

Автономная некоммерческая организация высшего образования «Научно-клинический центр имени Башларова»



Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» апреля 2023 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.19 Внутренние болезни
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2023

Рабочая программа дисциплины «Внутренние болезни» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме	Знать: методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у взрослых; методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у взрослых, выявлять факторы риска и причины развития заболеваний; применять методы осмотра и физикального обследования взрослых; интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования взрослых; диагностировать у взрослых наиболее распространенную патологию; выявлять факторы риска онкологических заболеваний; формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в не-

		<p>отложной форме. Владеть навыками: сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у взрослых, выявления факторов риска и причин развития заболеваний; осмотра и физикального обследования взрослых; диагностики наиболее распространенных заболеваний у взрослых; выявления факторов риска основных онкологических заболеваний; формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); проведения дифференциальной диагностики заболеваний; распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при</p>	<p>ИОПК-6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний</p>	<p>Знать: методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской по-</p>

решении профессиональных задач

мощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах.

Уметь: разрабатывать план лечения взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения. Владеть навыками: оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у взрослых с наиболее распространенными заболеваниями; подбора и назначение немедикаментозного лечения детям и взрослым с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения; оказания меди-

		цинской помощи в неотложной форме взрослым при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	56	начальный
ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	56	начальный

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Внутренние болезни» относится к обязательной части блока 1 ОПОП специалитета.

Необходимыми условиями для освоения внутренних болезней, приобретенными в результате освоения предшествующих дисциплин являются:

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. 5 час. 180

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр	
		5	6
Контактная работа	96	44	52
В том числе:	-	-	-
Лекции	20	12	8
Лабораторные работы (ЛР)	-	-	-
Практические занятия (ПЗ)	76	32	44
Самостоятельная работа (всего)	48	28	20
В том числе:	-	-	-
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям			
Самостоятельное изучение тем			

Реферат			
Вид промежуточной аттестации экзамен	36	-	36
Курсовая работа			+
Общая трудоемкость	час.	180	72
	з.е.	5	2
			3

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
Семестр 5		
1.	Общий осмотр. Пальпация, перкуссия, аускультация.	2
2.	Исследование органов дыхания в норме и патологии (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).	2
3.	Исследование сердечно-сосудистой системы в норме и патологии (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).	2
4.	Исследование системы пищеварения в норме и патологии (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Лабораторные и инструментальные методы исследования (желудок, кишечник, печень, желчный пузырь, поджелудочная железа).	2
5.	Исследование системы мочеобразования и мочевыделения в норме и патологии (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Лабораторные и инструментальные методы исследования.	2
6.	Исследование кроветворной системы (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Лабораторные и инструментальные методы исследования.	2
Семестр 6		
1.	Диффузно-токсический зоб.	2
2.	Сахарный диабет.	2
3.	Ревматоидный артрит.	2
4.	Неревматические миокардиты.	2
	Итого	20

Практические занятия

№ раздела	№ п/п	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	Формы текущего контроля
Семестр 5				
1. Объективные методы исследования в клинике внутренних болезней.	1.1.	Расспрос больного. Схема истории болезни.	2	Тестирование
	1.2	Общий осмотр. Пальпация, перкуссия, аускультация.	2	Устный опрос
2. Исследования ор-	2.1	Исследование органов дыхания в	2	Доклады

ганов дыхания.		норме (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)		
	2.2	Исследование органов дыхания в патологии (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	2	Защита реферата
	2.3	Исследование мокроты, крови, плевральной жидкости. Функциональное значение этих методов. Основные синдромы при заболеваниях легких.	2	Защита реферата, решение практических заданий
3. Исследование сердечно-сосудистой системы.	3.1	Исследование сердечно-сосудистой системы в норме (осмотр, пальпация, перкуссия).	4	Устный опрос
	3.2	Исследование сердечно-сосудистой системы в патологии (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия).	2	Устный опрос
	3.3	Аускультация сердечно-сосудистой системы в норме и патологии. Физиологическое, изменение тонов сердца.	2	Устный опрос
	3.4	Аускультация сердечно-сосудистой системы в патологии и патологии. Патологические изменения тонов сердца, шумы	2	Устный опрос
	3.5	Коллоквиум посердечно-сосудистой системе.	2	Практические задания
4. Исследование системы пищеварения	4.1	Исследование системы пищеварения в норме и патологии. Исследование желудочного сока и кала.	2	Устный опрос
	4.2	Исследование желчного пузыря, печени, селезенки (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Основные клинические синдромы.	2	Устный опрос
	4.3	Коллоквиум по пищеварительной системе	2	Практические задания
5. Исследование системы мочевого выделения.	5.1	Исследование системы мочевого выделения. Лабораторные и инструментальные методы исследования.	2	Устный опрос

	5.2	Основные почечные синдромы Хроническая почечная недостаточность.	2	Устный опрос
		Семестр 6		
6. Заболевания дыхательной системы.	6.1	ХОБЛ.	2	Устный опрос
	6.2	Бронхиальная астма. Эмфизема легких.	2	Устный опрос
	6.3	Пневмонии.	2	Устный опрос
	6.4	Плевриты.	2	Устный опрос
7. Заболевания сердечно-сосудистой системы.	7.1	ИЦД.	2	Устный опрос
	7.2	Гипертоническая болезнь. Симптоматические артериальные гипертензии.	2	Устный опрос
	7.3	ИБС: Стенокардия. Инфаркт миокарда.	2	Защита реферата
	7.4	Нарушения ритма и проводимости (экстрасистолия, мерцательная аритмия, блокады)	2	Устный опрос
	7.5	Недостаточность кровообращения.	2	Устный опрос
	7.6	Острая ревматическая лихорадка. Митральные пороки сердца.	2	Устный опрос
	7.7	Инфекционный эндокардит. Аортальные пороки сердца.	2	Устный опрос
	7.8	Контрольная работа.	2	Практические задания
8. Заболевания системы мочевыделения.	8.1	Хронический пиелонефрит. Курация больных.	2	Устный опрос
	8.2	Острый и хронический гломерулонефрит.	2	Устный опрос
	8.3	ХПН. Нефротический синдром.	2	Устный опрос
9. Заболевания системы пищеварения.	9.1	Хронический гастрит. Язвенная болезнь.	2	Устный опрос
	9.2	Хронический холецистит, ЖКБ.	2	Устный опрос
	9.3	Хронические гепатиты. Циррозы печени.	2	Устный опрос
	9.4	Синдром раздраженного кишечника. Контрольная работа.	2	Устный опрос, Практические задания

				ния
10. Заболевания системы кроветворения.	10.1	Анемии. Лейкозы.	2	Устный опрос
11. Системные заболевания соединительной ткани.	11.1	Ревматоидный артрит. СКВ.	2	Устный опрос
12. Заболевания эндокринной системы.	12.1	Сахарный диабет.	2	Устный опрос
	Итого		76	

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Виды СРС	Всего часов	Вид контроля
1	2	3	4	5	6
1	5	Распрос больного. Схема истории болезни.	Проработка учебного материала по учебной литературе.	1	Устный опрос
2	5	Общий осмотр. Пальпация, перкуссия, аускультация.	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	3	Доклады
3	5	Исследование органов дыхания в норме (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	3	Устный опрос
4.	5	Исследование органов дыхания в патологии (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия) Аускультация легких	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	3	Устный опрос
5.	5	Исследование мокроты, крови, плевральной жидкости. Функциональное значение этих методов. Основные синдромы при заболеваниях легких.	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	3	Устный опрос
6.	5	Коллоквиум по системе дыхания.	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	3	Устный опрос
7.	5	Исследование сердечно-сосудистой системы в норме (осмотр, пальпация, перкуссия).	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	3	Защита реферата
8.	5	Исследование сердечно-сосудистой системы в патологии (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия).	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	3	Защита реферата, решение практических заданий

9.	5	Аускультация сердечно-сосудистой системы в норме Физиологическое изменение тонов сердца.	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе, дополнительной литературе	3	Защита реферата, решение практических заданий
10.	5	Аускультация сердечно-сосудистой системы в патологии. Патологическое изменение тонов сердца, шумы	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе, дополнительной литературе	3	Устный опрос
11.	5	Коллоквиум посердечно-сосудистой системе.	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	3	Устный опрос
12.	5	Исследование системы пищеварения в норме и патологии. Исследование желудочного сока и кала.	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	3	Устный опрос
13.	5	Исследование желчного пузыря, печени, селезёнки (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Основные клинические синдромы.	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	3	Устный опрос
14	5	Коллоквиум по системе пищеварения	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе, дополнительной литературе	4	Устный опрос
15.	5	Исследование системы мочевого выделения. Лабораторные и инструментальные методы исследования	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	4	Устный опрос
16.	5	Основные почечные синдромы. Хроническая почечная недостаточность	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе.	3	Устный опрос
		Итого часов в семестре:		48	Устный опрос

Формы текущего контроля успеваемости студентов: устный опрос, доклады, практические задания, тестирование, реферат.

Формы промежуточной аттестации: курсовая работа, экзамен.

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)

Тестовые задания

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

1. да
2. нет
3. в некоторых случаях

3.СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ:

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

4.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.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.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.СБОР АНАМНЕЗА ВКЛЮЧАЕТ:

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

8.НАВИТУС-ЭТО

1. конституция пациента
2. рост пациента
3. масса тела пациента

4. все перечисленное

9. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПАМИ ЛИХОРАДКИ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ:

1. Постоянная лихорадка
2. Послабляющая лихорадка
3. Истошающая лихорадка
4. Возвратная лихорадка

А) суточные колебания температуры тела очень выражены ($3-5^{\circ}\text{C}$) с падением до нормальных или субнормальных значений

Б) колебания температуры тела в течение суток не превышают 1°C , обычно в пределах $38-39^{\circ}\text{C}$

В) длительная лихорадка с суточными колебаниями температуры тела, превышающими 1°C (до 2°C), без снижения до нормального уровня

Г) температура тела сохраняется на повышенном уровне в течение нескольких дней, потом временно снижается до нормы с последующим новым повышением, и так многократно

10. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА УКАЗЫВАЕТ НА ОЖИРЕНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ

КОРРИГИРУЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРИ ВЕЛИЧИНЕ:

1. $18-25 \text{ кг/м}^2$
2. менее 18 кг/м^2
3. более 25 кг/м^2
4. более 30 кг/м^2
5. более 40 кг/м^2

11. 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

12. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

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

13. ПРИТУПЛЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

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

14. 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

15.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

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

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

17.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

18.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

19.ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД:

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

20.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

21.ШИРИНА СОСУДИСТОГО ПУЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

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

22.УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ:

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

23.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

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

- А) точка Боткина-Эрба
- Б) 2 м/р слева у грудины
- В) основание мечевидного отростка грудины
- Г) 2 м/р справа у грудины
- Д) верхушка сердца

1. I точка аускультации
2. II точка аускультации
3. III точка аускультации
4. IV точка аускультации
5. V точка аускультации

25.АКЦЕНТ II ТОНА НАД АОРТОЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ:

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

26.УСИЛЕНИЕ I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

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

27.КАКИЕ ЖАЛОБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЛЕВОСЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

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

28.КАКИЕ ЖАЛОБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРАВОСЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

1. боли в области сердца

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

29. СМЕЩЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ ВЛЕВО, $RV4 < RV5 \leq RV6$, ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ Т В V6 ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

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

30. 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

31. 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

32. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ ПО МЕТОДУ КУРЛОВА НАХОДЯТ?

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

33. ЖАЛОБЫ НА ИЗЖОГУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

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

34. «КИНЖАЛЬНАЯ» БОЛЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

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

35. 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

36. АМИЛОРЕЯ, КРЕАТОРЕЯ, СТЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

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

37. 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

38. «МЕЛЕНА» ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

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

39.«ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ» ПРИ РЕНТГЕНОСКОПИИ ЖЕЛУДКА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:

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

40.ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА НАЗНАЧАЮТ

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

41.ТЕМНАЯ МОЧА С ЖЕЛТОЙ ПЕНОЙ И ОБЕСЦВЕЧЕННЫЙ КАЛ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

ПРИ:

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

41.«СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

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

43.ГУСТОПИГМЕНТИРОВАННЫЕ МОЧА И КАЛ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ:

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

44. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА И КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

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

45. 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

46. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

47. ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧ

НОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ:

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

48. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

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

49. АКТИВНОСТЬ КАКИХ ФЕРМЕНТОВ ДОМИНИРУЕТ ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ?

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

50. СТАДИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ БЕЗ

БИОПСИИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПРИ ПОМОЩИ:

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

51. УКАЖИТЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ:

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

52. 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

53. Выберите правильную комбинацию ответов:

ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХПН ЯВЛЯЮТСЯ:

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

54. 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

55. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

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

56. ПРОТЕИНУРИЯ БОЛЕЕ 3 Г/СУТ. МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ:

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

57. АНАЛИЗ МОЧИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:

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

58. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

59. С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ МОЖНО ВЫЯВИТЬ МОЧЕКАМЕННУЮ БОЛЕЗНЬ:

1. проба Зимницкого
2. радиоизотопная ренография
3. проба Реберга

67. ДЛЯ В-12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО:

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

68. СДВИГОМ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО НАЗЫВАЕТСЯ?

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

69. ЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

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

70. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С ЭРИТРЕМИЕЙ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

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

71. ЖАЛОБА БОЛЬНОГО ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:

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

72. ДЛЯ АКРОМЕГАЛИИ ХАРАКТЕРНО

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

73. 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

74. КАКАЯ ЖАЛОБА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА ГИПОТИРЕОЗА?

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

75. 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

76.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

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

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

78.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

79.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

80.БРОНЗОВАЯ ОКРАСКА КОЖИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

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

81.ОДЫШКА ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

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

82.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

83.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

84.ДЛЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО:

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

85. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЛЕГКОГО ИНТЕРМИТ- ТИРУЮЩЕГО 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%

86.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%

87.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

88.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

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

89.ДЛЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЖАЛОБЫ:

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

90.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

91.ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. отеки

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

92. АНАЛИЗ МОЧИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:

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

93. 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 |

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

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

95. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

96. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

97. 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

98. 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

99. 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

100. ПРИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ХПН РАЗВИВАЕТСЯ

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

101. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕ

СКУЮ ЛИХОРАДКУ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

102. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТСЯ:

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

103. «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

104. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

105. 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

106. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ:

1. моноартрит

2. олигоартрит
3. артралгия
4. полиартрит

107. ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТА С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНА

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

108. 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

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

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

110. 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

111. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:

1. $RV_5, V_6 > RV_4$
2. $RV_4 > RV_5, V_6$
3. $S_1 > R_1$
4. $R_{III} > R_I$

112. II СТАДИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ:

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

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

1. 17-оксикортикостероида
2. тиреотропина
3. ренина

4. креатинина

114. 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

115. С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ:

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

116. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЯМИ АД И СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

Характеристика уровня АД: Цифры АД (мм рт.ст.):

- | | |
|-----------------|------------|
| 1) 1 степень АГ | А) 145/85 |
| 2) 2 степень АГ | Б) 170/100 |
| 3) 3 степень АГ | В) 185/90 |
| | Г) 160/90 |
| | Д) 200/110 |

117. 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.

118. 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

119. III СТАДИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ РАЗВИТИИ:

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

120. К ЛАБОРАТОРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ОТНОСИТСЯ

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

121.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

122.НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

123.УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕМЕЖДУ 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

124.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

125.Выберите правильную комбинацию ответов:

КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

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

126.УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕМЕЖДУ 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 |

127. 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

128. 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

129. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЗАБОЛЕВАНИЕМ И КАРТИНОЙ НА ЭКГ

- | | |
|-----------------------------------------|------------------------------------|
| 1. приступ стенокардии | А) подъем сегмента ST |
| | Б) наличие патологического зубца Q |
| 2. инфаркт миокарда в начальном периоде | В) высокий коронарный T |
| | Г) появление комплекса QS |
| | Д) депрессия сегмента ST |

130. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

131. АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПОРОК СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ

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

132. 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

133. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО:

1. одышка, обмороки
2. стенокардия при физических нагрузках

3. повышение систолического давления
4. снижение диастолического давления

134. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЖАЛОБА БОЛЬНОГО С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ:

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

135. ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬ

НЫХ:

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

136. 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

137. УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

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

138. 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

139. 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

140. Выберите правильную комбинацию ответов:

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ:

1. эхокардиография
2. посев крови на стерильность
3. УЗИ брюшной полости

141. ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕНА «НИША»?

1. о раке желудка
2. о гиперацидном гастрите

3. о язвенной болезни желудка
4. язва 12-перстной кишки

142. 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

143. 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

144. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

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

145. 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

146. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С ВЫРАЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

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

147. ВЫБЕРИТЕ ПРЯМОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

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

148. 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

149. 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

150. ЖАЛОБЫ НА «РАННИЕ» БОЛИ ТИПИЧНЫ ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЫ

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

151. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

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

152. 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

153. 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

154. 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

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

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

156. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ СЧИТАЕТСЯ:

1. повышение артериального давления

2. лихорадка
3. боль в животе
4. общая слабость

157. 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

158. ЧТО ОТНОСЯТ К ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА?

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

159. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

160. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ДОСТУПЕН ПАЛЬПАЦИИ ПРИ

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

161. 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

162. 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

163. 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

164. 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

165. ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЛИКИРО

ВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА %:

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

166. 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

167. ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ЭКГ-ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

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

168. 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

169. 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

170. КАКАЯ ЖАЛОБА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА ГИПОТИРЕОЗА?

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

171. АНГУЛЯРНЫЙ СТОМАТИТ И ТРЕЩИНЫ КОЖИ ПРИ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ:

1. гиперэстрогемии
2. геморрагическом синдроме

3. обезвоживании организма
4. сидеропеническом синдроме

172. 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

173. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

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

174. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОР

НЫЕ 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

175. РЕТИКУЛОЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

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

176. Установите соответствие.

ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОГУТ БЫТЬ

1. гипохромия эритроцитов
2. гиперхромия эритроцитов
3. нормохромия эритроцитов

- А) апластическая анемия
- Б) гемолитическая анемия
- В) железодефицитная анемия
- Г) В12-дефицитная анемия

ОБНАРУЖЕНЫ:

177. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА:

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

178. ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, ОБМОРОКИ, ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА И ОБО-
НЯНИЯ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО УКАЗЫВАЮТ НА АНЕМИЮ:

1. железодефицитную
2. гипопластическую

3. гемолитическую
4. В12 - дефицитную

179. 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

180. ЖАЛОБА НА «ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

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

181. 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)

182. 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

183. 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

184. СИМПТОМАМИ ОСТРОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЮТСЯ:

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

185. 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 гипертензия, гипертермия, тремор

186. ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮ-

ЩИЕ 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

187.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

188.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

189.САМЫЙ ПЕРВЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭТО:

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

190. 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 перебойми пульс, снижение артериального давления

Ключи ответов

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

3	1	1	2	4	1	1	4	2	1
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
3	1	2,4	3	1	4	3	1	4	1-а,2-б,3-г,4-в,5-д
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
3	1	1-в,2-б,3-г,4-а	4	1	1-а,д,2-в,3-б,г	1,4	3	3	3
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
3	1	2	4	1	1	2	1	2	2
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
2	1	2,4	2,4	1,3	2,4	4	3	3	1,4
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	3	1-б,2-в,3-б,4-а,5-д	2	2	1	1	3	3	1
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
3	1	1	2	4	4	2	4	3	3
111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
1	3,4	1	1	4	1-а,2-б,г,3в,д	3	4	1	4
121	122	123	124	125	126	127	128/	129	130
1	2	1-б,2-а,3-д	3	1,3	1-б,2-г,3-в	3	1,4	1-в,д,2-а,б	3
131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
4	1	1,2	4	1	1,3	1	1	3,4	4
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
3	1	4	4	2	3	2	2	4	1
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
4	1	1-в,2-а,3-б	1	1	3	4	1,2	1	3
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170
1	1	1	1	2	1	1	2	2	4
171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
4	1	3	2	1	1-в,2-г,3-а,4-б	3	1	2	2
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190
1	4	1,2	2	1	4	1	2	3	1

Критерии и шкалы оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

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°С. 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 отекающие. 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

Задача №4.

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 №5.

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 №6.

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

2. Приступ бронхиальной астмы.

Задача №7.

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:

3. Признаки какого синдрома имеются?
4. Увеличен ли поперечник сердца?
5. Увеличены ли границы АТС?
6. Изменяются ли размеры верхушечного толчка?
7. Какой будет конфигурация сердца?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Дилатация и гипертрофия левого желудочка

2. Да

- 3. Да
- 4. Да
- 5. Аортальной

Задача №8.

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 №9.

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. Фиброгастроудоденоскопию (ФГДС) с прицельной биопсией в т. ч. для микробиологического исследования рентгеноскопию желудка, кровь на ИФА на хеликобактерии.

Задача №10.

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 №11.

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 №12.

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 №13.

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).

Задача №14.

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 №15.

Больная, 19 лет, обратилась с жалобами на частое, болезненное мочеиспускание, лихорадку до

37,2 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.

Задача №16.

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

Вопросы:

О каком заболевании следует думать?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Острый лейкоз.

Задача №17.

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: НЬ - 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 №18.

Больная З., 52 года, начало заболевания 1,5 года назад после курса рентгенотера-

пии. 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 №19.

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

Задача №20.

Женщина 32 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на участвовавшие 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 №21.

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 удлинён, 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, бактерии 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.

Задача №22.

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 отеков 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 ммоль/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 №23.

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 преднизолон 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.

Задача №24.

Женщина 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, подъеме на 2-й этаж, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°С, 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: α_1 – 6%, α_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-А. 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.

Задача №25.

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

тей 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 №26.

Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы. При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, 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 кнаружи 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.

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

Задача №27.

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 больной 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 больной 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 №28.

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.

ли.

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 №29.

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 анализе: 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 IIА, 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; УЗ- исследование почек; консультации врача-кардиохирурга, врача-нарколога.

Задача №30.

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, мочевины, мочевая кислота, СКФ, калий, натрий, хлор, белок)
- ЭКГ,
- Эхо-кардиография,
- Р-графия органов грудной клетки.

Задача №31.

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.

Задача №32.

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 от-

дел 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 №33.

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. Края 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 1 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 №34.

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 френикус-симптом.

Вопросы:

О каком заболевании следует думать?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острый холецистит

Задача №35.

Больной С., 56 лет, предъявляет жалобы на увеличение живота в объеме, отеки на нижних конечностях, похудание. Из анамнеза: в течение многих лет злоупотребляет приемом алкоголя. 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:

2. О каком заболевании следует думать?

3. 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 №36.

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 объёме, отёки 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. Отёки 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 – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв – 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, 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).

Задача №37.

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 лёгких 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 HbA1c < 7,0%. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром).
2. Повторное определение гликемии в последующие дни, пероральный глюкозотолерантный тест, определение HbA1c. Консультация эндокринолога.

Задача №38.

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 отеки 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. Отеков 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 №39.

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.

Задача №40.

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. Менструальные 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 №41.

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, сис-

толический 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 гиперстезии, 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 №42.

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 кровотока в соответствии с характером основного патологического процесса (замещение жировой тканью, инфильтрация бластными клетками и др.).
 - Консультация гематолога.

Задача №43.

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; стернальную 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 стеральной 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 №44.

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 (стерральная 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 транслокации.

фийской хромосомы (транслокации 9;22, которая обнаруживается почти во всех случаях ХМЛ).

Задача №45.

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.

Задача №46.

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 снаружи 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 №47.

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 №48.

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 болен 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 №49.

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 сердечнососудистой системы, ЦНС.

Задача №50.

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.

Контрольные вопросы для собеседования:

Общий осмотр. Пальпация, перкуссия, аускультация.

Контрольные вопросы для собеседования:

1. Схема общего осмотра больного.
2. Степени нарушения сознания.
3. Виды положения больного.
4. Изменения кожных покровов.
5. Исследования подкожно-жирового слоя. Отеки, механизм развития, отличие почечных и сердечных отеков, методы их выявления.
6. Конституционные типы.
7. Техника измерения температуры.
8. Основные типы температурных кривых.

9. Пальпация, сущность метода, основные правила.
10. Перкуссия, сущность метода, основные правила.
11. Аускультация, сущность метода, основные правила.

Пневмонии.

Контрольные вопросы для собеседования:

1. Определение понятия «пневмония».
2. Этиология пневмонии.
3. Патогенетические механизмы развития пневмонии и морфологические изменения при пневмонии.
4. Классификация пневмонии.
5. Клинические проявления пневмонии.
6. Диагностические критерии пневмонии.
7. Принципы лечения пневмонии.
8. Прогноз и профилактика пневмоний.

Примерные темы курсовых работ:

1. Расспрос больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
2. Структура болевых ощущений при заболеваниях органов пищеварения.
3. Физикальные исследования органов брюшной полости.
4. Принцип пальпации по Образцову - Стражеско.
5. Диспепсические расстройства, их патогенез и клиническое значение.
6. Исследование желудочной секреции, диагностическое значение.
7. Инструментальные методы исследования желудка.
8. Инструментальные методы исследования при заболеваниях кишечника.
9. Дуоденальное зондирование и его диагностическое значение.
10. Диагностическое значение копрологического исследования.
11. Диагностическое значение реакции кала на скрытую кровь.
12. Клиника, течение и осложнения язвенной болезни.
13. Хронические колиты, клиника, лабораторно-инструментальные методы исследования.
14. Хронический гастрит, этиология, клиника.
15. Основные жалобы больных при заболеваниях желчных путей.
16. Пальпация и перкуссия печени и селезенки.
17. Лабораторные и инструментальные методы исследования печени.
18. Основные симптомы острого холецистита.
19. Основные синдромы поражения печени.

20. Хронический гепатит. Основные клинические и лабораторные признаки.
21. Хронические холециститы, этиология, клиника.
22. Циррозы печени, этиология, классификация, основные синдромы.
23. Желчно-каменная болезнь: клиника, диагностика.
24. Биохимические пробы, отражающие изменения пигментного обмена при заболеваниях печени.
25. Печеночная недостаточность, патогенез, клинические проявления.
26. Классификация желтух.
27. Синдром гиперспленизма.
28. Синдром портальной гипертензии, патогенез, клиника.
29. Лабораторные методы диагностики заболеваний печени.
30. Расспрос больных с заболеванием почек.
31. Диагностическое значение лабораторного исследования мочи.
32. Функциональные пробы почек: проба Зимницкого, исследование мочи по Аддис-Каковскому и Нечипоренко, клиническое значение.
33. Гипертонический синдром при заболеваниях почек.
34. Нефротический синдром.
35. Острый гломерулонефрит, основные синдромы.
36. Хронический гломерулонефрит, клинические формы. Методы исследования.
37. Основные синдромы хронического нефрита.
38. Хроническая почечная недостаточность: этиология, патогенез, клиника.
39. Острая почечная недостаточность: этиология, патогенез, клиника.
40. Основные клинические и лабораторные симптомы уремии.
41. Способы выявления отеков и контроль за их динамикой.
42. Общие принципы построения диагноза.
43. Хронический пиелонефрит, физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования.
44. Врачебная этика и деонтология. Ятрогенные болезни.
45. Основные синдромы при почечной патологии.
46. Вклад А.А.Мясникова в отечественную медицину.
47. Расспрос и физические методы исследования больных с заболеваниями эндокринной системы (синдром тиреотоксикоза).
48. Расспрос и физические методы исследования больных с заболеваниями кроветворной системы (железодефицитные и В12 - дефицитные анемии).
49. Основоположники отечественной терапевтической школы

(М.Я.Мудров, С.П.Боткин, З.А.Захарьин, А.А.Остроумов,
М.П.Кончаловский, Н.Д.Стражеско, Г.Ф.Ланг)

50. Хронический бронхит. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
51. Очаговая пневмония. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
52. Крупозная пневмония. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
53. Абсцесс легкого. Этиология.клиника, лечение.
54. Легочное сердце.
55. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, диагностика приступного периода.
56. Бронхиальная астма. Первая помощь в условиях стоматологической

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Перечень основных контрольных вопросов для экзамена по «Внутренним болезням»

57. Значение анамнеза в диагностике. Роль Г.А.Захарьина в разработке этого метода.
58. Клиническое значение общего осмотра больного.
59. Анамнез и его значение в диагностике профессиональных заболеваний.
60. Роль термометрии в диагностике, типы температурных кривых.
61. Нарушение сознания, его разновидности.
62. Жалобы больных с заболеванием органов дыхания.
63. Диагностическое значение кашля и кровохарканья.
64. Осмотр и пальпация грудной клетки.
65. Одышка и ее виды, механизм возникновения. Нарушение ритма дыхания (дыхание типа Куссмауля, Чейн-Стокса, Биота)
66. Методы перкуссии, история физическое обоснование.
67. Виды перкуторного звука, клиническое значение перкуссии.
68. Сравнительная и топографическая перкуссия легких, ее значение.
69. Аускультация легких. Дыхательные шумы в норме, их варианты.
70. Голосовое дрожание и бронхофония, их диагностическое значение.
71. Инструментальные методы исследования органов дыхания.
72. Бронхиальное дыхание, его разновидности.
73. Хрипы, механизм возникновения, классификация, диагностиче-

ское значение.

74. Шум трения плевры, отличие от других побочных шумов.

75. Крепитация. Происхождение. Клиническое значение, отличие от влажных хрипов.

76. Синдром уплотнения легких.

77. Синдром наличия жидкости в плевральной полости.

78. Синдром нарушения бронхиальной проводимости.

79. Синдром наличия воздуха в плевральной полости.

80. Синдром наличия полости в легком.

81. Крупозная пневмония, этиология, основные симптомы.

82. Очаговая пневмония, этиология, симптоматология.

83. Хронический бронхит, клиника, диагностика.

84. Бронхиальная астма, основные клинические проявления.

85. Абсцесс легкого, основные клинические проявления.

86. Бронхоэктатическая болезнь, этиология. Основные клинические симптомы.

87. Сухой плеврит, этиология, клиника.

88. Экссудативный плеврит, этиология, клиника. Исследование плевральной жидкости.

89. Заслуги С.П.Боткина и М.Я.Мудрова в отечественной терапии.

90. Заслуги М.Я.Мудрова и Г.А.Захарьина в отечественной терапии.

91. Основные принципы медицинской деонтологии.

92. Расспрос больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

93. Осмотр и пальпация области сердца в норме и патологии.

94. Осмотр области сердца и периферических сосудов.

95. Относительная и абсолютная тупость сердца в норме и патологии.

96. Конфигурация сердца. Ее разновидности, клиническое значение.

97. Проекция отделов сердца и клапанов на грудную клетку. Места выслушивания.

98. Методика аускультации сердца.

99. Образование тонов сердца.

100. Физиологическое и патологическое изменение тонов сердца.

101. Ритм галопа, механизм возникновения, разновидности.

102. Ритм перепела, механизм возникновения.

103. Шума сердца, механизм возникновения.

104. Функциональные и органические шумы сердца, их разновидности, характеристика.

105. Шум трения перикарда. Механизм его возникновения и отличие от внутрисердечных шумов.

106. Диагностическое значение фонокардиографии.
107. Исследование пульса, его характеристика.
108. Виды аритмий, выявляемые по пульсу. Дефицит пульса.
109. Артериальное давление и обслуживающие его факторы.
110. Изменения ЭКГ при нарушении атриовентрикулярной проводимости.
111. Экстрасистолы, происхождение, клиническое значение.
112. Изменения ЭКГ при инфаркте миокарда.
113. Виды блокад сердца.
114. Инфекционный эндокардит: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
115. Стенокардия, клинические симптомы.
116. Пароксизмальная тахикардия, классификация, клиника.
117. Симптоматология инфаркта миокарда, методы диагностики.
118. Недостаточность митрального клапана, этиология, клиника.
119. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, этиология, клиника, осложнения.
120. Стеноз устья аорты, этиология, клиника.
121. Недостаточность клапанов аорты, этиология, симптоматология.
122. Недостаточность трехстворчатого клапана, этиология, патогенез.
123. Гипертоническая болезнь. Классификация, основные клинические проявления.
124. Кардиосклероз, этиология, клиника.
125. Классификация недостаточности кровообращения.
126. Левожелудочковая сердечная недостаточность, причины, клинические проявления.
127. Правожелудочковая недостаточность кровообращения, патогенез, основные симптомы.
128. Мерцательная аритмия, разновидности, клиническое значение, ЭКГ-изменения.
129. Расспрос больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
130. Структура болевых ощущений при заболеваниях органов пищеварения.
131. Физикальные исследования органов брюшной полости.
132. Принцип пальпации по Образцову - Стражеско.
133. Диспепсические расстройства, их патогенез и клиническое значение.
134. Исследование желудочной секреции, диагностическое значение.
135. Инструментальные методы исследования желудка.

136. Инструментальные методы исследования при заболеваниях кишечника.
137. Дуоденальное зондирование и его диагностическое значение.
138. Диагностическое значение копрологического исследования.
139. Диагностическое значение реакции кала на скрытую кровь.
140. Клиника, течение и осложнения язвенной болезни.
141. Хронические колиты, клиника, лабораторно-инструментальные методы исследования.
142. Хронический гастрит, этиология, клиника.
143. Основные жалобы больных при заболеваниях желчных путей.
144. Пальпация и перкуссия печени и селезенки.
145. Лабораторные и инструментальные методы исследования печени.
146. Основные симптомы острого холецистита.
147. Основные синдромы поражения печени.
148. Хронический гепатит. Основные клинические и лабораторные признаки.
149. Хронические холециститы, этиология, клиника.
150. Циррозы печени, этиология, классификация, основные синдромы.
151. Желчно-каменная болезнь: клиника, диагностика.
152. Биохимические пробы, отражающие изменения пигментного обмена при заболеваниях печени.
153. Печеночная недостаточность, патогенез, клинические проявления.
154. Классификация желтух.
155. Синдром гиперспленизма.
156. Синдром портальной гипертензии, патогенез, клиника.
157. Лабораторные методы диагностики заболеваний печени.
158. Расспрос больных с заболеванием почек.
159. Диагностическое значение лабораторного исследования мочи.
160. Функциональные пробы почек: проба Зимницкого, исследование мочи по Аддис-Каковскому и Нечипоренко, клиническое значение.
161. Гипертонический синдром при заболеваниях почек.
162. Нефротический синдром.
163. Острый гломерулонефрит, основные синдромы.
164. Хронический гломерулонефрит, клинические формы. Методы исследования.
165. Основные синдромы хронического нефрита.
166. Хроническая почечная недостаточность: этиология, патогенез, клиника.
167. Острая почечная недостаточность: этиология, патогенез, клиника.

168. Основные клинические и лабораторные симптомы уремии.
169. Способы выявления отеков и контроль за их динамикой.
170. Общие принципы построения диагноза.
171. Хронический пиелонефрит, физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования.
172. Врачебная этика и деонтология. Ятрогенные болезни.
173. Основные синдромы при почечной патологии.
174. Вклад А.А.Мясникова в отечественную медицину.
175. Расспрос и физические методы исследования больных с заболеваниями эндокринной системы (синдром тиреотоксикоза).
176. Расспрос и физические методы исследования больных с заболеваниями кроветворной системы (железодефицитные и В12 - дефицитные анемии).
177. Основоположники отечественной терапевтической школы (М.Я.Мудров, С.П.Боткин, З.А.Захарьин, А.А.Остроумов, М.П.Кончаловский, Н.Д.Стражеско, Г.Ф.Ланг)
178. Хронический бронхит. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
179. Очаговая пневмония. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
180. Крупозная пневмония. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
181. Абсцесс легкого. Этиология.клиника, лечение.
182. Легочное сердце.
183. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, диагностика приступного периода.
184. Бронхиальная астма. Первая помощь в условиях стоматологической поликлиники при приступе удушья.
185. Плевриты. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
186. Бронхоэктатическая болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
187. Рак легких. Клиника, диагностика, профилактика.
188. Кровохарканье, легочное кровотечение. Этиология, диагностика, лечение, первая помощь.
189. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез. Роль стоматолога в профилактике обострения ревматизма.
190. Ревматический полиартрит. Клиника, диагностика, лечение.
191. Ревматический миокардит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
192. Митральная недостаточность. Этиология, патогенез, диагностика.
193. Митральный стеноз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
194. Аортальная недостаточность. Этиология, патогенез, клиника, ди-

агностика.

195. Стеноз устья аорты. Диагностика, лечение, профилактика.
196. Сердечная астма, отек легких. Этиология, клиника, первая помощь в условиях стоматологической поликлиники.
197. Мерцательная аритмия. Диагностика.
198. Гипертоническая болезнь. Этиология, патогенез, первая помощь при гипертоническом кризе в условиях стоматологической поликлиники.
199. Атеросклероз. Этиология, патогенез, клиника.
200. Стенокардия. Патогенез, клиника, первая помощь, лечение.
201. Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда, клиника, диагностика, лечение.
202. Кардиогенный шок при инфаркте миокарда. Патогенез, клиника, лечение.
203. ЭКГ диагностика инфаркта миокарда.
204. Острая сосудистая недостаточность, симптоматология, первая помощь.
205. Классификация хронической недостаточности кровообращения. Роль Г.Ф.Ланга, Н.Д.Стражеско, В.Х.Василенко в изучении сердечной недостаточности.
206. Блокады сердца - этиология, клиника. ЭКГ - диагностика, лечение.
207. Экстрасистолия. Клиника. ЭКГ-диагностика. Лечение.
208. Первичная и вторичная профилактика ишемической болезни сердца.
209. Миокардиты. Этиология, патогенез, клиника, лечение и профилактика.
210. Пароксизмальная тахикардия. Диагностика, лечение, первая помощь
211. Перикардиты. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
212. Гипертонические кризы. Диагностика, первая помощь в условиях стоматологической поликлиники.
213. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
214. Ревматоидный полиартрит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика
215. Подагра. Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
216. Узелковый полиартериит. Клиника, лечение.
217. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
218. Склеродермия. Клиника, диагностика.

219. Побочные действия лекарств. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
220. Хронический гастрит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, диспансеризация. Роль врача-стоматолога в профилактике гастритов.
221. Язвенная болезнь. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
222. Язвенная болезнь. Осложнения и их диагностика.
223. Желудочно-кишечные кровотечения. Причины, клиника, первая помощь.
224. Хронический холецистит. Этиология, клиника, лечение.
225. Желчно-каменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
226. Дискинезии желчных путей. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
227. Хронические колиты. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
228. Хронический панкреатит. Клиника, диагностика, лечение.
229. Рак желудка. Ранняя диагностика и лечение.
230. Язвенный колит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
231. Хронические гепатиты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
232. Циррозы печени. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
233. Дифференциальная диагностика желтух.
234. Острый нефрит. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
235. Хронический нефрит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, диспансеризация, профилактика.
236. Острая почечная недостаточность. Причины, клиника. Лечение, профилактика.
237. Пиелонефриты. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
238. Нефротический синдром. Причины, клиника. Лечение. Профилактика.
239. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, клиника, принцип лечения. Профилактика.
240. Диабетические комы. Причины, первая помощь.
241. Гипогликемическая кома. Диагностика, первая помощь.
242. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга.
243. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность.
244. Диффузный токсический зоб. Клиника, диагностика, лечение.
245. Гипотиреоз. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
246. Постгеморрагические анемии. Клиника, диагностика, лечение.

247. Апластические анемии.
248. Железодефицитная анемия. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
249. Агранулоцитоз. Этиология, диагностика, лечение, профилактика.
250. Геморрагический капилляротоксикоз. Клиника, лечение.
251. Острые лейкозы. Клиника, диагностика, современные принципы лечения.
252. Тромбоцитопеническая пурпура. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
253. Лимфогранулематоз.
254. Хронический миелолейкоз. Клиника, лечение.
255. Хронический лимфолейкоз. Клиника, диагностика, лечение.
256. Гемофилии. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
257. В12 и фолиево-дефицитные анемии. Этиология. Патогенез, клиника, лечение, профилактика.

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

Экзамен проводится по билетам в 6 семестре в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут.

Критерии выставления оценок:

- Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.
- Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.
- Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе

выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Критерии и шкалы оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

Для оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, отве-

ты 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 рефератов:

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

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

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

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

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые сло-

ва в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.

удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

6 Перечень учебно-методической литературы

6.1 Учебные издания:

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Стрюк Р.И., Маев И.В. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-2516-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425169.html>
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] / Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1264 с. - ISBN 978-5-9704-1421-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414217.html>
3. Внутренние болезни: руководство к практ. занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Абрамова А.А. и др. Под ред. В.И. Подзолкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-1154-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>
4. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии [Электронный ресурс] / Ананченко В.Г. и др. / Под ред. Л.И. Дворецкого - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 456 с. - ISBN 978-5-9704-1397-5 - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970413975.html>

5. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-3335-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>

6. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс] : учебное пособие / Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-2391-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>

6.2 Методические и периодические издания

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>

2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: elibrary.ru

3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: elibrary.ru

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>

2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+

2. Операционная система Windows 10.

3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office

4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.

5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний

6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.

7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://elibrary.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodont-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относятся: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над

ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно сделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление достичь до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, оттененном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже позже составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподава-

теля, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников,

лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);
- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

10. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных от-

ношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.

11. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1.	<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации.</p> <p>Оборудование и технические средства обучения, учебно-наглядные пособия, образовательные, информационные ресурсы и иные материальные объекты, необходимые для организации образовательной деятельности.</p>	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 5 этаж, кабинет № 9
2.	<p>Учебная аудитория для курсового проектирования (выполнения курсовых работ), самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.</p>	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 3 этаж, библиотека, кабинет № 23