



УТВЕРЖДАЮ

2018 г.

Пропедевтика внутренних болезней рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**
Учебный план 31050250_18_24пд.plx
31.05.02 Педиатрия

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **5 ЗЕТ**

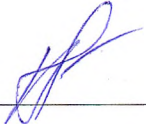
Часов по учебному плану 180
в том числе:
аудиторные занятия 126
самостоятельная работа 36
экзамены 18

Виды контроля в семестрах:
экзамены 6
зачеты 5

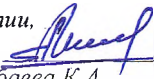
Распределение часов дисциплины по семестрам


| Семестр (<Курс>. <Семестр на курсе>) | 5 (3.1) | | 6 (3.2) | | Итого | |
|---|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
| | уп | рпд | уп | рпд | уп | рпд |
| Неделя | 17 | | 19 | | | |
| Вид занятий | уп | рпд | уп | рпд | уп | рпд |
| Лекции | 36 | 36 | | | 36 | 36 |
| Практические | 54 | 54 | 36 | 36 | 90 | 90 |
| В том числе инт. | 4 | 4 | 4 | 4 | 8 | 8 |
| Итого ауд. | 90 | 90 | 36 | 36 | 126 | 126 |
| Контактная | 90 | 90 | 36 | 36 | 126 | 126 |
| Сам. работа | 18 | 18 | 18 | 18 | 36 | 36 |
| Часы на контроль | | | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Итого | 108 | 108 | 72 | 72 | 180 | 180 |

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Токтогулова Н.А. 

Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии,
профпатологии с курсом гематологии КГМА, Маматов С.М. 

к.м.н., доцент, доцент кафедры терапии №2 КРСУ, Джайлобаева К.А. 

Рабочая программа дисциплины

Пропедевтика внутренних болезней

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (приказ Минобрнауки России от 17.08.2015г. №853)

составлена на основании учебного плана:

31.05.02 Педиатрия

утвержденного учёным советом вуза от 29.05.2018 протокол № 11

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 29.01. 2018 г. № 2

Срок действия программы: 2018-2021 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н. Лопаткина И.Н.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

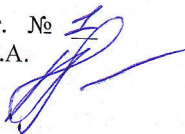
Председатель УМС

18.09. 2019 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от 30.08 2019 г. № 4
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.



Председатель УМС

_____ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от _____ 2020 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

Председатель УМС

_____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от _____ 2021 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

Председатель УМС

_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

| 1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ | |
|------------------------------------|---|
| 1.1 | Целью преподавания пропедевтики внутренних болезней является овладение студентами 3 курса основами физикального обследования здоровых пациентов и больных с различными заболеваниями, а также изучение и выявление основных клинических симптомов и синдромов при различных заболеваниях внутренних органов. Овладение навыками клинического обследования больных позволит студенту планировать методы лабораторно-инструментального обследования и интерпретировать полученные результаты, а в итоге - выделять основные клинические синдромы, которые в дальнейшем (на последующих курсах обучения студента) послужат базой создания клинического диагноза. |
| 1.2 | Задачи дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней»: |
| 1.3 | - обучение студентов основам техники физикального обследования здоровых пациентов и больных с заболеваниями различных органов и систем (проведение расспроса больного, его осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, измерения артериального давления, исследования пульса и пр.), а также выявления объективных критериальных признаков заболевания; |
| 1.4 | - ознакомление и обучение студентов методам лабораторно-инструментального обследования больных с различными клиническими синдромами и при патологии различных органов и систем организма с интерпретацией полученных результатов; |
| 1.5 | - обучение студентов практическим навыкам проведения отдельных врачебных манипуляций и ряда дополнительных методов обследования, играющих жизненно важную роль в практической деятельности врача; |
| 1.6 | - формирование у студента клинического мышления и его готовности синтезировать информацию, полученную при обследовании больного, с целью поставить клинический диагноз. |

| 2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП | |
|--|--|
| Цикл (раздел) ООП: | Б1.Б |
| 2.1 | Требования к предварительной подготовке обучающегося: |
| 2.1.1 | Лучевая диагностика |
| 2.1.2 | Нормальная физиология |
| 2.1.3 | Анатомия |
| 2.1.4 | Патофизиология, клиническая патофизиология |
| 2.1.5 | Патологическая анатомия |
| 2.2 | Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее: |
| 2.2.1 | Факультетская терапия |
| 2.2.2 | Госпитальная терапия |
| 2.2.3 | Инфекционные болезни |
| 2.2.4 | Клиническая практика (Помощник врача стационара) |

| 3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) | |
|---|---|
| ОПК-6: готовностью к ведению медицинской документации | |
| Знать: | |
| Уровень 1 | Значимость и важность правильного ведения медицинской документации в подготовке специалиста |
| Уровень 2 | Критериальные признаки изучаемого синдрома |
| Уровень 3 | Критерии выставления основного диагноза, его осложнений и сопутствующих синдромов |
| Уметь: | |
| Уровень 1 | Читать и анализировать медицинскую литературу по ведению медицинской документации |
| Уровень 2 | Уметь регистрировать в истории болезни результаты проведенного опроса и физикального осмотра больного |
| Уровень 3 | Наметить план обследования и обосновать окончательный диагноз больного |
| Владеть: | |
| Уровень 1 | Навыками поиска медицинской документации в стационаре терапевтического профиля |
| Уровень 2 | Навыками работы со схемой истории болезни |
| Уровень 3 | Навыками оформления учебной истории болезни |
| ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | |
| Знать: | |

| | |
|---|--|
| Уровень 1 | Значимости важность сбора жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни больного для постановки синдромального диагноза. |
| Уровень 2 | Перечень необходимых стандартизованных методов диагностики с целью подтверждения предварительного диагноза. |
| Уровень 3 | Основные критерии диагностики синдромов в пропедевтике внутренних болезней. |
| Уметь: | |
| Уровень 1 | Проводить расспрос больного по схеме истории болезни |
| Уровень 2 | Уметь составить план лабораторных и инструментальных методов исследования для подтверждения диагноза |
| Уровень 3 | Обосновать синдром с позиции опроса, осмотра, лабораторных и инструментальных методов диагностики |
| Владеть: | |
| Уровень 1 | Коммуникативными навыками и способностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности |
| Уровень 2 | Навыками осмотра больного с назначением лабораторных и инструментальных методов исследования в целях выявления основных синдромов |
| Уровень 3 | Навыками постановки синдромального диагноза |
| ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. | |
| Знать: | |
| Уровень 1 | Анатомические и половые особенности здорового и больного человека, и симптоматику основных патологических процессов в организме и механизмы их возникновения |
| Уровень 2 | Основные клинические симптомы и синдромы заболеваний внутренних органов и механизмы их возникновения. Диагностические критерии выставления синдромов |
| Уровень 3 | Основные критерии диагностики синдромов в пропедевтике внутренних болезней |
| Уметь: | |
| Уровень 1 | Провести расспрос больного и получить полноценную информацию о состоянии здоровья, установив возможные причины возникновения ведущих симптомов. Уметь провести физикальное обследование больного и выявить объективные признаки заболевания |
| Уровень 2 | Уметь составить план лабораторного и инструментального исследования больного и самостоятельно диагностировать патологические синдромы с их обоснованием |
| Уровень 3 | Уложить результаты обследования в виде истории болезни с обоснованием предварительного диагноза, оформлением температурного листа и составлением плана дальнейшего обследования больного. |
| Владеть: | |
| Уровень 1 | Провести расспрос больного и получить полноценную информацию о состоянии здоровья, установив возможные причины возникновения ведущих симптомов. Уметь провести физикальное обследование больного и выявить объективные признаки заболевания |
| Уровень 2 | Уметь составить план лабораторного и инструментального исследования больного и самостоятельно диагностировать патологические синдромы с их обоснованием |
| Уровень 3 | Уложить результаты обследования в виде истории болезни с обоснованием предварительного диагноза, оформлением температурного листа и составлением плана дальнейшего обследования больного |

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

| | |
|------------|---|
| 3.1 | Знать: |
| 3.1.1 | анато-физиологические, возрастные и половые особенности функционирования органов и систем здорового и больного человека; |
| 3.1.2 | причины и генез возникновения основных патологических процессов в организме, механизмы их развития; |
| 3.1.3 | основные клинические симптомы и синдромы при заболеваниях внутренних органов, механизм их возникновения; |
| 3.1.4 | суть и методику наиболее распространенных методов лабораторного и инструментального обследования больных с заболеваниями органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеотделения, кроветворения и т.д.; |
| 3.1.5 | нормальные показатели лабораторных и инструментальных методов обследования; |
| 3.1.6 | симптоматологию некоторых urgentных состояний (синдромов), угрожаемых или несовместимых с жизнью; |
| 3.1.7 | принципы оказания неотложной помощи при некоторых urgentных состояниях (синдромах). |
| 3.2 | Уметь: |
| 3.2.1 | провести расспрос больного и/или его родственников и получить полную информацию о заболевании, установив возможные причины возникновения болезни в типичных случаях; |

| | |
|------------|--|
| 3.2.2 | провести физикальное обследование больного (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение свойств артериального пульса и т.п.) и выявить объективные признаки патологического синдрома; |
| 3.2.3 | самостоятельно выделить основные клинические патологические синдромы и обосновать их; |
| 3.2.4 | составить план лабораторного и инструментального обследования больного для верификации предполагаемого синдрома; |
| 3.2.5 | интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов обследования больного; |
| 3.2.6 | изложить результаты полного обследования в виде синдромного диагноза с его обоснованием, |
| 3.2.7 | оформить краткую (фрагмент) учебную историю болезни, |
| 3.2.8 | оказать неотложную помощь при некоторых urgentных состояниях (синдромах), |
| 3.2.9 | - проводить реанимационные мероприятия в случаях клинической смерти. |
| 3.2.10 | |
| 3.3 | Владеть: |
| 3.3.1 | собирать жалобы и анамнез у пациента, |
| 3.3.2 | проводить объективное обследование больного, |
| 3.3.3 | измерять рост, вес и вычислять индекс массы тела, |
| 3.3.4 | составлять план лабораторного и инструментального обследования больного, |
| 3.3.5 | оказывать неотложную помощь при некоторых urgentных состояниях (синдромах), |
| 3.3.6 | проведения реанимационных мероприятий в случаях клинической смерти. |

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

| Код занятия | Наименование разделов и тем /вид занятия/ | Семестр / Курс | Часов | Компетенции | Литература | Инте практ. | Примечание |
|-------------|--|----------------|-------|-------------|---|-------------|------------|
| | Раздел 1. Методы физикального обследования пациента | | | | | | |
| 1.1 | Методы физикального обследования пациента. Введение в клинику. Общий осмотр здорового человека. /Лек/ | 5 | 2 | ОПК-6 | Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 1.2 | Методы физикального обследования пациента. Введение в клинику. Общий осмотр здорового человека. /Пр/ | 5 | 3 | ОПК-6 | Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 1.3 | Врачебная этика и деонтология. Общее представление о страховой медицине. Наследственность. Схема семейной родословной и генетический анамнез. /Ср/ | 5 | 2 | ОПК-6 | Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 1.4 | Пальпация органов здорового человека. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 1.5 | Пальпация органов здорового человека. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.4 Л1.3 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 1.6 | Исследование периферических артерий, свойства пульса и его значение в диагностике заболеваний внутренних органов. История развития перкуссии как метода исследования. Роль Ауэнбруггера в разработке метода, внедрение его в практику Корвизаром. /Ср/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.4 Л1.3 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 1.7 | Перкуссия органов здорового человека. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.4 Л1.3 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 1.8 | Перкуссия органов здорового человека. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.4 Л1.3 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 1.9 | Перкуссия органов здорового человека. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.4 Л1.3 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|--------------------|------------------------------------|---|--|
| 1.10 | Перкуссия органов здорового человека /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.4 Л1.3 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 2 | Отработка практических навыков аускультации на муляжах (ЦИПО). |
| 1.11 | Аускультация органов здорового человека /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.4 Л1.3 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 1.12 | Аускультация органов здорового человека /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.4 Л1.3 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 2 | Отработка практических навыков аускультации на муляжах (ЦИПО). |
| 1.13 | Значение работ отечественных исследователей в развитии этого метода. Биофизические основы аускультации. Приемы и средства аускультации. /Ср/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.4 Л1.3 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| Раздел 2. Синдромы в пульмонологии | | | | | | | |
| 2.1 | Основные жалобы, особенности расспроса и физикальные методы обследования легочных больных. Синдром бронхиальной обструкции. Синдром повышенной воздушности легочной ткани. /Лек/ | 5 | 2 | ОПК-6 ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 2.2 | Основные жалобы, особенности расспроса и физикальные методы обследования легочных больных. Синдром бронхиальной обструкции. Синдром повышенной воздушности легочной ткани. /Пр/ | 5 | 3 | ОПК-6 ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 2.3 | Синдром уплотнения легочной ткани. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 2.4 | Синдром уплотнения легочной ткани. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 2.5 | Патологические формы грудной клетки. Лихорадка, виды (типы) лихорадки. Рентгенологический и эндоскопический методы исследования при заболеваниях респираторной системы. Диагностическое значение гистологического и цитологического методов исследования при заболеваниях респираторной системы. Биопсия плевры и легочной ткани. /Ср/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 2.6 | Синдром полости в легком. Синдром патологического расширения бронхов. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 2.7 | Синдром полости в легком. Синдром патологического расширения бронхов. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 2.8 | Синдром наличия жидкости, жидкости и газа в плевральной полости. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 2.9 | Синдром наличия жидкости, жидкости и газа в плевральной полости. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|-----------|------------------------------------|---|--|
| 2.10 | Синдром легочной недостаточности. Синдром хронического легочного сердца. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 2.11 | Синдром легочной недостаточности. Синдром хронического легочного сердца. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 2.12 | Радиоизотопный метод исследования, его принцип. Радиоизотопная перфузионная и вентиляционная сцинтиграфия. Сканирование органов грудной клетки, диагностическое значение. Методы функциональной диагностики органов дыхания. Функция внешнего дыхания при различных типах легочной недостаточности. Определение газового состава крови. /Ср/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| Раздел 3. Синдромы в кардиологии | | | | | | | |
| 3.1 | План расшифровки ЭКГ. Синдром гипертрофии миокарда отделов сердца. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.5 Л1.3 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.2 | План расшифровки ЭКГ. Синдром гипертрофии миокарда отделов сердца. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.5 Л1.3 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.3 | Рентгенологическое исследование сердца. Радиоизотопные методы исследования. ЭКГ при ишемической болезни сердца (стенокардии и остром инфаркте миокарда). Топическая диагностика синдрома инфаркта миокарда. Пальпаторное изучение эпигастральной пульсации, ее ПРИЧИНЫ (различия пульсации сердца, аорты, печени). Ультразвуковое исследование сердца (эхокардиография). /Ср/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.5 Л1.3 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.4 | Синдром поражения эндокарда. Синдром стеноза митрального отверстия. Синдром недостаточности митрального клапана. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.5 | Синдром поражения эндокарда. Синдром стеноза митрального отверстия. Синдром недостаточности митрального клапана. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.6 | Синдром стеноза устья аорты. Синдром недостаточности аортального клапана. Синдром поражения миокарда. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.7 | Синдром стеноза устья аорты. Синдром недостаточности аортального клапана. Синдром поражения миокарда. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.8 | Синдром поражения перикарда. Синдром фибринозного (“сухого”) поражения перикарда. Синдром накопления жидкости в полости перикарда. Синдром тампонады сердца. Синдром адгезии листков перикарда. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|-----------|------------------------------------|---|--|
| 3.9 | Синдром поражения перикарда. Синдром фибринозного (“сухого”) поражения перикарда. Синдром накопления жидкости в полости перикарда. Синдром тампонады сердца. Синдром адгезии листков перикарда. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.10 | Синдром артериальной гипертензии. Понятие о синдроме гипотонии. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.11 | Синдром артериальной гипертензии. Понятие о синдроме гипотонии. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.12 | Синдром коронарной недостаточности. Понятие о синдроме инфаркта миокарда. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.13 | Синдром коронарной недостаточности. Понятие о синдроме инфаркта миокарда. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.14 | Синдром сердечной аритмии: нарушение функции возбудимости и проводимости. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.15 | Синдром сердечной аритмии: нарушение функции возбудимости и проводимости. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.16 | Диагностическое значение изменений верхушечного толчка. Изменение тонов при сердечной патологии: ослабление, усиление, раздвоение, появление добавочных тонов. Артериальный пульс: исследование его на лучевых артериях, сравнение пульса на обеих руках. Отношение шумов к фазам сердечной деятельности. Систолические и диастолические шумы. Пути проведения шумов сердца. Общие принципы лабораторных методов исследования активности ферментов крови. Диагностическое значение гиперферментемии. Изменение ЭКГ при гипертрофии миокарда желудочков и предсердий. Аритмии сердца. Сфигмография. /Ср/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.17 | Синдром сердечной недостаточности: острая и хроническая, левожелудочковая, правожелудочковая, бивентрикулярная. /Лек/ | 5 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 3.18 | Синдром сердечной недостаточности: острая и хроническая, левожелудочковая, правожелудочковая, бивентрикулярная. /Пр/ | 5 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| | Раздел 4. Синдромы в гастроэнтерологии и почечные синдромы | | | | | | |
| 4.1 | Синдромы дисфагии и пищевого кровотечения. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 4.2 | Синдром желудочной диспепсии. Синдром пептической язвы. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|-----------|------------------------------------|---|--|
| 4.3 | Синдром кишечной диспепсии, мальабсорбции. Синдром желудочно-кишечного кровотечения. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 4.4 | Современные методы исследования дуоденального содержимого: многомоментное и хромато-диагностическое зондирование. Определение зон гиперчувствительности кожи (зон Захарьина - Геда) и болезненных мест живота при пальпации. Диагностическое значение. /Ср/ | 6 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 4.5 | Синдром гепатомегалии. Синдром желтухи (гипербилирубинемии). /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 4.6 | Диспепсические явления. Детальная их характеристика, степень выраженности, отношение к приему пищи, ее качеству и количеству. Факторы, провоцирующие и купирующие диспепсические явления. Диарея: причины, механизм происхождения. Запоры: причины, механизм происхождения. Синдром желтухи. Методы верификации. Диагностическое значение увеличения размеров селезенки. Венозные коллатерали. Диагностическое значение. Методы определения свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости. Диагностическое значение асцитической жидкости. /Ср/ | 6 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 4.7 | Синдром портальной гипертензии, гиперспленизма. Синдром печеночной (гепатоцеллюлярной) недостаточности. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 4.8 | Синдром воспаления желчного пузыря и желчевыводящих путей. Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 4.9 | Болевой синдром при патологии мочеполовой системы. Синдром дизурии. Синдром инфекции мочевыводящих путей (необструктивная форма). /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 4.10 | Мочевой синдром. Нефротический синдром. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 4.11 | Синдром почечной недостаточности (острой и хронической). /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 4.12 | Особенности распределения отеков у больного с заболеваниями почек и их отличие от отеков другого происхождения. Микроскопическое исследование мочевого осадка и его диагностическое значение. Определение белка, белковых фракций, холестерина сыворотки крови и изменение этих показателей при заболеваниях почек. /Ср/ | 6 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| | Раздел 5. Синдромы в гематологии, ревматологии и эндокринологии. | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------|--|---|---|-----------|------------------------------------|---|--|
| 5.1 | Современные лабораторно-инструментальные методы обследования в гематологии. Синдром анемии. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 5.2 | Диагностическое значение количественных и качественных изменений общего анализа крови. Значение функциональных и морфологических методов обследования в диагностике гематологических синдромов. Современная схема кроветворения. Понятие о клеточной дифференциации и пролиферации. /Ср/ | 6 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 5.3 | Геморрагический синдром. Синдром диффузного внутрисосудистого свертывания (понятие). /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 5.4 | Гиперпластический синдром. Лимфоаденопатический синдром. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 5.5 | Синдром гиперфункции щитовидной железы. Синдром гипофункции щитовидной железы. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 2 | Ролевая игра |
| 5.6 | Значение анамнеза для диагностики заболеваний эндокринной системы и обмена веществ. /Ср/ | 6 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 5.7 | Синдром нарушения жирового обмена. Синдром нарушения толерантности к глюкозе: синдром гипогликемии, синдром гипергликемии. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 5.8 | Основные лабораторные биохимические показатели состояния жирового и углеводного обменов. Понятие об определении кортикостероидов и катехоламинов в биологических средах организма. Рентгенологическое исследование костей скелета для оценки возраста человека. /Ср/ | 6 | 3 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 5.9 | Синдром хронической надпочечниковой недостаточности. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 5.10 | Синдром воспалительного поражения суставов. Синдром дегенеративного поражения суставов. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 5.11 | Синдром диффузного поражения соединительной ткани. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 0 | |
| 5.12 | Понятие о неотложных состояниях в клинике внутренних болезней. Синдром анафилактического шока и принципы экстренной помощи при нем. /Пр/ | 6 | 2 | ПК-5 ПК-6 | Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 | 2 | Отработка практических навыков аускультации на муляжах (ЦИПО). |

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Контрольные работы по темам дисциплины (контроль по разделам дисциплины). В процессе изучения дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней» студенты сдают 4 рубежных контроля, а в конце изучения дисциплины - 5-й, итоговый. Результаты выполнения практического задания по курации тематического больного, а также опрос и собеседование по изученным темам являются основанием для выставления оценок промежуточного контроля.

Контрольные разделы:

Контрольный раздел №1

Форма контроля:

Методы физикального обследования здорового пациента. Навыки осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации здорового пациента.

Контрольный раздел №2

Синдромы в пульмонологии

Форма контроля:

Методы физикального обследования пульмонологического больного.

самостоятельная курация больного с последующим представлением клинического синдромного диагноза, оценка лабораторно-инструментальных данных (анализа мокроты, рентгенограммы органов грудной клетки, данных ФВД), решение клинической ситуационной задачи, тестовый контроль

Контрольный раздел №3

Синдромы в кардиологии самостоятельная курация больного с последующим представлением клинического синдромного диагноза, оценка лабораторно-инструментальных данных (ферментов крови, ЭКГ, ЭХОКГ), решение клинической ситуационной задачи, тестовый контроль.

Контрольный раздел №4

Синдромы в гастроэнтерологии. Печеночные синдромы. Почечные синдромы. Самостоятельная курация больного с последующим представлением клинического синдромного диагноза, оценка лабораторно-инструментальных данных (ферментов крови, анализа желудочного содержимого, анализа кала, оценка лабораторно-инструментальных данных общего анализа мочи, мочи по Нечипоренко, по Зимницкому), решение клинической ситуационной задачи, тестовый контроль.

Контрольный раздел №5

Синдромы в эндокринологии. Синдромы в гематологии. Синдромы в ревматологии и неотложные состояния.

Самостоятельная курация больного с последующим представлением клинического синдромного диагноза, оценка лабораторно-инструментальных данных (глюкозы крови, ГТТ, тиреоидного спектра, костного мозга, ОАК, ферментов крови, ферментов крови, ревматестов, рентгенограммы костей и суставов), решение клинической ситуационной задачи, тестовый контроль.

Контрольные вопросы:

1. Краткая история развития учения о диагностических методах и внутренних болезнях.
2. Виды диагностики. Методология диагноза.
3. Схема истории болезни. Значение истории болезни как научно-медицинского и юридического документа.
4. Общий осмотр здорового пациента.
5. Осмотр грудной клетки здорового пациента.
6. Форма грудной клетки: нормостеническая, гиперстеническая, астеническая.
7. Типы дыхания (грудной, брюшной, смешанный), их диагностические критерии.
8. Осмотр полости рта.
9. Осмотр живота.
10. Телосложение. Понятие о конституциональном типе.
11. Пальпация органов здорового человека. Значение метода.
12. Пальпация лимфоузлов.
13. Пальпация щитовидной железы.
14. Пальпация суставов.
15. Пальпация грудной клетки.
16. Пальпация области сердца.
17. Исследование периферических артерий, свойства пульса.
18. Ориентированная поверхностная пальпация, методика.
19. Глубокая методическая скользящая пальпация по методу В.П. Образцова, Н.Д. Стражеско.
20. Пальпация органов брюшной полости (желудок, отделы кишечника).
21. Пальпация органов брюшной полости (печень, селезенка).
22. Пальпация почек.
23. Перкуссия как метод исследования, биофизические основы перкуссии.
24. Общие правила и техника перкуссии.
25. Основные перкуторные звуки в норме.
26. Сравнительная перкуссия легких, методика.
27. Топографическая перкуссия легких, методика.
28. Проекция долей легких на грудную клетку.
29. Определение границ легких, подвижность нижних легочных краев, поля Кренига
30. Перкуссия сердца, правила и техника перкуссии.
31. Границы относительной сердечной тупости, методика определения.
32. Границы абсолютной сердечной тупости, методика определения.
33. Проекция различных отделов сердца на переднюю стенку грудной клетки.
34. Проекция клапанов сердца на переднюю стенку грудной клетки.
35. Перкуссия магистральных сосудов здорового человека.
36. Сосудистый пучок, методика определения.
37. Перкуссия живота, диагностическое значение.
38. Перкуссия печени, методика, размеры печени по Курлову.
39. Перкуссия желчного пузыря, методика, диагностическое значение.

40. Перкуссия селезенки, методика, размеры селезенки.
41. Перкуссия мочевого пузыря.
42. Аускультация органов здорового человека - история развития аускультации как метода исследования.
43. Приемы и средства аускультации. Общие правила и техника аускультации.
44. Аускультация легких: правила и порядок аускультации.
45. Основные дыхательные шумы в норме.
46. Исследование бронхофонии.
47. Аускультация сердца, биофизические основы звуковых явлений в сердце.
48. Тоны сердца, механизм их возникновения, основные тоны в норме.
49. Физиологическое раздвоение I и II тонов сердца.
50. Аускультация крупных артерий. Методика измерения артериального давления (по критериям ВОЗ). Нормативы артериального давления.
51. Аускультация живота: аускультативно - фрикционное определение границы желудка.
52. Аускультация кишечника. Механизм образования кишечных шумов. Правила и порядок аускультации кишечника.
53. Температура тела. Виды (типы) лихорадок.
54. Значение лабораторных методов исследования крови в клинике внутренних болезней.
55. Значение лабораторных методов исследования мочи в клинике внутренних болезней.
56. Значение лабораторных методов исследования кала в клинике внутренних болезней.
57. Электрокардиография, техника регистрации (отведения), нормативы кривой сердечного цикла.
58. Значение метода фонокардиографии.
59. Значение ультразвуковых методов исследования (в том числе и эхокардиографии), в клинике внутренних болезней.
60. Значение рентгенологического метода исследования, его основные виды.
61. Венозное давление, методика определения, диагностическое значение.
62. Значение эндоскопических методов исследования в клинике внутренних болезней.
63. Диагностическое значение метода биопсии органов, гистологического и цитологического исследований биоптатноматериала.
64. Особенности расспроса больных с заболеванием органов дыхания.
65. Основные клинические симптомы у больных с заболеваниями респираторной системы (кашель, мокрота, кровохарканье, легочное кровотечение).
66. Общий осмотр больных с заболеваниями респираторной системы, его диагностическое значение.
67. Одышка, приступ удушья. Механизмы их возникновения и диагностическое значение.
68. Лихорадка, ее клинические эквиваленты. Типы температурных кривых.
69. Патологические формы грудной клетки (эмфизематозная, паралитическая, ладьевидная, рахитическая, воронкообразная). Искривления позвоночника: кифоз, лордоз, сколиоз, кифосколиоз.
70. Патологические типы перкуторного звука (притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, притупленно-тимпанический). Диагностическое значение сравнительной перкуссии легких.
71. Побочные дыхательные шумы, диагностическое значение.
72. Анализ мокроты и диагностическое его значение.
73. Анализ плевральной жидкости и диагностическое его значение.
74. Техника проведения пункции плевральной полости.
75. Спирометрия, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия.
76. Интерпретация спирограммы и диагностическое ее значение.
77. Синдром бронхиальной обструкции.
78. Синдром повышенной воздушности легких.
79. Синдром инфильтрации легочной ткани.
80. Синдром наличия жидкости в плевральной полости.
81. Синдром наличия газа в плевральной полости.
82. Синдром полости в легком.
83. Синдром патологического расширения бронхов.
84. Синдром легочной недостаточности, степени и типы вентиляционных нарушений.
85. Синдром хронического легочного сердца.
86. Расспрос больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
87. Основные клинические симптомы у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
88. Боли в области сердца, механизм их возникновения. Способы купирования.
89. Одышка. Механизмы возникновения "сердечной одышки".
90. Кашель, кровохарканье у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Характер и механизм их возникновения, диагностическое значение.
91. Общий осмотр и осмотр области сердца у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, диагностическое значение.
92. Пальпация верхушечного и сердечного толчков.
93. Характеристика «патологического» верхушечного толчка: локализация, сила, высота, распространенность. Отрицательный верхушечный толчок.
94. Эпигастральная и прекардиальная пульсации, их генез. Диагностическое значение.
95. Диагностическое значение изменений границ относительной и абсолютной тупости сердца.
96. Дополнительные и патологические тоны в систоле и диастоле (III и IV, тон открытия митрального клапана,

- систолический щелчок-клик).
97. Изменение тонов в патологии: ослабление, усиление, раздвоение, появление добавочных тонов. Изменения ритма чередования тонов сердца "Ритм перепела", ритмы галопа, маятникообразный ритм (эмбриокардия).
98. Тахикардия, брадикардия, аритмии
99. Шумы сердца. Механизм возникновения. Отличие органических шумов от функциональных. Отношение шумов к фазам сердечной деятельности.
100. Систолические и диастолические шумы, их варианты. Места наилучшего выслушивания шумов, пути проведения шумов сердца.
101. Шум трения перикарда, плевроперикардальные шумы. Диагностическое значение.
102. Исследование периферического пульса.
103. Артериальный пульс: исследование его на лучевых артериях, сравнение пульса на обеих руках. Характеристика пульса (частота, ритм, наполнение, напряжение, величина, скорость, форма пульса).
104. Понятие об артериальной гипертензии и гипотензии.
105. Исследование вен. Расширение вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей. Уплотнения и болезненность при пальпации век, варикозное расширение вен.
106. Лабораторные методы исследования при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Общие принципы. Определение активности ферментов. Трактовка результатов при заболеваниях сердца и сосудов.
107. Диагностическое значение гиперферментемии. Определение холестерина, ЛПНП, ЛПОНП. Трактовка результатов при заболеваниях сердца и сосудов.
108. Значение определения общего белка и белковых фракций, С-реактивного белка, серомукоида, сиаловых кислот, антистрептолизина, антигалактозидазы, антистрептокиназы. Трактовка результатов при заболеваниях сердца и сосудов.
109. Клинические и ЭКГ критерии гипертрофии левого желудочка.
110. Клинические и ЭКГ критерии гипертрофии правого желудочка.
111. Нарушения возбудимости синусового узла, клинические и ЭКГ - проявления, диагностическое значение.
112. Экстрасистолия, клинические и ЭКГ - проявления, диагностическое значение.
113. Пароксизмальная тахикардия, клинические и ЭКГ - проявления, диагностическое значение.
114. Мерцание и трепетание предсердий, клинические и ЭКГ - проявления, диагностическое значение.
115. Нарушения проводимости, клинические и ЭКГ - проявления, диагностическое значение.
116. Сфигмография. Понятие о поликардиографическом методе исследования и его значения для суждения о функциональном состоянии сердца.
117. Фонокардиография. Общие представления о методике фонокардиографии. Значение этой методики для диагностики заболеваний сердца и сосудов. Показания.
118. Ультразвуковое исследование сердца (эхокардиография). Показания к назначению исследования. Диагностическое значение.
119. Рентгенологическое исследование сердца. Радиоизотопные методы исследования.
120. Скорость кровотока, диагностическое значение.
121. Синдром острой сердечной недостаточности, диагностическое значение.
122. Синдром хронической сердечной недостаточности, диагностическое значение.
123. Синдром артериальной гипертонии, диагностическое значение.
124. Синдром артериальной гипотонии, диагностическое значение.
125. Синдром воспалительных изменений сердца (миокарда, эндокарда, перикарда).
126. Синдром острой коронарной недостаточности.
127. Синдром хронической коронарной недостаточности.
128. Синдром сердечной недостаточности.
129. Синдром сердечной астмы.
130. Недостаточность митрального клапана.
131. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия.
132. Стеноз устья аорты.
133. Недостаточность клапана аорты.
134. Недостаточность 3- створчатого клапана.
135. Расспрос больных с заболеваниями пищевода, диагностическое значение.
136. Расспрос больных с заболеваниями желудка и 12 перстной кишки диагностическое значение.
137. Расспрос больных с заболеваниями поджелудочной железы, диагностическое значение.
138. Расспрос больных с заболеваниями кишечника, диагностическое значение.
139. Болевой синдром у больных с заболеванием желудочно-кишечного тракта: механизм возникновения, локализация, иррадиация болей, их характер и интенсивность, время возникновения в течение суток, продолжительность, купирование болей.
140. Аппетит: сохранен, понижен, повышен (полифагия), полностью отсутствует (анорексия). Отвращение к пище (жирной, мясной). Сухость во рту, горечь. Неприятный вкус, отсутствие вкуса. Слюнотечение.
141. Стул: частота за сутки, объем испражнений, цвет, форма, консистенция, наличие частиц непереваренной клетчатки и пищи, примеси крови, слизи.
142. Причины, диагностическое значение различных видов диареи.
143. Запоры, механизм происхождения, диагностическое значение.
144. Признаки пищевода, желудка, кишечника, кровотечения.
145. Осмотр полости рта, зева, миндалин, задней стенки глотки; состояние слизистой полости рта, зубов.
146. Осмотр живота в вертикальном и горизонтальном положении больного. Деление живота на топографические области. Конфигурация живота.

147. Развитие венозных коллатералей на передней брюшной стенке ("голова Медузы") и боковых стенках.
148. Видимая перистальтика и антиперистальтика желудка и кишечника.
149. Перкуссия живота: определение свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости. Методика определения асцита в вертикальном и горизонтальном положении больного.
150. При пальпации Определение зон гиперчувствительности кожи (зон Захарьина - Геда) и болезненных мест живота. Определение резистентности и мышечной защиты, диагностическое значение этого симптома. Симптом раздражения брюшины Щеткина - Блюмберга.
151. Анализ кала, диагностическое значение.
152. Эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта, диагностическое значение.
153. Методика дуоденального (фракционного) зондирования и его диагностическое значение.
154. Синдром гипосекреции желудка.
155. Синдром гиперсекреции желудка.
156. Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.
157. Синдром мальдигестии, мальабсорбции, эксудативной энтеропатии.
158. Синдром нарушения эвакуации из желудка.
159. Синдром желудочно-кишечного кровотечения.
160. Синдром кишечной диспепсии.
161. Расспрос больных с заболеваниями печени и желчного пузыря.
162. Болевой синдром при заболевании печени: локализация, иррадиация, характер, продолжительность, условия возникновения. Чем купируются боли. Механизм возникновения болей, их диагностическое значение.
163. Диспепсические явления при заболевании печени: тошнота, рвота, отрыжка, вздутие и урчание в животе, изменения аппетита и вкуса во рту, изменение стула.
164. Желтуха: изменение цвета кожных покровов, мочи, испражнений. Кожный зуд. Диагностическое значение.
165. Общий осмотр больных с заболеваниями печени, диагностическое значение.
166. Лабораторные методы исследования функции печени.
167. Методы лабораторно-инструментальной диагностики, характеризующие участие (нарушение) печени в белковом обмене.
168. Методы лабораторно-инструментальной диагностики, характеризующие участие (нарушение) печени в жировом обмене.
169. Методы лабораторно-инструментальной диагностики, характеризующие участие (нарушение) печени в углеводном обмене.
170. Методы лабораторно-инструментальной диагностики, характеризующие обезвреживающую и выделительную функции печени.
171. Инструментальные методы исследования печени и желчного пузыря.
172. Синдром паренхиматозной желтухи, диагностическое значение.
173. Синдром механической желтухи, диагностическое значение.
174. Синдром гемолитической желтухи, диагностическое значение.
175. Синдром портальной гипертензии.
176. Гепатолиенальный синдром.
177. Синдром цитолиза.
178. Синдром малых печеночных признаков.
179. Синдром печеночной недостаточности.
180. Синдром печеночной колики и дискинезии желчевыводящих путей.
181. Синдром воспаления желчного пузыря.
182. Расспрос больных с заболеваниями почек, диагностическое значение.
183. Механизм возникновения отеков. Отличия почечных отеков от отеков у кардиального больного.
184. Дизурия, олигурия, полиурия, никтурия, поллакиурия, странгурия.
185. Общий осмотр больных с заболеваниями почек, диагностическое значение.
186. Особенности распределения отеков при заболевании почек и отличие их от отеков другого происхождения.
187. Определение симптома поколачивания по XII ребру, его диагностическое значение.
188. Исследование болевых точек, характерных для заболеваний мочевыводящих путей.
189. Методика выслушивания почечных артерий. Выявление шума при стенозе почечных артерий, его диагностическое значение.
190. Общий анализ мочи, диагностическое значение.
191. Анализ мочи по Нечипоренко, Адисс - Каковскому, диагностическое значение.
192. Проба Зимницкого, Реберга, диагностическое значение.
193. Определение мочевины, креатинина, остаточного азота в сыворотке крови. Диагностическое значение.
194. Рентгенологическое исследование при заболевании почек. Общее представление и диагностическое значение.
195. Биопсия почек, показания и диагностическое значение.
196. Особенности изменений глазного дна при заболевании почек.
197. Отечный синдром.
198. Нефротический синдром.
199. Мочевой синдром.
200. Синдром почечной артериальной гипертензии.
201. Почечная эклампсия.
202. Синдром острой почечной недостаточности.
203. Синдром хронической почечной недостаточности.

204. Синдром почечной колики.
205. Расспрос больных с заболеваниями системы крови, диагностическое значение.
206. Кровоточивость. Кровотечение из носа, десен, желудочно-кишечного тракта, матки и других органов. Причина и генез возникновения.
207. Общий осмотр больных с заболеваниями системы крови, диагностическое значение.
208. Болезненность при перкуссии костей. Перкуторное определение размеров печени и селезенки.
209. Общий анализ крови в норме и патологии.
210. Свертываемость крови, пробы выявляющие изменения в I, II, III фазе свертываемости крови.
211. Пункция костного мозга, диагностическое значение.
212. Трепанобиопсия, методика, диагностическое значение.
213. Синдромы при железодефицитной анемии: циркуляторно-гипоксический, сидеропенический, гематологический.
214. Синдромы при В12 -дефицитной анемии: циркуляторно-гипоксический, гастроэнтерологический, неврологический, гематологический.
215. Гемолитический синдром.
216. Петехиально - пятнистый тип кровоточивости.
217. Гематомный тип кровоточивости.
218. Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости.
219. Расспрос больных с заболеваниями желез внутренней секреции, диагностическое значение.
220. Общий осмотр больных с заболеваниями желез внутренней секреции, диагностическое значение.
221. Синдром гипофункции щитовидной железы.
222. Синдром гиперфункции щитовидной железы.
223. Синдром нарушенной толерантности к глюкозе и гипергликемии.
224. Синдром диабетической и гипогликемической ком.
225. Синдром хронической надпочечниковой недостаточности.
226. Синдром нарушения жирового обмена.
227. Расспрос больного при заболевании костно-мышечной системы и поражении соединительной ткани.
228. Общий осмотр и пальпация больных с заболеваниями костно-мышечной системы и поражении соединительной ткани.
229. Трофические нарушения кожи и ее дериватов причины возникновения и генез развития патологии.
Осмотр пораженных суставов (конфигурация, отечность, покраснение кожи, объем активных и пассивных движений в суставах).
230. Лабораторные и инструментальные методы исследования больных с заболеваниями костно-мышечной системы и поражении соединительной ткани.
231. Синдром артрита.
232. Синдром артроза.
233. Крапивница.
234. Анафилактический шок.
235. Написание учебной истории болезни.

Промежуточная аттестация (экзамен по дисциплине). Для контроля степени усвоения дисциплины предусмотрен экзамен по дисциплине с выставлением итоговой оценки по 5 бальной шкале. Объем контрольных заданий:

- Написание и защита академической истории болезни курируемого больного.
- Оценка практических умений и навыков обследуемого больного.
- Теоретический ответ на экзаменационный билет, включающий 3 вопроса из учебной программы дисциплины, решение ситуационной задачи, 1–2 анализов (или ЭКГ или рентгенограммы и пр.).
- Тестирование

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые работы по дисциплине не предусмотрены.

Предусмотрено написание истории болезни с выставлением клинического синдромального диагноза.

5.3. Фонд оценочных средств

ВИДЫ И ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЛЕКТОВ КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Тестовые задания для текущей успеваемости (Приложение 1). Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний обучающегося.
 2. Ситуационные задачи (Приложение 2). Средство проверки усвоенного теоретического материала.
 3. Практические навыки. Средство проверки сформированности компетенций у обучающихся в результате освоения дисциплины
 4. Теоретические вопросы практических (клинических) занятий. Средство контроля усвоенного материала темы, раздела (ов), модуля (ей) дисциплины обучающимися.
 5. История болезни (Приложение 3). Средство контроля, позволяющее оценить умения обучающегося оформлять медицинскую документацию, формулировать и обосновывать клинический диагноз, определять принципы лечения.
 6. Рабочая тетрадь. Дидактический комплекс, предназначенный для самостоятельной работы обучающегося и позволяющий оценивать уровень усвоения им учебного материала.
 7. Данные дополнительных методов исследования (фонд ЭКГ, рентгенограмм, набор образцов лабораторных анализов). Средства контроля усвоенного материала, позволяющего оценить знания.
- Технологическая карта дисциплины (Приложение 4). Шкала оценки контроля знаний (Приложение 5)

5.4. Перечень видов оценочных средств

Написание и защита академической истории болезни курируемого больного.
 Оценка практических умений и навыков обследования больного.
 Решение ситуационной задачи,
 Интерпретация анализов
 Интерпретация ЭКГ, ЭХОКГ или рентгенограммы
 Тесты
 Доклад
 Реферат и презентации

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

| | Авторы, составители | Заглавие | Издательство, год |
|------|---|---|-------------------------|
| Л1.1 | Н.А. Мухин | Пропедевтика внутренних болезней | М.: ГОЭТАР 2008 |
| Л1.2 | Гребенев А.Л. | Пропедевтика внутренних болезней | М. : Шико 2011 |
| Л1.3 | Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.П. | Основы семиотики заболеваний внутренних органов: Атлас; Учебное пособие для мед. вузов | МЕДпресс-нформ 2011 |
| Л1.4 | Зудбинов Ю.И., Терентьев В.П., Зонис Б.Я. | Азбука ЭКГ | Ростов н/Д: Феникс 2013 |

6.1.2. Дополнительная литература

| | Авторы, составители | Заглавие | Издательство, год |
|------|---|---|---------------------------|
| Л2.1 | А.С.Мелентьев, Г.Ю. Голубева | пропедевтический алгоритм системного обследования больного и оформления учебной истории болезни в терапевтической клинике | РГМУ 2011 |
| Л2.2 | Струтынский А.В., Баранов А.Л., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.П. | Основы семиотики заболеваний внутренних органов | МЕДпресс-нформ 2011 |
| Л2.3 | Сост. С.С. Байзакова | Пропедевтика внутренних болезней: Учебное пособие | Бишкек.: Изд-во КРСУ 2009 |
| Л2.4 | под ред. А. В. Струтынского. | Экзаменационный тестовый контроль по пропедевтике внутренних болезней | РГМУ 2011 |
| Л2.5 | Зудбинов Ю.И. | Азбука ЭКГ и Боли в сердце: учебное пособие | Ростов н/Д: Феникс 2013 |

6.1.3. Методические разработки

| | Авторы, составители | Заглавие | Издательство, год |
|------|--|--|--------------------------|
| Л3.1 | Байзакова С.С., Бримкулов Н.Н., Бримкулов Н.Н., Мураталиев Т.М. | Пропедевтика внутренних болезней: Методическое пособие для студентов мед. вузов | Бишкек: Изд-во КРСУ 2003 |

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

| | | |
|----|---|---|
| Э1 | | http://www.med-edu.ru/articles |
| Э2 | Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» | http://window.edu.ru/ |
| Э3 | «Электронная библиотека» КРСУ | www.lib.krsu.kg |

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

| | |
|---------|---|
| 6.3.1.1 | Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Использование палат, учебных комнат для работы студентов. |
| 6.3.1.2 | Тесты разработаны с целью решения следующих задач: |

| | |
|---|--|
| 6.3.1.3 | 1. научить (приучить) студента работать с тестами различной сложности: впервых, вычлняя в предлагаемых ответах лишь те, которые будут правильными и, во вторых, обучая студента рационально распределять регламентированное время, отпущенное на работу с тестами. |
| 6.3.1.4 | 2. использовать тесты в качестве: самообучающего тестового материала (в виде приложения к домашнему заданию), помогающего студентам выделять из всего содержания учебника лишь главные, критериальные положения, раскрывающие основную идею изучаемой темы. |
| 6.3.1.5 | 3. оценка знаний студентов, помогающего преподавателю узнать качество самостоятельной подготовки студента и эффективности проведенного самим же преподавателем занятия (лекции). |
| 6.3.1.6 | Модульно (блоковая)-рейтинговая система оценки знаний студентов (в приложении). |
| 6.3.1.7 | Промежуточная аттестация (экзамен по дисциплине). Для контроля степени усвоения дисциплины предусмотрен экзамен по дисциплине с выставлением итоговой оценки. |
| 6.3.1.8 | Объем контрольных заданий: |
| 6.3.1.9 | - Написание и защита академической истории болезни курируемого больного. |
| 6.3.1.10 | - Оценка практических умений и навыков обследуемого больного. |
| 6.3.1.11 | - Теоретический ответ на экзаменационный билет, включающий 3 вопроса из учебной программы дисциплины, решение ситуационной задачи, 1 – 2 анализов (или ЭКГ или рентгенограммы и пр.). |
| 6.3.1.12 | - Тестирование |
| 6.3.1.13 | Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышления и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся ситуационные задачи, мозговой штурм, ролевые игры, работа в малых группах, научно-практические конференции, разбор аудио и видео-заданий, разбор конкретных клинических ситуаций) в сочетании с внеаудиторной работой с целью формирования и развития профессиональных навыков обучающихся. Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет - ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы студенты готовят рефераты, доклады и презентации. |
| 6.3.1.14 | СТРУКТУРА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ: Продолжительность занятия 2 часа. 1. Приветствие, постановка целей и задач занятия – 5 мин. 2. Контроль исходного уровня знаний студентов и степень качества выполнения домашнего задания – 20 мин. 3. Отработка практических навыков у постели больного, курация больных – 20 мин. 4. Работа в малых группах, обсуждение тематического больного или решение ситуационных задач – 20 мин. 5. Заслушивание презентации аудиторной самостоятельной работы студента – 10 мин. 6. Итоговый контроль знаний – 10 мин. После каждого академического часа предусматривается 5-минутный перерыв. |
| 6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения | |
| 6.3.2.1 | 1. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/) |
| 6.3.2.2 | 2. http://www.med-edu.ru/articles |
| 6.3.2.3 | 3. http://medvuz.info/ |
| 6.3.2.4 | 4. «Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg) |
| 6.3.2.5 | 5. http://meduniver.com/Medical/Book/34.html |
| 6.3.2.6 | 6. www.jaypeebrothers.com |
| 6.3.2.7 | 7. www.booksmed.com |
| 6.3.2.8 | 8. www.bankknig.com |
| 6.3.2.9 | 9. Blaufuss Multimedia: http://www.blaufuss.org |
| 6.3.2.10 | 10. The R.A.L.E. Repository: Respiratory sounds: http://www.rale.ca/Recordings.htm |
| 6.3.2.11 | 11. David Arnall: Pulmonary Breath Sounds: http://faculty.etsu.edu/arnall/www/public_html/heartlung/breathsounds/contents.html |
| 6.3.2.12 | 12. Frontiers in Bioscience, Virtual Library: Heart Sounds http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/interna/heart_sounds/h14/sound.htm |
| 6.3.2.13 | 13. McGill University: Heart Sounds: http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/interna/heart_sounds/h6/heart_tables.html |

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

| | |
|-----|---|
| 7.1 | Дисциплина преподается на базе: |
| 7.2 | 1. Городской клинической больницы №1 (ЛПУ третичного уровня). Располагает 9 специализированными отделениями из них 4 терапевтических (отделения кардиологии, ревматологии, эндокринологии, экстренной терапии). |
| 7.3 | 2. Центр семейной медицины №8. |

| | |
|-----|---|
| 7.4 | 3. КНЦКиТ (отделение пульмонологии). |
| 7.5 | Имеется 8 стандартно оборудованных аудиторий с 100 посадочными местами, общей площадью 200 кв.м. (блок парты, кушетки, учебные доски). |
| 7.6 | Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор). У студентов имеется доступ к информационным стендам (4 шт.), плакатам, электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (20 шт.), базе клинического материала (ЭКГ, УЗИ). |

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

При подготовке к практическим занятиям обратить внимание на следующие вопросы:

МЕТОДЫ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПАЦИЕНТА.

Тема «Введение в клинику. Предмет и задачи пропедевтики внутренних болезней. Понятие о методах исследования пациента. Принципы клинического обследования пациента: расспрос, анамнез, физикальное обследование. Лабораторно-инструментальные методы исследования. История болезни: схема, значение как научно-методического и юридического документа. Общий осмотр здорового человека». Четко усвоить структуру написания истории болезни, историю развития методов физикального и методов дополнительного (лабораторного и инструментального) обследования больных. Обратить внимание на правильность систематизации и детального сбора анамнеза. Иметь понятие о методах физикального и лабораторно-инструментального обследования больных. Отработать методику правильной постановки рук при пальпации и перкуссии.

Тема «Пальпация органов здорового человека. Оценка степени развития подкожного жирового слоя, мышц. Пальпация лимфатических узлов, щитовидной железы, суставов. Пальпация грудной клетки (межреберий, эластичность, голосовое дрожание). Пальпация верхушечного толчка. Исследование периферических артерий и свойства пульса». Запомнить последовательность проведения пальпации, как метода обследования органов человека. Научиться правильной постановке рук при пальпации. Запомнить особенности проведения пальпации при наличии у больного болевого синдрома. Запомнить алгоритм интерпретации данных, полученные при пальпации.

Тема «Пальпация органов брюшной полости (желудок, отделы кишечника, печень, селезенка), почек. Перкуссия органов здорового человека. Физические основы перкуссии. Основные перкуторные звуки в норме, их характеристика. Перкуссия грудной клетки (сравнительная и топографическая): определение границ легких, подвижность нижних легочных краев, поля Кренига. Проекция долей легких на грудную клетку». Знать типы и характеристики дыхания и научиться руководить дыханием больного при обследовании - пальпации органов брюшной полости; научиться правильной постановке рук при перкуссии. Знать методы и приемы перкуссии (громкой, тихой и тишайшей) и типы перкуторного звука.

Тема «Перкуссия сердца и магистральных сосудов здорового человека. Граница относительной тупости сердца, размеры сосудистого пучка. Перкуссия живота, органов брюшной полости (размеры печени и селезенки). Перкуссия мочевого пузыря». Уметь правильно ставить руки при перкуссии органов кровообращения. Знать методы и приемы перкуссии (громкой, тихой и тишайшей) сердца и магистральных сосудов здорового человека. Создать образ - «портрет» здорового человека по данным метода перкуссии.

Тема «Аускультация органов здорового человека. Биофизические основы аускультации. Приемы и средства аускультации. Выслушивание носового дыхания. Аускультация легких: правила и порядок аускультации, основные дыхательные шумы, исследование бронхофонии». Знать биофизические основы аускультации. Освоить приемы аускультации и средства ее реализации. Усвоить разницу в выслушивании носового дыхания и аускультативных феноменов над легкими. Запомнить особую важность правил и порядка аускультации. Знать различие между основными дыхательными шумами, встречающимися в норме у здорового человека. Уметь исследовать бронхофонию, включая интерпретацию ее результатов.

Тема «Аускультация сердца: правила и порядок аускультации. Механизм образования тонов сердца. Физиологическое раздвоение I и II тонов сердца. Аускультация крупных артерий. Методика измерения артериального давления. Нормативы артериального давления. Аускультация живота: аускультативно-фрикционное определение границы желудка. Аускультация кишечника. Механизм образования кишечных шумов. Правила и порядок аускультации кишечника».

Знать правила и порядок аускультации сердца. Усвоить механизм образования тонов сердца. Знать механизмы физиологического раздвоения и расщепления I и II тонов сердца. Освоить методику аускультации крупных артерий. Иметь образ («портрет») здорового человека по данным разбираемого метода. Научиться измерять артериальное давление согласно рекомендациям ВОЗ, знать его нормативы. Научиться определять границы желудка аускультативно-фрикционным методом. При освоении СИНДРОМОВ обратить внимание на следующие пункты: 1. Этиология и патогенез; 2. Клиническая картина на примере конкретной нозологии; 3. Диагностические критерии с позиций: осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, лабораторных и инструментальных данных; 4. Принципы лечения.

Методические рекомендации для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по изучению дисциплины

Изучение теоретической части дисциплины призвано не только углубить и закрепить знания, полученные на аудиторных занятиях, но и способствовать развитию у студентов творческих навыков, инициативы и организации своего свободного времени.

Самостоятельная работа студента при изучении дисциплины включает:

- чтение рекомендованной литературы, интернет - источников и усвоение теоретического материала дисциплины;
- подготовку к различным формам контроля (ситуационная задача, контрольная работа, тест);
- написание истории болезни курируемого больного.

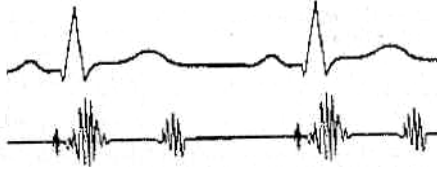
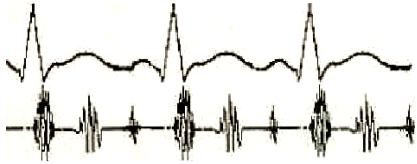
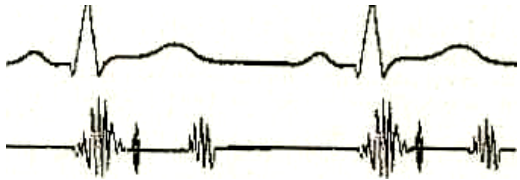
Тесты по Пропедевтике внутренних болезней

| | |
|---|---|
| <p>1. При перкуссии живота у здорового человека выслушивается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тупой звук 2) коробочный звук 3) легочной звук 4) притупленность звука 5) тимпанический звук. | 5 |
| <p>2. Объясните происхождение снижения тургора кожи, выявляемого при общем осмотре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) геморрагический синдром 2) обезвоживание организма 3) гиперэстрогемия 4) сидеропенический синдром 5) нарушение синтетической функции печени. | 2 |
| <p>3. Верхушечный толчок в норме располагается в межреберье:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2 2) 3 3) 4 4) 5 5) 6. | 4 |
| <p>4. Верхушечный толчок обусловлен:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) левым желудочком 2) правым предсердием 3) дугой аорты 4) левым предсердием 5) правым желудочком. | 1 |
| <p>5. При осмотре грудной клетки не определяют:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ее форму 2) симметричность обеих ее половин 3) частоту и глубину дыхания 4) симметричность участия обеих половин грудной клетки в акте дыхания 5) симметричность голосового дрожания. | 5 |
| <p>6. Пальпация области сердца позволяет определить все следующие признаки, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) свойств верхушечного толчка 2) ширины сосудистого пучка 3) наличия сердечного толчка 4) дрожания передней грудной стенки "кошачье мурлыканье" 5) надчревной пульсации. | 2 |
| <p>7. Нормальный анализ мочи по Нечипоренко характеризуется всем, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) восковидных цилиндров - до 10-20 в 1 мл осадка 2) эритроцитов - до 1000 в 1 мл осадка 3) лейкоцитов - до 2000 в 1 мл осадка 4) цилиндров - нет (в 1 мл осадка) 5) лейкоцитов - до 1500 в 1 мл осадка. | 1 |
| <p>8. Величина клубочковой фильтрации (проба Реберга - Тареева) у здоровых людей составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 20- 40 мл/мин 2) 40- 60 мл/мин 3) 80-160 мл/мин 4) 130-150 мл/мин 5) 150-220 мл/мин. | 3 |

| | |
|---|---|
| <p>9.Правый контур сердца на рентгенограмме образован:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) верхней поллой веной 2) нижней поллой веной 3) правым желудочком 4) правым предсердием 5) легочной артерией. | 4 |
| <p>10.Нормальным показателем ЭКГ является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) амплитуда зубца Р - 7 мм 2) интервал PQ – 0,25 сек 3) ширина желудочкового комплекса – 0,14 сек 4) зубец Q больше 1/3 соответствующего зубца R 5) продолжительность зубца Р II стандартного отведения – 0,10 сек. | 5 |
| <p>11.Неверным показателем нормальной ЭКГ является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) продолжительность зубца Р – 0,10 сек 2) зубец Q меньше 1/3 соответствующего зубца R 3) продолжительность желудочкового комплекса – 0,12 сек 4) интервал PQ – 0,19 сек 5) амплитуда зубца Р II стандартного отведения – 2,5 мм. | 3 |
| <p>12.Область выслушивания митрального клапана:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) верхушечный толчок 2) основание мечевидного отростка 3) II межреберье слева от края грудины 4) II межреберье справа от края грудины 5) IV межреберье слева от края грудины. | 1 |
| <p>13.Область выслушивания аортального клапана:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) II межреберье справа от края грудины 2) основание мечевидного отростка 3) II межреберье слева от края грудины 4) IV межреберье слева от края грудины 5) верно 1, 4. | 5 |
| <p>14.Область выслушивания клапана легочной артерии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) верхушечный толчок 2) основание мечевидного отростка 3) II межреберье слева от края грудины 4) II межреберье справа от края грудины 5) IV межреберье слева от края грудины. | 3 |
| <p>15.Укажите тип одышки, характерной при наличии препятствий в верхних дыхательных путях?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стридорозное дыхание 2) экспираторная одышка 3) дыхание Куссмауля 4) дыхание Чейн-Стокса 5) инспираторная одышка. | 1 |
| <p>16.Укажите тип одышки, характерной при спазме мускулатуры мелких бронхов?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стридорозное дыхание; 2) экспираторная одышка; 3) дыхание Куссмауля 4) дыхание Чейн-Стокса 5) инспираторная одышка. | 2 |
| <p>17.Цель использования дополнительного приема аускультации легких – форсированный выдох:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов 2) для выявления скрытой бронхиальной обструкции | 2 |

| | |
|---|---|
| <p>3) для отличия сухих хрипов от влажных 4) для отличия сухих хрипов от шума трения плевры; 5) для улучшения выслушивания патологического бронхиального дыхания.</p> | |
| <p>18.Механизмом появления жесткого дыхания является: 1) снижение эластичности альвеол при синдроме повышенной воздушности легочной ткани 2) изменение тембра ларинго-трахеального дыхания при синдроме уплотнении легочной ткани 3) сужение просвета средних и мелких бронхов различного генеза 4) наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани, окруженного неизмененными альвеолами 5) усиление колебаний стенок альвеол при форсированном дыхании.</p> | 3 |
| <p>19.Какой дыхательный шум выслушивается при обтурационном ателектазе? 1) ослабленное везикулярное дыхание или его полное отсутствие 2) амфорическое дыхание 3) бронхиальное дыхание 4) жесткое усиленное дыхание 5) смешанное бронхо-везикулярное дыхание.</p> | 1 |
| <p>20.Какой перкуторный звук определяется над зоной воспалительного уплотнения легочной ткани в пределах доли? 1) абсолютно тупой (бедренный) 2) ясный легочный звук 3) тимпанический звук 4) притупление с тимпаническим оттенком 5) коробочный звук.</p> | 1 |
| <p>21.Какой перкуторный звук появляется при начальной стадии воспалительного уплотнения легочной ткани в пределах доли? 1) абсолютно тупой (бедренный) 2) легочный звук 3) тимпанический звук 4) притупление с тимпаническим оттенком 5) коробочный звук.</p> | 4 |
| <p>22.Какой дыхательный шум выслушивается в начальной стадии долевого воспалительного уплотнения легочной ткани? 1) ослабленное везикулярное дыхание; 2) амфорическое дыхание; 3) бронхиальное дыхание; 4) жесткое дыхание; 5) смешанное бронховезикулярное дыхание.</p> | 1 |
| <p>23.С какой целью используется дополнительный прием при аускультации легких – повторная аускультация после покашливания? 1) для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов 2) для выявления скрытой бронхиальной обструкции 3) для отличия сухих хрипов от влажных хрипов 4) для отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры 5) для лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания.</p> | 4 |
| <p>24.Какой перкуторный звук появляется при эмфиземе легких? 1) абсолютно тупой (бедренный) 2) легочный звук 3) тимпанический звук 4) притупление с тимпаническим оттенком 5) коробочный звук.</p> | 5 |
| <p>25.Какой дыхательный шум выслушивается при наличии полости в легочной ткани диаметром более 5 см, соединяющейся с бронхом?</p> | 2 |

| | |
|---|---|
| <p>1) ослабленное везикулярное дыхание</p> <p>2) амфорическое дыхание</p> <p>3) бронхиальное дыхание</p> <p>4) жесткое дыхание</p> <p>5) смешанное бронховезикулярное дыхание.</p> | |
| <p>26.Какой тип одышки характерен для синдрома выпота в плевральную полость?</p> <p>1) стридорозное дыхание</p> <p>2) частое поверхностное дыхание</p> <p>3) дыхание Куссмауля</p> <p>4) дыхание Чейн-Стокса</p> <p>5) дыхание с удлинненным выдохом, сопровождающееся свистящими хрипами.</p> | 2 |
| <p>27.Какой перкуторный звук определяется над зоной серозного поражения плевры (сухой плеврит)?</p> <p>1) абсолютно тупой (бедренный)</p> <p>2) легочный звук</p> <p>3) тимпанический звук</p> <p>4) притупление с тимпаническим оттенком</p> <p>5) коробочный звук.</p> | 2 |
| <p>28.Какой перкуторный звук определяется над зоной одностороннего гидроторакса?</p> <p>1) абсолютно тупой (бедренный)</p> <p>2) легочный звук</p> <p>3) тимпанический звук</p> <p>4) притупление с тимпаническим оттенком</p> <p>5) коробочный звук.</p> | 1 |
| <p>29.С какой целью используется дополнительный прием аускультации легких с имитацией вдоха при сомкнутой голосовой щели?</p> <p>1) для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов</p> <p>2) для выявления скрытой бронхиальной обструкции</p> <p>3) для отличия сухих хрипов от влажных хрипов</p> <p>4) для отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры</p> <p>5) для лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания.</p> | 1 |
| <p>30.Какой дыхательный шум выслушивается при интерстициальном отеке легких?</p> <p>1) ослабленное везикулярное дыхание</p> <p>2) амфорическое дыхание</p> <p>3) бронхиальное дыхание</p> <p>4) жесткое дыхание</p> <p>5) смешанное бронховезикулярное дыхание.</p> | 1 |
| <p>31.Выберите наиболее правильную трактовку данных пальпации – концентрированный, шириной 2 см, усиленный верхушечный толчок в V межреберье на уровне срединно-ключичной линии:</p> <p>1) гипертрофия левого желудочка без выраженной его дилатации</p> <p>2) гипертрофия и дилатация левого желудочка</p> <p>3) гипертрофия и дилатация правого желудочка</p> <p>4) сращение (адгезия) листков перикарда</p> <p>5) аневризма (постинфарктная) передней стенки левого желудочка.</p> | 1 |
| <p>32.Дефицит пульса (pulsus dificiens) – это:</p> <p>1) резкое ослабление или отсутствие пульсации на одной лучевой артерии по сравнению с другой</p> <p>2) резкое уменьшение величины пульса на симметричных лучевых артериях</p> <p>3) число пульсовых волн на лучевой артерии больше числа сердечных сокращений</p> <p>4) число пульсовых волн на лучевой артерии меньше числа сердечных сокращений</p> | 4 |

| | |
|--|--|
| <p>5) усиленная пульсации одной лучевой артерии.</p> | |
| <p>33. При мерцательной тахикардии или частой экстрасистолии пульс на лучевой артерии будет определяться как:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pulsus dificiens 2) pulsus filiformis 3) pulsus differens 4) pulsus plenus 5) pulsus durus. | 1 |
| <p>34. Как называется патологический ритм тонов сердца, зарегистрированный на ФКГ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) протодиастолический галоп 2) ритм перепела 3) суммационный галоп 4) пресистолический галоп 5) систолический галоп. | <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">4</p> |
| <p>35. Как называется патологический ритм тонов сердца, зарегистрированный на ФКГ?</p> <div style="text-align: center;">  </div> <ol style="list-style-type: none"> 1) протодиастолический галоп 2) ритм перепела 3) суммационный галоп 4) пресистолический галоп 5) систолический галоп. | 3 |
| <p>36. Как называется патологический ритм тонов сердца, зарегистрированный на ФКГ?</p> <div style="text-align: center;">  </div> <ol style="list-style-type: none"> 1) протодиастолический галоп; 2) ритм перепела 3) суммационный галоп 4) пресистолический галоп 5) систолический галоп. | 5 |
| <p>37. Для мерцательной аритмии на ЭКГ характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) частота желудочковых комплексов более 120 в мин 2) отсутствие зубцов Р 3) наличие преждевременных комплексов QRS 4) укорочение интервала PQ 5) наличие дельта-волны желудочкового комплекса. | 2 |
| <p>38. ЭКГ- критерии желудочковой экстрасистолии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) преждевременный желудочковый комплекс 2) экстрасистолический желудочковый комплекс расширен, деформирован 3) наличие полной компенсаторной паузы 4) измененный зубец Р перед экстрасистолическим желудочковым комплексом 5) правильно 1,2,3. | 5 |
| <p>39. ЭКГ- критерии наджелудочковой экстрасистолии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) преждевременный желудочковый комплекс | 5 |

| | |
|--|---|
| <p>2) экстрасистолический желудочковый комплекс похож на основные</p> <p>3) наличие неполной компенсаторной паузы</p> <p>4) наличие деформированного зубца Р перед экстрасистолическим желудочковым комплексом</p> <p>5) правильно 2 и 3.</p> | |
| <p>40.Выявленные изменения границ относительной тупости сердца: правая граница – на 1 см вправо от края грудины, левая – по передней аксиллярной линии, верхняя - по III ребру, характерны для:</p> <p>1) митрального стеноза</p> <p>2) митральной недостаточности</p> <p>3) недостаточности трехстворчатого клапана</p> <p>4) аортальных пороков</p> <p>5) нормы.</p> | 4 |
| <p>41.Выявленные изменения границ относительной тупости сердца: правая граница – на 3 см вправо от края грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - по верхнему краю II ребра, характерны для:</p> <p>1) митрального стеноза</p> <p>2) митральной недостаточности</p> <p>3) недостаточности трехстворчатого клапана</p> <p>4) аортальных пороков</p> <p>5) нормы.</p> | 1 |
| <p>42.Выявленные изменения границ относительной тупости сердца: правая граница – на 1 см вправо от края грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя по верхнему краю III ребра, характерны для:</p> <p>1) митрального стеноза</p> <p>2) митральной недостаточности</p> <p>3) недостаточности трехстворчатого клапана</p> <p>4) аортальных пороков</p> <p>5) нормы.</p> | 5 |
| <p>43.При каком поражении сердца левые границы абсолютной и относительной тупости сердца совпадают?</p> <p>1) аортальный стеноз</p> <p>2) аортальная недостаточность</p> <p>3) митральный стеноз</p> <p>4) митральная недостаточность</p> <p>5) острый инфаркт миокарда.</p> | 3 |
| <p>44.При выраженном митральном стенозе артериальный пульс определяется как:</p> <p>1) pulsus dificiens</p> <p>2) pulsus filiformis</p> <p>3) pulsus differens</p> <p>4) pulsus plenus</p> <p>5) pulsus durus.</p> | 3 |
| <p>45.У больного - митральный стеноз с признаками выраженной легочной артериальной гипертензии. Во II-IV межреберье слева от грудины выслушивается мягкий шум, начинающийся сразу после II тона. Дайте название шуму:</p> <p>1) шум Флинта;</p> <p>2) «шум волчка»;</p> <p>3) шум Кумбса;</p> <p>4) шум Грэхем-Стилла;</p> <p>5) функциональный шум относительной недостаточности митрального клапана.</p> | 4 |
| <p>46.При обследовании больного с недостаточностью клапана аорты на верхушке сердца определен пресистолический (диастолический) шум. Дайте название шуму.</p> | 1 |

| | |
|---|---|
| <p>1) шум Флинта; 2) «шум волчка»; 3) шум Кумбса; 4) шум Грэхем-Стилла; 5) функциональный шум относительной недостаточности митрального клапана.</p> | |
| <p>47.Разлитой (шириной 4 см), приподнимающий (куполообразный) верхушечный толчок в VI межреберье на 2 см кнаружи от срединноключичной линии свидетельствует о:</p> <p>1) гипертрофии левого желудочка без выраженной его дилатации 2) гипертрофии и дилатации левого желудочка 3) гипертрофии и дилатации правого желудочка 4) сращения (адгезии) листков перикарда (слипчивый перикардит) 5) постинфарктной аневризме передней стенки левого желудочка.</p> | 2 |
| <p>48.Отрицательный верхушечный толчок (систолическое его втягивание) свидетельствует о:</p> <p>1) гипертрофии левого желудочка без выраженной его дилатации; 2) гипертрофии и дилатации левого желудочка; 3) гипертрофии и дилатации правого желудочка; 4) сращения (адгезии) листков перикарда (слипчивый перикардит) 5) постинфарктной аневризме передней стенки левого желудочка.</p> | 4 |
| <p>49.Пункция перикарда производится при:</p> <p>1) тампонаде сердца 2) подозрении на гнойный процесс в полости перикарда 3) замедленном рассасывании экссудата в полости перикарда 4) диагностических затруднениях о характере поражения перикарда 5) всем перечисленным выше.</p> | 5 |
| <p>50.Для констриктивного перикардита характерно:</p> <p>1)снижение сердечного выброса 2)появление парадоксального артериального пульса 3)нормальные размеры сердца 4)кальциноз перикарда (рентгенологически) 5)все перечисленное.</p> | 5 |
| <p>51.При подозрении на наличие экссудата в полости перикарда в первую очередь следует произвести:</p> <p>1)пункцию перикарда 2)измерение ЦВД (центрального венозного давления) 3)рентгенографию грудной клетки 4)ФКГ 5)УЗИ (ЭхоКГ) сердца.</p> | 5 |
| <p>52.Синдром желудочной диспепсии - это:</p> <p>1) нормальная перистальтика кишечника 2) резко усиленная перистальтика кишечника 3) запоры 4) отсутствие перистальтики кишечника («гробовая тишина») 5) тошнота, рвота.</p> | 5 |
| <p>53.Полное отсутствие соляной кислоты и пепсина в желудочном соке называется:</p> <p>1) гиперхлоргидрией 2) гипохлоргидрией 3) ахилией 4) ахлоргидрией 5) все ответы неверны.</p> | 3 |
| <p>54.Возникновение болей через 2-3 часа после еды характерно для язвенного</p> | 4 |

| | |
|--|---|
| <p>дефекта с локализацией:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в пищеводе 2) кардиального отдела желудка 3) пилорического отдела желудка 4) язвы 12 -перстной кишки 5) язвы анастомоза. | |
| <p>55.Прямым признаком язвенного дефекта в желудке при рентгенологическом исследовании является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рубцовая деформация желудка 2) дивергенция складок слизистой желудка 3) симптом «ниши» на контуре желудка 4) гиперсекреция в полости желудка и дискинезия привратника 5) замедление скорости эвакуации бариевого содержимого из желудка. | 3 |
| <p>56.Урчание при пальпации восходящей и поперечной ободочной кишки предполагает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нормальный феномен 2) наличие в брюшной полости свободной жидкости 3) наличие стеноза привратника 4) скопление большого количества газов в толстом кишечнике (метеоризм у больного с колитом) 5) избыток жидкого содержимого и газов в толстом кишечнике (например, у больного с острым энтеритом). | 5 |
| <p>57.Синдром мальабсорбции проявляется всеми симптомами, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) метеоризма 2) желтухи 3) поносов 4) потери массы тела 5) анемии. | 2 |
| <p>58.Анемия при синдроме мальабсорбции обусловлена:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дефицитом витаминов А и Е 2) дефицитом витамина Д 3) дефицитом витаминов В₁,В₆ 4) дефицитом железа, витаминов В₁₂ и фолиевой кислоты 5) дефицитом никотиновой кислоты. | 4 |
| <p>59.Причиной функционального запора является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мегаколон (патологическое расширение кишки) 2) долихосигма (патологически удлиненная сигмовидная кишка) 3) дивертикулез (патологическое выпячивание отделов стенки) толстого кишечника 4) гиперфункция щитовидной железы 5) употребление легкоусвояемой пищи. | 5 |
| <p>60.Выраженное желудочное кровотечение сопровождается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) всегда - болевым синдромом 2) кровавой рвотой 3) рвотой содержимым темно-коричневого цвета ("кофейной гущи") 4) дегтеобразным стулом 5) двигательным беспокойством. | 3 |
| <p>61.Из приведенных признаков выбрать те, которые характерны для «механической» желтухи: а) увеличение конъюгированного с глюкуроновой кислотой (прямого) билирубина в крови; б) увеличение неконъюгированного с глюкуроновой кислотой (непрямого) билирубина в крови; в) наличие билирубина в моче; г) билирубин в моче отсутствует; д) в моче определяется уробилин; е) уробилин в моче отсутствует; ж) отсутствие в кале стеркобилина; з) наличие в кале стеркобилина.</p> <p>1) б,г,д,з</p> | 2 |

| | |
|--|---|
| <p>2) а, в, е, ж 3) б, в, д, ж 4) а, в, д, з 5) а, б, в, д, з.</p> | |
| <p>62.Похудание и атрофия мышц, наблюдаемые при заболеваниях печени, свидетельствуют о:</p> <p>1) наличии дуодено-гастрального рефлюкса 2) увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза 3) нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени 4) сердечной недостаточности, обусловленной миокардиодистрофией 5) снижении дезинтоксикационной функции печени.</p> | 3 |
| <p>63.«Печеночный» запах изо рта при заболеваниях печени свидетельствует о:</p> <p>1) наличии дуодено-гастрального рефлюкса 2) увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза 3) нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени 4) сердечной недостаточности, обусловленной миокардиодистрофией 5) деструкции и распаде печеночных клеток.</p> | 5 |
| <p>64.Причиной кожного зуда при заболеваниях печени является:</p> <p>1) дуодено-гастральный рефлюкс 2) холестаз с увеличением желчных кислот в крови 3) нарушение синтетической (белковообразовательной) функции печени 4) сердечная недостаточность, обусловленная миокардиодистрофией 5) деструкция и распад печеночных клеток.</p> | 2 |
| <p>65.Недостаточное разрушение эстрогенов при хроническом заболевании печени проявляется всеми симптомами, кроме:</p> <p>1) «сосудистых» звездочек 2) «печеночных» ладоней 3) петехиальной сыпи на коже 4) гинекомастии 5) «малинового» языка.</p> | 3 |
| <p>66.«Печеночные» ладони представляют собой:</p> <p>1) внутрикожные отложения холестерина в виде бляшек 2) мелкоточечные кровоизлияния в кожу 3) петехиальную сыпь 4) симметричное покраснение Thenar и Hypothenar 5) накопление желчных кислот в коже.</p> | 4 |
| <p>67.Симптом Курвуазье – это:</p> <p>1) увеличенный, болезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой 2) увеличенный безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет 3) механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, определяется болезненность в зоне Шоффара - Риве 4) увеличенная и болезненная печень с симптомом желтухи 5) увеличенная и безболезненная селезенка без желтухи.</p> | 1 |
| <p>68.При дуоденальном зондировании обнаружение в порции «В» признаков воспаления свидетельствует о:</p> <p>1) воспалении желчного пузыря 2) пептической язвы 3) воспаления 12 перстной кишки 4) воспаления поджелудочной железы 5) дискинезии желчного пузыря.</p> | 1 |
| <p>69.Какие изменения характерны для синдрома портальной гипертензии?</p> <p>1) живот втянут (ладьевидный), практически не участвует в дыхании, выраженное напряжение мышц брюшной стенки. Перкуторно – тупость,</p> | 3 |

| | |
|--|---|
| <p>перкуссия болезненная.</p> <p>2) живот увеличен в размере, куполообразно вздут, участвует в дыхании, перкуторно - тимпанит</p> <p>3) живот увеличен в размере, в горизонтальном положении больного - распластан, в вертикальном - выглядит отвисшим, на боковых поверхностях живота расширенная венозная сеть. Перкуторно – тимпанит, в отлогах местах – тупость.</p> <p>4) у истощенного больного в эпигастрии хорошо заметно выбухание и периодически возникающие волны антиперистальтики кишечника. Перкуторно – тимпанит.</p> <p>при осмотре живота заметна усиленная и бурная перистальтика кишечника, живот вздут. Перкуторно – тимпанит.</p> | |
| <p>70. Указать основной клинический признак синдрома портальной гипертензии:</p> <p>1) асцит</p> <p>2) желтуха</p> <p>3) «сосудистые» звездочки</p> <p>4) гинекомастия</p> <p>5) «печеночные» ладони.</p> | 1 |
| <p>71. Асцит, расширение подкожных вен передней брюшной стенки, увеличение селезенки, варикозное расширение вен пищевода у больных с заболеваниями печени обозначается синдромом:</p> <p>1) астено-вегетативным</p> <p>2) диспепсическим</p> <p>3) геморрагическим</p> <p>4) портальной гипертензии</p> <p>5) гепато-лиенальным.</p> | 4 |
| <p>72. Расширенные и извитые вены передней брюшной стенки - признак:</p> <p>1) синдрома печеночно-клеточной недостаточности</p> <p>2) синдрома портальной гипертензии</p> <p>3) синдрома гепато- спленомегалии</p> <p>4) синдрома механической желтухи</p> <p>5) синдрома кишечной непроходимости.</p> | 2 |
| <p>73. Боли опоясывающего характера в верхней половине живота наблюдаются при патологии:</p> <p>1) желудка</p> <p>2) печени</p> <p>3) поджелудочной железы</p> <p>4) слепой кишки</p> <p>5) сигмовидной кишки.</p> | 3 |
| <p>74. Обильный кашицеобразный жирный кал наблюдается при:</p> <p>1) желудочной гиперсекреции</p> <p>2) желудочной гипосекреции</p> <p>3) внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы</p> <p>4) внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы</p> <p>5) верны все ответы.</p> | 4 |
| <p>75. Обильный кашицеобразный жирный кал наблюдается при:</p> <p>1) желудочной гиперсекреции</p> <p>2) желудочной гипосекреции</p> <p>3) внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы</p> <p>4) внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы</p> <p>5) верны все ответы.</p> | 4 |
| <p>76. Для внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы не характерно:</p> <p>1) желтуха</p> <p>2) метеоризм</p> | 1 |

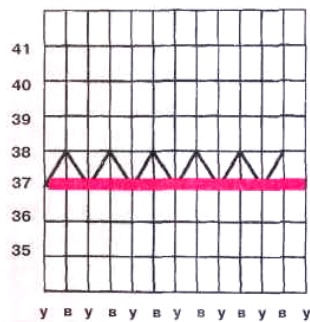
| | |
|--|---|
| <p>3) потеря в весе 4) полифекалия 5) стеато- и креаторея.</p> | |
| <p>77.Учащенное (частое) мочеиспускание- это: 1) поллакиурия 2) странгурия 3) ишурия 4) анурия 5) полиурия.</p> | 1 |
| <p>78.Болезненное и частое мочеиспускание- это: 1) поллакиурия 2) странгурия 3) ишурия 4) анурия 5) полиурия.</p> | 2 |
| <p>79.Увеличение суточного количества мочи - это: 1) поллакиурия 2) странгурия 3) ишурия 4) анурия 5) полиурия.</p> | 5 |
| <p>Полное прекращение выделения мочи - это: 1) поллакиурия 2) странгурия 3) ишурия 4) анурия 5) полиурия.</p> | 4 |
| <p>80.Нефротический синдром не проявляется: 1) артериальной гипертензией 2) распространенными отеками на лице, туловище и конечностях 3) гипоальбуминемией 4) протеинурией выше 3 г/сутки 5) гиперлипидемией.</p> | 1 |
| <p>81.Нефротический синдром проявляется: 1) гиперальбуминемией 2) протеинурией выше 3 г/сутки 3) протеинурией ниже 3 г/сутки 4) гиперхолестеринемией 5) острыми интенсивными болями в пояснице.</p> | 5 |
| <p>82.Нефротический синдром - это симптомокомплекс, не включающий: 1) артериальную гипертензию 2) протеинурию 3) гипопроteinемию 4) гиперлипидемию 5) отеки.</p> | 1 |
| <p>83.Синдром почечной недостаточности не проявляется: 1) повышением концентрации мочевины в крови 2) повышением концентрации креатинина в крови 3) повышением концентрации индикана в крови 4) гиперальбуминемией 5) гипоиозостенурией.</p> | 4 |
| <p>84.Снижение концентрационной функции почек проявляется: 1) азотемией</p> | 2 |

| | |
|---|---|
| <p>2) гипоизостенурией 3) ишурией 4) анурией 5) протеинурией.</p> | |
| <p>85.Хроническая почечная недостаточности проявляется: 1. гиперальбуминемией 2. гипокалиемией 3. гиперкреатининемией 4. уробилинурией 5. гипербилирубинемией.</p> | 3 |
| <p>86.Какой вид обмена веществ нарушается при синдроме гиперфункции щитовидной железы: 1) белковый 2) жировой 3) углеводный 4) водно-солевой 5) все виды обмена.</p> | 5 |
| <p>87.Какая жалоба больного не соответствует синдрому гипергликемии? 1) сухость во рту 2) частое обильное мочеиспускание 3) слабость 4) похудание 5) высокая температура.</p> | 5 |
| <p>88.Для синдрома гипергликемии не характерно: 1) сухость кожи 2) наличие гнойничковых элементов на коже 3) полинейропатия 4) влажная кожа 5) развитие трофических язв на голених и стопах.</p> | 4 |
| <p>89.Для гипогликемии не характерно: 1) обильная потливость 2) чувство голода 3) дрожание пальцев рук 4) дыхание Куссмауля 5) раздражительность.</p> | 4 |
| <p>90.Что не вызывает развитие гипогликемии? 1) передозировка инсулина 2) тяжелое физическое перенапряжение 3) избыточное потребление углеводов 4) развитие инсулиномы 5) поражение печени.</p> | 3 |
| <p>91.Главным признаком нефротического синдрома является: 1) лейкоцитурия 2) гиперпротеинурия 3) гематурия 4) цилиндрурия 5) бактериурия.</p> | 2 |
| <p>92.Из приведенных признаков выбрать те, которые характерны для паренхиматозной желтухи: а) увеличение конъюгированного с глюкуроновой кислотой (прямого) билирубина в крови; б) увеличение неконъюгированного с глюкуроновой кислотой (непрямого) билирубина в крови; в) наличие билирубина в моче; г) билирубин в моче отсутствует; д) в моче определяется уробилин; е) уробилин в моче отсутствует; ж) отсутствие в кале стеркобилина; з) наличие в кале стеркобилина:</p> | 5 |

| | |
|--|---|
| <p>1) б, г, д, з 2) а, в, е, ж 3) б, в, я, ж 4) а, в, д, з 5) а, б, в, д, з.</p> | |
| <p>93.Из приведенных признаков выберите те, которые характерны для гемолитической желтухи: а) увеличение конъюгированного с глюкуроновой кислотой (прямого) билирубина в крови; б) увеличение неконъюгированного с глюкуроновой кислотой (непрямого) билирубина в крови; в) наличие билирубина в моче; г) билирубин в моче отсутствует; д) в моче определяется уробилин; е) уробилин в моче отсутствует; ж) отсутствие в кале стеркобилина; з) наличие в кале стеркобилина:</p> <p>1) б, г, д, з 2) а, в, е, ж 3) б, в, д, ж 4) а, в, д, з 5) а, б, в, д, з.</p> | 1 |
| <p>94.Дилатацию желудочков можно выявить методами: а) пальпацией сердца; б) перкуссией сердца; в) ЭКГ; г) ЭхоКГ. Выбрать правильную комбинацию ответов:</p> <p>1) а, в, г 2) б, г 3) в, г 4) а, б, в, г 5) а, б, г.</p> | 5 |
| <p>95.Какими методами можно выявить дилатацию предсердий? а) пальпация сердца; б) перкуссия сердца; в) ЭКГ; г) ЭхоКГ. Выбрать правильную комбинацию ответов:</p> <p>1) а, в, г 2) б, г 3) в, г 4) а, б, в, г 5) а, б, г.</p> | 2 |
| <p>96.Невозможность опорожнить мочевого пузырь (задержка мочи)- это:</p> <p>1) поллакиурия 2) странгурия 3) ишурия 4) анурия 5) полиурия.</p> | 3 |
| <p>97.Выбрать правильное описание «Facies nephritica»:</p> <p>1) одутловатое цианотичное лицо с выраженным набуханием шейных вен и отек шеи 2) выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей, цианотичный румянец щек 3) лицо мертвенно-бледное с сероватым оттенком, глаза запавшие, заостренный нос, на лбу капли холодного профузного пота 4) одутловатое, бледное лицо, отеки под глазами, набухшие веки с узкими глазными щелями 5) одутловатое, желтовато-бледное лицо с цианотичным оттенком, рот постоянно полуоткрыт, губы цианотичные, глаза «слипающиеся», тусклые.</p> | 4 |

98. У больного - длительное повышение температуры с суточными ее колебаниями, не превышающими $1\text{ }^{\circ}\text{C}$ (см. кривую). Укажите тип температурной кривой.

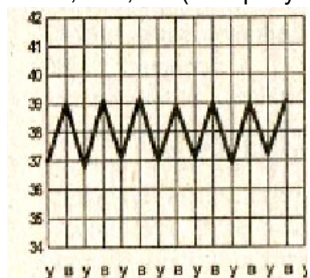
- 1) febris intermittens
- 2) febris remittens
- 3) febris hectica
- 4) febris continua
- 5) febris reccurens.



4

У больного - суточные колебания температуры в пределах $37,0\text{-}39,0^{\circ}\text{C}$ (см. кривую). Укажите тип температурной кривой.

- 1) febris intermittens
- 2) febris remittens
- 3) febris hectica
- 4) febris continua
- 5) febris reccurens.



2

**Перечень ситуационных задач,
рассматриваемых на практических занятиях.**

Раздел «Пульмонология»

Задача №

Больной М. 37 лет, сварщик, находится на лечении в травматологическом отделении в течение 7 дней по поводу открытого перелома правой лучевой кости. Больному была произведена операция под наркозом.

На 3-й день после операции у пациента повысилась температура тела до 38,9 градусов, появился кашель со слизисто - гнойной мокротой и примесью крови, одышка, боли под правой лопаткой. В последующие дни беспокоил озноб, интенсивность которого нарастала с каждым днем. Ознобы сменялись профузным потом. Температура тела 37,2° - 39,5°. Сохранялся кашель с коричневатой мокротой, иногда с прожилками крови.

Объективно: температура тела – 39,5°С. Кожные покровы влажные, умеренный диффузный цианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, правая ее половина отстает в акте дыхания. Справа ниже угла лопатки - укорочение перкуторного звука. Аускультативно - в зоне укорочения перкуторного звука дыхание ослабленное, крепитация; на остальном протяжении – жесткое, хрипов нет. ЧД 28 в мин. ЧСС – 120 в 1 мин. АД – 110/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови – лейкоциты - 12.9×10^9 /л, п- 5 %, СОЭ - 48 мм/час. Микроскопия мокроты – смешанная флора, эластические волокна. Рентгенологически - выявлен участок неомогенного затемнения легочной ткани в нижних отделах правого легкого. Правый корень увеличен, неструктурный.

Вопросы:

1. Чем обусловлена тяжесть состояния?
2. В чем особенность лихорадки?
3. В чем особенность кашлевого синдрома?
4. Ваше заключение о характере мокроты, каково ее значение в течении болезни?
5. Диагноз.
6. Дополнительные методы исследования
7. Тактика лечения.
8. Нужна ли консультация специалиста и если «Да», то какого?

Задача №

Больной К. 28 лет жалуется на одышку в покое, кашель со слизистой мокротой в небольшом количестве, ознобы несколько раз в течение дня, сменяющиеся профузной потливостью, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки.

Заболел 4 дня назад, когда после простуды появились болезненное ощущение в груди, больше справа (не мог вдохнуть «полной грудью»), озноб и сухой кашель. С каждым днем кашель становился интенсивнее, стал надсадным. Каждый день ознобы и сильная потливость, прогрессивно нарастала одышка.

Объективно: выраженный диффузный цианоз лица, шеи, верхнего плечевого пояса. Кожные покровы влажные. Дыхание частое, поверхностное – ловит воздух ртом, ЧД - 42 в мин. Правая половина грудной клетки не участвует в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание справа ниже 4 ребра не проводится, перкуторно – тупость с 3 ребра, дыхание и бронхофония здесь же не прослушиваются. Слева - перкуторно легочный звук, дыхание проводится. Набухшие шейные вены не пульсируют. Права граница сердца по правому краю грудины, левая - на 2,0 см кнаружи от СКЛ. ЧСС -140 в мин., тоны сердца глухие, ритм галопа. АД - 100/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Чем обусловлена тяжесть состояния пациента?

2. Чем можно объяснить особенность лихорадки?
3. В чем особенность данных физикального обследования?
4. В консультации каких специалистов нуждается пациент?
5. Тактика обследования и лечения.

Задача №

Больная И. 18 лет пришла на консультацию с жалобами на увеличение живота и его вздутие, отеки ног в течение дня, уменьшение количества мочи за сутки, выраженную одышку в покое и кашель в течение дня с белой мокротой в виде единичных плевков. Температура тела – нормальная.

Больна с детства – частые простуды и освобождения от физкультуры в школе. Кашляла – «как все», прогрессивно нарастала одышка и последние 8 месяцев – увеличение живота, уменьшение мочи.

Объективно: пониженного питания, алебастровая кожа, акроцианоз на фоне диффузного цианоза, темные круги вокруг глаз. Одышка в покое – 42 в 1 мин. Цепочка задне-шейных лимфоузлов. Над легкими – справа над всей поверхностью притупление звука, ослабленное дыхание, хрипов нет. Набухшие шейные вены, не пульсируют ни в положении лежа, ни стоя. Границы сердца: правая – на 2,5 см снаружи от правого края грудины, верхняя – 3-е межреберье по парастернальной линии, левая – на 1,0 см кнутри от левой СКЛ. Тоны глухие, ритм галопа, ЧСС – 126 в 1 мин. Асцит напряженный.

Рентгенологически: справа в легких – неравномерное понижение прозрачности с мозаичными очаговыми тенями повышенной плотности. Слева – обеднение легочного рисунка. Справа диафрагма - не контурируется, резко выражена междолевая плевра. Сердце небольших размеров.

Вопросы: 1. Чем обусловлены жалобы пациентки?

2. Как объяснить нормальные границы сердца?

3. О чем свидетельствует своеобразное набухание шейных вен?

4. Объясните Ro-логические находки.

5. Предположение о диагнозе.

6. Тактика обследования и лечения.

7. Консультация каких специалистов необходима?

Задача №

Больная А.Х. 32 лет находится на лечении в терапевтическом отделении больницы: жалобы на кашель в течение дня с мокротой в виде единичных плевков с прожилками крови. Сильные ознобы в течение дня сменяются проливными потами. Нелокализованные боли в грудной клетке при дыхании с обеих сторон.

С косметических соображений 4 дня назад выдавила прыщик на левой щеке: к концу дня появилась болезненная припухлость щеки, озноб, боли в левой половине лица при жевании. На 2 день – резкий отек левой половины лица, ознобы с температурой 40°C, а к вечеру внезапно появились боли в груди и сухой кашель. Стоматологом вскрыта флегмона левой щеки, назначен пенициллин в больших дозах, но, несмотря на лечение, состояние прогрессивно ухудшалось.

Объективно – лихорадочный цианотичный румянец щек, частое (42 в 1 мин) дыхание. Над легкими – везикулярное дыхание, с обеих сторон в подключичной области – ослабленное и здесь же влажные единичные хрипы. ЧСС - 110 в 1 мин, ритм правильный АД –110/60 мм рт.ст. Печень и селезенка – не увеличены. Экспресс- посев содержимого флегмоны – стафилококк.

Вопросы: 1. В чем особенность лихорадочного синдрома?

2. В чем причина неэффективности антибактериального лечения?

3. Чем объяснить кашлевой синдром и боли в грудной клетке?

4. Предположение о характере болезни.

5. Тактика обследования и лечения.
6. Консультация какого специалиста необходима?

Задача №

Больная Н. 17 лет, жительница села, жалуется на постоянный кашель в течение дня, больше по утрам, с выделением мокроты желто-зеленого цвета до 150 мл в сутки. В мокроте – твердые кусочки, прожилки крови, сладковатая на привкус. Познабливание в течение дня, значительное похудание. Снижение аппетита.

Больна с детства – частые простуды и освобождения от физкультуры в школе. Под утро просыпается от надсадного кашля с мокротой. Всякий раз лечится гентамицином в сельской больнице без заметного эффекта. На «руках» - флюорограмма.

Объективно: пониженного питания. «Гусиная» кожа, землистого оттенка. Грудная клетка – воронкообразная, правая ее половина западает. Глубокое дыхание вызывает кашель с мокротой, она отделяется с первого кашлевого толчка. Над легкими – жесткое дыхание, рассеянные сухие разнотембровые хрипы, справа книзу от угла лопатки - влажные разнокалиберные звучные хрипы, меняются в количестве и тембре после кашля. ЧД – 32 в 1 мин. Границы сердца в норме, ЧСС – 86 в 1 мин, АД – 110/60 мм рт.ст. Печень и селезенка – не увеличены.

Вопросы:

1. Ваше мнение о лечении больной в местной больнице?
2. Чем объяснить особенность хрипов после кашля?
3. Предположение о характере болезни.
4. Тактика обследования.
5. Тактика лечения.
6. Консультация какого специалиста необходима?

Задача 6

Больная Н. 43 лет, страдающая бронхиальной астмой, обратилась к врачу с жалобами на приступ удушья в течение 30 мин. Приступ возник после кормления рыбок сухим кормом. 6 подряд ингаляций сальбутамолом, 3 раза ингактором не имели эффекта. Одышка нарастала, стала отмечать появление сердцебиений и неясные ощущения сдавления в груди. Выпила 3 таблетки эуфиллина – без эффекта.

В течение 5 лет отмечает изменение ритма и объема менструаций, в межменструальный период – кровянистые выделения из влагалища. Заметила, что во время менструаций частота приступов удушья больше и приступы тяжелее.

Объективно: ортопноэ, диффузный цианоз. Повышенного питания. Над легкими – жесткое дыхание с резко удлиненным выдохом и сухими свистящими хрипами. В верхних отделах обоих легких – мозаичное отсутствие дыхательных шумов. ЧД – 32 в 1 мин. ЧСС – 110 в 1 мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный над лоном.

Вопросы:

1. Оцените эффект бронходилататоров и что это означает.
2. Ваше мнение об изменении менструального цикла.
3. Как объяснить мозаичность отсутствия дыхательных шумов над легкими?
4. Предположение о течении болезни.
5. Тактика лечения.
6. Консультация какого специалиста необходима?

Задача №

Больной Н. 52 лет жалуется на немотивированную слабость в течение дня, познабливание, потерю веса. Изредка – покашливание. Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, струя мочи стала вялой.

Курит с 16 лет, при закуривании изредка отмечал покашливание, которое затем проходило. «Боролся» с покашливанием курением.

Объективно – пониженного питания, «гусиная» кожа, периферические лимфоузлы мелкие, безболезненные. Над легкими – легочный звук, границы в пределах нормы. Дыхание – жесткое с удлинённым выдохом и немногочисленными сухими хрипами во время форсированного дыхания. Справа спереди книзу от 4 ребра ослабленное дыхание и после покашливания здесь появляются единичные преходящие влажные незвучные хрипы. ЧД – 24 в 1 мин. Границы сердца – в норме. ЧСС – 78 в 1 мин. АД – 1130/78 мм рт.ст.

Рентгенологически – легочные поля повышенной прозрачности, легочный рисунок усилен, справа в нижних отделах понижение прозрачности легочной ткани. В проекции средней доли - понижение прозрачности легочной ткани, рисунок ячеисто деформирован. Корни легких увеличены, больше справа, уплотнены. УЗИ – аденома предстательной железы.

Вопросы:

1. Ваша интерпретация аускультативного феномена в легких.
2. Чем объяснить локальное понижение прозрачности легочной ткани в нижних отделах правого легкого?
3. Каким способом рентгенолог нашел изменения в средней доле?
4. Предположение о причине локальных изменений в легких.
5. Чем можно подтвердить Ваше предположение?
6. Диагноз.
7. Тактика лечения.

Задача №

Больная Н. 48 лет с нарушением менструального цикла стала замечать появление одышки при незначительной физической нагрузке, увеличение живота, болезненность в коленных суставах. Температура тела в течение дня - нормальная.

Нарушения менструального цикла – в течение 3 лет, лечилась у гинеколога с переменным эффектом. Последние 3 месяца - одышка, увеличение живота.

Объективно: несколько повышенного питания, бледная. Одышка в покое. Набухшие шейные вены, не изменяются при перемене положения тела. Над легкими – укорочение перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон, здесь же – дыхание не проводится. На остальных пространствах – везикулярное дыхание. ЧД – 32 в 1 мин. Правая и левая границы сердца не определяются, верхняя – 2 межреберье. Тоны сердца глухие. Ритм сердца правильный, маятникообразный. ЧСС – 140 в 1 мин. АД – 100/50 мм рт.ст. Живот увеличен, напряжен. Симптомов раздражения брюшины нет. Определяется жидкость в животе.

Вопросы:

1. Ваше объяснение бледности больной?
2. Значимость симптома «застывших», не меняющихся при перемене тела набухших шейных вен.
3. О чем свидетельствуют данные физикального обследования легких?
4. Почему не смогли определить правую и левую границы сердца?
5. Какова значимость симптома «маятникообразного» ритма сердца?
6. Предположение о болезни.
7. Тактика обследования и лечения.
8. Консультация гинеколога.

Задача №

Больной Д. 48 лет вызвал «скорую»: 1 час назад при резком вставании ощутил давление за грудиной, закашлял, сплюнул кровью, появилось выраженное ощущение удушья, разлитые боли за грудиной без иррадиации, резкая слабость и чувство «дурноты»

Болен много лет: в молодые годы перенес гонорею, лечился по этому поводу. «Привычные» жалобы - на кашель с небольшим количеством светлой мокроты в течение дня (объясняет курением).

Объективно: бледен, испуган. Лоб покрыт каплями холодного пота. Над легкими – легочный звук, книзу от угла лопатки – небольшое укорочение. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом и рассеянными сухими хрипами. ЧД – 36 в 1 мин. Пульсация аорты в яремной ямке. Сосудистый пучок 10 см, смещен вправо. Левая граница сердца – на 1 см снаружи от СКЛ, верхняя – 3 межреберье. Тоны сердца приглушены. Над аортой и в яремной ямке - систолические дрожание и шум. Ритм правильный, ЧСС – 130 в 1 мин. АД – 100/40 мм рт.ст. Пульс на левой руке слабее, чем на правой. Органы брюшной полости – без патологии.

Анализ амбулаторной карты: 16 лет назад проводилось лечение по поводу гонореи, однократный анализ крови на RW - (+).

Вопросы:

1. Чем объяснить бледность и выраженную потливость больного?
2. Охарактеризуйте данные физикального обследования аорты.
3. Чем объяснить выявленную асимметрию пульса на двух руках?
4. Ваше предположение о характере болезни.
5. Врачебная тактика.

Задача №

Больная К. 24 лет на приеме у врача в поликлинике жалуется на появление болей в грудной клетке справа при дыхании и наклоне тела, кашель при глубоком вдохе, резкую одышку при медленной ходьбе по комнате. Головокружение и потемнение в глазах при резком вставании, познабливание и повышение температуры тела до 37,6° С.

6 дней назад – в стационаре была прервана беременность (аборт). 2 дня назад внезапно появились боли в грудной клетке при дыхании, потемнело в глазах, появились головокружение и резкая слабость. Через час слабость и головокружение уменьшились, но к вечеру появилось познабливание, сухой кашель и боли в грудной клетке справа при глубоком вдохе. Повысилась температура тела до 37,6° С.

Объективно: бледность, «гусиная» кожа, горячая. Дыхание частое (ЧД 28 в 1 мин), поверхностное (лежит на правом боку). Над легкими - легочный звук, везикулярное дыхание. Справа под ключицей – участок ослабленного дыхания и влажные единичные непостоянные хрипы, сомнительно – шум трения плевры (?). Тоны сердца обычной звучности, ритм правильный. ЧСС – 108 в 1 мин. АД – 126/54 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный над лоном.

Вопросы:

1. Чем объяснить жалобы больной на головокружение и потемнение в глазах при вставании?
2. Дайте интерпретацию физикальным данным, выявленным над легкими.
3. Ваше предположение о характере болезни.
4. Нужны ли дополнительные методы обследования? Если – да, то - какие?
5. Врачебная тактика.

Задача №

Больная 46 лет, бухгалтер, внезапно почувствовала загрудинную боль и одышку в покое, потемнело в глазах, закружилась голова.

В течение ряда лет страдает гипертонической болезнью, имеет повышенный вес. 5 лет - фибромиома матки, двусторонний аднексит. Работа – «сидячая»

Объективно: повышенного питания. Кожа бледная, цианоз губ. Голени отечны, определяется сеть расширенных подкожных вен. Одышка в покое: ЧД – 32 в 1 мин. Над легкими везикулярное дыхание, справа по аксиллярным линиям на уровне 5 – 7 межреберий - немногочисленные влажные хрипы, сомнительно – шум трения плевры. Набухшие шейные

вены, слегка пульсируют. Границы сердца в норме. Тоны приглушены, систолический шум на основании мечевидного отростка. II тон во 2 межреберье слева от грудины усилен и расщеплен. ЧСС – 110 в 1 мин. Ритм правильный. АД – 110/60 мм рт.ст. ЭКГ - глубокие S_I и S_{AVL}.

Вопросы:

1. С чем связаны головокружение и потемнение в глазах при вставании?
2. Чем обусловлена пульсация шейных вен?
3. Ваше представление о причине ухудшения самочувствия больной?
4. Ваша интерпретация ЭКГ изменений?
5. Ваш диагноз?
6. Нужны ли дополнительные методы обследования? Если – да, то - какие?
7. Тактика лечения.

Задача №

Больной М. 32 лет постоянно кашляет с отделением мокроты зеленого цвета, с неприятным запахом, преимущественно по утрам («утренний туалет бронхов») «полным ртом» до 200 мл в сутки. Периодически - кровохарканье. Одышка при физической нагрузке. Похудание. Снижение аппетита. Познабливание к вечеру, по утрам – потливость (подушка влажная).

Объективно: пониженного питания. Кожа волосистой части головы сзади влажная, холодная. Кожа тела – «гусиная». Пальцы в виде барабанных палочек, ногти – часовых стекол. Западение правой половины грудной клетки и отставание её в акте дыхания. Перкуторно над легкими слева – легочный звук, справа в нижнем отделе - участки ясного легочного звука чередуются с притуплением. Аускультативно слева дыхание жесткое, справа - ниже угла лопатки на ограниченном участке выслушиваются звучные разнокалиберные влажные хрипы, не изменяющиеся после кашля. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 в 1 мин. АД-110/70 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости – без патологии.

Вопросы:

1. Есть ли у больного лихорадка?
2. Чем объяснить разницу физикальных данных над легкими?
3. Чем обусловлено прогрессивное похудание, изменение дистальных отделов пальцев, кожи?
4. Диагноз
5. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
6. Тактика лечения

Задача №

Больной 45 лет жалуется на усиление кашля: он приобрёл надсадный, удушливый характер, мокрота выделяется с трудом, иногда - с примесью крови, вязкая. Появилась одышка. Субфебрильная температура.

В течение 10 лет находится на учете по поводу хронического бронхита. Лечение в поликлинике без заметного улучшения. Последние полгода стал замечать снижение аппетита с отвращением к мясной, молочной пище, кашель приобрел надсадный характер. В течение последнего месяца - боли в грудной клетке справа, постоянные, упорные, нечетко связаны с кашлем и дыханием.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы землистого оттенка. Над легкими – легочный звук, границы опущены на 1 ребро, дыхание жесткое и рассеянные сухие разнотембровые хрипы. Справа книзу от угла лопатки - укорочение перкуторного звука и резкое ослабление дыхания. При покашливании хрипы не появляются. ЧД – 28 в 1 мин. Шейные вены набухшие. Границы сердца в норме. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС- 102 в 1 мин, АД – 110/60 мм рт.ст. Печень - на 2 см ниже реберной дуги, безболезненная. Размеры по Курлову: 10-9-7 см. Селезенка не пальпируется.

Проведено обследование: Нв-90 г/л. л – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ-25 мм/час. Анализ мокроты: вязкая, л – 20-30 в п/зр, эр – 5 – 6 в п/зр. Анализ мочи - уд. вес - 1010, белок - 0,03 г/л, л - 2 – 4 в п/зр, эр – нет.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля на всем протяжении повышенной прозрачности, межреберья расширены. Легочный рисунок усилен и деформирован на всем протяжении; справа в медиастинально-диафрагмальной области значительное понижение прозрачности легочной ткани, диафрагма неровная. Корень правого легкого неструктурен.

Вопросы: 1. В чем особенность кашлевого синдрома?

2. В чем «необычность» жалоб больного?

3. Какова клиническая значимость локальных изменений физикальных данных?

4. Диагноз

5. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

6. Врачебная тактика

Задача №

Больной К. 35 лет жалуется на боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании, наклоне тела в здоровую сторону, кашель с утра, с выделением гнойной мокроты с неприятным запахом в виде больших плевков сразу при первом покашливании; в течение дня – постоянный кашель, слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,6, одышка.

Курит много лет, при закуривании отмечал покашливание, которое быстро проходило – «спасался» от кашля курением. 4 месяца назад после резкого охлаждения появились сильные боли в правом боку при дыхании, ознобы, сменяющиеся проливным потом (температура повышалась до 40°C), кашель стал мучительным, мокрота отделялась после серии кашлевых движений. Лечение в поликлинике – без заметного эффекта. 3 недели назад после приступообразного надсадного мучительного кашля откашлял до 300 мл мокроты серо-зеленого цвета с примесью крови. Сразу стало легче: снизилась температура, уменьшилась одышка, притупились, но не исчезли боли в боку при дыхании.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с землистым оттенком. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно на всем протяжении легких жесткое дыхание, выдох удлинён, рассеянные сухие хрипы. Справа ниже угла лопатки - участок притупления с тимпаническим оттенком, амфорическое дыхание, звонкие средне- и крупнопузырчатые хрипы: при форсированном дыхании – появляется кашель с мокротой, количество влажных хрипов уменьшается. ЧД-24 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС-100 в мин. АД – 110/60 мм рт.ст. Язык обложен серым налетом, изо рта неприятный запах. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Объясните особенность кашлевого синдрома.

2. Какова значимость локальных аускультативных изменений в легких?

3. Ваш диагноз.

4. Какие методы исследования Вы предложите для подтверждения Вашего предположения?

5. Что Вы ожидаете обнаружить в анализе мокроты и степень вероятности обнаружения этих элементов на этом этапе течения болезни?

6. Тактика лечения.

Раздел «Кардиология»

Задача №

65-летний мужчина в магазине потерял сознание и упал. Доставлен в больницу. В приемном отделении больной пришел в сознание и жалуется на боли в левом локте, который

ушиб при падении. При опросе выяснилось, что перед обмороком не было каких-либо ощущений. Раньше у него наблюдались легкие головокружения во время физических перегрузок. Развитие обморока пациент ни с чем не связывает. В течение последних 2-3 лет у него отмечались боли в области сердца при ходьбе. При обращении к врачу прошел велоэргометрию, изменений не выявлено. Слышал, что у него какой-то шум в области сердца, но врачи не рекомендовали постоянного лечения. Отец пациента скончался в 60-летнем возрасте от сердечного приступа.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 88 в мин. АД 110/78 мм рт.ст. Кожные покровы сухие, теплые. Над легкими хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 1 тон сохранен, 2 тон приглушен, над аортой выслушивается систолический шум, проводящийся на сонные артерии.

На ЭКГ – ритм правильный, горизонтальное положение ЭОС. Признаков ишемии миокарда нет. ЭХОКГ – кальцификаты на створках аортального клапана. Признаков гипертрофии нет.

Вопросы:

1. Что вы считаете важным в том, как начался и закончился обморок?
2. Обсудите возможные причины потери сознания у данного пациента.
3. Что вы считаете значимым в клинике пациента, проведенном нагрузочном тесте, наследственном факторе и сердечном шуме?
4. Какие результаты исследований являются значимыми?
5. Какие дополнительные исследования нужно провести и дальнейшая тактика?

Задача №

Больной Т. 54 лет жалуется на повышение температуры тела до 38⁰ С, боли за грудиной, резкую слабость, одышку, отеки лица и ног. Заболевание ревматизмом и другие заболевания отрицает. Со слов АД было нормальным. Из анамнеза: 2-3 недели назад лечил парадонтоз.

Объективно: бледность кожи и слизистых оболочек, пульсация сонных артерий, на конъюнктиве нижнего века симптом Лукина. В легких жесткое дыхание, в нижних отделах влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Верхушечный толчок в 6 м/р по передне-подмышечной линии ослаблен. Границы сердца расширены влево. Во II м/р справа у грудины диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии, ЧСС-90 в мин, ритмичный, АД-140/50 мм рт.ст. Печень на 4 см ниже реберной дуги. Пальпируется селезенка у края левой реберной дуги, мягкая, болезненная.

Анализы: Общие анализы крови: Нв-86 г/л, эрит-2,3х10¹²/л, ЦП-0,63. Лейкоциты-5,0х10⁹/л, п-6, сегмент-64%, лимфоциты-21%, моноциты-5%. СОЭ-73 мм/ч. Общий белок-69,8 г/л, А-47%, глоб-53%, α1-5%, α2-14%, β-9%, γ-25%. Коэф А/Г-0,89.

Общий анализ мочи: кислая, уд.вес-1010. Белок-500 мг/л. Лейк-5-6 в п/з. Эритроциты свежие и измененные покрывают все поле зрения.

Р-скопия органов грудной клетки: сердце расширено в поперечнике, больше влево, подчеркнута сердечная талия, увеличена площадь соприкосновения сердца с диафрагмой, атриовазальный угол справа смещен вниз за счет расширения восходящего отдела и дуги аорты.

В клинике состояние больного оставалось тяжелым: появились сжимающие боли за грудиной, повысилась температура тела до 39⁰ С, появился шум трения перикарда на ограниченном участке в III-IV м/р у левого края грудины и на ЭКГ очаговые изменения передней стенки левого желудочка, дважды наблюдались приступообразные боли в левом подреберье с двухдневным шумом трения брюшины.

Вопросы:

1. О патологии какой системы идет речь?
2. Чем обусловлена артериальная гипертензия?
3. Сформулируйте предварительный диагноз?
4. Какие критерияльные обследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты?

5. Какие осложнения наблюдались у больного?
6. Тактика ведения больного.

Задача №

Больная 28 лет поступила для лечения по поводу инфицированного аборта. После произведенного выскабливания матки через несколько дней отмечено повышение температуры до 38.5°C с ознобом без очевидных изменений со стороны мочеполового тракта. В прошлом ничем не болела.

Объективно: бледность кожных покровов и слизистых. Петехиальная геморрагическая сыпь на обеих голених. При аускультации сердца: мягкий убывающего характера диастолический шум на аорте и в V точке. АД - 140/60 мм рт.ст. Пальпируется край селезенки.

Назначено лечение пенициллином 10 млн. ЕД/сут., температура на 10-й день снизилась до 37.5°C. На 5-й день внезапно появились боли в правой поясничной области и макрогематурия. Эти признаки исчезли через 3 дня. Начато лечение антикоагулянтами. На 20-й день возник приступ удушья с признаками отека легких. При аускультации диастолический шум стал интенсивным, грубым. Появилась усиленная пульсация сонных артерий, быстрый и высокий пульс. АД - 140/40 мм рт.ст. Вечером у больной появились клонические судороги, ригидность затылочных мышц, развилась кома с летальным исходом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение заболевания возникло на 5-й день?
3. Какое осложнение возникло на 20-й день?
4. Дайте оценку антибактериальной терапии.

Задача №

Больной 43 лет жалуется на выраженную мышечную слабость, периодически головную боль, общую слабость. Из анамнеза: при обращении к врачу 7 лет назад выявляли повышение АД до 130-140/90 мм рт.ст. Принимал гипотиазид, чувствовал неплохо. Последние 2 года появилась мышечная слабость, которая постепенно усиливалась, из-за чего больной стал быстро уставать и отказываться работать на производстве и дома. При сдаче общих анализов – без патологии. Семейный врач направил больного к психиатру. Больной принимал антидепрессанты с переменным улучшением. В течение последнего года прием гипотиазида со слов стал переносить плохо. Объективно: пульс - 88 в мин. АД - 160/110 мм рт.ст. У больного открылось носовое кровотечение.

Вопросы:

1. Вероятная причина артериальной гипертензии?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Согласны ли Вы с семейным врачом в связи с наблюдением пациентки у психиатра?
4. Причина носового кровотечения и ваша тактика.
5. Диагноз и тактика ведения и лечения.

Задача №

Больной 32 лет вызвал на дом скорую медицинскую помощь по поводу усиления одышки, сердцебиения, отеков ног, нарастающих в течение последних 2 недель, внезапно возникли сильные боли в левой ноге. В течение 10 лет наблюдается у кардиолога по поводу сочетанного митрального порока сердца. Последний год регулярно принимает дигоксин по 0.25 мг 2 раза в день, фуросемид 0.04 ежедневно.

При поступлении больной стонет, беспокоен. При осмотре: акроцианоз, шейные вены вздуты. ЧДД - 26 в мин. в покое. ЧСС - 84-96 в мин., пульс - 76-82 в мин., аритмичный. При аускультации: на верхушке сердца хлопающий I-ый тон, слабый систолический и грубый диастолический шум, акцент и раздвоение II-го тона на легочной артерии. В базальных отделах легких выслушиваются незвучные мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень - + 6 см.,

эластичная, болезненная при пальпации. Отеки голеней, стоп. Левая стопа и голень мраморной окраски. Вены на стопе пустые ("симптом канавки"). Движения в пальцах и голеностопном суставе ограничены. Наступать на ногу не может. Пальпаторно: стопа и голень холодные. Пульс на дорзальной, заднеберцовой и подколенных артериях не определяется, на бедренной усилен. Тактильная и болевая чувствительность снижены, глубокая - сомнительна. Левая икроножная мышца мягкая, нормальной плотности, слегка болезненная при сдавливании.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените состояние кровообращения.
3. Укажите причину ухудшения состояния больного и нарушения ритма.
4. Имеются ли данные за митральный стеноз?
5. Какие специальные дополнительные методы исследования показаны?
6. Тактика ведения больного.

Задача №

Больной 64 лет внезапно потерял сознание на улице. Прохожим вызвана бригада скорой помощи. К приезду бригады больной в сознании, жалуется на слабость, головокружение, подташнивание.

При осмотре выявляется бледность кожных покровов. Отмечается сыпь на голове и ушиб правого локтя. Периферических отеков нет. ЧСС – 44 в мин. АД - 136/70 мм рт.ст. При аускультации тоны сердца разной звучности.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Возможные причины потери сознания?
3. Неотложные мероприятия во время потери сознания?
4. Ваша дальнейшая тактика.

Задача №

Молодая женщина 23 лет. Первая беременность, протекала без осложнений, чувствовала себя хорошо. В последнюю неделю отметила появление отеков на ногах. За всю беременность прибавила в весе 14 кг.

При осмотре состояние удовлетворительное. Срок беременности 36 недель. Сердцебиение плода – 140 в мин., ясное, ритмичное. Имеются отеки голеней, АД – 160/90 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика действий врача?
3. Как расценить прибавку в весе?
4. Каково состояние плода?
5. Что нужно дополнительно знать, чтобы достоверно оценить степень тяжести гестоза?

Задача №

Больной 50 лет, 20 лет страдающий артериальной гипертензией, заболел остро: находясь за рулем собственного автомобиля, неожиданно пожаловался окружающим, что ощутил «горячий» удар в области затылка. Сразу возникла интенсивная головная боль, тошнота. Сумел остановить машину, пытался выйти, но возникла многократная рвота, потерял сознание.

При осмотре: сознание сохранено, оглушен. В контакт вступает с трудом. Пульс – 60 в мин., ритмичный. АД – 210/120 мм рт.ст. Температура – 37.4°C. Зрачки D=S, горизонтальный нистагм. Выражены рефлексы орального автоматизма. Сухожильные рефлексы оживлены. Патологических стопных знаков нет. Ригидность мышц затылка, симптом Кернига положительны с обеих сторон, нижний симптом Брудзинского.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо сделать для уточнения характера процесса?
3. Какова будет Ваша лечебная тактика?
4. Какие гипотензивные средства в подобных ситуациях являются препаратами выбора?
5. Прогноз у данного пациента?

Задача №

Обратились родители больной девочки 10 лет. Неделю назад родители заметили, что девочка стала постоянно гримасничать и “дергаться”, не сидит на месте ни одной минуты спокойно. Мать сообщила, что девочка часто болеет ангинами, перенесла “ревматический эндокардит”. Настоящему заболеванию предшествовала ангина. Наследственность не отягощена.

Объективно: танцующая походка, гиперкинезы в лице, конечностях, туловище. Гипотония мышц.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Этиология заболевания?
3. Как уточнить диагноз?
4. Показана ли госпитализация?
5. Препаратами каких групп необходимо проводить лечение?

Раздел «Ревматология»

Задача №

Больная 50 лет пришла на прием к врачу- дерматологу с жалобами на отек лица и высыпания на коже лица с зудом и ощущением жжения в нем. Такие же высыпания в области ушных раковин с сукровичными выделениями при расчесывании. Повышение температуры тела до 39°C. Одышка при физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, сухой кашель, боли, припухлость мелких суставов, слабость.

15 лет страдает гипертонической болезнью II степени высокого риска. Неоднократно лечилась по поводу данного заболевания: принимала верапамил, гипотиазид. Последние годы перешла на прием гидралазина, чувствовала себя удовлетворительно.

Последние 2 месяца - появились вышеперечисленные жалобы.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38° С., на щеках и переносице, а также в области ушных раковин – гиперемия кожи и эритематозные высыпания, при соскабливании дают сукровичные выделения. На кончиках пальцев рук – мелкоочечные кровоизлияния, деформация проксимальных межфаланговых суставов III, IV пальцев обеих кистей. В легких: справа в нижних отделах - укорочение перкуторного звука, здесь же дыхание ослабленное. Правая и верхняя границы сердца в норме, левая – на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, III тон на верхушке. ЧСС - 102 уд в мин. АД- 160/90 мм. рт.ст. Печень не увеличена, пальпируется нижний полюс селезенки.

Анализ крови: эр. - $3,8 \times 10^{12}/л$, л. - $3,5 \times 10^9$ г/л, тромб.- 117×10^9 г/л, СОЭ-52 мм/час, альбумины-46%, глобулины-54%. Анализ мочи: уд. вес.-1020, белок-5,25 г/л, Л-40 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем легочном поле гомогенное затемнение.

Вопросы:

1. Охарактеризуйте кожный синдром на лице и в области ушных раковин.
2. Чем обусловлены изменения на пальцах рук?
3. Ваше мнение о физикальных данных в легких?
4. Ваше мнение о физикальных данных со стороны внутренних органов?
5. Ваше предположение о диагнозе.

6. Какие методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
7. Консультация какого специалиста необходима?
8. Тактика врача.

Задача №

Больной 43 лет, строитель, жалуется на боли в эпигастральной области, отдают вправо, уменьшаются после приема пищи, изжогу, отрыжку кислым. Привычные боли и припухлость мелких суставов пальцев рук и ног, утренняя скованность до 11 часов дня и ограничение движения. Подобные жалобы беспокоят последние 3 месяца. Курит 20 лет по 1.5 пачки сигарет в день. В течение 10 лет страдает ревматоидным артритом, по поводу которого часто принимал нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, ортофен).

Объективно: деформация лучезапястных суставов за счет пролиферативных изменений, сгибательные контрактуры мелких суставов кистей. В легких - жесткое дыхание, сухие хрипы на выдохе. Границы сердца в норме. АД – 126/70 мм рт.ст. Пульс - 92 в мин., ритмичный. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет.

При ФЭГДС обнаружен дуоденит, каллезная язва луковицы двенадцатиперстной кишки размером 3 x 4 см, антрум-гастрит.

На 3 день пребывания в стационаре у больного стала нарастать общая слабость, сонливость, появилась одышка при ходьбе по палате, отметил изменение стула. При резком вставании с кровати – потемнение в глазах и желание срочно присесть. Врачом отмечена бледность кожи и слизистых.

Вопросы:

1. Какой синдром преобладал в клинике при поступлении в стационар?
2. Чем объяснить данный синдром?
3. Чем обусловлено ухудшение состояния больного в стационаре?
4. Предположительный диагноз.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
6. Консультация какого специалиста необходима?
7. Тактика ведения больного

Задача №

Больной П., 56 лет, сельский житель, поступил в отделение сельской больницы с жалобами на жгучие нестерпимые боли в области большого пальца правой стопы, припухлость данного сустава и изменения цвета кожи над ним, невозможность передвижения, головные боли, периодическое повышение АД. Суставной синдром беспокоит последние 10 лет. Впервые подобные боли в области большого пальца правой стопы, припухлость отметил после тяжелой физической работы с животными, а затем и после употребления обильной жирной пищи и алкогольных напитков.

Объективно: больной повышенного питания, отмечается выраженная припухлость I плюснефалангового сустава правой стопы, гиперемия кожи с багрово-синюшным оттенком над ним, повышение местной температуры, малейшие движения усиливают нестерпимую боль. Остальные суставы внешне не изменены, движения в них в полном объеме. Над легкими – без патологии. Границы сердца в норме. Акцент II тона над аортой, ЧСС- 88 в мин. Ритм правильный, АД- 150/98 мм. рт.ст. Симптом поколачивания по 12 ребру слабо положительный с обеих сторон.

В отделении назначено лечение. На 7 день пребывания в отделении внезапно повысилась температура тела, озноб, появились интенсивные боли в поясничной области, которые быстро нарастали, из-за боли больной не находил себе места, боли иррадиировали в паховую область.

Вопросы:

1. Какой ведущий синдром был при поступлении больного в стационар?

2. Какая связь между основными клиническими проявлениями и работой больного с животными?
3. Ваш диагноз?
4. Какие лабораторные признаки вы ожидаете получить?
5. Какое осложнение основного заболевания возникло в стационаре?
6. Нужна ли консультация специалиста и если «Да», то какого?
7. Тактика ведения больного.

Задача №

Больная А., 53 лет, жалуется на боли в правой подвздошной области, тошноту, была однократная рвота. Боли беспокоят со вчерашнего дня. Принимала анальгетики, появилась рвота без облегчения, познабливание.

Последние 5 лет страдает системной склеродермией, по поводу чего неоднократно лечилась стационарно.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,2°C. Кожа глянцевая, плотная, в складки не собирается, особенно на руках, груди, лице. Над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание везикулярное, ослабленное, выслушиваются сухие хрипы, ЧД - 20 в минуту. Границы сердца: правая в норме, верхняя - 3 межреберье, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. Пульс 84 в мин, АД-180/80 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, живот напряжен и болезнен в правой подвздошной области, боли усиливаются в положении на левом боку.

Анализ крови: эр. – $4,0 \times 10^{12}/л$, л.- $14,9 \times 10^9/л$, эоз. – нет, п. – 12%, сегм. – 59%, лимф. – 28%, мон. – 1%, СОЭ – 32 мм/час. Анализ мочи: уд. вес – 1010, белок – 0,647 г/л, эпит. пл.- ед. Рентгеноскопия грудной клетки – легочные поля повышенной прозрачности. В базальных отделах участки пневмосклероза.

Вопросы:

1. Чем объяснить физикальные данные над легкими?
2. Какой ведущий клинический синдром?
3. Возможная причина болей в подвздошной области и предположительный диагноз?
4. Нужна ли консультация специалиста?
5. Тактика ведения больной.

Задача №

Больная Н., 16 лет, обратилась к ревматологу с жалобами на высыпания на коже лица с изъязвлениями, покрытые чешуйками; покашливание без мокроты, повышение температуры тела до 37,3° С, слабость, потливость.

Больна в течение последних 6 месяцев, когда стала отмечать повышение температуры до субфебрильных цифр, впервые появились высыпания на коже лица с изъязвлениями и чешуйками.

Старший брат работает на стройке, курит. Из-за кашля с мокротой был обследован и после консультации было назначено противотуберкулезное лечение.

Объективно: температура тела 37,4° С. Нормального телосложения, пальпируются периферические подчелюстные и подмышечные лимфоузлы до горошины безболезненные. На коже носа и щек - эритематозные высыпания, приподнимающиеся над уровнем здоровой кожи, покрытые чешуйками; при расчесывании дают сукровичные выделения. В легких - дыхание жесткое, хрипы нет. ЧД - 19 в мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы без патологии. ЧСС- 88 в 1 мин. АД – 130/72 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр.- $4,8 \times 10^{12}/л$, л.- $6,5 \times 10^9$ г/л, тромб.- 217×10^9 г/л, СОЭ-32 мм/час, LE клетки не обнаружены. Анализ мочи: уд. вес.-1020, белок-нет, л-ед в п/зр.

Вопросы:

1. Дайте характеристику изменений кожи.

2. Предположительный диагноз.
3. Консультация какого специалиста необходима?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Тактика ведения больного.

Задача №

Больной К., 34 года, зоотехник обратился к терапевту с жалобами на боли и небольшую припухлость в области мелких суставов кистей рук и голеностопных суставов, повышение температуры тела до 37,3° С.

Объективно: температура тела 37,4° С. Нормального телосложения, пальпируются периферические подчелюстные и подмышечные лимфоузлы размером до крупной фасоли, слегка болезненные. Деформация мелких суставов кистей рук, голеностопных суставов. Движения в них ограничены. В легких - дыхание жесткое, хрипы нет. ЧД - 19 в мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы без патологии. ЧСС- 88 в 1 мин. АД – 130/72 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный, печень пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, слегка болезненная, край закруглен. В положении на правом боку пальпируется нижний полюс селезенки, безболезненная.

Анализ крови: эр.- $4,9 \times 10^{12}$ /л, Нв-128 г/л, л - $6,4 \times 10^9$ г/л, СОЭ-28мм/час, СРБ +++, реакция Ваалер-Роузе 1:96. Рентгенография кистей: отек мягких тканей, костной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Дайте характеристику суставного синдрома.
2. Предположительный диагноз.
3. Консультация какого специалиста необходима?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Тактика ведения больного

Задача №

Больная П. 45 лет госпитализирована в порядке «скорой помощи» с жалобами на острую боль в поясничной области, больше справа, с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область и внутреннюю поверхность бедра, задержку мочеиспускания. Из анамнеза: в течение многих лет страдает мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом.

Объективно: повышенного питания, пастозность лица, повышение температуры тела до 37,3°С, на веках – ксантелазмы. Над легкими и сердцем – без патологических изменений. ЧД – 22 в 1 мин., ЧСС – 98 в 1 мин. АД 160/100 мм рт.ст. Язык влажный, коричневый, обложен «грязным» налетом. Живот мягкий, болезненный во фланках, больше справа. Синдром раздражения брюшины сомнительный. Симптом поколачивания по 12 ребру положительный с обеих сторон, больше справа.

Общий анализ мочи: мало мочи, светлая, реакция мочи щелочная, удельный вес 1010, белок 0,1 г/л, лейкоциты - сплошь в поле зрения.

После введения «спазмолитиков» никаких позывов на мочеиспускание нет. Болевые ощущения усилились. Больная мечется.

Вопросы:

1. Чем обусловлен эпизод острых болей в поясничной области и задержки мочеиспускания?
2. Интерпретируйте данные физикального обследования больной.
3. Интерпретируйте результаты исследования мочи.
4. Предварительный диагноз больной.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения характера поражения почек?
6. Консультация какого специалиста необходима и какова тактика ведения больной?

Задача №

Больной Б. 36 лет доставлен частной машиной в отделение травматологии со спонтанно произошедшим переломом шейки правой бедренной кости. Проведён остеосинтез.

В стационаре больной жаловался на постоянную слабость, потливость, упорный кашель с мокротой, иногда кровохарканье. Боли в поясничной области, по утрам – разбитость, частые ознобы.

Из анамнеза: кашель с мокротой беспокоит 10 лет. В течение 5 лет беспокоили боли в поясничной области справа, а последний год – преимущественно слева.

Объективно: астенического телосложения, кожа бледно-смуглая. Кожа локтей «грязная», смуглая. Ладонные складки и соски гиперпигментированные. Над легкими дыхание жесткое, ослабленное, рассеянные сухие хрипы, больше в верхних отделах. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 68 в 1 мин. АД 110/60 мм рт. ст. Симптом поколачивания по 12 ребру положителен слева.

УЗИ почек: справа – мочеточник в верхней трети с рубцовыми деформациями, просвет сужен, гидронефроз. Слева – чашечно-лоханочный комплекс деформирован и расширен.

Вопросы:

1. Какие ведущие клинические синдромы?
2. Как сопоставить «легочные» жалобы и физикальные данные над легкими?
3. Как расценить особенность окраски кожи?
4. Ваше мнение о причине изменений в мочевыделительной системе?
5. Какие дополнительные обследования необходимо провести? Ожидаемые результаты.
6. Врачебная тактика.

Задача №

К больной Д. 63 лет вызван участковый врач по поводу носового кровотечения. Больная в тяжелом состоянии: заторможена, на вопросы отвечает путано, с запозданием. Со слов родственников – больная заметила увеличение «слюны красного цвета», на подушке были пятна крови. Последние 2 суток не было мочи.

По данным из амбулаторной карты установлено, что больная в течение многих лет наблюдалась по поводу пиелонефрита и миомы матки с эпизодическими кровотечениями.

Объективно: Бледная. Пониженного питания. Следы расчесов на коже груди и живота. Кожа сухая, дряблая. Неприятный запах изо рта. Заеды в углах рта. Ногти мутные, слоистые, с поперечной исчерченностью. Над легкими – дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, не пульсируют. Верхняя граница сердца – II межреберье, левая – на 1 см кнаружи от ЛСК. Тоны глухие, ритм правильный ЧСС- 98 в 1 мин. АД – 170/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, преимущественно в гипогастрии, где пальпируется болезненное образование. Печень – на 2 см ниже реберной дуги, безболезненная.

Вопросы:

1. Какова причина носового кровотечения?
2. Какова причина спутанного сознания?
3. Какова причина анурии?
4. Какие методы исследования необходимы?
5. Консультация каких специалистов необходима?

Задача №

Осмотр на дому: больная К. 50 лет жалуется на тошноту, периодически – рвоту, не приносящую облегчения, отсутствие аппетита с отвращением к мясу и молоку, кожный зуд. Резко похудела. Отмечает кровянистые с неприятным запахом выделения из влагалища вне зависимости от чего-либо. Постоянно – познабливание.

Более 20 лет страдает хроническим пиелонефритом. Больная в поликлинику к врачам не ходит, не обследуется и лечится своими («народными») средствами.

Объективно: пониженного питания, кожа дряблая, сухая, со следами расчесов. Паховые лимфатические лимфоузлы – с крупную горошину, болезненные. Над легкими: перкуторно – легочный звук, дыхание жесткое, единичные сухие непостоянные хрипы. Справа спереди книзу от 3 ребра – укорочение звука и резкое ослабление дыхания, единичные влажные хрипы. Границы сердца в норме. Тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС – 98 в 1 мин. АД - 180\100 мм рт.ст. Язык сухой, трещины, сосочки сглажены. Пальпация живота слабо болезненна над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка - не увеличены.

Из амбулаторной карты: анализ мочи - светлая, удельный вес - 1008, белок 0,165 г/л, лейкоциты – 6-8 в п\зр., эритроциты ед в п\зр. Анализ крови - глюкоза 4,2 ммоль/л, мочевины 18,2 ммоль/л, креатинин - 0,44 ммоль/л, общий белок 62 г/л., калий крови 5,7 ммоль/л.

Вопросы:

1. Укажите ведущий клинический синдром.
2. Ваше предположение о причине и характере изменений в легких.
3. Ваше предположение о характере влагалищных выделений.
4. Ориентировочный диагноз.
5. Врачебная тактика.

Задача №

Врачом «скорой помощи» привезена больная К. 24-х лет в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, головную боль, давящую боль внизу живота и в пояснице. Из анамнеза: несмотря на желание больной мочиться, мочи нет в течение 1,5 суток.

Объективно: сознание затуманено, кожные покровы бледные, отеков нет. В легких - патологии не выявлено. ЧД –24 в 1 мин. Границы сердца – в норме, аускультативно - на верхушке I тон усилен, раздвоен, короткий систолический шум. Ритм правильный. ЧСС 90 уд/мин, АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Перкуторно - притупление над лоном.

Вызванный на консультацию хирург патологию своего профиля исключил.

Вопросы:

1. Какова особенность анурии у данной больной?
2. С чем связано притупление над лоном?
3. Ваш диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Необходимы ли дополнительные обследования и консультации специалистов?
6. Ваша тактика.

Задача №

Больной А. 30 лет. Сразу после автоаварии доставлен в отделение травматологии с открытым переломом левого бедра в состоянии травматического (гиповолемического) шока. После проведения реанимационных мероприятий состояние стабилизировалось. Сделан остеосинтез.

На 22 день пребывания в стационаре у больного появились резкие головные боли, отеки на лице, гематурия. Над легкими – жесткое дыхание, хрипов нет. Границы сердца в норме. Тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 82 в 1 мин. АД 160/110 мм рт. ст.

В крови: Эр- $5 \cdot 10^{12}$ /л, Нб-140 г/л, л. - $25 \cdot 10^9$ /л, п-15%, э-5%, СОЭ-30 мм/час.

Моча мутная, кровянистого цвета, плотность – 1027, белок - 3,5 г/л, эр – сплошь, л – 4-5-6 в поле зрения. Суточное количество мочи – 300 мл/сут.

Вопросы:

1. Какие ведущие клинические синдромы?
2. Какова причина появления подобных синдромов?
3. Необходимы ли дополнительные обследования (ожидаемые результаты) и консультации специалистов?
4. Ваш предположительный диагноз.

5. Тактика лечения.

Задача №

Больному С. 60 лет по поводу повышенного АД фельдшером скорой помощи была сделана внутримышечная инъекция сернокислой магнезии. На месте укола появилась инфильтрация с последующим переходом в массивный абсцесс ягодицы. С явлениями тяжелой интоксикации больной поступил в хирургическое отделение.

После вскрытия абсцесса назначены: гентамицин 80 мг 3 раза/сут и цефазолин по 1 г 3 раза/сут. На пятый день лечения у больного появилась анурия, резкие головные боли, периодические клонико– тонические судороги.

Объективно: кожа бледная, отёков нет. В лёгких – на фоне жесткого дыхания единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Сердечные тоны приглушены, ритм неправильный - желудочковые экстрасистолы. ЧСС 82 в 1 мин. АД 190/130 мм рт. ст. Подключен кардиомонитор.

На вторые сутки пребывания в отделении реанимации больной внезапно потерял сознание, а на мониторе зафиксирована фибрилляция желудочков. При явлениях кардиогенного шока наступила смерть.

Вопросы:

1. Чем объяснить появление анурии у больного на 5 день лечения?
2. В чем причина появления желудочковых экстрасистол?
3. Есть ли связь между появлением экстрасистол и внезапно наступившей смертью?
4. Диагноз.
5. Какая врачебная тактика была необходима?

Раздел «Гастроэнтерология»

Задача №

Женщина 48 лет жалуется на ноющие боли в правом подреберье после приема жирной пищи, периодически с последующим повышением температуры, тошнотой, рвотой. Впервые появились подобные боли после последней беременности, 10 лет назад. В последние 3 года присоединились периодически желтуха, зуд кожи, субфебрилитет, боли в суставах и костях. В течение последних 2-х месяцев – постоянная желтуха.

При осмотре: на коже груди и живота отмечаются расчёсы. Печень выступает на 3 см из подреберья, болезненная, плотная, край закруглен. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Какие синдромы имеются у больной?
2. Какая форма желтухи имеется у больной?
3. С какой желтухой необходимо дифференцировать? Какова тактика ведения пациентки?
4. Клинический диагноз.
5. Лечебная тактика.

Задача №

Женщина 45 лет доставлена каретой «скорой помощи» с интенсивными болями в правом верхнем квадранте живота, высокой температурой и неоднократной рвотой. Из анамнеза: 2 недели назад при подобном болевом синдроме, только меньшей интенсивности при ультразвуковом исследовании были выявлены камни в желчном пузыре. В анализе крови был лейкоцитоз 8×10^9 /л, АсАТ – 37 нмоль/(с•л), а билирубин – 20,5 мкмоль/л. От лечения в хирургической клинике она отказалась, мотивируя это тем, что после инъекций (каких. не знает) ей стало лучше.

При физикальном обследовании имеется выраженная болезненность в эпигастрии и правом подреберье, напряжение мышц; симптомы Керра, Василенко резко положительны, симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительны.

В анализе крови лейкоцитов - 15×10^9 /л, АсАТ- 130 нмоль/ (с•л), щелочная фосфатаза – 300 мкмоль/ (с•л), билирубин общий – 60 мкмоль/л. По данным повторного ультразвукового исследования определяется увеличение желчного пузыря и камни в нём, ширина общего желчного протока 6 мм.

Вопросы:

1. Чем обусловлена тяжесть состояния пациентки?
2. Объясните, чем обусловлены положительные симптомы?
3. Развития какого осложнения следует опасаться?
4. Предположительный диагноз.
5. Определите спектр обследований, необходимых пациентке.
6. Консультация какого специалиста необходима пациентке? Тактика ведения и лечения.

Задача №

Больной 51 года поступил с жалобами на ощущение тяжести в подложечной области, быстрое насыщение, отрыжка «тухлым», резкое похудение. Недели три до поступления была периодическая рвота остатками съеденной накануне пищи. На протяжении семи лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки, живот мягкий, положительный симптом «шум плеска», натощак - нижняя граница желудка ниже уровня пупка. АД 90/75 мм.рт.ст. положительный симптом Хвостека.

Вопросы:

1. Чем обусловлено состояние больного?
2. В каком обследовании нуждается пациент и что вы ожидаете получить?
3. Почему кожа больного сухая и дряблая?
4. Предположительный диагноз.
5. Консультация какого специалиста необходима и какова тактика ведения больного?
6. Какова цель операции?

Задача №

Больной 69 лет поступает в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастриальной области, похудение, общую слабость, периодически рвоту, отсутствие аппетита. На протяжении 20 лет страдает язвенной болезнью желудка, периодически лечится амбулаторно и в стационаре. В последние полгода - ухудшение состояния, боли приняли постоянный характер, не зависят от приема и качества пищи, стал терять в весе, ослаб.

Вопросы:

1. Развитием каких осложнений может быть обусловлена тяжесть состояния больного?
2. Каков объем необходимых обследований?
3. Предположительный диагноз.
4. Показаны ли консультации других специалистов и если «Да», то каких?
5. Тактика лечения.

Задача №

Женщина 50 лет жалуется на боли в левом нижнем квадранте живота и запоры. Иногда запоры чередуются послабленным стулом. Рвоты нет, газы отходят. Находится в периоде, близком к менопаузе.

При физикальном обследовании определяется повышение температуры тела до $37,6^{\circ}\text{C}$, реберно-позвоночные углы безболезненны, нормальные кишечные шумы и легкая болезненность в левом нижнем квадранте без иррадиации.

Лейкоцитоз – 10×10^9 /л, в анализе мочи лейкоцитов нет, следы кетоновых тел. хорионический гонадотропин отрицательный. Рентгеновские снимки брюшной полости характерны для запоров.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. На основании каких симптомов вы подозреваете данное заболевание?
3. С чем необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какой из методов диагностики наиболее информативен в этом случае?
5. Какие из осложнений наиболее вероятны?
6. Предположительный диагноз.
7. Ваша тактика лечения.

Задача №

Больная 35 лет жалуется на сильные боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в поясничную область и нижние конечности, боли возникают после тяжелой физической работы. До поступления в стационар была однократная рвота съеденной накануне пищей.

При осмотре: кожные покровы бледные, холодный пот, пульс 120 уд\мин, температура нормальная, живот мягкий, не вздут, при пальпации: умеренная болезненность в нижних отделах, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации в нижних отделах брюшной полости, больше слева, определяется округлое опухолевидное образование, болезненное, неподвижное.

Вопросы:

1. Какие заболевания можно заподозрить?
2. Показана ли консультация других специалистов? Если «да», то каких?
3. Какие исследования нужно проводить для уточнения диагноза?
4. Предположительный диагноз.
5. Ваша тактика лечения.
- 6.

Задача №

Больной 55 лет поступил в хирургическое отделение с диагнозом: язвенная болезнь желудка, обострение. Исключить желудочное кровотечение.

В течение последних трех месяцев больной отмечает снижение аппетита, ноющие боли в эпигастриальной области, усиливающиеся после приема пищи, головокружение при смене положения тела, общую слабость, сердцебиение, появилась одышка при незначительной физической нагрузке.

При осмотре: больной несколько пониженного питания, кожа бледной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отмечается умеренная болезненность при пальпации в эпигастриальной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пульс 94 в мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Проведение противоязвенной терапии дало положительный клинический эффект (улучшение общего состояния, уменьшение интенсивности болей), однако при эндоскопическом исследовании в динамике, через три недели после лечения, отмечено увеличение язвенного дефекта в размерах и увеличение воспалительного вала вокруг него.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Чем подтверждается заключение о желудочном кровотечении?
3. Нужны ли дополнительные исследования для подтверждения диагноза?
4. Какова будет Ваша тактика?

Задача №

Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области с подозрением на острый аппендицит. Состояние больного удовлетворительное. Температура – 37.2°C, озноба не было. При пальпации живота – болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7x8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-

Блюмберга слабоположительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Больной в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Показана ли консультация других специалистов, экстренная операция?
4. Ваша лечебная тактика?

Задача №

Больной 56 лет обратился в поликлинику с жалобами на общее недомогание, субфебрилитет, быструю утомляемость, катаральные явления. Жалобы появились в течение последних 2 недель. При осмотре: выявлена желтушность кожи и склер. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. В правом подреберье пальпируется малоболезненное опухолевидное образование округлой формы, плотноэластической консистенции. Селезенка не увеличена. С диагнозом «инфекционный гепатит» больной был госпитализирован в инфекционную больницу.

Вопросы:

1. Правомочен ли выставленный диагноз?
 2. Как оценить образование в правом подреберье при наличии желтухи?
 3. Какова причина желтухи?
 4. Какие исследования показаны в данной ситуации и консультация какого специалиста необходима?
 5. Какие факторы могут повлиять на выбор различных методов лечения?
 6. Предложите возможную тактику лечения больного.
1. Оперативное: холедохотомия с удалением камня.

Задача №

Больной 50 лет, санитарке терапевтического отделения, в 1 час дня стало «плохо» - закружилась голова, появились выраженная слабость, головная боль, приступ тошноты и тяжесть в эпигастральной области. Затем возникает рвота и многократный жидкий водянистый стул. Из анамнеза выяснено, что утром съела бутерброд с колбасой, пролежавший 3 дня в холодильнике. В отделении больной сделано промывание желудка до чистых промывных вод, после чего самочувствие несколько улучшилось. Однако вскоре у больной появился потрясающий озноб, температура повысилась до 38.5°C, жидкий стул участился и возникли кратковременные судороги в икроножных мышцах.

При осмотре: больная бледная, цианоз губ. Пульс - 102 в мин., слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот несколько напряжен, болезненный в эпигастральной области и в области пупка, урчит. Симптомов раздражения брюшины нет. С утра - не мочилась. Поколачивание по пояснице безболезненное. Менингеальных симптомов нет. Во время осмотра вновь обильный зловонный стул зеленоватого цвета, после чего возникли судороги в мышцах ног и кистей.

Вопросы:

1. Какова тактика ведения?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Дайте оценку тяжести состояния.
4. Какие клинические данные свидетельствуют об обезвоживании?
5. Назначьте полноценное лечение.
6. Необходимы ли противоэпидемические мероприятия и какие?

Задача №

Больная 32 лет, продавец продуктового магазина, вызвала врача поликлиники на дом. Со слов: заболела остро, накануне вечером почувствовала слабость, недомогание, умеренную

головную боль, познабливание, затем чувство жара. Одновременно появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за ночь. Приняла 2 капсулы имодиума. К утру боли стали более выраженными и локализовались, в основном, в левой подвздошной области; стул за 2 часа до 15 раз, стал скудным со слизью и прожилками крови. Однократно были позывы к дефекации без испражнений. Температура 39.5°C. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3-х человек. Члены семьи здоровы.

Объективно: больная вялая, температура 38.8°C. Тургор кожи не снижен. Пульс – 96 в мин. АД 115/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен. Живот мягкий, сигмовидная кишка спазмирована, болезненная.

Вопросы:

1. Каков диагноз больного (обоснуйте его)?
2. Как следует решить вопрос о госпитализации?
3. Какие документы надо оформить?
4. Какое лабораторное обследование обязательно?
5. Наметьте план лечения этой больной.

Задача №

Тучная женщина 45 лет жалуется на болезненное вздутие в левой паховой области в течение двух дней. В течение 3-4 месяцев у неё периодически возникала эта припухлость, которая сопровождалась болями и вздутием живота. Периодически боли были схваткообразного характера, дважды была рвота. При осмотре отмечается умеренная диффузная болезненность живота с чувствительным вздутием в левой паховой области.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какие дополнительные исследования показаны для подтверждения диагноза?
4. Ваша тактика.

Раздел «Гематология»

Задача № 1

Больной А., 20 лет, житель села, жалуется на сильные боли в животе с расстройством стула – понос с калом черного цвета, боли в коленных и локтевых суставах, мелкоточечные геморрагические высыпания на коже конечностей.

Полтора месяца назад в течение 2 недель были боли в горле при глотании, повышение температуры тела. Лечился по поводу ангины народными средствами – постепенно боли в горле уменьшились и прошли. 2 недели назад появились боли в животе и расстройства стула, боли в костях. Применял анальгин, антибиотики – без заметного эффекта.

В хозяйстве – бараны, куры. Помогает родителям пасти скот.

Объективно: температура тела 37,4°C. На коже разгибательных поверхностей рук и голеней, живота - мелкоточечные геморрагические, симметричные высыпания, местами сливающиеся. Отечность и болезненность локтевых и коленных суставов, геморрагические высыпания вокруг них. Над легкими - дыхание везикулярное. ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 76 в 1 мин. Живот мягкий, болезненный вокруг пупка, симптом раздражения брюшины - сомнительный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул жидкий, черный.

Вопросы:

1. Как Вы оцениваете анамнестические данные?
2. Чем Вы объясните особенность каловых масс?
3. Имеет ли отношение к болезни наличие живности в хозяйстве?
4. Ваше мнение о патологии суставов?
5. Есть ли данные за «острый живот»?
6. Предполагаемый диагноз и какие дополнительные исследования Вы бы предложили?

7. Консультация какого специалиста необходима?
8. Врачебная тактика.

Задача № 2

Больная К., 32 лет, преподаватель в младших классах школы, жалуется на ноющие боли и чувство распирания в подложечной области через 10 - 15 мин после приема пищи, отрыжку воздухом и съеденной пищей, тошноту, неприятный металлический вкус во рту, снижение аппетита, неустойчивый стул со склонностью к расслабленному, вздутие живота. После приема пресно-молочных продуктов появляется понос. Изредка – капли крови в кале. Ломкость и выпадение волос. Менструации – нерегулярные, как в ритме, так и в объеме (скудные, различной продолжительности). Иногда появляются обильные кровянистые выделения.

Больна в течение 6-х лет. Режим питания нерегулярный. Часто работает до вечера, допоздна проверяет школьные тетради.

Объективно: пониженного питания, кожа сухая, атрофия вторичных придатков кожи, койлонихии. Над легкими и сердцем - без патологических знаков. Заеды. Язык влажный, обложен белым налетом, с отпечатками зубов. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются.

Обследование: анализ крови - Нв- 110 г/л, Эр-3,9х10¹²/л, СОЭ - 10 мм/ч. Анализ мочи - без особенностей. Рентгеноскопия желудка: желудок большой кривизной на уровне гребешковой линии, перистальтика вялая, рельеф слизистой тонкоскладчатый, атрофичный.

Вопросы:

1. Какой ведущий синдром?
2. Какие источники кровопотери у больной?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Консультации каких специалистов необходимы?
5. Диагноз.
6. Врачебная тактика.

Задача № 3

Больная Е., 24 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на кашель в течение дня с отделением мокроты в виде единичных плевков, озноб с высокой температурой тела, боли во всех костях тела, ломоту, выраженную слабость, отсутствие аппетита.

Болеет в течение 4-х месяцев: после перенесенного гриппа стала отмечать боли в костях, временами повышение температуры, но к врачам не обращалась.

Объективно: общее состояние при поступлении тяжелое. Температура тела 38,4 градуса. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы – размером до фасоли. Кости рук и ног при поколачивании - болезненные. В легких, слева - дыхание везикулярное, справа – в нижних отделах спереди и сзади выслушивается ослабленное дыхание и влажные звучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 32 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 106 в мин. Язык обложен серым налетом. Живот увеличен в объеме. Печень плотная, болезненная, выступает из-под реберной дуги на 4-5 см, селезенка - на 6см ниже реберной дуги, плотная, безболезненная.

Анализ крови: эритроциты – 3,2х10¹² /л, Нв – 98 г/л, ЦП – 0,9, тромбоциты – 356х10⁹ /л, лейкоциты – 152х10⁹ /л, базофилы – 8 %, эозинофилы – 6 %, промиелоциты – 15%, миелоциты – 14 %, пал. – 14 %, юных – 18 %, сегм. – 24 %, мон. – 1 %, СОЭ – 40 мм/час.

Анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, уд. вес – 1006, реакция кислая, белок – 0,76 г/л, лейкоциты – 12-14 в поле зрения.

Вопросы:

1. Обозначьте ведущие синдромы.
2. Как объяснить длительную лихорадку?
3. Ваша интерпретация гемограммы.
4. Диагноз

5. Консультация какого специалиста необходима?
6. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
7. Тактика лечения.

Задача № 4

Больная Н., 32 года - на участке у семейного врача. По поводу апластической анемии последние два года получала горноклиматическое лечение в высокогорном стационаре (3000 м над уровнем моря). В результате - улучшение общего состояния, исчезли кровоподтеки на теле. Однако, 2 месяца назад, после перенесенного гриппа, резко ухудшилось состояние: появились носовые и маточные кровотечения, кровоподтеки и мелкоточечная сыпь на коже тела. В связи с ухудшением состояния больной был назначен преднизолон 90 мг в сутки внутрь.

После двухмесячного лечения геморрагический синдром уменьшился: прекратились носовые и маточные кровотечения, уменьшились и стали реже кровоподтеки и высыпания. Больная прибавила в весе, стала замечать нарушения менструального цикла. Из-за головных болей (повышается артериальное давление) принимает гипотензивные препараты. Объективно: лунообразное лицо, цианотичный «румянец» щек. Кожа напряженная, жирная, шероховатая (напоминает «шагреньевую»). Угревидные высыпания на коже туловища и лица (многочисленные аспе). Над легкими и сердцем – без видимой патологии. ЧД – 22 в 1 мин., ЧСС – 88 в 1 мин., АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Какой синдром преобладает в клинике?
2. Предположительный диагноз и дополнительные исследования, необходимые для подтверждения Вашего предположения.
3. Каков генез осложнения основного заболевания?
4. Консультация какого специалиста Вам необходима?
5. Тактика лечения.

Технологическая карта дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней» Специальность «Педиатрия» Курс 3, семестр 5, количество ЗЕ – 3, отчетность – зачет

| Название модулей дисциплины согласно РПД | Контроль | Форма контроля | Зачетный минимум | Зачетный максимум | График контроля (неделя семестра) |
|---|-------------------|---|------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Раздел 1 | | | | | |
| 1. Методы физикального обследования пациента. | Текущий контроль | Фронтальный опрос, тестирование, практические навыки - ОППА, посещаемость, участие в НИРС (доклад, презентации). | 2 | 4 | 5 |
| | Рубежный контроль | Устный, письменный опрос, ситуационная задача, практические навыки ОППА. | 6 | 10 | |
| Раздел 2 | | | | | |
| Синдромы в пульмонологии. | Текущий контроль | Фронтальный опрос, тестирование, практические навыки - ОППА, посещаемость, участие в НИРС (доклад, презентации). | 4 | 8 | 10 |
| | Рубежный контроль | Устный, письменный опрос, ситуационная задача, практические навыки у постели больного, интерпретация ФВД и рентгенограммы ОГК. | 12 | 20 | |
| Раздел 3 | | | | | |
| Синдромы в кардиологии | Текущий контроль | Фронтальный опрос, тестирование, практические навыки - ОППА, посещаемость, участие в НИРС (доклад, презентации). | 4 | 8 | 18 |
| | Рубежный контроль | Устный, письменный опрос, ситуационная задача, практические навыки у постели больного. Защита истории болезни. Интерпретация ЭКГ и ЭХОКГ. | 12 | 20 | |
| Всего за семестр | | | 40 | 70 | |
| Промежуточный контроль зачет | | | 20 | 30 | |
| Семестровый рейтинг по дисциплине: | | | 60 | 100 | |

Примечание:

1. За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.
2. За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.
3. За активное участие в НИРС – 3 балла.

**Технологическая карта дисциплины «Пропедевтика внутренних
болезней» Специальность «Педиатрия» Курс 3, семестр 6, количество**

ЗЕ – 2, отчетность – экзамен

| Название модулей дисциплины согласно РПД | Контроль | Форма контроля | Зачетный минимум | Зачетный максимум | График контроля (неделя семестра) |
|--|-------------------|--|------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Раздел 1 | | | | | |
| Синдромы в гастроэнтерологии. Печеночные синдромы. Почечные синдромы. | Текущий контроль | Фронтальный опрос, тестирование, практические навыки - ОППА, посещаемость, участие в НИРС (доклад, презентации). | 4 | 8 | 9 |
| | Рубежный контроль | Устный, письменный опрос, ситуационная задача, практические навыки, интерпретация анализов. | 12 | 20 | |
| Раздел 2 | | | | | |
| Гематологические синдромы Синдромы в ревматологии. Неотложные состояния. | Текущий контроль | Фронтальный опрос, тестирование, практические навыки - ОППА, посещаемость, участие в НИРС (доклад, презентации). | 6 | 12 | 11 |
| | Рубежный контроль | Устный, письменный опрос, ситуационная задача, практические навыки у постели больного, интерпретация анализов. Защита истории болезни. | 18 | 30 | |
| Всего за семестр | | | 40 | 70 | |
| Промежуточный контроль экзамен | | | 20 | 30 | |
| Семестровый рейтинг по дисциплине: | | | 60 | 100 | |

Примечание:

1. За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.
2. За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.
3. За активное участие в НИРС – 3 балла.

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Указания к оцениванию ситуационных задач(в %)

Решение правильное и полное, включающее все элементы с обоснованием
клинического диагноза /85-100

Решение правильное, не полное, нет полного обоснования диагноза / 70-84

Решение неполное, правильно поставлен клинический диагноз без обоснования диагноза / 60-69

Все неверно / 0-59

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА

| № | Наименование показателя | Отметка (в %) |
|-------------------|--|---------------|
| ФОРМА | | 20 |
| 1 | Деление текста на введение, основную часть и заключение | 0-10 |
| | Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также | 0-10 |
| 2 | внутри частей | |
| СОДЕРЖАНИЕ | | 60 |
| 1 | Соответствие теме | 0-10 |
| 2 | Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю | 0-10 |
| 3 | Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.) | 0-20 |
| 4 | Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части | 0-20 |
| ДОКЛАД | | 20 |
| 1 | Правильность и точность речи во время защиты | 0-5 |
| 2 | Широта кругозора (ответы на вопросы) | 0-10 |
| 3 | Выполнение регламента | 0-5 |
| | Всего баллов | 100 |

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

| | Нет ответа | Минимальный ответ | Изложенный, раскрытый ответ | Законченный полный ответ | Образцовый, примерный, достойный подражания |
|------------------------|------------|---|--|--|--|
| | 0 баллов | 31-59 % | 60-69 % | 70-84 % | 85-100 % |
| Раскрытие проблемы | | Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы | Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы | Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы. | Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны |
| Представление | | Представляемая информация логически не связана. | Представляемая информация не систематизирована и не последовательна | Представляемая информация систематизирована и последовательна. | Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана. |
| Оформление | | Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации | 3-4 ошибки в представляемой информации | Не более 2-х ошибок в представляемой информации | Отсутствуют ошибки в представленной информации |
| Ответы на вопросы | | Нет ответов на вопросы | Только ответы на элементарные вопросы | Ответы на вопросы полные или частично полные. | Ответы на вопросы полные приведением примеров |
| Итоговая оценка | | неудовлетворительно | удовлетворительно | хорошо | отлично |
| | | | | | |

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

| | Нет ответа -0 баллов | Минимальный ответ - 31-59% | Изложенный, раскрытый ответ - 65-69 % | Законченный полный ответ – 69- 84 % | Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 % |
|----------------------------|---|---|---|---|--|
| Раскрытие проблемы | - | Проблема Нераскрыта. Отсутствуют выводы | Проблема Раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы | Проблема раскрыта. Проведен анализ Проблемы без Привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы. | Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны. |
| Представлен ие | | Представляемая Информация логически не связана. Не использованы профессиональные термины. | Представляемая Информация несистематизирова на и не последовательна. И спользован 1-2 профессиональных термина | Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2-х профессиональных терминов. | Представляемая Информация систематизирована, Последовательна и Логически связана. Использовано более 5 Профессиональных терминов. |
| Оформление | | Не использованы информационные технологии (PowerPoint). Больше 4 ошибок в представляемой информации | Использованы информационные технологии (PowerPoint) частично. 3-4 Ошибки в Представляемой ин формации | Использованы информационные технологии (PowerPoint). Не более 2-х ошибок в представляемой информации | Широко использованы информационные технологии (PowerPoint). Отсутствуют ошибки в представляемой информации |
| Ответы на вопросы | | Нет ответов на вопросы | Только ответы на элементарные вопросы | Ответы на вопросы полные или частично полные. | Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений |
| Итоговая оценка | | неудовлетворительн о | удовлетворительн о | хорошо | отлично |

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ(промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»):

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

Устный опрос

При оценке устного опроса учитываются следующие критерии:

Знание основных разделов пропедевтики внутренних болезней.

Глубина и полнота раскрытия вопроса.

Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.

Умение объяснить, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.

Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Оценка устных и письменных ответов на проверку уровня обучения «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ» (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается ответ, который изложен логически правильно в доступной форме соответственно терминологии применяемый в терапии, а также в целом в медицине. Студент показывает отличные знания этиологии и патогенезе клинических синдромов; способен выделить симптомы и синдромы, поставить клинический диагноз; умеет интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования.

Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах пропедевтической терапии, особенностей постановки синдромального диагноза и диагностики. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(60-69)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах пропедевтической терапии, особенностей клинического течения, диагностики синдромов, средние знания о этиологии и патогенезе данного синдрома; слабо разбирается в вопросах постановки клинического диагноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 3 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(0-59)** оценивается ответ, который показывает крайне слабые знания в вопросах пропедевтической терапии. Студент не ориентируется в вопросах пропедевтической терапии, особенностей клинического течения, диагностики синдромов, допускает серьезные ошибки в содержании ответа. Демонстрирует не понимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, не выполняет.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается правильное выполнение методики терапевтического осмотра пациента, студент называет способы исследования, демонстрирует методику исследования, дает четкие инструкции при проведении проб, соблюдает этико-деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(70-84)** оценивается правильное выполнение методики терапевтического

осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, демонстрирует методику исследования, соблюдает этико-деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(60-69)** оценивается выполнение методики терапевтического осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, при демонстрации методики исследования допускает неточности, затрудняется давать инструкции пациенту при проведении проб, соблюдает этико-деонтологические принципы.

Отметка **(0-59)** выставляется при не проведении методики терапевтического осмотра пациента, студент не называет способы исследования, не может продемонстрировать методику исследования, затрудняется давать инструкции пациенту при проведении проб, отсутствует индивидуальный подход к пациенту.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (в %)

Отметкой **(84-100)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме. Есть обоснование синдромального предварительного и клинического диагноза. План обследования соответствует поставленному диагнозу.

Отметкой **(70-84)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, обоснованы предварительный и синдромальный клинические диагнозы, проведено не полное обоснование. План обследования не включает все возможные методики обследования.

Отметкой **(60-69)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, нет обоснования клинического диагноза, сформулированы предварительный и клинический диагнозы. План обследования не включает все возможные методики обследования. Назначена общая схема лечения заболевания.

Отметкой **(0-59)** оценивается история, написанная не по схеме, нет обоснования синдромального диагноза. План обследования не включает все возможные методики обследования. Схема лечения не соответствует данному заболеванию.