНЫЙ СТОМАТИТ И ТРЕЩИНЫ КОЖИ ПРИ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ:

1. гиперэстрогемии
2. геморрагическом синдроме
3. обезвоживании организма
4. сидеропеническом синдроме

2. ПК-1.3

ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ:

1. снижение числа тромбоцитов в периферической крови
2. повышение числа тромбоцитов в периферической крови
3. наличие бластных клеток в периферической крови
4. наличие лейкомического провала

3. ПК-1.3

УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

1. пойкилоцитоз
2. макроцитоз
3. панцитопения
4. гипохромия

4. ПК-1.3

ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ:

1. повышение ферритина и снижение ОЖСС
2. снижение ферритина и повышение ОЖСС
3. снижение ферритина и снижение ОЖСС

4. повышение ферритина и повышение ОЖСС

5. ПК-1.3

РЕТИКУЛОЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. гемолитической анемии
2. фолиеводефицитной анемии
3. железодефицитной анемии
4. В12-дефицитной анемии

6. ПК-1.3

Установите соответствие.

ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. гипохромия эритроцитов | А) апластическая анемия |
| 2. гиперхромия эритроцитов | Б) гемолитическая анемия |
| 3. нормохромия эритроцитов | В) железодефицитная анемия |
| 4. высокий ретикулоцитоз | Г) В12-дефицитная анемия |

7. ПК-1.3

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА:

1. менее 70 г/л
2. 90-120г/л
3. 70-89 г/л
4. 90-130 г/л

8. ПК-1.1

ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, ОБМОРОКИ, ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА И ОБОНЯНИЯ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО УКАЗЫВАЮТ НА АНЕМИЮ:

1. железодефицитную
2. гипопластическую
3. гемолитическую
4. В12 - дефицитную

9. ПК-1.3

В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ДЛЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ УМЕРЕННЫЕ:

1. лейкопения и тромбоцитоз
2. лейкопения и тромбоцитопения
3. лейкоцитоз и тромбоцитопения
4. лейкоцитоз и тромбоцитоз

10. ПК-1.1

ЖАЛОБА НА «ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. В12-дефицитной анемии
2. железодефицитной анемии
3. гемолитической анемии
4. апластической анемии

Эталоны ответов

1.	4	6.	1 – В, 2 – Г, 3 – А, 4 – Б
2.	1	7.	3
3.	3	8.	1
4.	2	9.	2
5.	1	10.	2

Тема №20. Лейкозы. Острая лучевая болезнь.

1. ПК-1.3

АНЕМИЯ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ, БЛАСТОЗ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. острого лейкоза
2. эритремии
3. апластической анемии
4. В-12 дефицитной анемии

2. ПК-1.3

УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ И ЛЕЙКОЦИТОЗ С ЛИМФОЦИТОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. хронического миелолейкоза
2. хронического лимфолейкоза
3. лимфогранулематоза
4. острого лимфобластного лейкоза

3. ПК-1.3

КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ:

1. 5%
2. 1%
3. 7%
4. 10%

4. ПК-1.3

ДИАГНОЗ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА МОЖЕТ БЫТЬ ТОЧНО УСТАНОВЛЕН ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРИТЕРИЕВ:

1. более 20% бластных клеток в костном мозге
2. более 20% бластных клеток в периферической крови
3. при сочетании температуры, анемии и кровоточивости
4. при наличии анемии в сочетании с тромбоцитопенией, болями в костях

5. ПК-1.3

ГЕПАТО- И СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА:

1. гиперпластического
2. геморрагического
3. анемического
4. инфекционно-токсического

6. ОПК-5.2

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

1. общий анализ крови
2. анализ лейкоформулы
3. пункция костного мозга
4. ферритин крови

7. ПК-1.3

ЛЕЙКЕМОИДНАЯ РЕАКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. острого лейкоза
2. хронического лейкоза
3. воспалительного процесса или очага некроза

4. апластической анемии

8. ПК-1.3

ЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. анемии
2. хронического лейкоза
3. острого лейкоза
4. полицитемии

9. ПК-1.3

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

1. спленомегалия
2. лимфоаденопатия
3. клетки лейколиза
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

10. ПК-1.3

КЛЕТКИ БОТКИНА-ГУМПРЕХТА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В КРОВИ ПРИ

1. остром миелобластном лейкозе
2. хроническом миелолейкозе
3. хроническом лимфолейкозе
4. хронической железодефицитной анемии

Эталоны ответов

1.	1	6.	3
2.	2	7.	3
3.	1	8.	3
4.	1	9.	4
5.	1	10.	3

Тема №21. Неотложные состояния.

1. ОПК-5.2

ПРИ КАКИХ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ ПАЦИЕНТ ПРИНИМАЕТ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:

1. отек легких, приступ бронхиальной астмы
2. острая печеночная и почечная недостаточность
3. диабетическая и гипогликемическая кома
4. острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс)

2. ПК-1.1

НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДИАГНОЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА СТАВИТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ЖАЛОБ НА:

1. слабости, лихорадки, болей в животе
2. болей в сердце, повышения артериального давления
3. одышки, головокружения, слабости
4. типичной загрудинной боли продолжительностью свыше 20 минут

3. ОПК-5.2 Выберите правильную комбинацию ответов:

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ:

1. Тропонин качественный
2. ЭКГ
3. рентгенография грудной клетки
4. ЭХОКГ

4. ПК-1.3

СИМПТОМАМИ ОСТРОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. сосудистый коллапс, лихорадка, понос
2. рвота цвета кофейной гущи, сосудистый коллапс
3. гипотония, головная боль, рвота
4. рвота съеденной пищей, боли в животе, лихорадка, слабость

5. ПК-1.3

СИМПТОМЫ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ:

1. анорексия, ацетоновый запах изо рта, тошнота, рвота
2. ощущение голода, слабость, потливость, тахикардия
3. сонливость, запаха аммиака изо рта
4. артериальная гипертония, гипертермия, тремор

6. ПК-1.3

ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

1. ясный легочный звук над легкими, шум трения плевры
2. удушье, ясный легочный звук над легкими, крепитацию
3. притупленный звук в заднебазальных отделах легких, влажные хрипы
4. удушье, коробочный звук над легкими, сухие свистящие хрипы

7. ПК-1.3

ПОЯВЛЕНИЕ У БОЛЬНОГО С ГИПОТИРЕОЗОМ ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ СЛАБОСТИ, СОНЛИВОСТИ, ЗАТОРМОЖЕННОСТИ, БРАДИКАРДИИ, СНИЖЕНИЕ АД И ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

1. гипотиреоидной комы
2. тиреотоксического криза
3. гипогликемической комы
4. острой надпочечниковой недостаточности

8. ПК-1.3

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАДПОЧЕЧНИКОВ:

1. гипергидратация, гипернатриемия, повышение АД, алкалоз
2. обезвоживание, гиперкалиемия, гипогликемия, резкое снижение АД, азотемия, ацидоз
3. дегидратация, гипокалиемия, гипергликемия, снижение АД, азотемия
4. гипергидратация, гиперкалиемия, повышение АД, азотемия, ацидоз

9. ПК-1.3

САМЫЙ ПЕРВЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭТО:

1. никтурия
2. полиурия
3. олигурия
4. странгурия

10. ПК-1.3

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. малый (нитевидный), частый пульс, снижение артериального давления
2. напряженный, частый пульс, повышение артериального давления
3. большой, редкий пульс, повышение артериального давления
4. редкий с переборами пульс, снижение артериального давления

Эталон ответов.

1.	1	6.	4
2.	4	7.	1
3.	1, 2	8.	2
4.	2	9.	3
5.	1	10.	1

Тема 22 . Итоговое тестирование 5 семестр**1. ПК-1.3**

ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:

1. $RV5, V6 > RV4$
2. $RV4 > RV5, V6$
3. $S1 > R1$
4. $RIII > RI$

2. ОПК-5.2 Выберите правильную комбинацию ответов:

II СТАДИЯ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ:

1. инфаркт миокарда
2. аритмия
3. гипертрофия левого желудочка
4. микроальбуминурия

3. ОПК-5.1

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С СИНДРОМОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

1. 17-оксикортикостероида
2. тиреотропина
3. ренина
4. креатинина

4. ПК-1.1

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА НА ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ТАХИКАРДИЮ, ПОСЛЕ ПРИСТУПА – ПОЛИУРИЮ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. феохромоцитомы
2. синдрома Кона
3. синдрома Иценко-Кушинга
4. климактерического синдрома

5. ПК-1.3

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЯМИ АД И СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

Характеристика уровня АД:

- 1) 1 степень АГ
- 2) 2 степень АГ
- 3) 3 степень АГ

Цифры АД (мм рт.ст.):

- А) 145/85
- Б) 170/100
- В) 185/90
- Г) 160/90
- Д) 200/110

6. ПК-1.1

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
2. боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином
3. сердцебиение
4. одышка

7. ОПК-5.2

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ЭКГ
2. нагрузочный тест
3. фонокардиография
4. эхокардиография

8. ПК-1.1

ЖАЛОБЫ НА ЗАГРУДИННУЮ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩУЮ ПРИ СПОКОЙНОЙ ХОДЬБЕ НА РАССТОЯНИЕ 100–200 МЕТРОВ ИЛИ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ НА ОДИН ПРОЛЕТ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТЕНОКАРДИИ:

1. I
2. II
3. III
4. IV

9. ОПК-5.2 Выберите правильную комбинацию ответов:

КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. тропонин I
2. АЛТ, АСТ
3. тропонин T
4. общая КФК

10. ПК-1.3

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. диффузный гиперкинез
2. локальный гиперкинез
3. локальный гипокинез
4. все перечисленное верно

11. ОПК-5.3

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПОРОК СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ

1. ЭКГ
2. рентгенография органов грудной клетки
3. ЭхоКГ
4. все перечисленное верно

12. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО:

1. одышка, обмороки
2. стенокардия при физических нагрузках
3. повышение систолического давления
4. снижение диастолического давления

13. ПК-1.1

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЖАЛОБА БОЛЬНОГО С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ:

1. увеличение печени

2. асцит
3. отеки ног
4. загрудинные боли

14. ОПК-5.2 Выберите правильную комбинацию ответов:

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ:

1. эхокардиография
2. посев крови на стерильность
3. УЗИ брюшной полости
4. общий анализ мочи

15. ПК-1.1

ПРИ СБОРЕ ЖАЛОБ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЕТСЯ

1. тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
2. схваткообразные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи
3. постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи
4. боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды

16. ОПК-5.2

ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

1. рентгенологическое исследование
2. кал на скрытую кровь
3. исследование желудочного сока
4. эндоскопию с биопсией

17. ПК-1.3

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С ВЫРАЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

1. повышение массы тела
2. гепаторенальный синдром
3. желудочная диспепсия
4. кишечная диспепсия

18. ПК-1.3

ВЫБЕРИТЕ ПРЯМОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

1. конвергенция складок
2. «ниша»
3. пониженная перистальтика
4. повышенная перистальтика

19. ПК-1.1

ЖАЛОБЫ НА «РАННИЕ» БОЛИ ТИПИЧНЫ ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЫ

1. в желудке
2. в 12-перстной кишке
3. в слепой кишке
4. в сигмовидной кишке

20. ПК-1.3

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

1. симптом Кера
2. симптом Ортнера
3. симптом Мерфи
4. симптом Мюссе

21. ПК-1.1

ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ СЧИТАЕТСЯ:

1. повышение артериального давления
2. лихорадка
3. боль в животе
4. общая слабость

22. ОПК-5.2

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

1. ЭГДС
2. дуоденальное зондирование
3. обзорную рентгенографию органов брюшной полости
4. УЗИ органов брюшной полости

23. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов

ЧТО ОТНОСЯТ К ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА?

1. синдром Рейно
2. артралгии
3. бронхообструктивный синдром
4. отечный синдром

24. ОПК-5.2

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ ОЦЕНКУ:

1. среднего уровня гликемии за 2-3 месяца
2. среднего уровня гликемии за 5-6 месяцев
3. среднего уровня гликемии за 2-3 недели
4. степени тяжести течения сахарного диабета

25. ПК-1.1

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА:

1. тремор рук и век, потливость, снижение веса, сердцебиение
2. утолщение пальцев рук, увеличение нижней челюсти, увеличение размера стопы
3. гиперемия лица, истончение кожи, отложение жира в области живота, багровые стрии
4. сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела

26. ПК-1.3

ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА _____%:

1. $\geq 6,0$
2. $\geq 6,5$
3. $\geq 6,8$
4. $\geq 7,0$

27. ПК-1.3

ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ЭКГ-ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

1. синусовой тахикардии
2. снижения вольтажа
3. замедления проводимости
4. синусовой брадикардии

28. ПК-1.1

ПО ДАННЫМ АНАМНЕЗА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ХАРАКТЕРНО

1. развитие в молодом возрасте

2. развитие в пожилом возрасте
3. развитие в детском возрасте
4. быстрое развитие

29. ПК-1.3

АНГУЛЯРНЫЙ СТОМАТИТ И ТРЕЩИНЫ КОЖИ ПРИ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ:

1. гиперэстрогемии
2. геморрагическом синдроме
3. обезвоживании организма
4. сидеропеническом синдроме

30. ПК-1.3

ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ:

1. снижение числа тромбоцитов в периферической крови
2. повышение числа тромбоцитов в периферической крови
3. наличие бластных клеток в периферической крови
4. наличие лейкомического провала

31. ПК-1.3

УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

1. пойкилоцитоз
2. макроцитоз
3. панцитопения
4. гипохромия

32. ПК-1.3

ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПУРПУРЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ:

1. повышение ферритина и снижение ОЖСС
2. снижение ферритина и повышение ОЖСС
3. снижение ферритина и снижение ОЖСС
4. повышение ферритина и повышение ОЖСС

33. ПК-1.3

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА:

1. менее 70 г/л
2. 90-120г/л
3. 70-89 г/л
4. 90-130 г/л

34. ПК-1.3

В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ДЛЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ УМЕРЕННЫЕ:

1. лейкопения и тромбоцитоз
2. лейкопения и тромбоцитопения
3. лейкоцитоз и тромбоцитопения
4. лейкоцитоз и тромбоцитоз

35. ПК-1.3

АНЕМИЯ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ, БЛАСТОЗ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. острого лейкоза
2. эритремии
3. апластической анемии

4. В-12 дефицитной анемии

36. ПК-1.3

УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ И ЛЕЙКОЦИТОЗ С ЛИМФОЦИТОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. хронического миелолейкоза
2. хронического лимфолейкоза
3. лимфогранулематоза
4. острого лимфобластного лейкоза

37. ОПК-5.2

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

1. общий анализ крови
2. анализ лейкоформулы
3. пункция костного мозга
4. ферритин крови

38. ПК-1.3

ЛЕЙКЕМОИДНАЯ РЕАКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. острого лейкоза
2. хронического лейкоза
3. воспалительного процесса или очага некроза
4. апластической анемии

39. ПК-1.3

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

1. спленомегалия
2. лимфоаденопатия
3. клетки лейकोлиза
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

40. ПК-1.3

ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ:

1. аортальным стенозом
2. митральным стенозом
3. аортальной недостаточностью
4. митральной недостаточностью

41. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА:

1. ослабление I тона на верхушке
2. акцент II тона над аортой
3. систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область
4. акцент II тона над легочной артерией

42. ПК-1.3

О ЧЕМ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ, ЕСЛИ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕНА «НИША»?

1. о раке желудка
2. о гиперацидном гастрите
3. о язвенной болезни желудка
4. язва 12-перстной кишки

43. ПК-1.3 Выберите правильную комбинацию ответов:

НА ЭКГ ПРИ АНГИОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ОТМЕЧАЕТСЯ:

1. подъем ST в период боли
2. депрессия ST в период боли
3. появление патологического зубца Q в период боли
4. нормализация ЭКГ сразу после купирования приступа

44. ПК-1.1

НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДИАГНОЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА СТАВИТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ЖАЛОБ НА:

1. слабости, лихорадки, болей в животе
2. болей в сердце, повышения артериального давления
3. одышки, головокружения, слабости
4. типичной загрудинной боли продолжительностью свыше 20 минут

45. ОПК-5.2 Выберите правильную комбинацию ответов:

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ:

1. Тропонин качественный
2. ЭКГ
3. рентгенография грудной клетки
4. ЭХОКГ

46. ПК-1.3

СИМПТОМАМИ ОСТРОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. сосудистый коллапс, лихорадка, понос
2. рвота цвета кофейной гущи, сосудистый коллапс
3. гипотония, головная боль, рвота
4. рвота съеденной пищей, боли в животе, лихорадка, слабость

47. ПК-1.3

ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

1. ясный легочный звук над легкими, шум трения плевры
2. удушье, ясный легочный звук над легкими, крепитацию
3. притупленный звук в заднебазальных отделах легких, влажные хрипы
4. удушье, коробочный звук над легкими, сухие свистящие хрипы

48. ПК-1.3

САМЫЙ ПЕРВЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭТО:

1. никтурия
2. полиурия
3. олигурия
4. странгурия

49. ОПК-5.2

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. суточной экскреции адреналина
2. суточной экскреции с мочой кортизола
3. содержания альдостерона в крови
4. состояния глазного дна

50. ПК-1.3

СИМПТОМЫ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КО-

1	1	14	4	27	1	40	1
2	3, 4	15	4	28	2	41	1, 3
3	1	16	4	29	4	42	3
4	1	17	3	30	1	43	1, 4
5	1 – А; 2 –Б, Г; 3 – В, Д	18	2	31	3	44	4
6	1	19	1	32	2	45	1, 2
7	2	20	4	33	3	46	2
8	3	21	3	34	2	47	4
9	1, 3	22	4	35	1	48	3
10	3	23	1, 2	36	2	49	4
11	4	24	1	37	3	50	1
12	1, 2	25	1	38	3		
13	4	26	2	39	4		

МЫ:

1. анорексия, ацетоновый запах изо рта, тошнота, рвота
2. ощущение голода, слабость, потливость, тахикардия
3. сонливость, запаха аммиака изо рта
4. артериальная гипертония, гипертермия, тремор

Эталоны ответов

2.2. Перечень тематик докладов/устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема 1

1. Основные методы исследования больного (тема 1).
2. Общий осмотр пациента: положение, телосложение, типичные лица, кожные покровы и слизистые оболочки (тема 1).

Тема 2

3. Физикальное обследование пациентов с заболеваниями органов дыхания (тема 2).
4. Спирометрия в диагностике различных заболеваний органов дыхания (тема 2).
5. Аускультация легких: разновидности дыхательных шумов, роль в диагностике заболеваний органов дыхания (тема 2).
6. Клиническая и инструментальная диагностика легочных синдромов (тема 2).

Тема 3

7. Электрокардиография, диагностическое значение (тема 3).

Тема 4

8. Жалобы и анамнез пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (тема 4).
9. Алгоритм обследования пациентов с заболеваниями ЖКТ (лабораторная и инструментальная диагностика) (тема 4).
10. Основные синдромы заболеваний ЖКТ (клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика) (тема 4).
11. Симптоматика заболеваний поджелудочной железы (тема 4).
12. Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний поджелудочной железы (тема 4).

Тема 5

13. Симптоматика заболеваний печени и желчевыводящих путей (тема 5).

14. Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний печени и желчевыводящих путей (тема 5).
15. Синдром желтухи: клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика (тема 5).
16. Причины и клиническая диагностика печеночной комы (тема 5).

Тема 6

17. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика почечных синдромов (мочевого, нефритического, нефротического) (тема 6).
18. Острая и хроническая почечная недостаточность: клиническая картина, диагностика (тема 6).

Тема 8

19. Симптоматика заболеваний эндокринной системы. Расспрос и физикальное обследование пациента.
20. Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний эндокринной системы.

Тема 9

21. Сбор жалоб и анамнеза у пациента с бронхиальной астмой (тема 9).
22. Лабораторная и инструментальная диагностика бронхиальной астмы, определение степени тяжести (тема 9).

Тема 11

23. Клиническая картина и особенности анамнеза у пациентов с острой ревматической лихорадкой (тема 11).
24. Лабораторная и инструментальная диагностика острой ревматической лихорадки (тема 11).
25. Стоматологические проявления при системных заболеваниях соединительной ткани (тема 11).

Тема 13

26. Гипертоническая болезнь: клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика (тема 13).
27. Алгоритм обследования пациента с симптоматической артериальной гипертензией (тема 13).
28. Жалобы пациентов с различными симптоматическими артериальными гипертензиями (тема 13).

Тема 14

29. Клиническая и инструментальная диагностика стенокардии (тема 14).
30. Острый коронарный синдром, инфаркт миокарда: клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика, осложнения (тема 14).
31. Интерпретация ЭКГ при стенокардии, остром коронарном синдроме, инфаркте миокарда (тема 14).

Тема 20

32. Острые лейкозы: клиническая и лабораторная диагностика (тема 20).
33. Хронические лейкозы: клиническая и лабораторная диагностика (тема 20).
34. Клинические проявления острой лучевой болезни в ротовой полости (тема 20).

Темы устных реферативных сообщений могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3. ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ текущего контроля успеваемости (по темам)

Тема №1. История развития учения о внутренних болезнях. Общий обзор.

Задача №1.

Больной 19 лет. Студент ВУЗа, жалуется на тошноту, рвоту, схваткообразные боли в подложечной области и по всему животу. Дважды был жидкий стул. Температура 37,2°C. Чувствует слабость. Заболел остро. Накануне вечером был в гостях, где ел жареное мясо с острыми приправами, пирожные с кремом, пил сладкие газированные напитки.

Ранее подобных явлений не было, какими-либо другими заболеваниями не болел.

Вопросы:

1. Какие жалобы являются основными?

2. Какие жалобы можно отнести к жалобам общего характера?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Тошнота, рвота, боли в животе, понос.
2. Слабость, повышение температуры.

Задача №2.

При осмотре больной 72 лет: сидит с опущенными ногами, выражение лица страдальческое, при разговоре одышка, кожные покровы цианотичные, стопы и голени отечные. В анамнезе – хроническое заболевание сердца.

Вопросы:

Оцените общее состояние больного, положение больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Общее состояние тяжелое, положение ортопноэ.

Задача №3.

Пациент при росте 158 см весит 84 кг, эпигастральный угол 90°.

Вопросы:

1. Определите конституциональный тип пациента
2. Определите ИМТ.
3. Оцените степень питания пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Нормостенический.
2. 33,7 кг/м²
3. Ожирение I степени

Тема №2. Симптоматика заболеваний органов дыхания.

Задача №1.

Над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание.

Вопросы:

1. Каковы причины его возникновения?
2. Какова ожидаемая рентгенологическая картина?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Жесткое дыхание, выслушиваемое над всей поверхностью легких, свидетельствует о диффузном бронхите. Причины его возникновения: уплотнение стенок бронхов, неравномерное их сужение, скопление в просвете вязкого секрета.
2. Рентгенологически выявляется диффузное усиление легочного рисунка за счет перибронхиальной инфильтрации.

Задача №2.

Больной М. предъявляет жалобы на одышку с затруднением вдоха, боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием.

При осмотре: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Частота дыхания – 36 в 1 минуту. Справа в нижней трети межлопаточного пространства и над лопаткой голосовое дрожание усилено, перкуторный звук тупой, нижняя граница легких по лопаточной линии определяется на уровне 7 ребра, в нижней трети межлопаточного пространства и над лопаткой выслушивается патологическое бронхиальное дыхание, бронхофония усилена.

Вопросы:

О каком легочном синдроме можно думать?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Синдром долевого уплотнения легочной ткани.

Задача №3.

У больного приступ удушья, одышка экспираторного характера, кашель с трудноотделяемой мокротой, надсадный, слышны хрипы в грудной клетке на расстоянии. Вынужденное положение сидя с опорой на руки.

«Стекловидная» мокрота, скудная, содержит кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана, а также эозинофилы.

Вопросы:

1. Интерпретируйте данные осмотра и результаты лабораторного исследования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Приступ бронхиальной астмы.

Тема №3. Симптоматика заболеваний сердечно-сосудистой системы.**Задача №1.**

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на I см вправо от края грудины,

Левая - по передней аксиллярной линии,

Верхняя - верхний край III ребра.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - левый край грудины,

Левая - на 2 см кнутри от передней аксиллярной линии,

Верхняя - IV ребро.

Вопросы:

1. Признаки какого синдрома имеются?

2. Увеличен ли поперечник сердца?

3. Увеличены ли границы АТС?

4. Изменяются ли размеры верхушечного толчка?

5. Какой будет конфигурация сердца?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Дилатация и гипертрофия левого желудочка

2. Да

3. Да

4. Да

5. Аортальной

Задача №2.

На верхушке сердца выслушивается систолический шум, который проводится в подмышечную впадину, к основанию мечевидного отростка, в точку Боткина, в область проекции митрального клапана.

Максимум его выслушивания - верхушка сердца.

Вопросы:

1. О какой причине шума следует думать?

2. Изменяются ли тоны сердца?

3. Какой будет звучность первого тона?

4. Какой будет звучность второго тона?

5. Какой ожидается звучность 2 тона над легочной артерией?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Митральная недостаточность

2. Да

3. Ослабленной

4. Да

Задача №3.

Больной М., 68 лет обратился к врачу с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца, общую слабость, отеки на ногах.

Анамнез заболевания: Повышение АД отмечает около 18 лет, лечился нерегулярно. В течение 10 лет беспокоят перебои в работе сердца, ощущение сердцебиения, одышка при умеренной физической нагрузке. Неоднократно лечился в стационаре. В течение 2-х недель отмечает ухудшение самочувствия: усилились одышка, сердцебиение, общая слабость, наблюдались выраженные отеки на ногах. Из анамнеза жизни. Курил больше 35 лет до 20 сигарет в сутки. Отец умер в возрасте 50 лет от инсульта.

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание ясное. Повышенного питания (ИМТ=31,2 кг/м²). Акроцианоз. Выраженные отеки на нижних конечностях. ЧД 23 в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное ослабленное. В нижних отделах выслушиваются влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Разлитой, ослабленный, низкий, нерезистентный. Левая граница относительной тупости сердца смещена влево. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 115 в 1 минуту, PS – 92 в 1 минуту. АД 160 и 100 мм рт.ст.

Язык влажный, чистый. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 13x12x11 см.

Дополнительные методы исследования:

ЭКГ – ритм неправильный. Интервалы RR различные, ЧСС – 110 в минуту, зубец Р отсутствует, регистрируются волны мерцания F. Комплекс QRS не изменен, депрессия ST и отрицательный зубец T в I, II, AVL, V4, V5, V6.

Вопросы:

Определите патологию, диагностируемую по ЭКГ

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Фибрилляция предсердий.

Тема №4. Симптоматика заболеваний органов пищеварения. Синдромы заболеваний системы пищеварения. Лабораторные методы исследования. Основные клинические синдромы.

Задача №1.

Больная П., 56 лет, жалуется на чувство тяжести и тошноты в подложечной области через 2-3 часа после приема пищи, отрыжку воздухом. Аппетит понижен.

При объективном обследовании обнаружено вздутие в подложечной области, особенно после еды, когда начинается контурироваться желудок.

При пальпации определяется шум плеска в области желудка спустя 6-7 часов после приема пищи.

Вопросы:

1. Какую патологию можно заподозрить у данного больного?

2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. У данного больного можно заподозрить стеноз привратника - осложнение язвенной болезни (язва пилорического отдела желудка)

2. Для уточнения диагноза необходимо назначить исследование секреторной функции желудка, исследование кала на скрытую кровь наряду с клиническими анализами крови и мочи. Фиброгастроуденоскопию (ФГДС) с прицельной биопсией в т. ч. для микробиологического исследования рентгеноскопию желудка, кровь на ИФА на хеликобактерии.

Задача №2.

Больного беспокоят боли в эпигастрии, возникают ночью и через 1,5–2 часа после приема пищи, облегчаются приемом пищи, изжога, тошнота. Боли в течение 3-х лет. Ухудшение состояния обычно наступает весной или осенью. Язык влажный, обложен белым налетом. При пальпации выявляется болезненность в области эпигастрия и пилорического отдела.

Вопросы:

1. О каком заболевании мог подумать врач?

2. Какое обследование необходимо назначить в первую очередь для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Язвенная болезнь луковицы 12-кишки.

2. ФГДС.

Задача №3.

В кабинет врача-терапевта участкового обратился мужчина 55 лет, злоупотребляющий алкоголем, курильщик, с жалобами на боли в глубине живота, распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящиеся до 3 часов, уси-

ливающиеся в положении лёжа на спине, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперёд, подтянув ноги к груди.

Иногда боли иррадиируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота. После каждого приёма пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный, иногда водянистый стул, содержащий капли жира. Отмечает снижение массы тела.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Хронический алкогольный панкреатит средней степени тяжести с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы.
2. ОАК, диастаза мочи, копрограмма, эластаза кала, БАК (амилаза). УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии); ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.

Тема №5. Симптоматика заболеваний печени, желчевыводящих путей Лабораторные и инструментальные методы исследования

Задача №1.

Больная Л., 50 лет, жалуется на интенсивные постоянные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, сухость и горечь во рту, субфебрильную температуру по вечерам. Больна около 5 лет, ухудшение наступило после приема жирной пищи.

Объективно: язык сухой, обложен густым белым налетом. При пальпации живота - положительные симптомы Ортнера и Кера. Температура тела - 37,4°C.

Вопросы:

О каком заболевании можно думать?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Хронический холецистит в фазе обострения.

Задача №2.

Больной И. В течение 5 лет страдает желчно-каменной болезнью. 3 дня тому назад после физической нагрузки у него появилась резкая боль в правом подреберье, иррадиирующая в правую ключицу, пожелтели склеры глаз и кожный покров, моча приобрела темный цвет (цвет пива), кал обесцветился, появился кожный зуд, особенно в ночное время. Объективно: общее состояние средней тяжести. Цвет кожных покровов – темно-желтый со следами расчесов, склеры иктеричны. В анализе крови: билирубин: общий – 180,6 мкмоль/л, прямой – 140,2 мкмоль/л, непрямой – 40,4 мкмоль/л. Реакция на желчные пигменты в моче резко-положительная, пробы на стеркобилин в кале и уробилин в моче – отрицательные.

Вопросы:

Интерпретируйте данные осмотра и результаты лабораторной диагностики.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Синдром механической желтухи.

Задача №3.

Больной Ц., 42 лет, поступил с жалобами на увеличение живота, одышку, отеки на нижних конечностях и в области поясницы. В 20-летнем возрасте перенес болезнь Боткина. Неоднократно лечился в стационаре.

При осмотре: больной истощен, кожные покровы слегка желтушны, отеки на нижних конечностях, в области поясницы, живот резко увеличен в размерах, на боковых поверхностях видна расширенная венозная сеть.

При пальпации определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотная, поверхность ее бугристая. Перкуторно в вертикальном положении больного – тупой звук ниже пупка.

Вопросы:

1. Интерпретируйте данные осмотра и выделите основные синдромы.

2. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Цирроз печени. Синдром портальной гипертензии, синдром печеночной недостаточности, синдром желтухи.
2. Биохимический анализ крови - глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП, билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза. При необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТ брюшной полости (исключить наличие кисты или опухоли поджелудочной железы). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки). Эластометрия (оценить степень фиброза).

Тема №6. Симптоматика заболеваний почек и мочевыводящих путей. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Основные клинические синдромы

Задача №1.

Исследование мочи: Цвет "мясных помоев", мутная, удельный вес - 1025, белок – 3000 мг/л. Эпителий плоский 3-4, лейкоциты 2-0 в поле зрения. Эритроциты в большом количестве. Кровяные цилиндры - много. Гиалиновые цилиндры единичные в поле зрения. При проведении 3-х стаканной пробы выявлено, что во всех 3 стаканах моча равномерно окрашена кровью. Проба Зимницкого: дневной диурез – 390, ночной – 100мл., удельный вес мочи колеблется от 1015 до 1029.

Вопросы:

1. О какой патологии Вы думаете?
2. Какое осложнение развилось?
3. Оцените диурез.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острый гломерулонефрит.
2. Острая почечная недостаточность.
3. Олигоурия.

Задача №2.

У больного в анализе мочи - 3,5 г/л белка, эпителий плоский 3-4 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр., эритроциты 10 -12 в п/зр. В б/х анализе крови: общий белок крови 45 г/л, холестерин 11 ммоль/л.

Вопросы:

Интерпретируйте результат. О каком синдроме идет речь?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Нефротический синдром.

Задача №3.

Больная, 19 лет, обратилась с жалобами на частое, болезненное мочеиспускание, лихорадку до 37,2⁰ С. В ОАМ: лейкоциты 15-20 в п/зр., эритроциты 8-10 в п/зр.

Вопросы:

1. О какой патологии Вы думаете?
2. Как называется наличие эритроцитов в моче?
3. С помощью какого анализа можно определить локализацию патологического процесса?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Цистит.
2. Гематурия.
3. Проба Томпсона.

Тема №7. Симптоматика заболеваний крови. Основные клиничко-лабораторные синдромы

Задача №1.

Больной К., 25 лет, жалуется на боли в горле при глотании, кровоточивость десен, слабость, потливость, болен в течение 2 недель. Бледен, пальпируются умеренно увеличенные переднешейные и заднешейные лимфоузлы. Зев гиперемирован, отмечаются язвенно-некротические налеты на мин-

далинах, десны разрыхлены. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Температура 37,3°C. В крови: Hb-70 г/л, лейкоциты - 10 тыс., бластные клетки - 76 %, СОЭ - 27 мм/час.

Вопросы:

О каком заболевании следует думать?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Острый лейкоз.

Задача №2.

Больной К., 29 лет, жалобы на боли в эпигастрии, слабость, утомляемость. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Кожные покровы бледные, болезненность в эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются. В крови: Hb - 90 г/л, эр. - 3,5 млн, ц.п. - 0,77, тромб. - 195 тыс., ретикулоциты - 0,5 %, в остальном без особенностей. Общий билирубин - 12 мкмоль/л, железо - 4,5 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный.

Вопросы:

О каком заболевании следует думать?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Хроническая постгеморрагическая анемия.

Задача №3.

Больная 37 лет, жалуется на слабость, головокружение, потемнение в глазах, парестезии в стопах и неустойчивость походки. При осмотре выявлена некоторая желтушность кожных покровов, печень выступает из-под края реберной дуги на 4,5 см. В крови: Hb - 70 г/л, ЦП - 1,4, лейкоциты - 4,5 тыс, СОЭ - 12 мм/час. При гастроскопии атрофический гастрит, при исследовании желудочного сока - ахилия.

Вопросы:

О каком заболевании следует думать?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

B_{12} -фолиеводефицитная анемия.

Тема №8. Симптоматика заболеваний эндокринной системы. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Основные синдромы.

Задача №1.

Больная З., 52 года, начало заболевания 1,5 года назад после курса рентгенотерапии. Жалобы на ослабление памяти, общую слабость, сонливость, выпадение волос, увеличение массы тела. При объективном обследовании: кожа сухая, шелушащаяся, лицо отечное, на голове имеются участки облысения, речь замедленна, температура тела 35,7°, пульс 52 в 1 мин., АД – 110/80 мм рт. ст., сахар крови – 3,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какие дополнительные методы обследования помогут поставить диагноз?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Гипотиреоз.
2. Определение уровня свободного Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТПО, УЗИ щитовидной железы.

Задача №2.

Больная П., 45 лет, больна в течение 6 месяцев, начало заболевания связывает с перенесенной ангиной. Жалобы на общую слабость, раздражительность, потливость, повышение аппетита, похудание, сердцебиение. При объективном обследовании: температура тела 37,3°C, гипергидроз, тремор пальцев рук, усиленный блеск глаз, небольшой экзофтальм, на передней поверхности шеи опухолевидное образование. Пульс 100 уд. в мин., АД 140/60 мм рт.ст., сахар крови натощак 5,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании нужно думать?
2. Какие дополнительные методы необходимы для подтверждения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диффузный токсический зоб.

2. Определение уровня свободного Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТПО, УЗИ щитовидной железы.

Задача №3.

Больная Л., 54 лет обратилась к дерматологу с жалобами на кожный зуд, гнойничковое поражение кожи. Периодически беспокоит сухость во рту, жажда. Объективно: повышенного питания. Язык суховат. Кожные покровы со следами расчесов, множественные гнойничковые высыпания на коже живота, бедер.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. В каком случае необходимо проводить тест толерантности к глюкозе?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Сахарный диабет 2 типа.
2. Сахар крови натощак, моча на сахар, ацетон, гликированный гемоглобин.
3. Тест проводится при нормальном уровне сахара крови натощак, при наличии факторов риска или клинических проявлений.

Тема №9. Бронхиальная астма

Задача №1.

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Бронхиальная астма, неаллергическая форма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.

2. -ОАК;

-общий анализ мокроты;

-спирометрия;

-рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях;

-консультация врача-пульмонолога.

Задача №2.

Женщина 32 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учатившиеся в течение последнего месяца приступы удушья, они сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, после чего наступает облегчение. Подобные состояния беспокоят около 2 лет, не обследовалась. В анамнезе

аллергический ринит. Ухудшение состояния связывает с переходом на новую работу в библиотеку. В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью 3 раза в неделю, нарушают активность и сон. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Кожные покровы бледно-розового цвета, высыпаний нет. Периферические отёки отсутствуют. Над лёгкими дыхание жёсткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - $4,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч. Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты - 5-7, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, детрит в небольшом количестве, спирали Куршманна.

Рентгенограмма легких. Инфильтративных теней в лёгких не определяется. Диафрагма, тень сердца, синусы без особенностей. Спиротест. Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Бронхиальная астма, смешанная, персистирующая, средней степени тяжести, обострение. Степень тяжести бронхиальной астмы (персистирующая, средней тяжести) выставляется на основании количества дневных приступов (в данном случае ежедневно), ночных симптомов (3 раза в неделю).

Задача №3.

Вызов на дом врача-терапевта участкового к больной 33 лет. Предъявляет жалобы на резкую одышку смешанного типа, кашель с отделением незначительного количества слизистой вязкой мокроты, резкую общую слабость. Страдает приступами удушья 4 года. Многократно лечилась в стационаре. В процессе лечения неоднократно применялись короткие курсы кортикостероидной терапии. Приступы обычно купировались ингаляциями Беротека, таблетками Теофиллина. Неделю назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией. Лечилась домашними средствами. На этом фоне приступы стали повторяться по 5-6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляции Беротека уменьшали одышку на короткое время, в связи с чем больная пользовалась препаратом 6-8 раз в день. Объективно: состояние тяжёлое. Больная не может лежать из-за одышки. Кожа бледная, небольшой цианоз. Грудная клетка эмфи-зематозна, перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено, местами определяется с трудом. Выход удлинен, на выходе высокотональные свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс - 120 уд/мин., ритмичный. Артериальное давление (АД) - 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Госпитализирована в стационар.

Вопросы:

1. Интерпретируйте данные осмотра.
2. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Бронхиальная астма. Астматический статус 1 ст.
2. Общий анализ крови; мочи; кала на яйца гельминтов; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, гаптоглобин, фибрин, С-реактивный протеин; иммунологический анализ крови: содержание В- и Т-лимфоцитов, иммуноглобулинов (IgE), циркулирующих иммунных комплексов, комплемента, определение функциональной активности Т- лимфоцитов; анализ мокроты: клеточный состав, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана, атипичные клетки, бациллы Коха; рентгеноскопия легких, по показаниям - рентгенография придаточных пазух носа; цифровая спирография, определение показателей кривой «объем-поток» (пневмотахометрия), пикфлоуметрия; ЭКГ; во внеприступном периоде постановка проб с аллергенами, по показаниям - провокационных проб.

Тема №10. Острый и хронический гломерулонефрит. Хронический пиелонефрит. ХБП.

Задача №1.

Больная 30 лет. Жалобы на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6°C.

Из анамнеза: впервые жалобы появились 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия, роды – без осложнений. В последующем обострений заболевания не было. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД –140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

ОАК: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - $200,0 \times 10^9$ /л, СОЭ –24 мм/час.

БАК: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л.

ОАМ: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Хронический правосторонний пиелонефрит, ст. обострения. ХБП 1 ст.

Задача №2.

Пациент Е. 23 лет, заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отёков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тёмно-красного цвета и уменьшилось её количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст. При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печёночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки. Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 70 мм/час;

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения;

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕРІ, титр АСЛ-О – 1:1000. УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоёв паренхимы нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Нефритический синдром. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3.

Задача №3.

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал пред-

низолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД –150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в мин. Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч. Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, стадия обострения. Нефротический синдром.

Тема №11. Острая ревматическая лихорадка. Диффузные заболевания соединительной ткани.

Задача №1.

Женщина 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, подъеме на 2-й этаж, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°C, сердцебиение, слабость. Два года назад, после ангины, возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых суставах. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала Парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток. При осмотре: кожа и видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 ударов в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трёхчленный ритм, на верхушке сердца – хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины – акцент II тона, над мечевидным отростком – ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $12,1 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 37 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок – нет, лейкоциты – 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 57 г/л, альбумины – 34%, глобулины: $\alpha 1$ – 6%, $\alpha 2$ – 14%, β – 18%, γ – 28%, СРБ – 7,5 мг/л (N - 1-6 мг/л).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Ревматическая болезнь сердца с формированием порока (стеноза митрального клапана), активная фаза. ХСН II-A. ФК II

2. Алгоритм обследования:

Эхо-КГ (визуализация полостей и клапанов сердца);

ЭКГ (состояние миокарда, выявление нарушений ритма).

Для подтверждения связи с БГСА-инфекцией и ее активности – АСЛ-О, АСГ, мазок из зева на БГСА-культуру; посев крови для исключения септического процесса и анализ крови на прокальцитонин.

Тема №13. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии. Артериальная гипотония.

Задача №1.

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было. При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Гипертоническая болезнь. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.
2. Алгоритм обследования:
 - ОАК,
 - ОАМ,
 - биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевины, мочевая кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак,
 - ЭКГ,
 - ЭхоКГ,
 - исследование глазного дна,
 - суточное мониторирование артериального давления - СМАД,
 - УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого хирурга (при необходимости),
 - консультация невролога.

Задача №2.

Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приёмное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышении АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта. При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°C, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз.
2. Алгоритм обследования: ОАК, сахар крови натощак, ЭКГ, УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, МСКТ почек и надпочечников, исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты, проба с тропафеном.

Задача №3.

Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы. При осмотре отмечается гиперстеническая конституция большого, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжён, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметрично с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. с обеих сторон.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Коарктация аорты.
3. Алгоритм обследования: общий анализ крови, СРБ, АСЛ-О, фибриноген, ЭКГ, ЭХО-КГ, аортография, ультразвуковое исследование почек.

Тема №14. ИБС. Стенокардия. Инфаркт миокарда.**Задача №1.**

Больной 47 лет поступил в стационар с амбулаторного приёма в поликлинике, куда обратился с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъёме по лестнице на 3 этаж, проходящие через 1-2 мин покоя. Впервые боли за грудиной появились 2 года назад, но больному их появление не связывал с заболеванием сердца, к врачам не обращался. Настоящее ухудшение наступило в течение недели, когда приступы загрудинных болей участились, стали возникать при меньших нагрузках – при спокойной ходьбе через 50-100 м, появились приступы сжимающих болей в покое. Из анамнеза известно, что больному страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД – 170/100 мм рт. ст. Курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Мать и отец больного страдают артериальной гипертензией, имеются случаи внезапной смерти среди родственников.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. ИБС: прогрессирующая стенокардия.
2. Липидограмма; ЭКГ; ЭХО-КГ; СМЭКГ по Холтеру; тредмилл-тест; консультация кардиолога.

Задача №2.

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

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

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

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.
2. Алгоритм обследования:
 - ОАК, ОАМ, БАК (липидограмма, АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, СКФ, калий, натрий)
 - специфические маркеры некроза миокарда - КФК-МВ, сердечные тропонины
 - ЭхоКГ
 - ЭКГ в динамике
 - коронароангиография.

Задача №3.

В поликлинику обратился мужчина 42 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, сопровождающейся тошнотой, профузным потоотделением, одышкой. К моменту обращения поступления длительность приступа около 3 часов. Курит много лет, 10-15 сигарет в день. Артериальной гипертензии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, неврологических заболеваний, травм головы, коагулопатий и значительных кровотечений в анамнезе нет.

Сознание ясное. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Экстренно снята ЭКГ:



Вопросы:

Интерпретируйте данные обследования пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

На ЭКГ - QS в отведениях V1-V3, выраженная горизонтальная элевация ST и высокий островеершинный T в отведениях V1-V6. Реципрокная депрессия ST и отрицательный T в отведениях III, aVF.

По представленным жалобам, данным физикального и инструментального обследования можно предположить развитие переднего распространенного инфаркта миокарда с зубцом Q (острый период).

Тема №15. Пороки сердца. Инфекционный эндокардит.

Задача №1.

Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°C, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°C. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2–37,4°C, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ – 18 кг/м². Температура тела – 38,9°C. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2-го тона на а. pulmonalis. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край печени гладкий. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – $15,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, СОЭ – 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови – 29 г/л, креатинин – 66 мкмоль/л, СКФ – 92 мл/мин/1,73м², СРБ – 120 мг/л (в норме – до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес – 1016, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

При посеве крови на стерильность дважды выделен *S. aureus*, чувствительный к оксациллину, цефтриаксону. Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит. Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН ПА, ФК 3 по NYHA.
2. Пациенту рекомендовано: проведение повторного общего анализа крови и посева крови, общего анализа мочи, анализа мочи по Нечипоренко, биохимических анализов крови (функциональные пробы печени, электролиты крови, железо, ферритина), маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции; рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ в динамике; УЗИ-исследование почек; консультации врача-кардиохирурга, врача-нарколога.

Задача №2.

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отёки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отёки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт ненапряжённого асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, край её закруглён, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II Б стадия, ФК IV.

2. Алгоритм обследования:

- ОАК,
- ОАМ,
- БАК (липидограмма, АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, мочеви́на, мочева́я кислота, СКФ, калий, натрий, хлор, белок)
- ЭКГ,
- Эхо-кардиография,
- R-графия органов грудной клетки.

Задача №3.

Больная К., 48 лет, предъявляет жалобы на боли в области сердца давящего характера, головокружение, частые обмороки. В анамнезе частые ангины. При осмотре кожные покровы бледные, акроцианоз. Верхушечный толчок расположен на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, разлитой, высокий, резистентный. При пальпации во 2 межреберье у правого края грудины определяется систолическое дрожание. Левая граница относительной тупости сердца смещена влево. На верхушке I тон ослаблен, выслушивается систолический шум, который проводится в подмышечную область, II тон во 2 межреберье у правого края грудины ослаблен, выслушивается грубый систолический шум, который проводится на сонную артерию.

Вопросы:

1. О каком состоянии следует думать?
2. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Аортальный стеноз.
2. ЭКГ, Эхо-КГ, рентгенография органов грудной клетки.

Тема №16. Гастрит. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

Задача №1.

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала Альмагель при возникновении неприятных ощущений.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение.

Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

2. Алгоритм обследования:

- общий анализ крови,
- общий анализ мочи,
- биохимический анализ крови,
- анализ кала,
- рН-метрия желудка,
- УЗИ органов брюшной полости.

Задача №2.

Пациент 43 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м².

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Край дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* положительный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение I ст.

2. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование:

- ОАК;
- трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, амилаза крови;
- ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС;
- УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии;
- цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии;
- суточная внутрипищеводная рН-метрия – кислотность;
- консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита.

Задача №3.

Больная Н., 27 лет, страдает язвенной болезнью желудка в течение 5 лет. За последние 2 месяца состояние изменилось, появились схваткообразные боли в подложечной области, появляющиеся после еды и по ночам, особенно в положении лежа, сопровождающиеся вздутием в подложечной области. На высоте боли появляется рвота съеденной пищей, а часто съеденной накануне. Боли прекращаются после рвоты.

При обследовании обнаружено вздутие в эпигастральной области, четко контурируется желудок в виде антиперистальтики. При пальпации определяется уплотнение в области желудка.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. На основании описанной симптоматики врач может заподозрить у больной язвенную болезнь желудка с локализацией язвы в области привратника, осложнённую пилоростенозом, или длительным пилороспазмом.
2. С целью дополнительного исследования больной необходимо провести рентгенологическое исследование желудка, ФГДС.

Тема №17. Холецистит. Хронические гепатиты.

Задача №1.

Больной М., 27 лет, слесарь, доставлен в клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под правую лопатку, в правое плечо. Беспокоит тошнота, рвота желчью, температура тела 38,5°C. Заболел остро. Заболевание связывает с погрешностью в диете (накануне ел много жирной пищи, злоупотреблял алкоголем).

При пальпации напряжение мышц в эпигастральной области, справа, в точке желчного пузыря. Положительный френрикус-симптом.

Вопросы:

О каком заболевании следует думать?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острый холецистит

Задача №2.

Больной С., 56 лет, предъявляет жалобы на увеличение живота в объеме, отеки на нижних конечностях, похудание. Из анамнеза: в течение многих лет злоупотребляет приемом алкоголем. При объективном исследовании обращает на себя внимание иктеричность кожи, слизистых оболочек и склер. На верхней половине туловища выявляются “сосудистые звездочки”; отмечается эритема скул и пальмарная эритема. Живот увеличен в объеме, в положении лежа приобретает “лягушачью” форму, пупок выпячен, выраженная подкожная венозная сеть на передней брюшной стенке, отеки на нижних конечностях. Печень выступает из-под края реберной дуги, плотная, бугристая, с острым краем. Размеры ее по Курлову 16x12x11 см, размеры селезенки 14x10 см. Данные дополнительного исследования: билирубин 62 мкмоль/л (прямой 38,5 мкмоль/л, непрямой 23,5 мкмоль/л). Проба на желчные пигменты в моче положительная. При рентгенологическом исследовании пищевода в нижней трети выявляется варикозное расширение вен.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Цирроз печени алкогольный.
2. Алгоритм обследования: ОАК, коагулограмма, БАК (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, белок и белковые фракции, липидный профиль, креатинин, мочевины, СКФ); рентгенография органов грудной клетки; УЗИ брюшной полости; ЭГДС, эластометрия.

Задача №3.

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объеме, отеки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел –40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отеки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС –78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан.

При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову – 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки – 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×10¹²/л; Нв– 122 г/л; цветовой показатель –0,9%; тромбоциты – 98×10⁹/л, лейкоциты – 3,2×10⁹/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты –3%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин –100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л.

Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Алкогольный цирроз печени. Синдром портальной гипертензии (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Синдром гиперспленизма (тромбоцитопения).

Тема №18. Сахарный диабет. Диффузный токсический зоб.

Задача №1.

Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд. Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу. Работает поваром в детском учреждении. В анамнезе – 5 лет хронический панкреатит. Мама страдала сахарным диабетом. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчесов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет.

В анализах: глюкоза крови натощак – 5,8 ммоль/л, общий холестерин – 6,1 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Сахарный диабет тип 2, целевое значение HbA_{1c} < 7,0%. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром).
2. Повторное определение гликемии в последующие дни, пероральный глюкозотолерантный тест, определение HbA_{1c}. Консультация эндокринолога.

Задача №2.

Больная Б. 48 лет жалуется на раздражительность, сердцебиение, перебои и сжимающие боли в области сердца, одышку, усиливающуюся при ходьбе, отеки на ногах, плохую переносимость жа-

ры, повышенную потливость, мышечную слабость, похудание, нарушение сна. Перебои в области сердца стала отмечать в течение последних 2 лет. В течение года появились отёки на ногах, к врачу не обращалась. Менопауза с 46 лет, с частыми приливами. За 2 года похудела на 7 кг при повышенном аппетите. Три недели назад была госпитализирована в кардиологическое отделение по поводу пароксизмальной мерцательной аритмии. Проводимое лечение в кардиологическом отделении было без эффекта. Объективно: больная суетлива, многословна, склонна к плаксивости, пониженного питания. Кожный покров бархатистый, тёплый, с усиленной пигментацией в местах трения одеждой. Определяется видимое утолщение шеи в области щитовидной железы, при пальпации железа средней плотности, безболезненна, подвижна. Определяется мелкий тремор вытянутых кистей рук. Пульс - 100 ударов в минуту, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 115 в минуту, АД - 140/70 мм рт. ст. Печень не пальпируется. Отёков нет.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Тиреотоксикоз.
3. Обследование:
 - гормоны: ТТГ, свободный Т4, Т3;
 - УЗИ щитовидной железы, при наличии узлового образования - скintiграфия щитовидной железы, при наличии узлового образования более 1 см в диаметре - пункция щитовидной железы;
 - консультация эндокринолога.

Задача №3.

Больная 64 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость кожных покровов, избыточный вес (ИМТ – 28), снижение температуры тела, снижение аппетита, запоры, снижение памяти, сонливость. При осмотре: кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Отечность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 58 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Температура тела – 36,3°C. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края рёберной дуги. Стул нерегулярный, склонность к запорам.

По данным лабораторного обследования: общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, холестерин – 9,4 ммоль/л, триглицериды – 5,5 ммоль/л, КФК – 247, АСТ – 48, ТТГ – 15,3 мЕ/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Синдром гипотиреоза (первичный гипотиреоз). Хронический аутоиммунный тиреоидит?
2. С целью уточнения причины и тяжести гипотиреоза необходимо определить уровень св. Т4, антител к тиреопероксидазе, антител к тиреоглобулину, выполнить УЗИ щитовидной железы. Консультация эндокринолога.

Тема №19. Анемии. Геморрагические болезни

Задача №1.

Больная 28 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на утомляемость, общую слабость, эпизоды головокружения, сердцебиение и одышку при физической нагрузке. Из анамнеза: сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности. Месячные с 13 лет, обильные первые 3–4 дня, по 5–6 дней, регулярные. В настоящее время осуществляет грудное вскармливание ребенка. Объективно: состояние средней тяжести. Бледность и сухость кожных покровов; ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. В лёгких везикулярное дыхание. Печень и селезёнка не увеличены.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 75 г/л, эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитарная формула - без особенностей, СОЭ – 12 мм/час, MCV – 70 фл., MCH – 21,0 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Железо сыворотки – 6 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести.
2. Алгоритм обследования:
 - ОАК в динамике;
 - биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа и ферритина; ОЖСС и ЛЖСС;
 - дополнительные лабораторные и инструментальные исследования для выявления причины развития анемии (кал на скрытую кровь, кровь на ВИЧ, гепатиты В и С, ФГДС, УЗИ брюшной полости, консультация гинеколога).

Задача №2.

Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при нагрузке.

Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы.

При осмотре: состояние больного тяжелое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 102 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки. Неврологический статус: дистальные гиперестезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей.

Анализ крови: эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты - $3,6 \times 10^9/л$, тромбоциты - $150 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз.
2. Биохимический анализ крови с определением фракций билирубина (тип желтухи), общего белка; ФЭГДС (исключение патологии желудка и двенадцатиперстной кишки); кал на яйца глист (исключение дифиллоботриоза); исследования уровня витамина В₁₂ в сыворотке крови, уровней метилмалоновой кислоты (норма - 70-279 нмоль/л) и гомоцистеина (норма - 5-15 ммоль/л) (их увеличение подтверждает диагноз «В₁₂ дефицитная анемия»); биопсия костного мозга (исключение лейкоза). Консультация гематолога.

Задача №3.

Больной 55 лет 5 лет назад получал полихимиотерапию и лучевую терапию по поводу рака легкого. В течение полугода появилась слабость, головокружение, одышка при ходьбе. При тщательном обследовании больного, включая КТ органов грудной и брюшной полости, данных за прогрессирование основного заболевания и развитие метастазов не получено. Клинический анализ крови: гемоглобин – 65 г/л, эритроциты – $2,1 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 0,5%, лейкоциты – $1,9 \times 10^9/л$, тромбоциты – $90 \times 10^9/л$, СОЭ – 35 мм/ч. Результаты стеральной пункции: костный мозг в основном представлен жировой тканью, в которой определяются редкие и мелкие островки миелоидной ткани. Лейкоцитарная формула без особенностей.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Апластическая анемия.
2. Алгоритм обследования:
 - Клинический анализ крови: нормохромная (реже гиперхромная) анемия; ретикулоцитопения,

лейкопения за счет снижения содержания нейтрофильных гранулоцитов (гранулоцитопения); тромбоцитопения.

- Миелограмма: изменения картины костно-мозгового кроветворения в соответствии с характером основного патологического процесса (замещение жировой тканью, инфильтрация бластными клетками и др.).

- Консультация гематолога.

Тема №20. Лейкозы. Острая лучевая болезнь.

Задача №1.

Больной П. 70 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц. В анамнезе: артериальная гипертония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. При осмотре обращает на себя внимание увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах. Лимфатические узлы безболезненные, ненапряженные, подвижные, имеют эластическую консистенцию. Селезёнка увеличена (+5 см). В анализах крови: гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты – 30×10^9 /л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×10^9 /л, СОЭ - 16 мм/ч. В мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Хронический лимфолейкоз.
2. Алгоритм обследования: иммунофенотипирование; стерильную пункцию, трепанобиопсию, биопсию лимфатического узла, КТ органов брюшной полости. В данном случае в первую очередь необходимо провести иммунофенотипирование для выявления характерных для хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) лимфоцитарных антигенов (CD5, CD23). Проведение стерильной пункции или трепанобиопсии обычно проводят в сложных случаях, когда результаты клинической картины и иммунофенотипирования неоднозначны. В качестве первоочередной диагностической манипуляции проведение биопсии лимфоузла не является целесообразным. КТ органов брюшной полости проводят на втором этапе для оценки распространенности лимфаденопатии и выраженности спленомегалии. Консультация гематолога.

Задача №2.

Больная М. 52 лет обратилась в поликлинику с жалобами на немотивированную слабость, повышенную утомляемость, постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, снижение аппетита, чувство быстрого насыщения. Указанные жалобы появились около 5 месяцев назад и постепенно стали более выраженными. При осмотре обращает на себя внимание увеличение селезёнки (выступает из-под края реберной дуги на 6 см). Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, цветовой показатель - 0,94, лейкоциты - $68,3 \times 10^9$ /л (промиелоциты - 1%, нейтрофильные миелоциты - 2%, нейтрофильные метамиелоциты - 6%, нейтрофильные палочкоядерные - 14%, нейтрофильные сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 9%, эозинофилы - 2%, базофилы - 7%, моноциты - 1%), тромбоциты - 440×10^9 /л. Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов снижена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Наиболее вероятный диагноз - «хронический миелолейкоз».
2. Для подтверждения диагноза необходимо провести: морфологическое исследование костного мозга (стерильная пункция); морфологическое исследование костного мозга (трепанобиопсия); цитогенетический анализ. Всем пациентам на этапе диагностики рекомендуется пройти цитогенетическое исследование костного мозга с измерением концентрации BCR-ABL транскрипта. BCRABL - химерный ген, следствие наличия филадельфийской хромосомы (транслокации 9;22, которая обнаруживается почти во всех случаях ХМЛ).

Задача №3.

Мужчина 35 лет, инженер-электрик, жалуется на выраженную слабость, одышку, сердцебиение при подъёме до 2 этажа, потливость по ночам, появление синяков по всему телу, частые носовые кровотечения без видимой причины, десневые кровотечения при гигиене полости рта, ощущение тяжести в правом подреберье. Считает себя больным около месяца. Существенное ухудшение самочувствия в течение последней недели. Ежегодно проходит профосмотры, последний – 4 месяца назад, патологии не выявлено. Хронические заболевания отрицает.

При осмотре: температура тела - 38,1 °С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, множественные экхимозы различной локализации разной стадии «цветения». Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими ясный лёгочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 98 в минуту, мягкий систолический дующий шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется на уровне пупка, плотный, ровный, умеренно болезненный; поверхность печени ровная, плотная. в левом подреберье пальпируется нижний полюс селезёнки на 3 см ниже края рёберной дуги, плотный, ровный, умеренно болезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

Общий анализ крови: гемоглобин - 76 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,79, тромбоциты – 21×10^9 /л, лейкоциты - 35×10^9 /л, бласты – 21%, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 0%, сегментоядерные нейтрофилы - 79%, лимфоциты - 0%, моноциты - 0%; СОЭ - 76 мм/ч.

Общий анализ мочи: жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли - нет.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 48,8 мкмоль/л, креатинин - 0,196 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, общий белок – 76 г/л,

Коагулограмма: АЧТВ - 50 с (норма - 32-42 с), ПТИ – 105%, фибриноген – 6 г/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования пациента для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острый лейкоз (неуточненный вариант). Метапластическая анемия, средней степени тяжести. Метапластическая тромбоцитопения средней степени тяжести. Тяжёлый геморрагический синдром. Метапластическая нефропатия.

2. Алгоритм обследования: стерильная пункция (миелограмма) для подтверждения диагноза; цитохимическая реакция на бластных клетках; проведение иммунофенотипирования (наиболее информативно) – для установления варианта острого лейкоза.

Для дальнейшей динамики при проведении химиотерапии: фракции билирубина; расчёт СКФ. УЗИ органов брюшной полости. ЭКГ.

Маркеры вирусного гепатита.

Консультация гематолога.

Тема №21. Неотложные состояния.

Задача №1.

Больной Г., 57 лет, поступил с жалобами на интенсивные загрудинные боли, сопровождающиеся чувством страха смерти, слабостью. Боли длятся более 1 часа, не купировались приемом нитроглицерина. В анамнезе ИБС, в виде приступов стенокардии напряжения, гипертоническая болезнь. При осмотре: повышенного питания, кожные покровы бледные, влажные, цианоз губ. Границы сердца увеличены за счет левой – в 5 межреберье на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. При аускультации сердца тоны глухие, ритмичные. ЧСС – 110 сокр./мин. Пульс частый, ритмичный, синхронный, малого наполнения. АД- 80/60 мм.рт.ст. На ЭКГ ритм синусовый. Э.О.С. отклонена влево. В I, II, aVL отведениях дугообразный подъем сегмента ST над изолинией, в III, aVF отведениях депрессия сегмента ST.

Вопросы:

1. Интерпретируйте данные осмотра и инструментального обследования пациента.
2. Какое осложнение возникло у больного?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острый инфаркт миокарда с локализацией на передней стенке левого желудочка.
2. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность: кардиогенный шок.

Задача №2.

Больной М., 27 лет, страдающий бронхиальной астмой, доставлен в приемное отделение в связи с внезапно развившимся приступом удушья после кормления кормом рыб, плавающих в аквариуме. Объективно: одышка во время приступа носит экспираторный характер, дистанционные хрипы, сухой мучительный кашель. Дыхание шумное, активно участвует дополнительная мускулатура грудной клетки. ЧДД – до 40 дыхательных движений в минуту. Грудная клетка бочкообразная. При перкуссии над легкими коробочный звук. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, масса сухих дискантовых хрипов.

Вопросы:

1. Интерпретируйте данные осмотра пациента.
2. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Астматический статус - состояние тяжелой асфиксии (следствие диффузного нарушения бронхиальной проходимости), которое не купируется общепринятыми средствами (адреномиметиками и бронхолитиками) в течение многих часов или нескольких суток и может закончиться развитием гипоксической комы и смертью больного.

2. Обследование:

- КЩС крови
- пульсоксиметрия
- фибробронхоскопия
- ЭКГ

Задача №3.

Больная Н., 37 лет, в клинику доставлена в бессознательном состоянии. Со слов врача «скорой помощи» у больной на дому имело место психическое и двигательное возбуждение, после чего она внезапно потеряла сознание. Со слов соседей, много лет болеет сахарным диабетом, лечится инсулином. Питается нерегулярно в связи с постоянными командировками. При осмотре: сознание отсутствует, кожа влажная, подергивание мышц лица, зрачки расширены, ЧДД 22 в 1 мин., АД 130/80 мм рт.ст. В анализах крови уровень сахара 3 ммоль/л.

Вопросы:

Интерпретируйте данные осмотра и лабораторного обследования пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Сахарный диабет 1 типа, гипогликемическая кома.

Задача №4.

На приеме у терапевта у больной Ш., 55 лет, страдающей гипертонической болезнью, появилось головокружение, приступ тошноты, позывы на рвоту, колющие боли в сердце, шум в ушах, сердцебиение, позывы на мочеиспускание. При осмотре пациентка возбуждена, повышенного питания, гиперемия кожи лица, шеи. При аускультации тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона во 2 межреберье справа от грудины, систолический шум над верхушкой сердца. ЧСС -120 в мин. АД 220/140 мм.рт.ст.

Вопросы:

Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Гипертонический криз – внезапное повышение АД, сопровождающееся преходящими нейровегетативными расстройствами и /или органическими изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы, ЦНС.

Задача №5.

Больная Г., 27 лет, обратилась за помощью с жалобами на внезапно появившийся нарастающий отек в области губ, век, шеи, осиплость голоса, одышку, затрудненное дыхание, слабость, тошноту. Состояние развилось через 30 мин. после инъекции гентамицина.

Объективно: на лице значительно выраженный отек, плотный, бледный, язык с трудом умещается во рту. Температура тела 37,3°C. Пульс 110 уд/мин. АД 150/90 мм рт.ст.

Вопросы:

Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Отек Квинке - остро развивающийся, быстро проходящий аллергический отёк кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек. Анафилактоидные реакции — результат дегрануляции тучных клеток без участия IgE.

3. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ (экзамен) включает в себя собеседование по вопросам дисциплины

3.1. Вопросы к экзамену (ПК-1, ОПК-5):

1. Артериальное давление. Методы определения, возрастные нормы, диагностическое значение повышения и снижения артериального давления для врача стоматолога.
2. Опрос и общий осмотр пациента, диагностическое значение.
3. Перкуссия как метод исследования больного. Физическое обоснование перкуссии. Характеристика основных перкуторных тонов.
4. Аускультация как метод исследования больного. Правила и техника аускультации легких. Основные дыхательные шумы.
5. Симптоматика заболеваний органов дыхания. Расспрос, осмотр больного.
6. Синдром уплотнения легочной ткани. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика.
7. Синдром эмфиземы легких. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика.
8. Синдром полости в легком. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика.
9. Синдром скопления воздуха в плевральной полости (пневмоторакс). Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика.
10. Синдром скопления жидкости в плевральной полости (гидроторакс). Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика.
11. Синдром бронхоспазма: этиология, клиника, диагностический поиск.
12. Аускультация сердца: точки аускультации, понятие о тонах сердца. Сердечные шумы.
13. Симптоматика заболеваний сердечно-сосудистой системы. Расспрос, осмотр больного.
14. Электрокардиография: методика записи, диагностическое значение. Нормальная ЭКГ.
15. Симптоматика заболеваний пищевода, желудка и кишечника. Расспрос и осмотр больного. Основные клинические синдромы. Проявления в ротовой полости.
16. Симптоматика заболеваний печени и желчевыводящих путей. Основные клинко-лабораторные синдромы заболеваний печени.
17. Симптоматика заболеваний поджелудочной железы. Основные клинические синдромы. Лабораторные и инструментальные методы исследования функции поджелудочной железы.
18. Симптоматика заболеваний почек и мочевыводящих путей. Расспрос, осмотр больного. Основные клинические синдромы.
19. Симптоматика заболеваний органов кроветворения. Расспрос, осмотр больных. Основные клинко-лабораторные синдромы (анемический, геморрагический, миелодиспластический).
20. Симптоматика заболеваний эндокринной системы. Основные синдромы (гипо- и гипергликемия, гипо- и гипертиреоз).
21. Пневмонии: этиология, клиника, диагностика, лечение. Возможные проявления осложнений антибактериальной терапии в ротовой полости.
22. Бронхиальная астма: этиология, классификация, клиника, лечение.
23. Хронический бронхит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
24. Хроническая обструктивная болезнь легких: этиология, клиника, диагностика, лечение.
25. Плевриты: сухой и экссудативный. Этиология, клиническая картина, диагностика.
26. Острая ревматическая лихорадка: этиология, клиника, критерии диагностики.
27. Острая ревматическая лихорадка: лечение и профилактика, роль стоматолога.
28. Митральные пороки сердца, этиология, нарушения гемодинамики, клиника, диагностика, осложнения, принципы лечения.
29. Аортальные пороки сердца, этиология, нарушения гемодинамики, клиника, диагностика, осложнения, принципы лечения.
30. Гипертоническая болезнь: факторы риска, классификация, клиника, осложнения.

31. Гипертоническая болезнь: принципы лечения, антигипертензивные препараты.
32. Симптоматические гипертензии: классификация, план диагностического поиска.
33. ИБС: факторы риска, этиология и патогенез, классификация.
34. Стабильная стенокардия: этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение.
35. Нестабильная стенокардия: классификация, клиника, лечение.
36. Острый коронарный синдром: классификация, клиническая картина, диагностика, неотложная помощь. Тактика врача-стоматолога при возникновении у пациента ОКС.
37. Инфаркт миокарда: клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика, осложнения.
38. Лечение неосложненного инфаркта миокарда.
39. Ангинозный приступ: этиология, клиника, диагностический поиск.
40. Инфекционный эндокардит: этиология, клиника, принципы диагностики и лечения, роль стоматолога в профилактике заболевания.
41. Хроническая сердечная недостаточность: этиология, классификация, клиника, принципы лечения.
42. Классификация нарушений сердечного ритма, методы диагностики, противоаритмические препараты.
43. Экстрасистолия: причины, классификация, клиника, диагностика, лечение.
44. Фибрилляция и трепетание предсердий: клиника, диагностика, лечение.
45. Атриовентрикулярная блокада. Классификация, клинические проявления и ЭКГ признаки.
46. Блокада ножек пучка Гиса. Диагностическая значимость. ЭКГ признаки.
47. Тромбоэмболия легочной артерии: причины, клиника, диагностика.
48. Тромбоэмболия легочной артерии: неотложная помощь, принципы лечения, профилактика.
49. Хронические гастриты: этиология, клиника, диагностика, осложнения лечение.
50. Язвенная болезнь желудка и 12 – перстной кишки: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
51. Язвенная болезнь желудка и 12 – перстной кишки: лечение, профилактика, осложнения.
52. Хронические гепатиты: классификация, клинко-лабораторные синдромы, лечение.
53. Циррозы печени: этиология, классификация, клиника, осложнения, лечение.
54. Печеночная кома: причины, клиника, неотложная помощь.
55. Хронический холецистит: этиология, патогенез, клиника, лечение.
56. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, клиника, лечение.
57. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, роль одонтогенной инфекции в развитии гломерулонефрита.
58. Хронический гломерулонефрит: этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение.
59. Пиелонефрит: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
60. Хроническая почечная недостаточность: этиология, патогенез, стадии ХПН, клиника, изменения в полости рта, диагностика, лечение.
61. Сахарный диабет 1-го типа: этиология, патогенез, клиника, роль стоматолога в ранней диагностике заболевания, принципы лечения.
62. Сахарный диабет 2-го типа: этиология, патогенез, клиника, роль стоматолога в диагностике заболевания.
63. Диффузный токсический зоб: этиология, клиника, диагностика, лечение.
64. Гипотиреоз: этиология, клиника, диагностика, лечение.
65. Железодефицитные анемии: этиология, клиника, изменения в полости рта, диагностика, лечение.
66. В₁₂-дефицитная анемия: этиология, клиника, изменения в полости рта, диагностика, лечение.
67. Острый лейкоз: этиология, клиника, изменения в полости рта, картина крови, лечение.
68. Хронический миелолейкоз: этиология, клиника, изменения в полости рта, картина крови, лечение.
69. Хронический лимфолейкоз: этиология, клиника, течение, изменения в полости рта, картина крови, лечение.
70. Гемофилия: клиника, предупреждение и остановка кровотечения. Подготовка больного с гемофилией к стоматологической операции. Возможные осложнения в стоматологической практике.

71. Аутоиммунная идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа): этиология, клиника, предупреждение и остановка кровотечения.
72. Гиповитаминоз С: этиология, патогенез, клиника, изменения в полости рта, лечение.
73. Ревматоидный артрит: клиника, диагностика, осложнения, лечение.
74. Системная красная волчанка: критерии диагностики, изменения в полости рта, лечение.
75. Стоматологические проявления при системных заболеваниях соединительной ткани.
76. Анафилактический шок: причины, клиническая картина, неотложная помощь.
77. Гипогликемическая кома: причины, клиника, неотложная помощь.
78. Диабетическая кетоацидотическая кома: этиология, патогенез, клиника, неотложная помощь.
79. Медикаментозные аллергические реакции: клиника, неотложная помощь.
80. Гипертонические кризы (неосложненные и осложненные): клиника, неотложная помощь.
81. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
82. Коллапс: причины, клиника, неотложная помощь.
83. Неотложная помощь при приступе стенокардии.
84. Неотложная помощь при остром инфаркте миокарда.
85. Неотложная помощь при приступе пароксизмальной тахикардии.
86. Неотложная помощь при пароксизме фибрилляции предсердий.
87. Неотложная помощь при приступе Морганьи-Эдемса-Стокса.
88. Отек легких: причины, клиническая картина, неотложная помощь.
89. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.
90. Обмороки в практике стоматолога, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Синдром желтухи - клиника, диагностика
2. Понятие о геморрагических диатезах; тромбоцитопеническая пурпура, клиника, диагностика.
3. Изменение диуреза и состава мочи при различных заболеваниях.
4. Перкуссия. Характеристика основных перкуторных тонов.
5. Термометрия. Виды лихорадок, их характеристика.
6. Артериальное и венозное давление. Методы определения, Уровни артериальной гипертензии
7. Хронический бронхит, этиология, клинические варианты, диагностика
8. Синдром воспалительного инфильтрата в легких.
9. Общий осмотр, его диагностическое значение.
10. Синдром полости в лёгких.
11. Жалобы при заболеваниях почек и мочевых путей
12. Расспрос больных с заболеванием почек.
13. Острая левожелудочковая недостаточность. Синдром сердечной астмы и отека легких, диагностика.
14. Пневмония: понятие об этиологии, клинике и диагностика по стадиям заболевания.
15. Хронический панкреатит этиология, основные клинические синдромы, диагностика.
16. Жалобы больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
17. Жалобы больных с заболеванием ЖКТ
18. Осмотр больного с заболеванием сердечно-сосудистой системы.
19. Язвенная болезнь желудка и 12-ПК: основные звенья патогенеза, течение, осложнения.
20. Жалобы и физическое обследование больных с заболеванием печени и желчного пузыря
21. Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс, шок).
22. Хронический гастрит: современные представления об этиологии, патогенезе, клинические формы, диагностика.
23. Общий анализ мочи. Исследование мочи по Нечипоренко и Аддис-Каковскому.
24. Расспрос и обследование больных и заболевание крови.
25. Сознание больного и его изменения в патологии.

26. Синдром эмфиземы лёгких.
27. Гипертоническая болезнь: понятие об этиологии, клиника поражения органов по стадиям заболевания.
28. Железодефицитная анемия, клиника, диагностика
29. Жалобы больного с заболеваниями органов дыхания.
30. Инфаркт миокарда. Клинические варианты острого периода

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *тем* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция/ индикатор	Содержание компетенции/ индикатора	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: Клиническую картину, методы диагностики заболеваний у взрослых и детей, Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	отсутствия значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.	имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса	показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Использовать данные обследования пациентов для установления диагноза пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки	Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности	Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности	Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса
		Владеть: Навыками диагностического поиска, проведения дифференциальной диа-	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисципли-	Не владеет навыками части программного материала, допускает суще-	Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины	Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и	Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может

		гностики с целью установления диагноза пациента при решении профессиональных задач	ны	ственные ошибки		может реализовать их в своей профессиональной деятельности	реализовать их в своей профессиональной деятельности
иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Знать: Правила сбора жалоб, анамнеза, показания и противопоказания для проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных методов обследования	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.	имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильно формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса	показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Выявлять признаки заболеваний с помощью сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента, специальными и дополнительными методами исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки	Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности	Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности	Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса
		Владеть: Навыками применения результатов обследования пациентов для диагностики и диффе-	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки	Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины	Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать	Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в

		ренциальной диагностики заболеваний		ки		их в своей профессиональной деятельности	своей профессиональной деятельности
иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: Принципы первичного и повторного осмотра, диагностические возможности различных методов обследования в стоматологии	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.	имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса	показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Интерпретировать результаты сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей), интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований; интерпретировать данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки	Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности	Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности	Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса

		носителях)					
		Владеть: Навыками установления диагноза пациентам на основе интерпретации полученных в ходе обследования данных	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки	Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины	Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности	Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности
иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: Существующие алгоритмы обследования пациентов с различной патологией; Этиологию, патогенез, диагностику часто встречающихся заболеваний	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.	имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильно формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса	показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать необходимость и объем основных и дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) для	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки	Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности	Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности	Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса

		установления диагноза при решении профессиональных задач					
		Владеть: Навыками разработки диагностического алгоритма на основе сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей) с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки	Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины	Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности	Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности
ПК-1	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	Знать: методы обследования пациента с целью установки диагноза					
		Уметь: провести обследование пациента					
		Владеть: навыками постановки диагноза					
иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Знать: методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей);	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные	отсутствия значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.	имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильно формулировки, нарушения логической последо-	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью рас-	показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь

			основные и дополнительные вопросы		вательности в изложении программного материала	крывает смысл предлагаемого вопроса	смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: оценить состояние пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки	Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности	Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности	Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса
		Владеть: методами сбора информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки	Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины	Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности	Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности
иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Знать: Объем первичного и повторного осмотров, значение специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики различных заболеваний	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	отсутствия значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.	имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса	показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса

		<p>Уметь Проводить первичный и повторный осмотр пациентов, обосновывать и планировать объем обследования пациентов</p>	<p>Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП</p>	<p>Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки</p>	<p>Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности</p>	<p>Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности</p>	<p>Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса</p>
		<p>Владеть Навыками интерпретации данных первичного и повторного осмотра пациентов, лабораторных и инструментальных исследований, данных консультаций пациентов врачами-специалистами</p>	<p>Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины</p>	<p>Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки</p>	<p>Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины</p>	<p>Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности</p>	<p>Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности</p>

4.2. Шкала и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- 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, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- 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.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки решения ситуационной задачи:

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

Для оценки доклада/устного реферативного сообщения :

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

Для разбора тематического больного

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации

Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1):

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.