федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» 06. 2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

 Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

 Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

 В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| ОПК 5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач | Инд. ОПК 5.1. Оценивает морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач. |

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Введение в предмет. Клинические методы обследования больных. Схема истории болезни. Расспрос и общий осмотр больного. Методика исследований при заболеваниях дыхательной, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта».**

**Тема 1.** Предмет и задачи изучения дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней». Субъективные и объективные методы исследования больного. Схема написания карты сестринского наблюдения за больным.

**Формы текущего контроля успеваемости:**

1. Тестирование
2. Решение проблемно-ситуационных задач

 **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1.Тестовые задания:** выберите один правильный ответ

1. Деонтология — это
	1. наука, изучающая заболевания зубов
	2. наука, изучающая заболевания дентина
	3. наука, изучающая заболевания периодонта
	4. совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника
2. Диагностика включает раздел
	1. изучения методов исследования больного (врачебная диагностическая техника)
	2. изучения вопросов профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний
	3. изучения особенностей жизнедеятельности микроорганизмов, вызывающих патологические процессы
	4. изучения влияния лекарственных средств на организм человека
3. Диагностика включает раздел
	1. изучения влияния факторов внешней среды и экологии на организм человека
	2. изучения симптомов болезни (семиология или симптоматология)
	3. изучения вопросов фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств
	4. изучения вопросов, касающихся прогноза при различных заболеваниях в клинике внутренних болезней
4. Диагностика включает раздел
	1. изучения аспектов реабилитации пациентов при различной патологии внутренних органов
	2. изучения и разработка принципов медикаментозной и немедикаментозной терапии при различной патологии внутренних органов
	3. логическое обобщение отдельных симптомов (врачебная логика или методика диагноза)
	4. изучения и разработка мероприятий первичной и вторичной профилактики заболеваний внутренних органов
5. Все методы исследования делятся на
	1. основные и дополнительные
	2. субъективные и объективные
	3. лабораторные и инструментальные
	4. инвазивные и неинвазивные
6. Объективные методы исследования делятся на
	1. основные (физикальные) и дополнительные
	2. первичные и вторичные
	3. лабораторные и инструментальные
	4. инвазивные и неинвазивные
7. Основные объективные методы исследования включают
	1. сбор анамнеза
	2. физикальное обследование
	3. лабораторные и инструментальные методы исследования
	4. методы исследования, входящие в перечень клинического минимума
8. Дополнительные методы исследования включают
	1. анамнез
	2. аускультацию
	3. лабораторные методы
	4. топографическую перкуссию
9. Инструментальные методы включают
	1. измерение роста, веса, окружности грудной клетки
	2. субъективные методы исследования
	3. непараметрические статистические методы исследования
	4. инвазивные и неинвазивные методы исследования
10. Анамнез включает
	1. главные жалобы
	2. физикальное исследование
	3. лабораторные тесты
	4. инструментальное обследование
11. Объективное исследование включает
	1. паспортную часть
	2. главные жалобы
	3. историю заболевания и историю жизни
	4. физикальное исследование
12. Диагноз – это
	1. произвольное заключение врача о состоянии пациента
	2. краткое, чёткое медицинское заключение, выраженное в медицинских терминах, предусмотренных классификациями и номенклатурами болезней
	3. перечень основных симптомов, выявляемых у больного
	4. заключение врача о состоянии пациента, составленное по результатам дополнительных высокоточных методов исследования
13. При формулировке диагноза допускается
	1. несвоевременность
	2. применение общепринятых аббревиатур
	3. хаотичность построения
	4. несоответствие принятым классификациям
14. Расспрос больного – это метод исследования
	1. физикальный
	2. субъективный
	3. объективный
	4. дополнительный
15. Раздел истории болезни «главные жалобы» содержит
	1. перечень жалоб на момент осмотра
	2. перечень жалоб, послуживших поводом для настоящего обращения за медицинской помощью
	3. перечень жалоб, отражающих состояние больного в течение предшествующего месяца
	4. перечень жалоб, характеризующих состояние жизненно-важных систем органов
16. Anamnesis morbi включает выяснение
	1. паспортных данных
	2. основных жалоб
	3. динамики развития заболевания
	4. условий труда и быта пациента
17. Anamnesis vitae включает
	1. расспрос о характере ведущих симптомов, времени и очерёдности их появления
	2. информацию об осмотрах и консультациях медицинских работников по поводу настоящего заболевания
	3. информацию об эффективности ранее проводимого лечения, назначенного по поводу настоящего заболевания
	4. сведения о наследственной предрасположенности к определённой патологии
18. Anamnesis vitae включает
	1. расспрос о начальном периоде заболевания
	2. динамику клинической картины заболевания
	3. сведения о трудовой биографии пациента
	4. клиническую симптоматику настоящего обострения (ухудшения)
19. Status functionalis – раздел, включающий
	1. сведения о трудоспособности пациента на протяжении болезни
	2. сведения о показателях работы жизненно важных органов, в том числе показателях пульса, ад, частоты дыханий в минуту, состоянии сознания и т.д)
	3. активный расспрос по всем системам и органам, направленный на уточнение состояния их функций
	4. активный расспрос по системе поражения
20. Anamnesis morbi – раздел, включающий
	1. краткие биографические сведения, трудовой анамнез, бытовой анамнез
	2. сведения о перенесенных заболеваниях и наследственности, аллергологический анамнез
	3. описание клинической картины заболевания от появления первых симптомов до момента курации больного
	4. активный расспрос по всем системам и органам, направленный на уточнение состояния их функций
21. Отягощает наследственный анамнез факт наличия у близкого родственника
	1. пневмонии
	2. перенесенного в 67-летнем возрасте инфаркта миокарда
	3. глистной инвазии
	4. бронхиальной астмы
22. Отягощает наследственный анамнез факт наличия у близкого родственника
	1. перенесенного в 72-летнем возрасте инфаркта миокарда
	2. эпизода кишечной инфекции
	3. перенесенного в 55-летнем возрасте инсульта
	4. алиментарного ожирения

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

Задача № 1.

В отделение поступил больной с температурой тела 39°С.

1.Как называется такая температура?

 2. Какая лихорадка называется постоянной?

 3. Что можно увидеть при осмотре кожных покровов?

 4. Что такое критическое снижение температуры?

 5. За чем необходимо следить при критическом снижении температуры?

Задача № 2.

 В отделение поступил больной с выраженными отеками по всему телу.

 1.Как называется такое состояние?

 2. При заболеваниях каких органов наблюдается это состояние?

 3. Как называется скопление жидкости в брюшной полости?

 4. Как называется скопление жидкости в плевральной полости?

 5. Как определить наличие отека?

Задача № 3.

 Больной находится в токсикологическом отделении. Он плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запозданием.

 1.Оцените сознание пациента.

 2. При какой патологии бывает подобное состояние?

 3. Назовите другие виды нарушения сознания.

 4. Что такое кома?

 5. Перечислите виды ком.

Задача № 4.

 Больной при росте 180 см весит 66 кг, имеет длинную узкую грудную клетку, длинные конечности, эпигастральный угол острый.

1. Определите конституциональный тип пациента?
2. Что является критерием для определения конституционального типа?
3. Определите ИМТ.
4. Оцените степень питания пациента.

 5. Назовите цифры ИМТ, характерные для дефицита массы тела.

Задача № 5.

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

1. Определите конституциональный тип пациента?
2. Определите ИМТ.
3. Оцените степень питания пациента.
4. Назовите цифры ИМТ, характерные для ожирения.

5. Какие степени ожирения Вы знаете?

**Тема 2. Методы исследования при заболеваниях органов дыхания - расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. Лабораторные и инструментальные методы обследования.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

1. Тестирование

2. Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

 **1. Тестовые задания** выберите один правильный ответ

1. Защитный рефлекс, направленный на удаление из дыхательных путей мокроты и инородных тел, называется
	1. икота
	2. рвота
	3. кашель
	4. одышка
2. Кашель возникает при раздражении рецепторов блуждающего нерва в кашлевых рефлексогенных зонах, которые расположены
	1. в местах деления бронхов
	2. в диафрагме
	3. в носовой полости
	4. в альвеолах
3. Кашель, сопровождающийся выделением мокроты, называют
	1. сухим
	2. влажным
	3. лающим
	4. рефлекторным
4. Кашель, вызванный раздражением рефлексогенных зон вне дыхательных путей (например: в наружном слуховом проходе, желудке, печени и желчном пузыре), называют
	1. сухим
	2. влажным
	3. лающим
	4. рефлекторным
5. Кашель, не сопровождающийся выделением мокроты, называют
	1. сухим
	2. влажным
	3. продуктивным
	4. плевральным
6. Громкий и отрывистый кашель, возникающий при патологических процессах в области гортани, называют
	1. сухим
	2. влажным
	3. лающим
	4. плевральным
7. Сухой кашель возникает при
	1. наличии в крупных бронхах мокроты
	2. гангрене легкого
	3. заболеваниях плевры
	4. абсцессе лёгкого в стадии прорыва в бронх
8. Причиной инспираторной одышки является
	1. уменьшение числа вентилируемых альвеол
	2. наличие препятствия (сужения. верхних дыхательных путей
	3. накопление в плевральной полости жидкости или газа
	4. сужение просвета мелких бронхов
9. Причиной стридорозного дыхания является
	1. стеноз гортани
	2. обструктивный бронхит
	3. бронхиолит
	4. бронхиальная астма
10. Экспираторная одышка характерна для синдрома
	1. полости в легком
	2. гидроторакса
	3. бронхообструкции
	4. крупноочаговой инфильтрации
11. Для лёгочного кровотечения характерно
	1. выделение крови с рвотными позывами
	2. выделение крови с кашлевыми толчками
	3. обильное выделение крови цвета «кофейной гущи»
	4. кислая реакция крови
12. Отличительной особенностью плевральных болей является
	1. связь с приёмом пищи
	2. связь с положением тела: ослабление при положении больного на пораженной половине грудной клетки
	3. связь с актом дефекации
	4. связь с диспепсическими расстройствами: отрыжка, изжога и др.
13. Грудная клетка удлинена, уплощена в переднее-заднем направлении, симметрична. Над- и подключичные ямки отчетливо выражены. Эпигастральый угол острый. Лопатки крыловидно отстают от грудной клетки. Мышцы развиты плохо. На основании данных признаков диагностируется
	1. астеническая форма грудной клетки
	2. гиперстеническая форма грудной клетки
	3. эмфизематозная форма грудной клетки
	4. паралитическая форма грудной клетки
14. Отношение передне-заднего и поперечного размеров грудной клетки приближается к единице. Надключичные ямки выбухают. Ход ребер горизонтальный. Межреберные промежутки широкие, участвуют в акте дыхания. Лопатки плотно прилегают к грудной стенке. увеличен объём задне-базальных отделов. Нижняя апертура раскрыта. Плечевой пояс приподнят. Шея короткая. На основании данных признаков диагностируется
	1. астеническая форма грудной клетки
	2. нормостеническая форма грудной клетки
	3. гиперстеническая форма грудной клетки
	4. эмфизематозная форма грудной клетки
15. Грудная клетка удлинена, сильно уплощена в переднее-заднем направлении. Над- и подключичные ямки отчетливо выражены, расположены ассиметрично. Эпигастральый угол острый. Обе половины грудной клетки ассиметричны. Лопатки крыловидно отстают от грудной клетки, расположены ассиметрично. Выражена атрофия мышц грудной клетки. На основании данных признаков диагностируется
	1. астеническая форма грудной клетки
	2. паралитическая форма грудной клетки
	3. гиперстеническая форма грудной клетки
	4. эмфизематозная форма грудной клетки
16. Искривление позвоночника вперёд называется
	1. лордоз
	2. сколиоз
	3. кифоз
	4. кифосколиоз
17. Искривление позвоночника в боковом направлении называется
	1. лордоз
	2. сколиоз
	3. кифоз
	4. кифосколиоз
18. Искривление позвоночника назад с образованием горба – это
	1. лордоз
	2. сколиоз
	3. кифоз
	4. кифосколиоз
19. Искривление позвоночника в боковом направлении и кзади – это
	1. лордоз
	2. сколиоз
	3. кифоз
	4. кифосколиоз
20. Повышение воздушности легких характерно для
	1. ателектаза
	2. пневмонии
	3. пневмосклероза
	4. эмфиземы
21. Скопление воздуха в плевральной полости – это
	1. гемоторакс
	2. гидроторакс
	3. пневмоторакс
	4. эмфизема
22. Спадение легочных альвеол при сдавлении легкого, закупорке бронха, пневмонии – это
	1. ателектаз
	2. пневмония
	3. пневмосклероз
	4. эмфизема
23. Скопление невоспалительной жидкости в плевральной полости – это
	1. гемоторакс
	2. гидроторакс
	3. пневмоторакс
	4. экссудативный плеврит
24. Голосовое дрожание при синдроме полости (над полостью, соединенной с бронхом)
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
25. Голосовое дрожание при синдроме крупноочаговой инфильтрации
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
26. Голосовое дрожание при синдроме эмфиземы
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
27. Голосовое дрожание при синдроме гидроторакса (над жидкостью)
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
28. Голосовое дрожание при синдроме пневмоторакса
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
29. Голосовое дрожание при синдроме компрессионного ателектаза
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
30. Голосовое дрожание при синдроме бронхообструкции, не осложненном эмфиземой,
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

Задача № 1.

 В отделение поступил больной, 49 лет. Жалобы на приступ удушья с затрудненным выдохом, возникший 2 часа назад дома, кашель со скудной вязкой прозрачной мокротой. При осмотре – состояние тяжелое, положение – ортопноэ. Грудная клетка эмфизематозной формы. ЧДД – 30 в минуту, выдох резко затруднен.

 1. О каком патологическом процессе можно думать?

 2. Почему больной принимает вынужденное положение?

 3. Перечислите основные жалобы больного с бронхо-легочной патологией

 4. Как называется одышка с затрудненным выдохом?

 5. Как называется вязкая прозрачная мокрота?

Задача № 2.

 Больного беспокоит выраженная одышка в покое. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание слева от III ребра по всем топографическим линиям не проводится.

1. О каком синдроме идет речь?
2. Что такое симптом Литтена?
3. Дайте определение одышки.
4. О чем свидетельствует центральный (диффузный) цианоз?
5. Укажите число дыхательных движений в норме.

Задача № 3.

 В поликлинику обратился больной 62 лет с жалобами на одышку при физической нагрузке последние 5 лет. Других жалоб нет. При обследовании врач обнаружил понижение эластичности грудной клетки, равномерное ослабление голосового дрожания с обеих сторон. Форма грудной клетки напоминает бочкообразную.

1. В каком случае могут быть получены подобные данные?
2. Укажите характер одышки при данном синдроме.
3. Перечислите виды одышки.
4. Что такое голосовое дрожание?
5. Перечислите патологические формы грудной клетки.

Задача № 4.

 Больная 34 лет поступила с жалобами на одышку в покое и при малейшей нагрузке, повышение температуры тела до 38С, кашель с небольшим количеством «ржавой» мокроты, боли в правой половине грудной клетки при дыхании. Заболела остро, 3 дня назад. При осмотре – диффузный цианоз, герпес. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧДД – 36 в минуту.

1. Какова наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса в легких?
2. Укажите характер одышки при данном заболевании.
3. Как изменится голосовое дрожание над патологическим процессом в легком?
4. О чем свидетельствует брюшной тип дыхания у женщин?
5. Изменится ли эластичность грудной клетки у данной больной?

Задача № 5.

 Больная 68 лет доставлена с жалобами на кровотечение изо рта. В анамнезе диагностированный рак правого легкого. Сидит в постели, беспокойна. Кожа бледная, влажная, при кашле выделяется умеренное количество алой пенистой крови, реакция щелочная. ЧДД – 30 в минуту.

1. Как называется данный симптом?
2. Что подтверждает легочный характер кровотечения?
3. Как изменится голосовое дрожание над патологическим процессом в легком?
4. Характер одышки при данном заболевании?
5. Характер мокроты при данном заболевании?

**Тема 3.** Основные клинические синдромы при заболеваниях органов дыхания - нарушение бронхиальной проходимости, уплотнение легочной ткани, эмфизема, синдромы скопление жидкости и воздуха в плевральной полости, дыхательной недостаточности..

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* 1. Тестирование

2. Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1.Тестовые задания:** выберите один правильный ответ

1. Повышение воздушности легких характерно для
	1. ателектаза
	2. пневмонии
	3. пневмосклероза
	4. эмфиземы
2. Скопление воздуха в плевральной полости – это
	1. гемоторакс
	2. гидроторакс
	3. пневмоторакс
	4. эмфизема
3. Спадение легочных альвеол при сдавлении легкого, закупорке бронха, пневмонии – это
	1. ателектаз
	2. пневмония
	3. пневмосклероз
	4. эмфизема
4. Скопление невоспалительной жидкости в плевральной полости – это
	1. гемоторакс
	2. гидроторакс
	3. пневмоторакс
	4. экссудативный плеврит
5. Голосовое дрожание при синдроме полости (над полостью, соединенной с бронхом)
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
6. Голосовое дрожание при синдроме крупноочаговой инфильтрации
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
7. Голосовое дрожание при синдроме эмфиземы
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
8. Голосовое дрожание при синдроме гидроторакса (над жидкостью)
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
9. Голосовое дрожание при синдроме пневмоторакса
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
10. Голосовое дрожание при синдроме компрессионного ателектаза
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется
11. Голосовое дрожание при синдроме бронхообструкции, не осложненном эмфиземой,
	1. усиливается
	2. ослабевает
	3. отсутствует
	4. не изменяется

12. При гидротораксе над жидкостью образуется

* 1. притупленный перкуторный звук
	2. тупой перкуторный звук
	3. коробочный перкуторный звук
	4. тимпанический перкуторный звук

13. При эмфиземе над лёгкими образуется

1) притупленный перкуторный звук

2) тупой перкуторный звук

3) коробочный перкуторный звук

4) тимпанический перкуторный звук

14. При мелкоочаговой инфильтрации над поверхностно расположенным очагом уплотнения образуется

1) притупленный перкуторный звук

2) тупой перкуторный звук

3) коробочный перкуторный звук

4) тимпанический перкуторный звук

15. Над вентилируемой полостью в лёгком образуется

1) притупленный перкуторный звук

2) тупой перкуторный звук

3) коробочный перкуторный звук

4) тимпанический перкуторный звук

16. При пневмотораксе над лёгкими образуется

1) притупленный перкуторный звук

2) тупой перкуторный звук

3) коробочный перкуторный звук

4) тимпанический перкуторный звук

17. Над инфильтрированной долей лёгкого образуется

1) притупленный перкуторный звук

2) тупой перкуторный звук

3) коробочный перкуторный звук

4) тимпанический перкуторный звук

18. Основным механизмом образования бронхиального дыхания является

1) трение листков плевры при дыхании

2) завихрения воздуха при прохождении через голосовую щель

3) наличие вязкой мокроты в трахее и крупных бронхах

4) колебания стенок альвеол при их расправлении

19. Основным механизмом образования везикулярного дыхания является

1) трение листков плевры при дыхании

2) завихрения воздуха при прохождении через голосовую щель

3) наличие вязкой мокроты в трахее и крупных бронхах

4) колебания стенок альвеол при их расправлении

20. Основным механизмом образования патологического бронхиального дыхания является

1) снижение эластичности лёгочной ткани

2) проведение на поверхность ларинго-трахеального дыхания при уплотнении

3) лёгкого или наличия полости в нем, соединенной с бронхом

 4) сужение просвета бронхов

5) усиление колебаний стенок альвеол при дыхании

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

Задача № 1.

 В отделение поступил больной С., 49 лет. Жалуется на приступы удушья, кашель с небольшим отделением вязкой стекловидной мокроты. При осмотре: состояние тяжелое, положение вынужденное. Грудная клетка эмфизематозная. Экспираторная одышка. Анализ мокроты: Количество: 15 мл; Цвет: бесцветная, прозрачная. Консистенция: густая, очень вязкая. Характер: слизистая. Запах - нет. Микроскопическое исследование: большое количество эозинофилов, видны кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана. БК не обнаружено.

 1. О каком: заболевании идет речь?

 2. Что такое спирали Куршмана?

 3. Что такое кристаллы Шарко-Лейдена?

 4. Перечислите физические свойства мокроты.

 5. Как называется форма грудной клетки у больного?

Задача № 2.

 Беспокоит кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, температура тела 37,8°С. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При перкуссии - ясный легочный звук. При аускультации дыхание жесткое, сухие хрипы.

Анализ мокроты: количество- 20 мл; цвет- белый; консистенция- вязкая; характер- слизистая; запаха нет. Микроскопическое исследование: лейкоциты – 5 – 10 в поле зрения, большое количество бактерий.

1. Ваш диагноз?
2. Что понимают под жизненной емкостью легких (ЖЕЛ)?
3. Что такое мокрота?
4. Правила забора мокроты для цитологического исследования?
5. Чем определяется цвет мокроты?

Задача № 3.

 В отделении на лечении находится больной С., 48 лет с диагнозом: Внебольничная пневмония с локализацией в верхней доле правого легкого, получает антибактериальную терапию широкого спектра действия, но тем не менее сохраняется субфебрильная температура, рентгенологически отмечено накопление жидкости в плевральной полости. Сделана плевральная пункция: получено 400 мл геморрагической жидкости.

 1. Какое заболевание можно заподозрить?

 2. С каким заболеванием верифицировать?

 3. Укажите изменение голосового дрожания над верхней долей правого легкого

 4. Что понимают под остаточным объемом (00)?

 5. Чему равен остаточный объем взрослого человека?

Задача № 4.

Анализ мокроты:

Количество: 25 мл;

Цвет: ржавый;

Консистенция: полужидкая

Запах: нет

Микроскопическое исследование: лейкоциты 30 – 40 в поле зрения, эритроциты – до 40 в поле зрения, альвеолярные макрофаги. Лейкограмма: нейтрофилы 88%, лимфоциты – 12%

БК не обнаружено. Бактериологический посев: - пневмококки более 106 м.к./мл.

1. Для какого заболевания характерен данный анализ мокроты?
2. Что такое макрофаги?
3. Когда макрофаги появляются в мокроте?
4. Что понимают под резервным объемом вдоха (РОвд)?
5. Для чего проводится проба Ривальта**?**

Задача № 5.

Анализ мокроты:

Количество: 150 мл;

Цвет: желтая;

Консистенция: полужидкая;

Характер: гнойная;

Запах: гнилостный.

Микроскопическое исследование: большое количество лейкоцитов (преимущественно нейтрофилы), видны эластические волокна.

БК не обнаружено.

Бак. посев: - стафилококки более 106 м.к./мл

1. Для какого заболевания характерен данный анализ мокроты?
2. С какой целью проводится рентгенологическое исследование легких?
3. О чем свидетельствуют эластические волокна в мокроте?
4. При каких заболеваниях легких встречаются эластические волокна в мокроте?
5. Что понимают под дыхательным объемом (ДО)?

**Тема 4.** Методы исследования при заболеваниях сердечно-сосудистой системы - расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. Лабораторные и инструментальные методы обследования.

**Формы текущего контроля успеваемости**

1. Тестирование

2. Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовые задания:** выберите один правильный ответ

1. Типичный болевой синдром при стенокардии
	1. локализован в эпигастрии, связан с приёмом пищи, боли довольно продолжительные, сопровождаются диспептическими явлениями
	2. локализован в области верхушки сердца, ограничен по площади, колющего, ноющего характера, различный по интенсивности и продолжительности, не купируется нитроглицерином
	3. локализован в боковых отделах грудной клетке, боли длительные, чётко связаны с дыханием и положение тела
	4. локализован за грудиной и в прекордиальной области, боли сжимающего, жгучего или давящего характера, интенсивные, приступообразные (длительностью до 20 минут., возникают на высоте физических нагрузок, эффективно купируются нитроглицерином под язык, сопровождаются «холодным» потом, страхом смерти, одышкой
2. Типичный болевой синдром при инфаркте миокарда
	1. локализован в эпигастрии, связан с приёмом пищи, боли довольно продолжительные, сопровождаются диспептическими явлениями
	2. локализован в области верхушки сердца, ограничен по площади, колющего, ноющего характера, различный по интенсивности и продолжительности, не купируется нитроглицерином
	3. локализован в боковых отделах грудной клетке, длительные, чётко связаны с дыханием и положение тела
	4. локализован за грудиной и в прекордиальной области, боли сжимающего, жгучего или давящего характера, интенсивные, продолжительностью более 30 минут, не купируются нитроглицерином , сопровождаются «холодным» потом, страхом смерти, одышкой
3. Боли при кардиалгии
	1. локализованы в эпигастрии, связан с приёмом пищи, довольно продолжительные, сопровождаются диспептическими явлениями
	2. локализованы в области верхушки сердца, ограниченны по площади, колющего, ноющего характера, различны по интенсивности и продолжительности, не купируется нитроглицерином
	3. локализованы в боковых отделах грудной клетке, длительные, чётко связаны с дыханием и положение тела
	4. локализован за грудиной и в прекордиальной области, боли интенсивные, приступообразные, разлитые, возникают на высоте физических нагрузок, эффективно купируются нитроглицерином под язык
4. Для удушья при кардиальной астме характерно
	1. экспираторный характер одышки
	2. увеличение или появление в задне-нижних отделах лёгких крепитации, влажных незвонких, мелкопузырчатых хрипов
	3. остро развившаяся эмфизема
	4. рассеяные сухие свистящие хрипы
5. Для альвеолярного отёка легкого характерно
	1. экспираторная одышка
	2. стридорозное дыхание
	3. остро развившаяся эмфизема
	4. пенистая кровянистая мокрота
6. Для правожелудочковой недостаточности характерно
	1. положение с приподнятым изголовьем
	2. отеки, гепатомегалия, асцит
	3. гидроторакс
	4. кровохарканье
7. Для левожелудочковой недостаточности характерно
	1. положение с приподнятым изголовьем
	2. увеличение печени
	3. отеки, анасарка
	4. набухание шейных вен
8. Для левожелудочковой недостаточности характерно
	1. эпигастральная пульсация
	2. периферические отеки
	3. асцит
	4. гидроторакс
9. Для левожелудочковой недостаточности характерно
	1. набухание шейных вен
	2. влажные мелкопузырчатые неконсонирующие хрипы в заднебазальных отделах лёгких
	3. увеличение печени
	4. отеки, анасарка
10. О дефиците пульса свидетельствуют
	1. разная величина на двух руках
	2. увеличение частоты пульса по сравнению с частотой сердцебиения
	3. уменьшение частоты пульса по сравнению с частотой сердцебиения
	4. разная скорость пульса на лучевых артериях
11. Ритмичность пульса определяется
	1. скоростью изменения объёма артерии
	2. регулярностью следующих друг за другом пульсовых волн
	3. амплитудой колебания артериальной стенки
	4. силой, необходимой для полного пережатия артерии
12. Наполнение пульса определяется
	1. объемом крови, проходящим по артерии
	2. скоростью изменения объёма артерии
	3. амплитудой колебания артериальной стенки
	4. силой, необходимой для полного пережатия артерии
13. Высота пульса определяется
	1. объемом крови, проходящим по артерии
	2. скоростью изменения объёма артерии
	3. амплитудой колебания артериальной стенки
	4. силой, необходимой для полного пережатия артерии
14. Форма пульса определяется
	1. объемом крови, проходящим по артерии
	2. скоростью изменения объёма артерии
	3. регулярностью следующих друг за другом пульсовых волн
	4. амплитудой колебания артериальной стенки
15. Напряжение пульса определяется
	1. объемом крови, проходящим по артерии
	2. регулярностью следующих друг за другом пульсовых волн
	3. амплитудой колебания артериальной стенки
	4. силой, необходимой для полного пережатия артерии
16. Частота пульса в норме составляет
	1. 40–50 ударов в минуту
	2. 50–60 ударов в минуту
	3. 60–90 ударов в минуту
	4. 90–100 ударов в минуту
17. Согласно современной классификации уровней артериального давления (АД). артериальной гипертензией следует считать
	1. АД 140/90 мм рт ст и выше
	2. АД 135/85 мм рт ст и выше
	3. АД 130/80 мм рт ст и выше
	4. устанавливаются индивидуальные нормативы для каждого пациента
18. Пульсовое давление – это
	1. максимальное давление, возникающее в артериях вслед за систолой желудочков
	2. минимальное давление, соответствующее спадению пульсовой волны
	3. разница между величинами систолического и диастолического давлений
	4. давление, измеренное пальпаторным методом рива-роччи (по пульсу. без фонендоскопа)
19. В амбулаторной практике не применяется
	1. инвазивный метод измерения давления
	2. аускультативный метод измерения давления
	3. осциллометрический метод измерения давления
	4. автоматизированное измерение АД
20. Артериальной гипотензией следует считать
	1. АД 140/90 мм рт ст и менее
	2. АД 120/70 мм рт ст и менее
	3. АД менее 100/60 мм рт ст
	4. устанавливаются индивидуальные нормативы для каждого пациента
21. Гипертония «белого халата» - это
	1. феномен повышения АД у медицинского работника
	2. феномен повышения АД, регистрируемое только при общении с медперсоналом
	3. повышение АД регистрируемое исключительно в домашних условиях
	4. повышение АД регистрируемое исключительно в домашней одежде

(халат)

1. Отличительной особенностью данных, полученных при суточном

 мониторировании артериального давления является

* 1. зависимость точности измерения от уровня слуха пациента
	2. зависимость точности измерения от уровня зрения пациента
	3. зависимость точности измерения от координации движений пациента
	4. более точная оценка лечения, т.к. уменьшается эффект «белого халата»
1. Нормальной является частота сердечных сокращений
	1. 60–80 мм РТ. Ст.
	2. 50–59 в минуту
	3. 60–90 в минуту
	4. 60–100 в час
2. При осмотре и пальпации области сердца в норме можно обнаружить
	1. пульсацию верхушечного толчка
	2. пульсацию сердечного толчка
	3. размеры сердца
	4. «кошачье мурлыканье»
3. Верхушечный толчок образован
	1. левым предсердием
	2. левым желудочком
	3. правым предсердием
	4. правым желудочком

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

**Задача 1**.
 Больной М., 42 года, В анамнезе: ревматизм, сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза, НК-II.
На фоне увеличившейся одышки и появления отеков на ногах, у больного возникла острая боль в левой половине грудной клетки и кровохарканье. Была вызвана скорая помощь. Врач провел обследование больного, при этом выявил притупление легочного звука на ограниченном участке — слева под лопаткой. Бронхофония локально несколько усилена. Назначено исследование общего анализа крови.
О каком синдроме необходимо подумать? Что можно обнаружить при пальпации и аускультации легких? Какие можно ожидать изменения в анализе крови? Что может дать рентгеноскопия грудной клетки?

**Задача** 2.
 К больному К., 60 лет был вызвана бригада скорой помощи. Больной находился в неподвижном состоянии и жаловался на резкую давящую боль за грудиной, которая распространялась в левую руку, шею, челюсть, под левую лопатку.
Объективно: отмечается умеренная бледность кожных покровов, пульс частый, на верхушке тоны сердца приглушены, второй тон на аорте усилен.
 О какой патологии сердечно-сосудистой системы можно думать? Какое дополнительное исследование нужно провести в обязательном порядке? Чем объяснить иррадиацию болей?

**Задача 3.**
 Больной Т., 28 лет жаловался на упорные давящие боли в области сердца в течение недели: нарастала одышка, особенно в горизонтальном положении. Дважды перед приездом врача была рвота.
Объективно: обращает на себя внимание отечность лица и области шеи в виде воротника, цианоз, шейные вены набухшие. Больной сидит на краю кровати, склонившись вперед. Пульс частый, малого наполнения, верхушечный толчок не определен. Сердце расширено во всех размерах, на рентгенограмме имеет треугольную форму. Печень увеличена, выходит из-под реберного края на 2 см.
 О какой патологии сердца необходимо прежде всего подумать? Чем объяснить отеки в области шеи и лица?

**Тема 5.** Основные клинические синдромы при патологии системы кровообращения - кардиалгия при стенокардии и инфаркте миокарда, синдром артериальной гипертензии. Клиническая электрокардиография.

**Формы текущего контроля успеваемости**

1. Тестирование

2. Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовые задания:** выберите один правильный ответ

1. ЭКГ- признаки мерцательной аритмии?

а) зубец Р высокий, желудочковые комплексы регистрируются через различные промежутки времени;

б) исчезновение зубца Р, желудочковые комплексы регистрируются через различные промежутки времени, множественные волны f;

в) множественные мелкие волны f, зубец Р высокий.

2. Каковы признаки левопредсердной сердечной недостаточности?

а) отеки голеней, кашель, одышка;

б) кашель, кровохарканье, удушье, ортопноэ;

в) кровохарканье, отеки голеней, увеличение печени;

г) сердечная астма, вынужденное горизонтальное положение.

3. Какова аускультативная картина митральной недостаточности?

а) I тон усилен на верхушке сердца;

б) I тон ослаблен на верхушке сердца;

в) "щелчок открытия" митрального клапана.

4. Типичная локализация болей при стенокардии?

а) за грудиной;

б) в левой половине грудной клетки, в области верхушки сердца;

в) в правой половине грудной клетки.

5. Характер болей при стенокардии?

а) приступообразные;

б) постоянные;

в) режущего характера.

6. Субъективная характеристика болей при стенокардии?

а) сжимающие;

б) колющие;

в) ноющие;

г) тупые.

7. Симптом Мюссе наблюдается при:

а) гипертонической болезни;

б) стенозе устья аорты;

в) митральном стенозе;

г) недостаточности аортальных клапанов?

8. При каком пороке сердца определяется диастолическое дрожание грудной клетки?

а) митральная недостаточность;

б) митральный стеноз;

в) аортальная недостаточность;

г) аортальный стеноз.

9. При каком пороке сердца определяется систолическое дрожание грудной клетки?

а) митральная недостаточность;

б) митральный стеноз;

в) аортальная недостаточность;

г) аортальный стеноз.

10. "Дефицит" пульса бывает при:

а) аортальном стенозе;

б) гипертонической болезни;

в) сердечной недостаточности;

г) мерцательной аритмии

11. "Скачущий" пульс бывает при:

а) артериальной гипертонии;

б) артериальной гипотонии;

в) аортальной недостаточности;

г) аортальном стенозе?

12. "Сердечная талия" - это?

а) место перехода предсердий в желудочки;

б) место выхода из сердца крупных сосудов;

в) угол между левым предсердием и левым желудочком;

г) угол между правым желудочком и правым предсердием;

д) угол между сосудистым пучком и левым желудочком.

13. При митральном стенозе "талия сердца":

а) становится более выражена;

б) менее выражена;

в) не изменена?

14. Для правожелудочковой сердечной недостаточности характерны:

а) отеки лица;

б) увеличение печени;

в) инспираторная одышка;

г) симптом Мюссе?

15. Абсолютные ЭКГ-признаки перенесенного инфаркта миокарда?

а) глубокий патологический зубец Q;

б) отрицательный зубец Т;

в) смещение интервала ST.

16. Назовите правую границу относительной сердечной тупости в норме?

а) 3 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р;

б) левый край грудины в 4 м/р;

в) 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р.

17. Куда проводится диастолический шум при аортальной недостаточности?

а) в межлопаточное пространство;

б) в точку Боткина-Эрба;

в) на мечевидный отросток;

г) на сосуды шеи.

18. Какой из перечисленных лабораторных показателей подтверждает развитие инфаркта миокарда в первые 4 часа от начала заболевания?

а) аспартатаминотрансфераза;

б) креатинфосфокиназа;

в) лактатдегидрогеназа;

г) щелочная фосфатаза;

д) гамма-глютаматтранспептидаза.

19. Что такое синдром Дресслера, развивающийся при остром инфаркте миокарда?

а) разрыв межжелудочковой перегородки;

б) разрыв межпредсердной перегородки;

в) отрыв сосочковой мышцы;

г) аутоаллергическая реакция;

д) ничего из перечисленного.

20. В каких отведениях ЭКГ выявляется инфаркт заднебоковой локализации?

а) AVL, V5-V6;

б) II, III стандартные и AVF;

в) V1-V3;

г) II, III стандартные и AVF; V5-V6;

д) V3-V6.

21. Наиболее достоверным признаком стеноза левого атриовентрикулярного отверстия является?

а) увеличение левой границы сердца;

б) facies mitralis;

в) наличие мерцательной аритмии;

г) наличие "щелчка открытия" митрального клапана;

д) сглаженность талии сердца при рентгенологическом исследовании.

22. Как изменяется АД при аортальной недостаточности?

а) не изменяется;

б) повышается только систолическое;

в) повышается только диастолическое;

г) повышается систолическое и понижается диастолическое;

д) понижается систолическое и повышается диастолическое.

23. Какой симптом не соответствуют клинике правожелудочковой сердечной недостаточности?

а) увеличение печени;

б) снижение венозного давления;

в) цианоз;

г) отеки на нижних конечностях.

24. Какой признак не характерен для левожелудочковой сердечной недостаточности?

а) сердечная астма;

б) гепатомегалия;

в) влажные хрипы в легких;

г) тахикардия;

д) повышение давления в легочных венах.

25. При гипертонической болезни возможны следующие варианты поражения глазного дна?

а) сужение и извитость артерий сетчатки;

б) расширение вен;

в) геморрагии в сетчатку;

г) атрофия зрительного нерва;

д) все перечисленное выше.

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

Задача № 1.

 В отделение поступил больной К., 42 года, главный инженер Электромеханического завода.

ЖАЛОБЫ: На сильные боли за грудиной, с иррадиацией в левое плечо и лопатку, возникающие при быстрой ходьбе и купирующиеся в покое, после приема нитроглицерина; на слабость, плохой сон.

Анамнез: Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились загрудинные боли при быстрой ходьбе. Обратился к врачу, который рекомендовал принимать нитроглицерин. Около года назад был помещен в терапевтическое отделение больницы в связи с резким усилением и учащением болей в сердце. В течение недели находился на строгом постельном режиме, который потом был отменен. Выписан через две недели с улучшением. Настоящее ухудшение отмечает в течение 2,5 недель, когда вновь участились и усилились загрудинные боли, появилась слабость, раздражительность, плохой сон.

Курит в течение 22 лет по 20-30 сигарет в день, часто работает по ночам.

 1. Наиболее вероятный характер заболевания?

 2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

 4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

 5. Каковы факторы риска заболевания сердечно-сосудистой системы?

Задача № 2.

 В отделение поступила больная А., секретарь - машинистка.

Жалобы: На боли колющего и сжимающего характера в области сердца, неинтенсивные, не купирующиеся нитроглицерином; на перебои в работе сердца; на боли в лучезапястных суставах, возникающие в покое и усиливающиеся при движениях; на повышение температуры тела до 37,7°С, больше по вечерам.

Анамнез: В детстве часто болела ангинами: 2,5 недели назад перенесла тяжелую ангину. После чего появилась припухлость и болезненность при движениях в лучезапястных суставах и правом коленном суставе, повышение температуры тела до 37,2-37,4°С. К врачам не обращалась, ничем не лечилась. Через 3-4 дня болезненность в коленном суставе уменьшилась, но усилились боли в лучезапястных суставах. Два дня назад к этим жалобам присоединились боли в области сердца и перебои в работе сердца.

Осмотр: Положение активное. Отмечается покраснение кожи, припухлость в области лучезапястных суставов и болезненность при движении. Объем активных движений ограничен. Температура тела-37,2°С. Цианоза, отеков нет.

 1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

 2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

 3. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

 4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

 5. Каковы факторы риска данного заболевания?

Задача № 3.

 В отделение поступил больной П., 62 лет, пенсионер.

Жалобы: На частые загрудинные боли с иррадиацией в левую руку и лопатку, возникающие в покое, чаще по ночам, купирующиеся после приема нитроглицерина; на одышку в покое, усиливающуюся при небольшом физическом напряжении, сопровождающуюся сухим кашлем; на приступы удушья по ночам.

Анамнез: Считает себя больным в течение 3 лет, когда впервые появились боли за грудиной с иррадиацией в левую руку и лопатку. Боли возникали при ходьбе и купировались после приема нитроглицерина. Через 1 год приступы загрудинных болей участились и стали возникать при меньшей нагрузке. Появилась одышка при ходьбе. Две недели назад впервые стали беспокоить приступы удушья по ночам, усилилась одышка при ходьбе и даже в покое, появился сухой кашель.

Осмотр: Отмечается полусидячее положение в постели, цианоз губ, кончиков пальце рук и ног. Отеков нет. Печень не увеличена.

 1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

 2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

 3. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

 4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

 5. Оцените положение больного?

Задача № 4.

 В отделение поступила больная М. 49 лет, преподаватель средней школы.

Жалобы: на сильные головные боли, усиливающиеся вечером и сопровождающиеся тошнотой, на головокружение при ходьбе; мелькание мушек перед глазами; на колющие и сжимающие боли в области сердца и слева от грудины во II-IV межреберье. Боли усиливаются к вечеру и не купируются после приема нитроглицерина.

Анамнез: Считает себя больной в течение 2 лет, когда впервые появились головные боли, головокружение, тошнота и рвота. Была госпитализирована в терапевтическое отделение больницы. После выписки стали снова беспокоить головные боли, чаще к концу рабочего дня. Лечилась амбулаторно. Настоящее ухудшение отмечает в течение недели. Когда появились вышеописанные жалобы.

Осмотр: Положение активное, отмечается гиперемия лица. Цианоза, периферических отеков нет.

 1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

 2 . Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

 3. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

 4. Являются ли боли в сердце типичными для стенокардии?

**Тема 6.** Основные клинические синдромы при патологии сердечно-сосудистой системы - остря ревматическая лихорадка, пороки сердца, остря и хроническая сердечная недостаточность.

**Формы текущего контроля успеваемости**

1. Тестирование

2. Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовые задания:** выберите один правильный ответ

1. Этиология ревматизма

а) бета-гемолитический стрептококк группы А

б) золотистый стафилококк

в) кишечная палочка

г) пневмококк

2. Ревматизм развивается после ангины через

а) 1-2 дня

б) 3-4 дня

в) 1-3 недели

г) 1-3 месяца

3. Ревматизмом чаще заболевают лица в возрасте

а) 1-2 года

б) 5-7 лет

в) 7-15 лет

г) 18-25 лет

4. Повышение температуры, эндомиокардит, полиартрит наблюдаются при

а) атеросклерозе

б) гипертонической болезни

в) ишемической болезни сердца

г) ревматизме

5. При ревматизме чаще поражается клапан

а) аортальный

б) митральный

в) пульмональный

г) трехстворчатый

6. Воспаление крупных суставов, летучесть болей наблюдаются при

а) деформирующем остеоартрозе

б) ревматоидном артрите

в) ревматическом полиартрите

г) подагре

7. Коллапс - это проявление острой недостаточности

а) коронарной

б) левожелудочковой

в) правожелудочковой

г) сосудистой

8. Неотложная помощь при коллапсе

а) атропин, пенициллин

б) баралгин. гемодез

в) мезатон, полиглюкин

г) преднизолон, лазикс

9. Клокочущее дыхание и розовая пенистая мокрота наблюдаются при

а) бронхоспазме

б) коллапсе

в) обмороке

г) отеке легких

10. Основной симптом сердечной астмы

а) боль в животе

б) головокружение

в) тошнота

г) удушье

11. Только при острой правожелудочковой недостаточности наблюдается

а) тахикардия

б) одышка

в) цианоз

г) асцит

12. Отеки нижних конечностей, асцит, увеличение печени наблюдаются при

а) инфаркте миокарда

б) недостаточности кровообращения

в) стенокардии

г) гипертонической болезни

13. При застое крови в малом круге кровообращения больному следует придать положение

а) горизонтальное

б) горизонтальное с приподнятыми ногами

в) коленно-локтевое

г) полусидячее

14. Тахикардия и одышка в покое, отеки, увеличение печени у больного с пороком сердца характерны для недостаточности

а) надпочечниковой

б) печеночной

в) почечной

г) сердечной

15. Экстрасистолия - это

а) уменьшение ЧСС

б) увеличение ЧСС

в) нарушение проводимости

г) преждевременное сокращение сердца

17. Сердечная астма - это проявление острой недостаточности

а) коронарной

б) левожелудочковой

в) правожелудочковой

г) сосудистой

18. ЧСС 52 уд/мин. - это

а) брадикардия

б) тахикардия

в) экстрасистолия

г) норма

19. Отек легких - это форма острой недостаточности

а) коронарной

б) левожелудочковой

в) правожелудочковой

г) сосудистой

20. При отеке легких проводится

а) оксигенотерапия

б) оксигенотерапия через пеногаситель

в) горячая ванна

г) сифонная клизма

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

Задача № 1.

 Пациент 60 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия III ФК. Постинфарктный кардиосклероз. При сборе данных о пациенте медсестра получила следующие данные: жалобы на отеки на нижних конечностях, увеличение в размере живота, сердцебиение, слабость, незначительную одышку в покое. Болеет около 2 лет, когда после перенесенного инфаркта миокарда появилась одышка, отеки, боли в правом подреберье. Больной тревожен, на контакт идет с трудом, выражает опасения за свое будущее.
Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, положение в постели вынужденное - ортопноэ. Кожные покровы цианотичные, чистые. Отеки на стопах и голенях, ЧД 22 в минуту, пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств, АД 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме, болезненный в правом подреберье.

Задания:
1. Определите патологические изменения у пациента.
2. Составьте план действий медицинской сестры.
3. Провоцируют ли психологические факторы развитие болезни. Какие мероприятия медицинского сестры по их устранению?

Задача № 2.

 Больной М., 42 года, В анамнезе: ревматизм, сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза, НК-II.

На фоне увеличившейся одышки и появления отеков на ногах,  у больного возникла острая боль в левой половине грудной клетки и кровохарканье.  Была вызвана скорая помощь. Врач провел обследование больного, при этом выявил притупление  легочного звука на ограниченном участке - слева под  лопаткой. Бронхофония локально несколько усилена. Назначил исследование  общего анализа крови.

Задания:

1. Назовите основной патологический синдром.

2. Что можно обнаружить при пальпации и аускультации легких?  Какие можно ожидать изменения в анализе крови?

3. Что может дать рентгеноскопия грудной клетки?

Задача № 3.

Рост больного 170 см. Врач произвел перкуссию сердца, при этом нашел правую границу сердца на 2,5 см вправо от правого края грудины, левая и верхняя границы в пределах нормы. Поперечник сердца 15 см. В легких при перкуссии легочный звук. Форма и размеры живота обычные.

Задания:

Задания:

1. За счет какого отдела и какой сердечной тупости расширена правая граница сердца?

2. Чем это может быть обусловлено?

3. Какие исследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

**Тема 7. Методы исследования при заболеваниях желудочно-кишечного тракта - расспрос, осмотр, перкуссия, аускультация. Лабораторные и инструментальные методы обследования.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

1. Тестирование

2. Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовые задания:** выберите один правильный ответ

1. Дисфагия – это
	1. нарушение пережевывания пищи в ротовой полости
	2. нарушение глотания и прохождения пищи по пищеводу
	3. нарушение речи
	4. заброс кислого содержимого желудка в пищевод
2. Парадоксальная дисфагия – это
	1. задержка при прохождении по пищеводу преимущественно мягкой и жидкой пищи, при этом пассаж твердой пищи страдает в меньшей степени
	2. задержка при прохождении по пищеводу преимущественно твердой пищи, при этом пассаж мягкой и жидкой пищи страдает в меньшей степени
	3. задержка при прохождении по пищеводу пищи, вне зависимости от её свойств
	4. немотивированное преходящее нарушение проглатывания пищи, попёрхивание
3. Жалобы, обусловленные выраженным органическим сужение пищевода – это
	1. изжога, отрыжка кислым
	2. повышение аппетита, булемия
	3. пищеводная рвота, срыгивание, потеря массы тела
	4. чувство переполнения в эпигастраии, тошнота
4. Основная причина изжоги – это
	1. спазм кардиального сфинктра
	2. заброс кислого содержания желудка в пищевод
	3. перерастяжение желудка
	4. снижение моторной функции желудка и пищевода
5. Рвота при язвенной болезни желудка имеет
	1. висцеральное происхождение
	2. центральная происхождение
	3. гематогенно-токсический генез
	4. смешанный генез
6. Рвота при передозировке сердечными гликозидами имеет
	1. висцеральное происхождение
	2. центральная происхождение
	3. гематогенно-токсический генез
	4. смешанный генез
7. Рвота при менингите имеет
	1. висцеральное происхождение
	2. центральная происхождение
	3. гематогенно-токсический генез
	4. смешанный генез
8. Рвота при гипертоническом кризе имеет
	1. висцеральное происхождение
	2. центральная происхождение
	3. гематогенно-токсический генез
	4. смешанный генез
9. Рвота при опухоли мозга имеет
	1. висцеральное происхождение
	2. центральная происхождение
	3. гематогенно-токсический генез
	4. смешанный генез
10. Рвота при уремии имеет
	1. висцеральное происхождение
	2. центральная происхождение
	3. гематогенно-токсический генез
	4. смешанный генез
11. Рвота при действии психогенных раздражителей (неприятый запах, непрятный вкус) имеет
	1. висцеральное происхождение
	2. центральная происхождение
	3. гематогенно-токсический генез
	4. смешанный генез

12. Рвота центрального происхождения

* 1. возникает на высоте церебральных расстройств (головные боли, головокружения)
	2. возникает на высоте пищеварения (через 0,5 – 1,5 часа после приёма пищи)
	3. возникает на фоне болей в животе
	4. обильная, приносит облегчение
1. Висцеральная рвота
	1. возникает на высоте церебральных расстройств
	2. возникает на высоте пищеварения (через 0,5 – 1,5 часа после приёма пищи)
	3. возникает без предшествующей тошноты
	4. не приносит облегчения
2. Рвота гематогенно-токсического происхождения
	1. возникает на высоте церебральных расстройств (головные боли, головокружения)
	2. обычно возникает на высоте пищеварения (через 0,5 – 1,5 часа после приёма пищи)
	3. сопровождает экзогенные и эндогенные интоксикации, а так же метаболические нарушения
	4. обильная
3. Согласно современной концепции, в понятие «функциональная диспепсия» вкладывается:
	1. нарушение аппетита
	2. расстройства стула
	3. неприятные ощущения (боль, жжение, вздутие, чувство переполнения после приёма пищи, чувство быстрого насыщения), локализуемые в эпигастральной области при отсутствии органического заболевания ЖКТ
	4. метеоризм
4. Непроизвольное выделение из желудка в полость рта газов или жидкого содержимого называется
	1. тошнотой
	2. изжогой
	3. отрыжкой
	4. икотой
5. По механизму возникновения висцеральная боль возникает при
	1. раздражении рецепторов стенок полых органов ЖКТ (спазм, перерастяжение)
	2. возбуждении рецепторов париетальной брюшины
	3. поражении органов, получающих иннервацию из одного сегмента спинного мозга
	4. поражении тканей, формирующих брюшную стенку
6. Перитонеальная (соматическая) боль возникает при
	1. раздражении рецепторов стенок полых органов ЖКТ (спазм, перерастяжение)
	2. возбуждении рецепторов париетальной брюшины
	3. поражении органов, получающих иннервацию из одного сегмента спинного мозга
	4. поражении тканей, формирующих брюшную стенку
7. Отраженные (иррадиирующие, референтные) боли возникают при
	1. раздражении рецепторов стенок полых органов ЖКТ (спазм, перерастяжение)
	2. возбуждении рецепторов париетальной брюшины
	3. поражении органов, получающих иннервацию из одного сегмента спинного мозга
	4. поражении тканей, формирующих брюшную стенку
8. Наиболее характерные свойства висцеральных болей
	1. приступообразный или периодический характер, отсутствие мышечной защиты при пальпации
	2. боли четко локализованы
	3. ощущаются поверхностно на коже
	4. наличие мышечной защиты, положительные симптомы раздражения брюшины
9. Наиболее характерные свойства париетальных болей
	1. больной беспокоен, часто меняет положение тела, ищет положение, в котором боль стихает
	2. приступообразный или периодический характер
	3. боли четко локализованы, носят постоянный характер
	4. отсутствие мышечной защиты при пальпации
10. Наиболее вероятной локализацией патологического процесса в случае жгучих болей за грудиной, возникающих при наклонах туловища вперёд и в горизонтальном положении тела, изжоге и отрыжке кислым является
	1. пищевод
	2. желудок
	3. двенадцатиперстная кишка
	4. тонкий кишечник
11. Острые интенсивные приступообразные режущие боли, купирующиеся теплом – это характерные черты
	1. перитонельных болей
	2. спастических болей
	3. дистензионных болей
	4. отраженных болей
12. Тупые, распирающие, длительные, разлитые боли, не купирующиеся теплом и спазмолитиками – это характерные черты
	1. спастических болей
	2. перитонельных болей
	3. отраженных болей
	4. дистензионных болей
13. Постоянные, нарастающие, усиливающиеся от механического воздействия (кашель, движение, пальпация), сопровождающиеся напряжением мышц и ослабленной перистальтикой – это характерные черты
	1. спастических болей
	2. отраженных болей
	3. перитонельных болей
	4. дистензионных болей
14. Нарушение пищевого поведения, обусловленное резким ограничением количества принимаемой пищи, приводящее к развитию тяжелой недостаточности питания и истощению, называется
	1. булимия
	2. кахексия
	3. анорексия
	4. сомнамбулизм

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

Задача № 1.

 Больная Н., 56 лет, 5 лет назад стала отмечать кожный зуд, постепенно усиливающийся. 2 года назад появилась желтуха, постепенно нарастающая, тяжесть в правом подреберье. В анамнезе перенесенный гепатит В.

Объективно: резко выраженная желтуха, расчесы на коже, ксантелазмы, сосудистые "звездочки" на груди, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, очень плотная, поверхность мелкобугристая, безболезненная при пальпации. Пальпируется увеличенная селезенка.

 1. О каком заболевании можно думать?

 2. Выделите основные синдромы данного заболевания?

 3. Что такое сосудистые звездочки?

 4. Какие факторы предрасполагают к этому заболеванию?

 5. Что такое ксантелазмы?

Задача № 2.

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

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

 1. О каком заболевании можно думать?

 2. Что такое симптом Ортнера?

 3. Почему боли при данном заболевании имеют подобную иррадиацию?

 4. Какие факторы предрасполагают к этому заболеванию?

 5. В каких случаях определяется положительный симптом Курвуазье?

Задача № 3.

 Больная В. 45 лет, вызвала врача "скорой помощи" по поводу интенсивной боли вначале по всему животу, а затем локализовавшейся в правом подреберье. Боль иррадиирует в правое плечо и область правой лопатки. Кроме того, больную беспокоит тошнота, наблюдались двукратная рвота, вздутие живота. Раньше подобных явлений не было. Боль возникла 2 часа назад после езды на машине по неровной дороге. По рекомендации соседки приняла 2 таблетки но-шпы. Интенсивность боли несколько уменьшилась, но спустя некоторое время вновь усилилась, появилась моча темного цвета.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,8° С. Подкожно-жировой слой развит чрезмерно, кожа бледная. Язык суховатый, обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в области правого подреберья и эпигастральной области. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено

 1. О каком заболевании можно думать?

 2. Каковы основные факторы риска развития данной патологии?

 3. Чем объяснить характерную иррадиацию?

 4. Какие изменения со стороны кала будут иметь место при данной патологии?

 5. Назовите возможные осложнения данного заболевания?

**Тема 8.** Основные клинические синдромы при патологии пищеварительной системы.

**Формы текущего контроля успеваемости**

1. Тестирование

2. Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовые задания:** выберите один правильный ответ

1. Механическая желтуха чаще возникает при:

а) желчно-каменной болезни;

б) очаговом поражении печени;

в) дискинезии желчевыводящих путей?

2. При рентгеноскопии пищевода выявлен "дефект наполнения" в нижней трети пищевода, отсутствие нормальной перистальтики, для чего это характерно?

а) эзофагита;

б) рака пищевода;

в) кардиоспазма.

3. При каком заболевании развивается клиника острого живота?

а) язвенном кровотечении;

б) стенозе привратника;

в) перфоративной язве;

г) гастрите.

4. Для надпеченочной (гемолитической) желтухи характерная окраска кожных покровов?

а) оранжево-желтая;

б) зелено-желтая;

в) лимонно-желтая.

5. При каком заболевании желчный пузырь доступен пальпации?

а) гепатит;

б) цирроз печени;

в) водянка желчного пузыря.

6. Для перфорации язвы характерны?

а) опоясывающие боли;

б) "кинжальные" боли;

в) схваткообразные боли.

7. Что характерно для малигнизации язвы?

а) изменение характера болей;

б) неукротимая рвота;

в) высокая желудочная секреция;

г) фебрильная лихорадка.

8. Рвота "кофейной гущей" бывает при?

а) язве желудка;

б) раке толстой кишки;

в) эрозивно-язвенном колите;

г) панкреатите.

9. "Мелена" бывает при?

а) язве желудка;

б) раке толстой кишки;

в) эрозивно-язвенном колите;

г) панкреатите.

10. Показанием для проведения дуоденального зондирования является?

а) гастрит;

б) энтерит;

в) желчно-каменная болезнь;

г) определение вида дискинезии желчевыводящих путей.

11. Рвота пищей, съеденной накануне, характерна для?

а) гастрита;

б) энтерита;

в) панкреатита;

г) стеноза привратника;

д) язвенной болезни желудка.

12. Что такое тенезмы?

а) ложные позывы к акту дефекации;

б) боли спастического характера;

в) позывы на рвоту;

г) запоры.

13. Для гипоацидного состояния характерны?

а) изжога;

б) запоры;

в) поносы;

г) тенезмы.

 14. Для гиперацидного состояния характерны?

а) дисфагия;

б) запоры;

в) поносы;

г) тенезмы.

15. Каков порядок пальпации отделов толстой кишки?

а) слепая, сигмовидная, восходящая, поперечно-ободочная, нисходящая;

б) сигмовидная, слепая, восходящая, нисходящая, поперечно-ободочная;

в) восходящая, поперечно-ободочная, нисходящая, слепая, сигмовидная.

16. "Facies Hyppocratica" характерно для?

а) гастрита;

б) язвенной болезни желудка;

в) желудочно-кишечного кровотечения;

г) перитонита;

д) язвенного колита.

17. Наличие соединительной ткани в кале характерно для?

а) гипоацидного гастрита;

б) гиперацидного гастрита;

в) холецистита;

г) желчно-каменной болезни.

18. Холемия бывает при:

а) гемолитической желтухе;

б) холецистите;

в) механической желтухе;

г) панкреатите?

19. "Сосудистые звездочки" характерны для?

а) цирроза печени;

б) холецистита;

в) панкреатита.

20. Геморрагический синдром при заболеваниях печени является проявле- нием?

а) печеночно-клеточной недостаточности;

б) портальной гипертензии;

в) дискинезии желчевыводящих путей;

г) холангита.

21. Гинекомастия при заболеваниях печени является проявлением?

а) печеночно-клеточной недостаточности;

б) портальной гипертензии;

в) дискинезии желчевыводящих путей;

г) холангита.

22. Спленомегалия при заболеваниях печени является проявлением?

а) печеночно-клеточной недостаточности;

б) портальной гипертензии;

в) дискинезии желчевыводящих путей;

г) холангита.

23. Густопигментированные моча и кал бывают при:

а) надпеченочной желтухе;

б) печеночной желтухе;

в) подпеченочной желтухе?

24. Моча цвета "пива" и обесцвеченный кал бывают при:

а) надпеченочной желтухе;

б) печеночной желтухе;

в) подпеченочной желтухе?

25. Темная моча с желтой пеной и обесцвеченный кал бывают при:

а) надпеченочной желтухе;

б) печеночной желтухе;

в) подпеченочной желтухе?

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

Задача № 1.

 Больная И. 56 лет, кассир. Считает себя больной в течение 3-х лет. Жалобы на снижение аппетита, неприятный вкус во рту, отрыжку, тошноту, ощущение полноты и тяжести в эпигастральной области, склонность к поносам, вздутие живота, питается не регулярно. В желудочном соке:

 Количество Общая кислотность Свободная кислотность

 Базальная секреция:

 12 16 0

 Стимуляция гистамином:

 30 44 0

 30 60 0

 21 50 0

 10 21 0

 Реакция на молочную кислоту отрицательная, пепсин

 отсутствует.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Как называется отсутствие в желудочном соке соляной кислоты и

пепсина?

1. Что такое простой гистаминовый тест?
2. Назовите нормальные показатели общей кислотности при проведении

простого гистаминового теста?

1. Назовите противопоказания для проведения стимуляции гистамином?

3адача № 2.

 Больная К, 42 лет, считает себя больной в течение 2-х лет. Жалобы на ноющие боли, чувство переполнения в эпигастрии, отрыжку съеденной пищей, тошноту, рвоту, плохой аппетит, понос, вздутие живота. Объективно: пониженного питания, тургор кожи снижен, язык влажный, обложен серо-белым налетом, при пальпации умеренная болезненность в эпигастрии. При фракционном исследовании желудочного сока выявлено: общая кислотность -10 - 20 т.е., свободная соляная кислота -0. После введения 0,6 мг гистамина свободная соляная кислота - 0. Реакция на молочную кислоту отрицательная. При гастроскопии - бледность и истонченность слизистой оболочки желудка.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Перечислите нормальные показатели общей соляной кислоты и

свободной соляной кислоты при использовании максимальной стимуляции желудочной секреции гистамином?

1. Назовите противопоказания для проведения стимуляции гистамином?
2. Какая существует подготовка для проведения ФГС?

Задача № 3.

 Больной Б., 55 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на прогрессирующее похудание в течение последних 5 лет на 15 кг, неоформленный обильный стул с остатками непереваренной пищи и капельками жира 3-4 раза в день, вздутие живота.

 С 40 лет на протяжении пяти лет у пациента возникали приступы интенсивных болей в животе, сопровождающиеся рвотой, со временем интенсивность болей стала угасать. С 20 летнего возраста регулярно принимает спиртные напитки в большом количестве.

При осмотре: пониженного питания. Кожные покровы сухие, тургор снижен.

Копрологическое исследование: каловые массы серовато-желтого цвета, неоформленные, мягкой неоднородной консистенции, реакция на стеркобилин – положительная, мышечные волокна, сохранившие исчерченность, нейтральный жир, жирные кислоты, мыла, крахмал.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Укажите основные методы исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
3. Как называется наличие крахмала в кале?
4. Как называется наличие жира в кале?
5. Как называется наличие непереваренных мышечных волокон?

**Модуль N 2 . «Методы исследований при заболеваниях органов мочевыделительной, кроветворной и эндокринной систем».**

**Тема 1.** Методы исследования больных при заболеваниях мочевыделительной и эндокринной систем - расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. Лабораторные и инструментальные методы обследования.

**Формы текущего контроля успеваемости**

1. Тестирование

2. Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**: выберите один правильный ответ

1. Почечная колика возникает при
	1. воспалительных заболеваниях паренхимы почек
	2. воспалительных заболеваниях мочевого пузыря
	3. прохождении камня по мочеточнику
	4. воспалительных заболеваниях паранефрия
2. Ведущим механизмом болевого синдрома при пиелите является
	1. растяжение почечной капсулы при увеличении размеров (набухании) почечной ткани
	2. воспалительный отек слизистой оболочки почечной лоханки и (или. растяжение почечной лоханки из-за затруднения оттока мочи по мочеточнику
	3. спастические сокращения мочеточника
	4. спастические сокращения мочевого пузыря
3. Ведущим механизмом болевого при «застойной почке» (при правожелудочковой недостаточности) является
	1. растяжение почечной капсулы при увеличении размеров (набухании) почечной ткани
	2. воспалительный отек слизистой оболочки почечной лоханки и (или. растяжение почечной лоханки из-за затруднения оттока мочи по мочеточнику
	3. спастические сокращения мочеточника
	4. спастические сокращения мочевого пузыря
4. Ведущим механизмом болевого синдрома при паренхиматозных заболеваниях почек (гломерулонефрит, амилоидоз) является
	1. растяжение почечной капсулы при увеличении размеров (набухании) почечной ткани
	2. воспалительный отек слизистой оболочки почечной лоханки и (или. растяжение почечной лоханки из-за затруднения оттока мочи по мочеточнику
	3. спастические сокращения мочеточника
	4. спастические сокращения мочевого пузыря
5. Ведущим механизмом болевого синдрома при почечной колике является
	1. растяжение почечной капсулы при увеличении размеров (набухании) почечной ткани
	2. воспалительный отек слизистой оболочки почечной лоханки и (или. растяжение почечной лоханки из-за затруднения оттока мочи по мочеточнику
	3. спастические сокращения мочеточника
	4. спастические сокращения мочевого пузыря
6. Ведущим механизмом болевого синдрома при остром пиелонефрите
	1. растяжение почечной капсулы при увеличении размеров (набухании) почечной ткани и воспалительный отек слизистой оболочки почечной лоханки
	2. раздражение болевых рецепторов мочеиспускательного канала
	3. спастические сокращения мочеточника
	4. спастические сокращения мочевого пузыря
7. Почечная колика характеризуется
	1. болевым синдромом в подреберных областях, эпигастрии
	2. болевым синдромом в поясничной области с иррадиацией вниз
	3. болями слабой и умеренной интенсивности
	4. появлением желтухи после приступа
8. Диурез - это
	1. количество мочи, выделяемое в сутки;
	2. термин, объединяющий в себе все расстройства мочеотделения;
	3. изменение (увеличение или уменьшение) образования мочи;
	4. количество мочи, выделяемое в единицу времени;
9. Суточный диурез в норме составляет
	1. 400 – 600мл
	2. 1,0 – 2,0 л
	3. 2,0 – 2,5 л
	4. 100 – 150 мл
10. В норме суточный диурез характеризуется
	1. общим количеством 1 – 2 л,

соотношение дневного и ночного диуреза – 2:1 – 3: 1

* 1. общим количеством 400 – 600 мл,

соотношение дневного и ночного диуреза – 1:4

* 1. общим количеством 2,5 – 3 л,

соотношение дневного и ночного диуреза – 4:1

* 1. общим количеством 100 – 150 мл,

соотношение дневного и ночного диуреза – 2:1

1. Олигоурия – это
	1. появление почечных отеков
	2. уменьшение выделения суточной мочи
	3. повышение артериального давления при гломерулонефрите
	4. верных утверждений нет
2. Полиурия – это
	1. увеличение суточного диуреза свыше 2л
	2. снижение суточного диуреза менее 500 – 700 мл
	3. частое мочеотделение
	4. преобладание дневного диуреза над ночным
3. Полакиурия – это
	1. увеличение количества суточной мочи;
	2. частое мочеиспускание (свыше 6 – 7 раз в сутки);
	3. редкое мочеиспускание;
	4. боль при мочеиспускании;
4. Болезненное мочеиспускание называется
	1. поллакизурией;
	2. странгурией;
	3. ишурией;
	4. никтурией
5. Полное прекращение образования мочи называется
	1. странгурией;
	2. ишурией;
	3. анурией;
	4. никтурией.
6. Невозможность опорожнить мочевой пузырь (задержка мочи) называется
	1. странгурией;
	2. ишурией;
	3. анурией;
	4. никтурией
7. Преобладание ночного диуреза над дневным называется
	1. поллакизурией;
	2. ишурией;
	3. полиурией
	4. никтурией
8. Для нефротического синдрома характерен признак
	1. протеинурия выше 3 г/л;.
	2. протеинурия ниже 3 г/л;
	3. странгурия;
	4. артериальная гипертензия
9. О снижении концентрационной функции почек свидетельствует
	1. гипостенурия
	2. поллакиурия;
	3. ишурия;
	4. протеинурия.
10. Для отеков «почечного» происхождения наиболее характерен признак
	1. локализуются на ногах
	2. локализуются на лице, верхних и нижних конечностях
	3. увеличиваются к вечеру
	4. сопровождаются цианозом
11. Для артериальной гипертензии почечного генеза характерен признак
	1. примерно равнозначное повышение систолического и диастолического давления
	2. кризовое течение артериальной гипертензии
	3. более высокий уровень диастолического давления
	4. почечная недостаточность развивается редко
12. Бледность кожных покровов у больных с хроническими заболеваниями почек обусловлена
	1. железодефицитная анемия
	2. анемия вследствие токсического влияния на костный мозг
	3. анемия вследствие снижения эритропоэтической функции почек
	4. сдавление периферических сосудов отёками
13. Уремия может обуславливать наличие
	1. желтухи
	2. стридорозного дыхания
	3. запаха ацетона изо рта
	4. сопора, комы
14. Для общего анализа мочи собирают
	1. три порции мочи – начальная, средняя и финальная
	2. среднюю порцию утренней мочи 150 – 200 мл
	3. 10 – 15 мл мочи из утренней средней порции после подмывания с антисептиком. в стерильную пробирку мочу собирают в течение суток через каждые 3 часа
	4. мочу собирают в течение суток через каждые 3 часа
15. Свежевыделенная моча здорового человека обычно
	1. прозрачная цвета пива
	2. прозрачная, соломенно- или оранжево-желтая
	3. прозрачная с красноватым оттенком
	4. мутная, цвет не имеет значения
16. В моче здорового человека сахар (глюкоза)
	1. определяется в большом количестве
	2. не превышает 0,1 г/л
	3. может присутствовать в следовых количествах
	4. отсутствует

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

Задача № 1.

 Исследование мочи: Цвет - светло-желтый. Прозрачная. Удельный вес 1010, белок - 270,0 мг/л. Эритроциты 1-2, лейкоциты 16-21 в поле зрения. Бактерии в небольшом количестве (++). Проба Аддиса-Каковского: преобладают лейкоциты над эритроцитами. Выявлены единичные "активные" лейкоциты в мочевом осадке. При проведение пробы на концентрацию установлено, что количество мочи в отдельных порциях колебалось от 60 до 150мл, всего выделено 950мл. мочи, удельный вес отдельных порций: 1007, -1009, -1009 - 1010 - 1011 -1012.

1. О каком патологическом синдроме вы думаете?
2. Какое осложнение развилось?
3. Оцените удельный вес мочи.
4. Назовите лабораторный метод, который необходимо провести при инфекционно-воспалительном заболевании мочевыводящих путей.
5. Основной возбудитель мочевой инфекции.

Задача № 2.

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

 1.О какой патологии вы думаете?

 2.какое осложнение развилось?

 3.оцените диурез.

 4.окрашивание мочи кровью говорит о...

 5.наиболее вероятные показатели азотистого обмена.

Задача № 3.

 Исследование мочи. Цвет красноватый. Запах аммиачный. Прозрачность - мутная, белок 0,033 г/л. Эпителий плоский 7-15. Эритроциты – значительное количество. Бактерии в большом количестве. При проведении 3-х стаканной пробы выявлено, что в 3-м стакане моча окрашена кровью. Проба Зимницкого: количество мочи в отдельных порциях колеблется от 90 до 270 мл, дневной диурез 950мл, ночной 500мл. Колебания удельного веса следующие: 1012-1014-1015-1017 - 1014 -1016 - 1025 - 1014 -1019.

 1.О каком заболевании можно думать ?

 2.Как называется проба 3-х стаканов?

 3.Назовите нормальное соотношение дневного и ночного диуреза?

 4. Оцените концентрационную способность почек.

 5. Оцените суточный диурез.

Задача № 4.

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

 1.О каком синдроме идет речь?

 2.Возможные клинические проявления?

 3.При каких заболеваниях возможно наличие данного синдрома?

 4.Как называется наличие белка в моче?

 5.Как называется повышение количества лейкоцитов в моче?

Задача № 5.

 Больная, 19 лет, обратилась с жалобами на частое, болезненное мочеиспускание, лихорадку до 37,2оС. В ОAM: лейкоциты 15 -20 в п/зр., эритроциты 8-10 в п/зр.

 1.О какой патологии Вы думаете?

 2.Как называется наличие эритроцитов в моче?

 3.С помощью какого анализа можно определить локализацию патологического процесса?

 4.В какой порции мочи будут изменения при данной патологии?

 5.Что необходимо осуществить перед забором ОАМ?

**Тема 2. Основные клинические синдромы при патологии мочевыделительной системы.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

1. Тестирование

2. Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**: выберите один правильный ответ

1. Бактериологическое исследование мочи показано при

 1) гломерулонефрите

 2) пиелонефрите

 3) пневмонии

 4) инфаркте почки

2. Для нефротического синдрома не характерно

 1) отеки

 2) массивная протеинурия

 3) гипопротеинемия

 4) гиперкалиемия

 3. Изменения чашечно-лоханочной системы почек характерны для

 1) пиелонефрита

 2) гломерулонефрита

 3) цистита

 4) уретрита

4. Наиболее распространенным заболеванием почек является

1) инфаркт почки

2) гломерулонефрит

3) пиелонефрит

4) рак почки

5. Ведущее место в этиологии пиелонефрита отводят

1) кишечной палочке, протею

2) стафилококку

3) клебсиелле

4) вирусам.

6. Бактериурия характерна для

1) гломерулонефрита

2) пиелонефрита

3) рака почки

4) амилоидоза почек

7. К развитию хронической почечной недостаточности приводит

1) острый пиелонефрит

2) острый гломерулонефрит

3) геморрагический цистит

4) уретрит.

8. При заболеваниях почек больным рекомендуется диета

 1) диета № 1

 2) диета № 5

 3) диета № 7

 4) диета № 9

9. Ппроба аддиса-каковского является функциональной

1) да

2) нет

3) если проводится с водной нагрузкой

4) если проводится при ограничении приема жидкости

10. Для хронической почечной недостаточности не характерно

1) сухость во рту

2) тошнота, рвота

3) кожный зуд

4) артралгии

11. Для терминальной стадии хронической почечной недостаточности характерны следующие показатели клубочковой фильтрации

1) 80-120 мл/мин

2) 50-60 мл/мин

3) 30-40 мл/мин

4) менее 20 мл/мин

12. При полиурии суточное количество мочи превышает

1) 800 мл

 2) 1500 мл

3) 2500 мл

4) 1000 мл

13. Почки не пальпируют в положении больного

 1) лежа

 2) стоя

 3) лежа и стоя

 4) лежа с полусогнытыми в коленных суставах ногами.

14. Соотношение дневного к ночному диурезу составляет

1) 3 : 1

2) 2 : 1

3) 1 : 1

4) 1 : 2

15. Кетонурия характерна для

1) пиелонефрита

2) сахарного диабета

3) гломерулонефрита

4) мочекаменной болезни

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

Задача № 1.

1. Больная 20 лет. Заболела остро после переохлаждения, был насморк, кашель, боли в горле. В анамнезе частые ОРЗ, ангина. Объективно: Больная бледная, лицо отечное, на туловище отеки. Пульс 62 в мин., ритмичный. I тон на верхушке приглушен. АД 130\80 мм./рт.ст. Печень и почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.
Анализ мочи: уд. вес 1025, реакция щелочная, белок – 3200 мг/л, эритроциты свежие, выщелоченные 25-30 в поле зрения, эпителий почечный — много, цилиндры гиалиновые 8-10 в поле зрения.
Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты 3,8 \* 10 12 \л, лейкоциты – 9,2 \* 10 9 \л, СОЭ – 28 мм в час.
1. Укажите основные синдромы заболевания.

2. Каково значение анамнеза в диагностике заболевания?

3. Имеется ли гематурия у больной?

4. Есть ли необходимость в проведении пробы Зимницкого?

Задача № 2.

 Больной 42 лет жалуется на слабость, снижение аппетита, выраженные отеки, уменьшение мочеотделения. Из анамнеза известно, что в юности страдал каким-то заболеванием почек. В последние 2-3 года при исследовании мочи находили выраженную протеинурию (до 10-12 г/л белка). Отеки появились и стали быстро нарастать в течение последних двух месяцев.
1. О каком синдроме можно думать? Какие дополнительные исследования необходимо провести данному больному?

Задача № 3.

 Больная 40 лет жалуется на слабость, похудание, снижение аппетита, головную боль. Из анамнеза известно, что в юности перенесла острый гломерулонефрит. С 25 лет страдает артериальной гипертензией. К врачу обращалась редко, систематически не лечилась.

1. Нельзя ли жалобы больной связать с патологией почек?

2. О каком синдроме при этом можно думать?

3. Какие дополнительные сведения нужны для постановки диагноза?

**Тема 3.** Основные клинические синдромы при патологии эндокринной системы.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

1. Тестирование

2. Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1.Тестовые задания:** выберите один правильный ответ

1. Внешний вид лица пациента с увеличение размеров носа, скул, надбровных дуг, увеличением языка и наличием межзубных промежутков характерен для
	1. микседемы
	2. лица нефритика
	3. лица при акромегалии
	4. лица при тиреотоксикозе
2. Лицо пациента выражает тревогу, удивление или испуг. Глазные щели расширены, имеется экзофтальм. Данные симптомы характерны для
	1. микседемы
	2. лица нефритика
	3. лица при акромегалии
	4. лица при тиреотоксикозе
3. Лицо пациента выражает апатию, обеднено мимикой, имеются узкие глазные щели, определяются параорбитальные отёки, кожа сухая, бледная, отечная, отмечается выпадение бровей. Данные симптомы характерны для
	1. микседемы
	2. лица нефритика
	3. лица при акромегалии
	4. лица при тиреотоксикозе
4. Клиническими симптомами акромегалии являются
	1. гиперглоссия, спланхомегалия, снижение зрения
	2. крипторхизм, гинекомастии
	3. мегалобластический тип кроветворения, анемия
	4. экзофтальм, тремор
5. Для андроидного типа ожирения характерно
	1. преимущественное отложение жира в области бедер
	2. преимущественное отложение жира в области ягодиц
	3. преимущественное отложение жира в области живота
	4. преимущественное отложение жира в области VII шейного позвонка
6. Абдоминальный тип ожирения у женщин диагностируется при соотношении «объём талии/объём бёдер» (ОТ/ОБ)
	1. менее 0,85
	2. более 0,85
	3. менее 1,0
	4. более 1,0
7. Абдоминальный тип ожирения у мужчин диагностируется при соотношении «объём талии/объём бёдер» (ОТ/ОБ)
	1. менее 0,85
	2. более 0,85
	3. менее 0,9
	4. более 0,9
8. Симптомом тиреотоксикоза является
	1. эмоциональная лабильность, плаксивость
	2. эмоциональная притупленность, апатия
	3. сухая холодная кожа с признаками шелушения
	4. непереносимость холода
9. Симптомом гипотиреоза является:
	1. эмоциональная лабильность, плаксивость
	2. влажная горячая кожа
	3. сухая холодная кожа с признаками шелушения
	4. непереносимость жары
10. Анатомическое образование, служащее ориентиром при пальпации щитовидной железы, – это
	1. перстневидный хрящ
	2. подъязычная кость
	3. срединная щитовидно–подъязычная связка
	4. трахея

 11. При пальпации зоб не больше дистальной фаланги первого пальца кисти больного и не визуализируется при осмотре шеи. Диагностируется увеличение щитовидной железы

* 1. 0 степени
	2. I степени
	3. II степени
	4. нет правильного ответа

12. Пусковым механизмом развития офтальмопатии (отечного экзофтальма) во время тиреотоксикоза является

* 1. лимфостаз
	2. воздействие тиреоглобулина на ретробульбарную клетчатку
	3. воздействие тироксина и трийодтиронина на мышцы орбиты
	4. воздействие антител на ретробурбарную клетчатку и на мышцы орбиты

13. Симптом Штельвага – это

* 1. широкое раскрытие глазных яблок
	2. слабость конвергенции
	3. блеск глаз
	4. редкое мигание

14. Симптом Мёбиуса – это

* 1. широкое раскрытие глазных яблок
	2. слабость конвергенции
	3. блеск глаз
	4. редкое мигание

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

 Задача № 1.

 При осмотре больного С., 47 лет выявлено ожирение с отложением жира на животе, груди, в области лица, при этом наблюдается отсутствие отложения жира на конечностях. Кожные покровы истонченные («пергаментная бумага»), на животе ярко красные стрии.

 1. Для какого заболевания характерна указанная симптоматика?

 2. Какой тип ожирения наблюдается у пациента?

 3. Как называется изменение лица при данной патологии?

 4. Что такое стрии, назовите механизм их образования?

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

Задача № 2.

Больной К., 42 лет обратился к врачу с жалобами на выраженную

слабость, резкое снижение работоспособности. В анамнезе туберкулез

легких. При осмотре обращает на себя внимание гиперпигментация кожных покровов особенно в области лица, шеи, поясничной области, выраженность ладонных линий.

 1.О каком заболевании должен прежде всего подумать врач?

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

 3. Что произойдет с уровнем адренокортикотропного гормона?

 4. Назовите характерные изменения артериального давления при данном заболевании.

 5. Назовите факторы риска развития данного заболевания.

Задача № 3.

 Больная Ю., 51 года жалуется на головные боли, головокружение,

расстройства зрения. Отмечает, что за последний год наблюдается изменение внешности: черты лица стали более грубыми, увеличилась нижняя челюсть, появилась щель между передними зубами. За указанный период нога увеличилась на 2 размера.

 1.О каком синдроме следует думать?

 2. Выработка какого гормона нарушается при данной патологии?

 3. Какие дополнительные методы нужны для уточнения диагноза?

 4. Как называется щель между передними зубами?

 5. Что Вы можете обнаружить при перкуссии сердца, печени?

Задача № 4.

Больная Т., 23 лет жалуется на выраженное сердцебиение, потливость,

снижение массы тела, бессонницу, повышенную раздражительность, плаксивость. В анамнезе частые стрессовые ситуации, мать пациентки оперирована по поводу какого-то заболевания щитовидной железы.

Объективно: пониженного питания, facies basedovica, кожные покровы горячие, бархатистые, наблюдается гипергидроз ладоней. При осмотре шеи – симптом «толстой шеи». Положительные симптомы Грефе, Мебиуса, Крауса.

 1. О каком заболевании идет речь?

 2. Опишите facies basedovica?

 3. Какая степень увеличения щитовидной железы имеет место у данной пациентки?

 4. Дайте характеристику перечисленных глазных симптомов?

 5**.** Какие дополнительные методы необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 5.

Пациентка при росте 165 см весит 90 кг.

 1. Оцените степень ожирения?

 2. Что такое индекс массы тела (ИМТ)?

 3. Назовите нормальные цифры ИМТ.

 4. Какие цифры ИМТ характерны для I ст. ожирения?

 5. Какие цифры ИМТ характерны для I I I ст. ожирения?

**Тема 4. Основные клинические синдромы при патологии системы крови.**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

1. Тестирование

2. Решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1.Тестовые задания:** выберите один правильный ответ

1. Что такое койлонихии?

 а) поперечная исчерченность ногтей;

 б) выпуклость ногтей в виде часовых стекол;

 в) ложкообразные вдавления ногтей;

 г) ломкость ногтей.

2. Для железодефицитной анемии характерны все симптомы, кроме:

 а) сухости кожи, шелушения;

 б) резкой атрофии сосочков языка (гунтеровский глоссит);

 в) гипохромии и микроцитоза?

3. Для тромбоцитопенической пурпуры характерно:

а) снижение числа тромбоцитов в периферической крови;

б) повышение числа тромбоцитов в периферической крови;

в) наличие бластных клеток в периферической крови?

4. При наличии какого признака диагноз острого лейкоза становится очевидным?

 а) анемия;

 б) язвенно-некротические поражения;

 в) увеличение лимфоузлов;

 г) бластемия в периферической крови;

 д) геморрагии.

5. У 32-летней женщины с маточными кровотечениями при фибромиоме матки развилась анемия с уровнем гемоглобина 80 г/л, СОЭ = 60 мм/час. В крови гипохромия, микроцитоз. Наиболее вероятный диагноз?

а) пернициозная анемия Аддисона-Бирмера;

б) железодефицитная анемия;

в) гемолитическая анемия.

6. Какие положения, касающиеся хронического лимфолейкоза, неверны?

 а) лимфоузлы эластично-тестоватой консистенции;

 б) размеры лимфоузлов могут достигать величины куриного яйца;

 в) лимфатические узлы при значительном увеличении изъязвляются и нагнаиваются.

7. Для эритремии характерны все жалобы, кроме:

 а) головная боль, шум в ушах;

 б) снижение памяти;

 в) кожный зуд;

 г) боли в горле;

 д) боли в животе?

8. Лейкемоидная реакция характерна для:

 а) острого лейкоза;

 б) хронического лейкоза;

 в) воспалительного процесса или очага некроза?

9. При каком заболевании из нижеперечисленных могут быть обнаружены клетки Боткина-Гумпрехта?

а) острый миелобластный лейкоз;

б) хронический миелолейкоз;

в) хронический лимфолейкоз;

г) хроническая железодефицитная анемия.

10. Для какого заболевания крови характерен лейкемический провал?

 а) анемия;

 б) хронический лейкоз;

 в) острый лейкоз;

 г) полицитемия;

 д) воспалительная реакция крови.

11. Появление в крови эритроцитов разной величины носит название?

а) пойкилоцитоз;

б) анизоцитоз;

в) микроцитоз.

12. Снижение количества ретикулоцитов отмечается при всех заболеваниях, кроме:

а) хроническая железодефицитная анемия;

б) лейкоз;

в) апластическая анемия;

г) острая постгеморрагическая анемия?

13. При тромбоцитопенической пурпуре:

а) удлиняется продолжительность кровотечения:

б) уменьшается время кровотечения?

14. Эозинофилия в периферической крови характерна для всех заболеваний, кроме:

а) бронхиальная астма;

б) глистные инвазии;

в) эозинофильный лейкоз;

г) острый гломерулонефрит?

15. Какой признак не характерен для В12-дефицитной анемии?

 а) увеличение цветового показателя;

 б) ускорение СОЭ;

 в) макроцитоз;

 г) снижение количества эритроцитов;

 д) цветовой показатель не изменяется.

16. "Извращение вкуса" характерно для:

 а) В12-дефицитной анемии;

 б) железодефицитной анемии;

 в) гемолитической анемии?

17. Тельца Жолли и кольца Кебота характерны для:

а) хронического лимфолейкоза;

б) В12-дефицитной анемии;

в) железодефицитной анемии?

18. Физиологический лейкоцитоз наблюдается в перечисленных случаях, кроме:

а) после приема пищи;

б) при сгущении крови;

в) при анемии?

19. Сдвигом лейкоцитарной формулы влево называется?

а) нейтропения;

б) лимфоцитопения;

в) появление молодых незрелых форм нейтрофилов в крови.

20. Повышение уровня ретикулоцитов в крови характерно для:

а) хронической кровопотери;

б) острой кровопотери;

в) апластической анемии?

21. Под термином лимфоаденопатия подразумевают:

а) лейкозную инфильтрацию лимфатических узлов;

б) лимфоцитоз в периферической крови;

в) высокий лимфобластоз в стернальном пунктате;

г) увеличение лимфоузлов?

22. Для железодефицитной анемии характерно:

а) гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате;

б) гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты;

в) гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;

г) гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки?

23. Для диагностики В12-дефицитной анемии достаточно выявить:

а) гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию;

б) гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и атрофический гастрит;

в) гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию с определением в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота;

г) гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и мегалобластичес-кий тип кроветворения?

24.У б-го 14 лет с детства гематомы и носовые кровотечения после травм. При поступлении: после физкультуры боли в коленном суставе, его увеличение, движения ограничены. Диагноз?

а) тромбоцитопатия;

б) тромбоцитопения;

в) гемофилия.

25. Укажите характерный признак апластической анемии:

а) гипохромия эритроцитов;

б) анизо-пойкилоцитоз;

в) макроцитоз эритроцитов;

г) панцитопения;

д) повышение уровня железа в сыворотке крови?

26. При хроническом лимфолейкозе часто встречаются?

 а) спленомегалия;

 б) лимфоаденопатия;

 в) клетки лейколиза;

 г) все перечисленное;

 д) ничего из перечисленного.

**2. Типовые проблемно-ситуационные задачи**

Задача № 1.

У 32-летней женщины с маточными кровотечениями при фибромиоме матки развилась анемия с уровнем гемоглобина 80 г/л, СОЭ = 60 мм/час. В крови гипохромия, микроцитоз.

 1.Наиболее вероятный диагноз?

 2.Назовите нормальные цифры эритроцитов для женщин.

 3.Какие изменения слизистых оболочек характерны для данной патологии?

 4.Что такое микроцитоз?

 5. Что такое гипохромия?

Задача № 2.

Больной К.,25 лет, жалуется на боли в горле при глотании, кровоточивость десен, слабость, потливость, болен в течение 2 недель. Бледен, пальпируются умеренно увеличенные переднешейные и заднешейные лимфоузлы. Зев гиперемирован, отмечаются язвенно-некротические налеты на миндалинах, десны разрыхлены. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Температура 37,3°С. В крови: Нb-70 г/л, лейкоциты - 10 тыс., бластные клетки - 76 %, СОЭ - 27 мм/час.

 1. Выделите основной патологический синдром?

 2. Дайте характеристику лимфоузлов при данной патологии.

 3. Что такое лейкемический провал?

 4.Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

 5. Чем можно объяснить наличие анемии при данной патологии?

Задача № 3.

Больной К., 49 лет, жалуется на головные боли, шум в ушах, одышку при физической нагрузке. При осмотре кожные покровы красно-вишневого цвета, особенно в верхней половине туловища. Инъекция склер. Умеренное увеличение печени и селезенки. Болезненность при поколачивании плоских костей. АД 150/100 мм рт. ст.

 1.Ваше предположение о заболевании ?

 2.Какие изменения в ОАК характерны для данной патологии?

 3.Почему наблюдается болезненность при поколачивании плоских костей?

 4. Какие осложнения характерны для данного заболевания?

 5. Что такое эритроцитоз?

Задача № 4.

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

 1. Каков основной патологический синдром?

2. Назовите нормальные цифры гемоглобина для мужчин?

 3. О чем свидетельствует положительный анализ кала на скрытую кровь?

 4. Как осуществить подготовку больного для исследования кала на скрытую кровь?

 5. Что такое пойкилоцитоз?

Задача № 5.

 Больной И, 63 года, жалобы на похудание, слабость, одышку. Выявлено увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Последние безболезненны, подвижны. Анализ крови: Нв - 82 г/л, эритроциты -3,7 млн., лейкоциты - 117 тыс., лимфоциты - 62%, преимущественно зрелые формы. СОЭ - 19 мм/час.

 1. Каков основной патологический синдром?

2. Назовите возможные этиологические факторы заболевания?

 3. Что такое тени Боткина-Гумпрехта?

 4. Возможно ли при данном заболевании нагноение лимфоузлов?

 5. Есть ли у данного больного лейкемический провал?

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

Текущий фактический рейтинг максимально 70 баллов складывается из суммы баллов, набранных в результате рубежного контроля успеваемости по каждому модулю дисциплины, который проводится в письменной форме по заданиям. Оценка рубежного контроля проводится в баллах за каждое контрольное задание: тестовый контроль, ответы на контрольные теоретические вопросы, решение проблемно-ситуационных задач.

1. **Тестовый контроль** максимально 20 баллов – 20 тестовых заданий

**2. Ответы на контрольные теоретические вопросы** максимально 20 баллов – 10 теоретических вопросов (1 вопрос максимально 2 балла):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Критерии оценивания ответа на теоретический вопрос** | **Балл в 2-балльной системе** |
|  | Ответ, показывает прочные знания изучаемого материала, дан полный развернутый ответ с демонстрацией терминов и понятий, примерами  | 2 |
|  | Недостаточно полный и четкий ответ на поставленный вопрос, допущены ошибки в ответе, студент показывает недостаточное понимание терминов и понятий. | 1 |
|  | Содержание ответа не соответствует заданному вопросу, либо отсутствует | 0 |

**3. Решение проблемно-ситуационных задач** максимально 20 баллов – 5 проблемно-ситуационных задач (4 балла максимально за одну задачу):

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценки** |
| **Решение проблемно-ситуационных задач** | **4 балла** выставляется, если обучающийся дал правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимыми схематическими изображениями и демонстрацией практических умений, с правильным и свободным владением терминологией, ответы на дополнительные вопросы верные и четкие. |
| **3 балла** выставляется, если обучающийся дал правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, в схематических изображениях и демонстрациях практических действий.  |
| **2 балла** выставляется, если обучающийся дал правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрации практических умений |
| **1 балл –** в ответе на вопрос задачи допущено значительное количество ошибок, ход ее решения краткий, не последовательный, не демонстрируется логическое мышление, неверная демонстрация практических умений. |
| **0 баллов** выставляется, если обучающийся дал неправильный ответ на вопрос задачи или решение задачи отсутствует полностью. |
| По данной системе оценивается каждая ситуационная задача, затем результаты суммируются и делятся на количество задач. Получаем средний балл за решение ситуационных задач. |

**За своевременность выполнения заданий** – 5 баллов

**За правильное оформление работы** – от 0 до 5 баллов

Текущий стандартизованный рейтинг (Ртс) выражается в баллах по шкале от 0 до 70 и вычисляется по формуле

 Ртс = (Ртф\*70)/ макс.(Ртф), где

 Ртс – текущий стандартизованный рейтинг,

 Ртф – текущий фактический рейтинг,

 Макс. Ртф – максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине (модулю).

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме зачета в информационной системе ОрГМУ.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

 Обучающийся может набрать максимально по зачетному рейтингу 30 баллов.

 Оценка зачетного тестирования проводится по следующим критериям:

100 – 96% - 30 баллов

91 – 95 % - 26 баллов

86 – 90 % - 22 баллов

81 – 85% - 20 баллов

76 – 80% - 18 баллов

71 – 75% - 15 баллов.

 Если результат зачетного тестового контроля менее 71% и значение зачетного рейтинга менее 15 баллов, то дисциплина считается не освоенной и по результатам промежуточной аттестации выставляется «не зачтено»

 Обучающийся имеет возможность получить дополнительно **бонусные баллы (самостоятельная работа) -**  максимально 5 баллов, которые выставляются за выполнение следующей работы:

1. Составление тестовых заданий по теме дисциплины – 1 балл

2. Оригинальность (индивидуальность) работы – 3 балла

3. Создание презентации по теме дисциплины – 1 балл.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Последовательность обследования больного.

2. Положения больного. Варианты вынужденного положения. Диагностиче-

ское значение.

3. Сознание больного. Виды нарушения сознания.

4. Типы лихорадки и их диагностическое значение.

5. Перкуссия как метод объективного обследования больного. Физические

основы, виды, история развития.

6. Аускультация как метод объективного обследования больного. История.

Виды и правила аускультации.

7. Формы грудной клетки в норме и при патологии. Диагностическое значе-

ние.

8. Типы дыхания в норме и при патологии. Типы одышки. Диагностическое

значение.

9. Виды нарушения ритма дыхания. Механизмы. Диагностическое значение.

10. Отеки. Механизмы образования. Разновидности. Отличие почечных

отеков от сердечных.

11. Диагностическое значение исследования кожи, слизистых оболочек, под-

кожной клетчатки.

12. Основные жалобы при патологии органов дыхания. Механизмы.

Диагностическое значение.

13. Диагностическое значение осмотра при патологии органов дыхания.

14. Голосовое дрожание и бронхофония. Механизмы возникновения.

Методики определения. Диагностическое значение изменений.

15. Диагностическое значение изменений перкуторного звука над легкими.

16. Основные дыхательные шумы. Механизмы образования. Изменения

основных дыхательных шумов и их диагностическое значение.

17. Побочные дыхательные шумы. Механизмы образования.

Диагностическое значение.

18. Дифференциальная диагностика побочных дыхательных шумов.

19. Дополнительные методы обследования при патологии органов дыхания.

20. Синдром полости в легком. Причины. Клиника. Диагностика.

21. Синдром скопления жидкости в плевральной полости. Причины.

Клиника. Диагностика.

22. Синдром скопления воздуха в плевральной полости. Причины. Клиника.

Диагностика.

23. Эмфизема легких. Причины. Механизмы развития. Клиника.

Диагностика.

24. Синдром ателектаза. Причины. Клиника. Диагностика.

25. Синдром уплотнения легочной ткани. Причины. Механизмы. Клиника.

Диагностика.

26. Синдром бронхиальной обструкции. Причины. Механизмы. Клиника.

Диагностика.

27. Синдром дыхательной недостаточности. Причины. Разновидности. Кли-

ника. Диагностика.

28. Бронхиальная астма. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Принципы

лечения.

29. Бронхоэктатическая болезнь. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.

Принципы лечения.

30. Абсцесс и гангрена легких. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.

Принципы лечения.

31. Сухой и экссудативный плеврит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.

Принципы лечения.

32. Очаговая пневмония. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Принципы

лечения.

33. Крупозная пневмония. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Принципы

лечения.

34. Основные жалобы при патологии органов кровообращения. Механизмы.

Диагностическое значение.

35. Диагностическое значение осмотра больных при патологии сердечно-

сосудистой системы.

36. Артериальное давление. Методы определения. Нормальные показатели.

Диагностическое значение.

37. Диагностическое значение пальпации области сердца.

38. Диагностическое значение пальпации пульса и его характеристики.

39. Места проекции клапанов на переднюю поверхность грудной клетки и

места их наилучшего выслушивания. Механизмы образования тонов сердца.

Отличие 1-го тона от 2-го.

40. Изменения звучности тонов в различных точках аускультации в норме и

при патологии.

41. Механизмы и диагностическое значение раздвоения и расщепления тонов

сердца в различных точках.

42. Ритмы "галопа", "перепела", эмбриокардия, маятникообразный ритм.

Механизмы образования. Диагностическое значение.

43. Механизмы возникновения, разновидности и диагностическое значение

шумов сердца.

44. Дифференциальная диагностика функциональных и органических шумов

сердца.

45. Внесердечные шумы. Механизмы образования. Диагностическое

значение.

46. ЭКГ. Методика регистрации. Отведения. План расшифровки ЭКГ. Анализ

нормальной ЭКГ.

47. Клинико-электрокардиографическая диагностика атриовентрикулярной

блокады.

48. Клинико-электрокардиографическая диагностика блокады ножек пучка

Гиса.

49. Клинико-электрокардиографическая диагностика экстрасистолии.

50. Клинико-электрокардиографическая диагностика мерцания и трепетания

предсердий и желудочков.

51. Клинико-электрокардиографическая диагностика пароксизмальной

тахикардии.

52. ЭКГ-диагностика острой и хронической коронарной недостаточности.

Функциональные электрокардиографические пробы.

53. Синдром артериальной гипертензии. Этиопатогенез. Классификация.

Клиника. Диагностика.

54. Синдром недостаточности кровообращения. Механизмы развития.

Классификация. Клиника. Диагностика.

55. Недостаточность митрального клапана. Причины, гемодинамика.

Клиника. Диагностика.

56. Стеноз митрального отверстия. Причины. Гемодинамика. Клиника. Диаг-

ностика.

57. Недостаточность аортальных клапанов. Причины. Гемодинамика.

Клиника. Диагностика.

58. Стеноз устья аорты. Причины. Гемодинамика. Клиника. Диагностика.

59. Недостаточность трехстворчатого клапана. Причины. Гемодинамика.

Клиника. Диагностика.

60. Синдром острой и хронической коронарной недостаточности. Причины.

Механизмы развития. Клиника. Дмагностика.

61. Синдром жидкости в перикардиальной полости. Причины. Механизмы

развития. Клиника. Диагностика.

62. Констриктивный перикардиальный синдром. Причины. Механизмы

развития. Клиника. Диагностика.

63. Синдром легочной гипертензии и легочного сердца. Причины.

Механизмы развития. Клиника. Диагностика.

64. Ревматизм. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения и

профилактики.

65. Бактериальный эндокардит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.

Принципы лечения.

66. Стенокардия. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика.

Принципы лечения.

67. Инфаркт миокарда. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Принципы ле-

чения.

68. Дополнительные методы обследования при патологии органов

кровообращения.

69. Основные жалобы при патологии органов пищеварения. Механизмы.

Диагностическое значение.

70. Пальпация живота (поверхностная и глубокая). Диагностическое

значение.

71. Дополнительные методы обследования при патологии органов

пищеварения.

72. Синдром желтух. Причины. Механизмы развития. Клиника. Диагностика.

Разновидности.

73. Синдром портальной гипертензии. Причины. Механизмы развития. Кли-

ника. Диагностика.

74. Синдром печеночной недостаточности. Причины. Механизмы развития.

Клиника. Методы диагностики.

75. Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Причины. Механизмы развития. Клиника. Диагностика.

76. Энтеральный синдром. Причины. Механизмы развития. Клиника. Диагно-

стика.

77. Гипоацидный и гиперацидный желудочный синдром. Причины. Клиника.

Диагностика.

78. Синдром кровотечения из желудка и кишечника. Причины. Механизмы

развития. Клиника. Диагностика.

79. Колитический синдром. Причины. Механизмы развития. Клиника.

Диагностика.

80. Синдром диспепсий. Причины. Механизмы развития. Клиника.

Диагностика.

81. Хронические гепатиты. Этиопатогенез. Класиификация. Клиника.

Диагностика. Принципы лечения.

82. Циррозы печени. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.

Принципы лечения.

83. Язвенная болезнь. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Принципы ле-

чения.

84. Хронический гастрит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника.

Диагностика. Принципы лечения.

85. Хронический холецистит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.

Принципы лечения.

86. Хронический панкреатит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.

Принципы лечения.

87. Методы обследования больных при патологии мочевыделительной

системы.

88. Синдром почечной недостаточности. Причины. Механизмы развития.

Клиника. Диагностика.

89. Нефротический синдром. Причины. Механизмы развития. Клиника.

Диагностика.

90. Синдром почечной гипертензии. Причины. Механизмы развития.

Клиника. Диагностика.

91. Хронический пиелонефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Прин-

ципы лечения.

92. Острый и хронический гломерулонефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диаг-

ностика. Принципы лечения.

93. Диагностическое значение сбора жалоб и проведения осмотра при

заболеваниях эндокринных органов.

94. Методы обследования при патологии эндокринных органов.

95. Сахарный диабет. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Принципы

лечения.

96. Диффузный токсический зоб. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.

Принципы лечения.

97. Диагностическое значение сбора жалоб и проведения осмотра при

заболеваниях системы крови.

98. Методы обследования больных при заболеваниях крови.

99. Анемии. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Прин-

ципы лечения.

100. Лейкозы. Классификация. Клиника. Диагностика.

101. Геморрагические диатезы. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.\_\_

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Задача № 1**
Пришедшая на прием больная С. 16 л. жалуется на приступы удушья, при занятиях физкультурой на улице, во время которых резко затруднен выдох. Приступы удушья продолжаются 20-25 мин и постепенно затихают. Вне приступов чувствует себя здоровым.
Для какого заболевания наиболее характерна полученная информация?
А) Острой пневмонии.
Б) Бронхиальной астмы.
В) Острого бронхита.
Г) Хронического бронхита.
Д) Туберкулеза.

**Задача № 2**Больной И. 45 л. поступил с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, приступы кашля, изредка с выделением небольшого количества светло-желтой мокроты с прожилками крови, наблюдаемой преимущественно по ночам. Дважды во время приступов кашля наблюдалось кровохарканье с последующим легочным кровотечением.
Кроме того, больного беспокоят слабость, недомогание, понижение аппетита, снижение веса, незначительная лихорадка по вечерам.
Для какого заболевания наиболее характерна полученная информация?
А) Острой пневмонии.
Б) Бронхиальной астмы.
В) Острого бронхита.
Г) Хронического бронхита.
Д) Туберкулеза.
1.Б
2. Д

**Задача № 3**
Больной К. 46 лет обратился с жалобами на сжимающие боли за грудиной при подъеме на второй этаж, быстрой ходьбе при прохождении 600-700 метров, длятся несколько минут, проходят в покое. Появление данных болей отмечает впервые.
У больного может быть:
А) Стенокардия напряжения I ФК.
Б) Стенокардия напряжения II ФК.
В) Стенокардия напряжения III ФК.
Г) Стенокардия напряжения IV ФК.

**Задача № 4**
У больного Ф. 48 лет, госпитализированного в стационар с впервые возникшей стенокардией напряжения, появились сильные распирающие головные боли. Больной отмечает связь болей с приемом лекарств.
Какие лекарственные средства могут вызвать данные жалобы:
А) Ацетилсалициловая кислота.
Б) β- адреноблокаторы.
В) Нитраты.
Г) Антагонисты кальция.
Д) Ингибиторы АПФ.

**Задача № 5**
У больной Р. 52 лет диагностирован острый инфаркт миокарда, на фоне которого развилась частая желудочковая экстрасистолия. На мониторе периодически появляются ранние экстрасистолы. В отведениях I, aVL, V1-3 зубцы QS и подъем SТ выше изолинии более 2мм.
Какой локализации и глубины поражения инфаркт миокарда?

**Задача № 6**
При медицинском осмотре на предприятии  у обследуемого С.  32 лет артериальное давление оказалось равным 135/85 мм рт. ст.
Такой уровень АД является:
А) Оптимальным.
Б) Нормальным.
В) Повышенным нормальным.
Г) Пограничной артериальной гипертонией.

Ответы:

3. Б
4. В
5. трансмуральный, передний инфаркт миокарда
6. В

**Задача № 7**
Больная С. 37 лет жалуется на общую слабость, потерю веса, урчание в верхней части живота, периодическую рвоту. В рвотных массах иногда обнаруживаются остатки пищи, съеденной накануне. При пальпации живота в эпигастральной области наблюдается урчание, при перкуссии шум плеска.
Этот симптомокомплекс наиболее вероятен при наличии:
А) Непроходимости кишечника.
Б) Хронического гастрита.
В) Гиперсекреции и гиперацидности желудочного сока.
Г) Стеноза привратника.

**Задача № 8**
Больного П., 45 лет, беспокоит отрыжка воздухом, иногда "тухлым яйцом", тошнота, ощущение тяжести в подложечной области. Объективно: в области желудка разлитая нерезкая болезненность. При фракционном исследовании желудочного сока обнаружено отсутствие свободной соляной кислоты во всех порциях, резко понижена общая кислотность, после введения гистамина кислотность не увеличилась. Секреторная функция желудка понижена.
О каком заболевании мог подумать врач?
А) Хронический анацидный гастрит.
Б) Язвенная болезнь.
Какие исследования можно провести для уточнения диагноза?
В) Фиброгастродуоденоскопия.
Г) Эндорадиозондирование.
Д) PH – метрия.

**Задача № 9**
 Больной жалуется на рвоту, которая наступает вскоре после начала приема пищи. Рвота возникает внезапно без предшествующей тошноты. Рвотные массы состоят из непереваренной, неизмененной пищи нейтральной реакции.
У больного было:
А) Срыгивание.
Б) Регургитация.
В) Руминация.
Г) Пищеводная рвота.
Д) Желудочная рвота.
е) Невроз желудка.

**Задача № 10**
Больной К. 42 лет жалуется на рвоту, которая чаще наблюдается утром натощак. Рвотные массы кислые, светлые, содержат много слизи. Остатков съеденной накануне пищи не содержат.
Для какого заболевания характерна такая рвота?
А) Язвенная болезнь.
Б) Атрофический гастрит.
В) Невроз желудка.
Г) Алкогольный гастрит.
Д) Рак желудка.
Ответы:

7. Г
8. А, В, Д
9. Г
10. А
**Задача № 11**
 Пальпируя живот, врач обнаружил какое-то образование продолговатой формы с закругленными краями, смещаемое в обе половины живота. Что нужно сделать для исключения нефроптоза?
А) Урография.
Б) Цистоскопия.

**Задача № 12**
 У больного повышенное кровяное давление, слабо положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон, в моче повышено количество белка, много выщелоченных эритроцитов, единичные зернистые цилиндры и единичные клетки почечного эпителия. Можно ли предположить поражение почечных клубочков?
А) Да.
Б) Нет.
Какое давление в этом случае будет особенно высоким?
В) Систолическое.
Г) Диастолическое.

**Задача № 13**

 У больного с выраженными отеками на лице врач определил повышенное кровяное давление, особенно диастолическое, окулист на глазном дне обнаружил явления нейроренита.
О каком генезе гипертензии можно думать в данном случае?
А) Сердечный.
Б) Почечный.

**Задача № 14**
 Больной М., 42 лет, вызвал врача на дом и предъявил следующие жалобы: в течение последнего месяца его беспокоят сильные головные боли и кожный зуд, боли в области желудка, тошнота, рвота и жидкий стул, иногда с кровью. Из анамнеза удалось выяснить, что много лет страдает каким-то заболеванием почек.
Объективно: на коже рук, грудной клетки видна петехиальная сыпь и признаки расчесов, кожа сухая, у корня волос беловатая пыль, изо рта запах аммиака. В области сердца выслушивается шум трения перикарда, шумное дыхание Куссмауля. Живот болезненный при пальпации по ходу толстого кишечника и в эпигастральной области, в сыворотке крови содержится 29,9 ммоль/л мочевины (анализ сделан 4 дня назад). Что должен заподозрить врач?
Ответы:

11. А
12. А, Д
13. Б
14. Можно заподозрить уремию, которая чаще всего является следствием хронического нефрита в его терминальной стадии

**Задача № 15**
 Больному С., сделан общий анализ крови, какому заболеванию крови наиболее характерны  полученные показатели?
Общий анализ крови:
Эритроциты 2,1x1012 /л
Гемоглобин 95 г/л
Цветовой показатель 1,25
Лейкоциты 3,7x109 /л
Эозинофилы 2
Базофилы 1
Юные 0
Палочкоядерные 5
Сегментоядерные 57
Лимфоциты 28
Моноциты 8
Тромбоциты 345x109 /л
СОЭ 17 мл/ч
Ретикулоциты 1,6 %
Мегалоциты ++
Тельца Жолли +
Кольца Кебота +
Показатели данного общего анализа крови наиболее вероятны при наличии:
А) Гемолитической анемии.
Б) Железодефицитной анемии.
В) Витамин В12 – дефицитной анемии.
Г) Лейкоза.
Д) Геморрагического диатеза.

**Задача № 16**
Проявлениями миеломной болезни могут быть все кроме:
А) Протеинурия.
Б) Остеопороз грудного отдела позвоночника.
В) Гиперпротеинемия.
Г) Абсолютного лимфоцитоза в крови.
Д) Инфекционные осложнения вследствие иммунодефицита.

**Задача № 17**
У больной К. 57 лет в общем анализе крови обнаружены следующие данные, больная в течении 5-ти дней получает витамин В12  в дозе 500 мкг:
Эритроциты 2,6 x1012 /л
Гемоглобин 88 г/л
Цветовой показатель 1,2
Лейкоциты 3,4x109
Тромбоциты 146x109 /л
Ретикулоциты 40 %
СОЭ 12 мл/ч
В пользу В12 - дефицитной анемии в данном случае могут свидетельствовать:
А)  Лейкопения.
Б)  Высокий цветовой показатель.
В)  Ретикулоцитоз после назначения витамина В12.
Г)  Тромбоцитопения.

**Задача № 18**
При проведении дифференциальной диагностики железодефицитных анемий и анемий, связанных с нарушением синтеза гемма основным дифференциально-диагностическим признаком является:
А)  Выраженность анемии.
Б)  Возраст больных.

В)  Сывороточное железо.
Г)  Размеры селезенки.
Д) Цветной показатель.
 **Задача № 19**
 Больная 40 лет, впервые обратилась с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, появление кровоподтеков на теле без  видимых причин, также отмечает обильные менструации. Вышеперечисленные жалобы появились в течение 3-х месяцев. При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные с петехиями и подкожными гематомами, периферические лимфатические узлы не увеличены. Выслушивается систолический шум во всех точках, артериальное давление 100/60 мм.рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: эрит.- 2,3×1012/л,  Hb – 80 г/л, лейк. – 2,1×109/л, тромб. – 35,0×109/л, ретикулоциты – 0,2 %, СОЭ – 38 мм/час.
Какая наиболее вероятная причина панцитопении, какие изменения будут в миелограмме?
Ответы:

15. В
16. Г
17. В
18. В
19. Апластическая анемия в миелограмме будет ацеллюлярный костный мозг, отсутствие бластов.

**Задача № 20**
 Больная И., 67 лет. Жалуется на сердцебиение, перебои, иногда боль в области сердца, одышку, отеки на ногах. В течение 2 лет наблюдалась и лечилась в поликлинике по поводу ИБС. За последнее время резко похудела.
Объективно: общее состояние тяжелое, больная пониженного питания, суетлива, кожа влажная. Крупный тремор рук. Щитовидная железа II степени увеличения, пальпируется при глотании, плотная. Глазных симптомов нет. Тоны сердца громкие. Мерцательная аритмия. Пульс - 120 в мин. АД - 160/60 мм рт. ст. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см, пастозность голеней.

А) Каков основной патологический синдром?.
Б) Какие показатели Т3, Т4, ТТГ ожидаются?
 **Задача № 21**
 Больная С., 35 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость,
зябкость, головные боли, выпадение волос, сухость кожных покровов. Считает себя больной в течение года. Было сильное маточное кровотечение, после родов менструации не возобновились, ребенка не кормила из-за отсутствия молока.
Объективно: равномерное ожирение, кожа сухая, бледная, щитовидная железа не пальпируется. Пульс - 55 в мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены.
А) Как оценить большинство симптомов?
Б) Каков основной патологический синдром?, учитывая анамнез после родов?
В) Вероятная причина?
 **Задача № 22**
Больная 30 лет, заметила в области шеи образование округлой формы. За 3 месяца оно несколько увеличилось. Других жалоб нет предъявляет. При исследовании со стороны внутренних органов изменений не выявлено.
Объективно: удовлетворительного питания, тремора рук нет. В области щитовидной железы (в левой доле) пальпируется узел 2х2 см, плотный, подвижный, безболезненный. Лимфоузлы не увеличены. Антитела к тиреоглобулину в крови не определяются. Содержание в крови Т3, Т4, ТТГ в пределах нормы.
А) Каков патологический синдром?
Б) Оцените функциональное состояние щитовидной железы по данным клиники.
В) Определите объем дополнительных исследований, необходимых для установления окончательного диагноза. Оцените их диагностическую ценность.

**Задача № 23**
Больная 40 лет, поступила с жалобами похудания за год около 10 кг, субфебрилитет, сердцебиения.
При осмотре:  температура – 37,1°С, пониженного питания. Симптомы Штельвага, Грефе, Мебиуса - положительные. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия, систолический шум на верхушке. Пульс - 120 в минуту. АД - 160/95 мм рт. ст.
А) Предположительное заболевание и его обоснование?
Б) Чем обусловлены тахикардия и подъем АД?
В) Методы исследований необходимые для подтверждения диагноза?
Г) Какое лечение показано?
Д) Чего не хватает в описании объективных данных?

20. А. Диффузный токсический зоб II стадии, токсическое поражение сердца, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения.
Б. Повышение Т3, Т4, снижение ТТГ.
21. А. Как проявление гипотиреоза.
Б. Гипофизарная недостаточность.
В. Кровоизлияние в гипофиз или его аденома.
22. А. узловой зоб.
Б. Эутиреоз, т.е. нет клинических признаков нарушения функции щитовидной железы.
В. УЗИ щитовидной железы, пункционная биопсия.
23. А. Тиреотоксикоз средней степени тяжести.
Б. Активацией симпатико-адриналовой системы.
В. Исследование уровня ТТГ, Т3, Т4, УЗИ щитовидной железы.
Г. Мерказолил, β-блокаторы.
Д. Описание состояния щитовидной железы.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета.

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ № 1**

1. Anamnesis morbi -это:

.жилищно-бытовым условиям

.месту жительства больного

история развития настоящего заболевания

вредным привычкам

общебиографическим сведениям

2. Anamnesis vitae –это:

когда началось настоящее заболевание

как началось заболевание

какие проводились исследования

какое проводилось лечение

сведения о жизни больного в разных его периодах

3.Состояние комы -это?

больной сонлив, но на вопросы отвечает

больной на вопросы отвечает с опозданием

больной сонлив

 больной сонлив, на вопросы отвечает при громком окрике

больной глубоко спит, на внешние раздражители не отвечает

4. Положение ортопноэ больной принимает для:

уменьшения тяжести одышки

уменьшения болей

уменьшения периферических отёков

уменьшения асцита

улучшения отхождения мокроты

5. Телосложение бывает:

избыточным

.активным

правильным

пассивным

вынужденным

6. Анасарка –это:

массивных, распространенных отеков

отёков в поясничной области

свободной жидкости в брюшной полости

свободной жидкости в перикарде

свободной жидкости в плевральной полости

7. Синюшное окрашивание кожи (цианоз) обусловлено:

гипоксией

гемолизом эритроцитов

спазмом сосудов

нарушением выделения печенью билирубина

избытком меланина

8. Желтушное окрашивание кожи обусловлено:

гипоксией

гемолизом эритроцитов

спазмом сосудов

атонией сосудов

избытком меланина

9. Для больных с патологией органов дыхания характерно:

коричневая окраска кожи

желтушность кожи

иктеричность склер

депигментация

синюшная окраска кожи

10.При патологией печени и желчевыводящих путей характерно:

наличие отеков

желтушность кожи

выраженная бледность

депигментация

синюшная окраска кожи

11. При патологией мочевыделительной системы характерно наличие:

отечности лица

желтушности кожи

иктеричности склер

депигментации

цианоза

12. Для больного с недостаточностью кровообращения характерно наличие:

отёчности лица

желтушной окраски кожных покровов

периферических отеков

витилиго

волдырной сыпи

13. К нормальной форме грудной клетки относится:

эмфизематозная

паралитическая

рахитическая

сколиотическая

астеническая

14. Голосовое дрожание определяется методом:

пальпации

осмотра

сравнительной перкуссии

топографической перкуссии

аускультации

15. Усиление голосового дрожания обусловлено:

полной закупоркой просвета бронха инородным телом

значительным утолщением грудной стенки

скоплением воздуха в плевральной полости

безвоздушностью части легкого

ослаблением силы голоса

16. Одно из вынужденных положений больного при патологии органов дыхания:

положение на спине

положение на животе

положение на здоровой стороне

положение на больном боку

положение лежа с приведенными к животу коленями

17. Метод сравнительной перкуссии используют для выявления:

границы органов

величины органов

формы органов

консистенции органов

патологических изменений перкуторного звука на симметричных участках

18. Боли в грудной клетке при заболеваниях органов дыхания связаны:

воспаление слизистой оболочки бронхов

раздражение плевры

Бронхоспазм

воспалительной инфильтрация легочной ткани

расширение легких

19. Инспираторная одышка- это:

затруднение вдоха

затруднение выдоха

затруднение вдоха и выдоха

учащение дыхания

урежение дыхания

20. При экспираторной одышке наблюдается:

затруднение вдоха

затруднение выдоха

затруднение вдоха и выдоха

урежение дыхания

нарушение ритма дыхания

## 21. Патологическое учащение дыхания называется:

## брадипное

## апное

## тахипное

## тахикардия

## брадикардия

## 22. Причиной возникновения влажных хрипов является:

## отложение фибрина на листках плевры

## сужение просвета бронхов вследствие отека слизистой оболочки

## спадение легкого

## спазм бронхиол

## скопление в просвете бронхов жидкой мокроты

## 30. Везикулярное дыхание возникает в результате:

## прохождения воздуха через голосовую щель

## колебания стенок альвеол в фазу вдоха

## скопления в просвете бронхов мокроты

## спазма крупных бронхов

## спазма мелких бронхов

## 31. Бронхиальное дыхание возникает в результате:

## спазма бронхов

## прохождения воздуха через голосовую щель

## колебания эластических элементов стенок альвеол в фазу вдоха

## накопления в просвете альвеол небольшого количества жидкого секрета

## скопление мокроты в просвете бронхов

голосовых связок

## 32.Одышка - это:

## брадипное

## dyspnoё

## tussis

## dolor

## sputum

## 33.Одышка может быть:

## ограниченной

## двухсторонней

## патологической

## распространенной

## функциональной

34. При левожелудочковой сердечной недостаточности имеют место:

 отеки нижних конечностей

 увеличение печени

 инспираторная одышка

 симптом Мюссе

 асцит.

35. Для правожелудочковой сердечной недостаточности характерны

 отеки лица

 увеличение печени

 инспираторная одышка

 симптом Мюссе

 экспираторная одышка.

36. Абсолютные экг-признаки перенесенного инфаркта миокарда

 глубокий патологический зубец Q

 отрицательный зубец Т

 смещение интервала ST

 отсутствие зубца Р

 разные интервалы R-R.

37.Выберите определение, которое наиболее соответствует характеристике i тона

 высокий, короткий

продолжительный, высокий

 лучше слышен на верхушке, продолжительный, низкий

 лучше слышен на сосудах, короткий, высокий

 после длительной паузы, высокий.

38. Правая граница относительной сердечной тупости в норме находится:

 3 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р

 левый край грудины в 4 м/р

1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р

 1 см кнаружи от правого края грудины в 5 м/р

 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р

39. «Мелена» - это

 «жирный», блестящий, плохо смывающийся кал

 жидкий кал черного цвета

 обесцвеченный кал (серый)

 кал с кусочками непереваренной пищи

 черный оформленный кал.

40. Хантеровский (гунтеровский) глоссит –это:

 язык густо обложен белым налетом, сосочки гипертрофированы

 язык обложен желтоватым налетом, сосочки гипертрофированы

 ярко-красный язык, сосочки атрофированы

 отечный, увеличенный в размерах язык

 язык, обложенный коричневым налетом.

41. Ангулярный стоматит-это

 ярко-красный язык с атрофированными сосочками

 яркая гиперемия слизистой полости рта, десен

 резкая гиперемия зева

 гиперемия слизистой полости рта, десен

 трещины (заеды) в углах рта.

42. «рica chlorotica»-это

 ахлоргидрия и ахилия у больных с железодефицитной анемией

 извращение вкуса

 снижение вкусовых качеств

 жжение в кончике языка

 бледность с зеленоватым оттенком у больных с хронической железодефицит- ной анемией.

43. возникновение тошноты и рвоты на высоте приступа желчкой колики у больного желчно-каменной болезнью можно объяснить:

 частым сопутствующим поражением желудка (обострение атрофичекого гастрита)

 висцеро-висцеральным рефлюксом в результате перехода воспаления на висцеральную и париетальную брюшину

 висцеро-висцеральным рефлюксом, обусловленным резким повышением давления в желчных протоках и желчевыводящих путях и раздражением n. vagus

 выраженной интоксикацией и прямым возбуждением рвотного центра

 резким повышение артериального давления в момент колики.

44. классическая триада симптомов острого гломерулонефрита включает в себя:

 отеки, одышка, гематурия

 отеки, гипертония, гематурия

 отеки, гипертония, сердцебиение

 отеки, гематурия, сердцебиение

 одышка, гипертония, сердцебиение.

45. клиническими проявлениями facies nefritica являются

отеки лица, бледность кожи

отеки лица, акроцианоз

 отеки лица, геморрагическая сыпь на лице

отеки лица, гиперемия кожи

 отеки лица, бронзовая окраска кожи.

46. к характерным гемодинамическим расстройствам при остром

 гломерулонефрите относится:

 расширение полостей сердца

низкое диастолическое давление

 шум Грэхема-Стила

большое пульсовое давление

капиллярный пульс Квинке.

47. для сахарного диабета характерным является

олигоурия

бронзовая окраска кожных покровов

стрии

полидипсия

снижение аппетита.

48. для диагностики явного сахарного диабета не используется:

ТТГ (тест толерантности к глюкозе)

определение сахара в крови натощак

определение сахара в крови в течение дня

определение глюкозурии

определение гликозилированного гемоглобина.

49. тест толерантности к глюкозе применяется для диагностики:

 явного сахарного диабета

 нарушения толерантности к углеводам

для исследования функции щитовидной железы

несахарного диабета

кетоацидоза.

50. «извращение вкуса» характерно для

 В12-дефицитной анемии

 железодефицитной анемии

 гемолитической анемии

 апластической анемии

 острого лейкоза

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной**

 Компьютер с выходом в интернет.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | **Проверяемая компетенция** | **Индикатор достижения компетенции**  | **Дескриптор** | **Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)** |
| 1 | ОПК 5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач | Инд. ОПК 5.1. Оценивает морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека на индивидуальном групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач. | Знать | Тесты № 1-50 |
| Уметь | Проблемно-ситуационная задача №. 1-23 |
| Владеть | Проблемно-ситуационная задача №. 1-23 |
|  |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы**

 В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с Положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования текущего фактического рейтинга, экзаменационного и дисциплинарного рейтинга обучающегося.

 Текущий фактический рейтинг по дисциплине, максимально 70 баллов, определяется как среднеарифметическое значение от суммы баллов полученных в результате сложения текущих фактических (модульных) рейтингов.

 Текущий рейтинг по модулю дисциплины складывается из суммы баллов, набранных в результате рубежного контроля: за контрольные задания по модулю (теоретические вопросы и проблемно-ситуационные задачи) и модульное тестирование.

**Критерии оценивания выполнения тестовых заданий по модулю дисциплины в ИС ОрГМУ– от 0 до 15 баллов.**

 91% и более - 15 баллов;

 90–81%–10 баллов;

 80–71%–5 баллов;

 При результате тестирования менее 71%–0 баллов.

**Критерии оценивания ответа на теоретический вопрос - 5–25 баллов**

* **25 баллов** - обучающийся дал полный аргументированный ответ на вопрос, показал прочные знания по вопросу, умение объяснять сущность явлений и процессов, показал умение делать выводы и обобщения, приводить примеры, логичность и последовательность ответа. Ответ предоставлен обучающимся преподавателю на проверку в срок согласно учебному расписанию, оформлен согласно необходимым требованиям.
* **20 баллов** - обучающийся дал полный аргументированный ответ на вопрос, показал прочные знания по вопросу, умение объяснять сущность явлений и процессов, делать выводы и обобщения, приводить примеры, однако ответ недостаточно логичный и последовательный. Ответ предоставлен обучающимся преподавателю на проверку не в срок согласно учебному расписанию, оформлен согласно необходимым требованиям.
* **15 баллов** - обучающийся дал достаточно полный ответ на вопрос, показал прочные знания по теоретическому вопросу, умение объяснять сущность явлений и процессов, делать выводы и обобщения, приводить примеры, не логичный и непоследовательный ответ. Допущена одна-две ошибки в ответе. Ответ предоставлен обучающимся преподавателю на проверку не в срок согласно учебному расписанию, не оформлен согласно необходимым требованиям.
* **10 баллов** - ответ обучающегося характеризуется недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы вопроса, слабо сформированными навыками анализа явлений и процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры. Допущено несколько ошибок в содержании ответа.
* **5 баллов** - обучающийся дал не полный ответ на вопросы задачи, показал незнание процессов и явлений, неумение давать аргументированные ответы, отсутствие логичности и последовательности. Допущены серьезные ошибки в содержании ответа.
* **0 баллов** - полностью отсутствует ответ обучающегося на теоретические вопросы.

 **Критерии оценивания** р**ешения проблемно-ситуационной задачи** – **от 5 до 30 баллов** (при наличии в модуле нескольких задач – оценивается каждая задача и результат сложения оценок делится на количество задач).

* **30 баллов** - ответы на вопросы задачи даны полные, развернутые. Объяснение хода её решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с правильным и свободным владением медицинской терминологией. Ответ предоставлен обучающимся преподавателю на проверку в срок согласно учебному расписанию, оформлен согласно необходимым требованиям.
* **25 баллов** - ответы на вопросы задачи даны полные, развернутые. Объяснение хода её решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с правильным и свободным владением медицинской терминологией. Могут быть допущены недочеты в определении понятий. Ответ предоставлен обучающимся преподавателю на проверку не в срок согласно учебному расписанию, оформлен согласно необходимым требованиям.
* **20 баллов -** ответы на вопросы задачи даны полные, развернутые. Объяснение хода её решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях. Ответ предоставлен обучающимся преподавателю на проверку не в срок согласно учебному расписанию, не оформлен согласно необходимым требованиям.
* **15 баллов** - ответы на вопросы задачи даны недостаточно полные. Ход её решения правильный, но с единичными ошибками в деталях, некоторыми

 затруднениями в теоретическом обосновании, с единичными ошибками в использовании медицинских терминов.

* **10 баллов** - ответы на вопросы задачи даны недостаточно полные и недостаточно развернутые. Объяснение хода решения задачи не четкое,

 недостаточно последовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических

 изображениях, с ошибками в деталях.

* **5 баллов** - ответы на вопросы задачи даны неправильные. Объяснение хода её решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования.
* **0 баллов** - полностью отсутствует ответ обучающегося на вопросы задачи.

**Порядок расчета текущего фактического рейтинга по модулю дисциплины**

**Р текущий фактический (модульный**) = количество баллов за теоретический вопрос + количество баллов за проблемно-ситуационные задачи + количество баллов за модульное тестирование.

**Порядок расчета текущего фактического рейтинга дисциплины**

**Р текущий фактический =** текущий фактический рейтинг выводится как среднеарифметическое значение от суммы баллов полученных в результате сложения текущих фактических (модульных) рейтингов.

 Текущий фактический рейтинг максимально составляет не более 70 баллов.

**Промежуточная аттестация по дисциплине**

 Промежуточная аттестация проводится в соответствии с учебным планом и календарным учебным графиком ОПОП Университета форме зачетного тестирования в ИС ОрГМУ.

Допускаются к зачетному тестированию обучающиеся, получившие «выполнение» по данной дисциплине.

 **З**ачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в баллах от 0 до 30.

 Промежуточная аттестацияпо дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при получении им зачетного рейтинга **не менее 15 баллов.**

**Порядок формирования зачетного рейтинга**

в зависимости отрезультата зачетного тестирования:

100% правильных ответов – 30 баллов

 99% правильны ответов – 29 баллов

98-97% правильных ответов – 28 баллов

96-95% правильных ответов – 27 баллов

94-93% правильных ответов – 26 баллов

92-91% правильных ответов – 25 баллов

90–89% правильных ответов – 24 баллов

88–87% правильных ответов – 23 баллов

86–85% правильных ответов – 22 балла

84–83% правильных ответов – 21 балл

82–81% правильных ответов – 20 баллов

80–79% правильных ответов – 19 баллов

78–77% правильных ответов – 18 баллов

76-75% правильных ответов – 17 баллов

74-73% правильных ответов – 16 баллов

72–71% правильных ответов – 15 баллов

 В случае получения обучающимся оценки менее 71% правильных ответов зачетное тестирование признается неудовлетворительным – менее 15 баллов.

**Порядок определения дисциплинарного рейтинга**

Дисциплинарный рейтинг = текущий фактический рейтинг + зачетный рейтинг.

 Максимальное значение дисциплинарного рейтинга – 100 баллов.

 При значении дисциплинарного рейтинга менее 49 баллов оценка по дисциплине расценивается как неудовлетворительная и формируется академическая задолженность.