

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



УТВЕРЖДАЮ

Декан медфакультета

Зарифьян А.Г.

08 марта 2015 г.

Внутренние болезни

рабочая программа дисциплины (модуля)

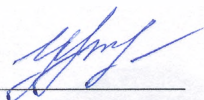
Закреплена за кафедрой	Инфекционных болезней	
Учебный план	31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА Профиль: Инфекционные болезни	
Квалификация	Исследователь. Преподаватель-исследователь	
Форма обучения	заочная	
Общая трудоемкость	3 ЗЕТ	
Часов по учебному плану	108	Виды контроля в семестрах:
в том числе:		зачеты 5
аудиторные занятия	22	
самостоятельная работа	86	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семестр на курсе>)	5 (3.1)		Итого	
	18			
Неделя	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	10	10	10	10
Практические	12	12	12	12
Итого ауд.	22	22	22	22
Контактная	22	22	22	22
Сам. работа	86	86	86	86
Итого	108	108	108	108

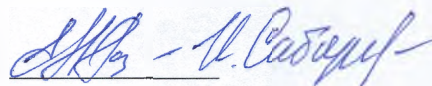
Программу составил(и):

к.м.н., доцент, зав.кафедрой, Токтогулова Н.А.



Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, зав.кафедрой, Сабиров И.С.; к.м.н., доцент, зав.кафедрой, Радченко Е.А.



Рабочая программа дисциплины

Внутренние болезни

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 03.09.2014г. №1200)

составлена на основании учебного плана:

31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Профиль: Инфекционные болезни

утвержденного учёным советом вуза от 03.03.2015 протокол № 9.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Инфекционных болезней

Протокол от 11 февраля 2015 г. № 8

Срок действия программы: 2015-2019 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
09 сентября 2016 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от 02 сентября 2016 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
08 сентября 2017 г.



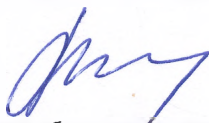
Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от 02 сентября 2017 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
18 сентября 2018 г.



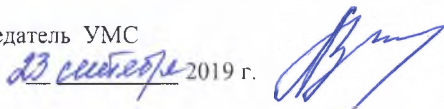
Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от 03 сентября 2018 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
23 сентября 2019 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от 28 августа 2019 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

23 сентября 2020.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для'
Исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от 28 августа 2020г. № 1
Зав. Кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

9 сентября 2021.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для'
Исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от 08 сентября 2021г. № 1
Зав. Кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2022.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для'
Исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от _____ 2022г. № _____
Зав. Кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2023.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для'
Исполнения в 2023-2024 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

Протокол от _____ 2023г. № _____
Зав. Кафедрой к.м.н., доцент Радченко Е.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2024.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для'
Исполнения в 2024-2025 учебном году на заседании кафедры
Инфекционных болезней

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Цель: формирование у аспирантов теоретических знаний, практических навыков по основам семиотики, диагностики, прогноза и профилактики заболеваний внутренних органов, умения самостоятельно ставить и решать научные проблемы, а также проблемы образования в сфере медицины и здравоохранения.
1.2	Задачи дисциплины:
1.3	Изучение этиологии и патогенеза заболеваний внутренних органов: сердечно-сосудистых заболеваний, патологии респираторного, желудочно-кишечного тракта, болезни почек, соединительной ткани и суставов во всем многообразии их проявлений и сочетаний.
1.4	Изучение клинических и патофизиологических проявлений патологии внутренних органов с использованием клинических лабораторных, лучевых, иммунологических, генетических, патоморфологических, биохимических и других методов исследований.
1.5	Совершенствование лабораторных, инструментальных и других методов обследования терапевтических больных, совершенствование диагностической и дифференциальной диагностики болезней внутренних органов.
1.6	Изучение механизмов действия, эффективности и безопасности лекарственных препаратов и не медикаментозных способов воздействия.
1.7	Совершенствование и оптимизация лечебных мероприятий и профилактики возникновения или обострения заболеваний внутренних органов.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.В.ДВ.02
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Вакцинопрофилактика	
2.1.2	Детские инфекции	
2.1.3	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (научно-исследовательская)	
2.1.4	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (педагогическая)	
2.1.5	Технологии научных исследований	
2.1.6	Академическое письмо	
2.1.7	Дерматовенерология	
2.1.8	Педагогика и психология высшей школы	
2.1.9	Фтизиопульмонология	
2.1.10	Иностранный язык	
2.1.11	История и философия науки	
2.1.12	История медицины	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена	
2.2.2	Подготовка научно-квалификационной работы (диссертации)	
2.2.3	Представление научного доклада об основных результатах подготовленной научно-квалификационной работы (диссертации)	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ПК-2: способностью и готовностью к проведению прикладных научных исследований в области внутренних болезней**

Знать:	
Уровень 1	Основные этапы научного исследования, принципы определения объекта и предмета исследования, построение плана научного поиска в области внутренних болезней;
Уровень 2	Основные современные методы исследования, необходимые для получения объективных сведений при выполнении научных исследований в области внутренних болезней;
Уровень 3	Общие принципы построения дизайна медико-биологического научного исследования, описания и представления (письменного, публичного) его результатов.
Уметь:	
Уровень 1	Разрабатывать план научных исследований, определять проблемную ситуацию и обосновывать актуальность темы исследования, формулировать цели и задачи научно-исследовательской деятельности;
Уровень 2	проводить анализ и критически обосновывать выбор соответствующих методов исследования, позволяющих получить достоверную информацию;

Уровень 3	Представить дизайн исследования в соответствии с критериями доказательной медицины;
Владеть:	
Уровень 1	Навыком планирования фундаментальных научных исследований в области внутренних болезней;
Уровень 2	Навыками выбора методов и средств решения задач исследования;
Уровень 3	Навыками проведения научного исследования и реализации проекта.

ПК--5: готовностью к преподавательской деятельности по внутренним болезням

Знать:	
Уровень 1	Современные технологии преподавания.
Уровень 2	Основы научно-методической и учебно-методической работы.
Уровень 3	Современные методы преподавания, отражающие специфику предметной области для внедрения в процесс обучения высшего образования.
Уметь:	
Уровень 1	Применять результаты собственного педагогического поиска.
Уровень 2	Осуществлять текущее и перспективное планирование педагогической деятельности.
Уровень 3	Анализировать и обобщать передовой педагогический опыт и личный опыт работы в образовательном учреждении.
Владеть:	
Уровень 1	Основами научно-методической и учебно-методической работы.
Уровень 2	Современными технологиями преподавания, отражающими специфику предметной области.
Уровень 3	Практическими навыками учебно-методической работы в высшей школе, подготовки учебного материала по требуемой тематике к лекции, практическому занятию, навыки организации и проведения занятий с использованием новых технологий обучения.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Основы законодательства здравоохранения и основные директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
3.1.2	Различные аспекты патогенеза внутренних болезней и социально обусловленных инфекций (клинические, патоморфологические, генетические, иммунологические, биохимические, функциональные, серологические исследования в динамике болезни);
3.1.3	Эпидемиологию и статистику внутренних болезней, в меняющихся условиях жизни, особенности патогенеза и патогенетической терапии при микст-патологии.
3.2	Уметь:
3.2.1	Проводить клинко-лабораторные параллели при моно- и микст-патологиях, проводить диагностику с использованием клинических, лабораторных, функциональных и других методов исследования.
3.2.2	Проводить дифференциальный диагноз по ведущему клиническому синдрому.
3.2.3	Уметь самостоятельно формировать научную тематику, организовывать и вести научно-исследовательскую деятельность по избранной научной специальности.
3.3	Владеть:
3.3.1	Принципами работы с новыми методами и схемами лечения внутренних болезней, современными медикаментозными средствами, физиотерапевтическими процедурами, диетой, психотерапевтическими воздействиями.
3.3.2	Методами первичной и вторичной профилактики внутренних болезней.
3.3.3	Принципами работы с диспансерными с диспансерными больными.
3.3.4	Современными информационными технологиями, включая методы статистической обработки и хранения научной информации.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Кардио-пульмонология.						
1.1	Ишемическая болезнь сердца /Лек/	5	2	ПК-2 ПК--5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	

1.2	Пневмония /Лек/	5	2	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.3	Артериальная гипертензия /Пр/	5	4	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.4	Нарушение ритма и проводимости. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.5	Воспалительные заболевания миокарда. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.6	Недостаточность кровообращения. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.7	Некоронарогенные заболевания миокарда. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.8	Врожденные и приобретенные пороки сердца. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.9	Неотложная кардиология. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.10	Профилактическая кардиология. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.11	ХОБЛ /Пр/	5	4	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.12	Бронхиальная астма. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.13	Плевриты. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.14	Нагноительные заболевания легких. Бронхоэктатическая болезнь. Абсцесс легких. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
Раздел 2. Заболевания ЖКТ.							
2.1	Заболевания печени. /Лек/	5	2	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
2.2	Заболевания гастро-эзофагеальной зоны. /Лек/	5	2	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
2.3	Хронический гастрит, гастродуоденит. /Пр/	5	4	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
2.4	Гепатиты, циррозы. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
2.5	Неалкогольная жировая болезнь печени. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
Раздел 3. Болезни мочевыделительной системы.							
3.1	Заболевания почек. /Лек/	5	2	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
3.2	Хроническая болезнь почек. /Ср/	5	6	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	

3.3	Гломеруллопатии, тубулопатии, пиелонефрит, нефролитиаз. /Ср/	5	7,8	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
3.4	/КрТО/	5	0,2	ПК-2 ПК-- 5	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение первичной пневмонии.
2. Диагностические критерии первичной пневмонии.
3. Особенности течения первичной пневмонии у пожилых и ослабленных больных.
4. Особенности течения первичной пневмонии при хроническом алкоголизме.
5. Перечислите рентгенологические признаки первичной пневмонии.
6. Особенности течения контагиозной пневмонии, вызванной риккетсиями Q-лихорадки.
7. Особенности пневмонии, вызванной стафилококком и стрептококком.
8. Особенности пневмонии, вызванной H. influenzae.
9. Особенности аспирационных пневмоний.
10. Диагностические критерии внутрибольничной пневмонии.
11. Перечислите осложнения первичной пневмонии.
12. Особенности течения вирусных пневмоний.
13. Диагностические критерии и особенности течения грибковых пневмоний
14. Клиника постоперационных и посттравматических пневмоний.
15. Принципы лечения пневмоний.
16. Особенности подбора антибактериальной терапии при различных вариантах пневмоний в зависимости от этиологического фактора.
17. Осложнения лекарственной терапии при пневмониях.
18. Исходы и прогноз при пневмониях.
19. Дайте определение плевритов, перечислите критерии синдрома выпота в плевральной полости.
20. Этиология и патогенез плевритов.
21. Особенности клинико-рентгенологических проявлений плевритов в зависимости от основной причины.
22. Особенности характера и состава плеврального выпота в зависимости от этиологии плевритов.
23. Диагностические критерии осумкованного плеврита.
24. Диагностика мезотелиомы плевры.
25. Основные принципы лечения плевритов.
26. Показания к плевральной пункции, техника ее выполнения.
27. Показания к антибактериальной терапии при плевритах.
28. Особенности течения бронхиальной астмы в зависимости от патогенетических вариантов.
29. Критерии 1, 2, 3 степеней тяжести бронхиальной астмы. Значение пикфлоуметрии.
30. Принципы лечения бронхиальной астмы в зависимости от патогенетических вариантов и степеней тяжести.
31. Критерии диагностики и лечение астматического статуса.
32. Осложнения бронхиальной астмы.
33. Осложнения лекарственной терапии бронхиальной астмы.
34. Показания к назначению ингаляционных кортикостероидов.
35. Понятие о первичной легочной гипертензии. Патогенез первичной легочной гипертензии.
36. Понятие о вторичной легочной гипертензии. Патогенез вторичной легочной гипертензии.
37. Критерии хронического легочного сердца.
38. Клинические проявления хронического легочного сердца.
39. Варианты хронического легочного сердца и методы инструментальной ее диагностики.
40. Дифференциальный диагноз хронического легочного сердца и сердечной астмы.
41. Лечение хронического легочного сердца.
42. Роль и связь отдельных компонентов табачного дыма с болезнями курящего человека.
43. Оценка статуса курящего человека.
44. Определение лекарственной болезни, классификация, этиопатогенез.
45. Диагностические критерии различных форм лекарственной болезни.
46. Дифференцированное лечение лекарственной болезни.
47. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
48. Дайте определение кардиомиопатии.
49. Перечислите диагностические критерии различных вариантов кардиомиопатий.
50. Перечислите основные механизмы нарушений гемодинамики при кардиомиопатиях.
51. Тактика обследования при различных вариантах кардиомиопатий.
52. Принципы лечения различных вариантов кардиомиопатий.
53. Дайте определение миокардиодистрофии.

54. Критерии диагностики миокардиодистрофии.
55. Методы диагностики и лечения миокардиодистрофии.
56. Перечислите клапанные критерии сочетанных митральных и аортальных пороков сердца.
57. Диагностические критерии митрально-аортальных пороков.
58. Критерии митрально-трикуспидальных пороков сердца.
59. Особенности нарушений гемодинамики при сочетанных митральных и аортальных пороках сердца.
60. Осложнения при сочетанных и комбинированных пороках.
61. Показания к оперативному лечению при сочетанных и комбинированных пороках сердца.
62. ЭХО-КГ, ЭКГ и рентгенологические критерии сочетанных и комбинированных пороков сердца.
63. Профилактика осложнений при пороках сердца.
64. Критерии диагностики открытого артериального протока, ДМПП, ДМЖП, коарктации аорты.
65. Методы диагностики врожденных пороков сердца.
66. Показания к хирургическому лечению врожденных пороков сердца.
67. Диагностика инфекционного эндокардита при врожденных пороках сердца.
68. Классификация перикардитов.
69. Диагностические критерии сухого, экссудативного и слипчивого перикардитов.
70. Что такое "Панцирное сердце".
71. Особенности сердечной недостаточности при перикардитах.
72. Что такое "псевдоцирроз" печени.
73. Инструментальная диагностика перикардитов.
74. Рентгенологические критерии экссудативного перикардита.
75. ЭКГ- критерии перикардитов.
76. ЭХО-КГ – признаки перикардитов.
77. Показания к пункции перикарда.
78. Осложнения при экссудативном перикардите.
79. Осложнения при слипчивом (констриктивном) перикардите.
80. Принципы лечения перикардитов в зависимости от этиологии, патогенетических механизмов развития.
81. Прогноз при перикардитах.
82. Перечислите критерии острого инфаркта миокарда (ОИМ) в зависимости от периодов.
83. Перечислите ранние и поздние осложнения при остром инфаркте миокарда в зависимости от периодов.
84. Патогенез и критерии:
 - a. ранней аневризмы сердца,
 - b. поздней аневризмы сердца,
 - c. тампонады сердца,
 - d. постинфарктного синдрома,
 - e. синдрома Дресслера
85. Лечение осложнений острого инфаркта миокарда.
86. Профилактика осложнений острого инфаркта миокарда.
87. Этиология и патогенез экстрасистолических аритмий.
88. ЭКГ – диагностика экстрасистолических аритмий. Лечение экстрасистолических аритмий
89. ЭКГ – критерии наджелудочковой экстрасистолической аритмии.
90. Диагностические критерии желудочковой экстрасистолии.
91. Классы желудочковой экстрасистолии по Лауну.
92. Особенности лечения желудочковой экстрасистолии.
93. Определение, патогенез пароксизмальной тахикардии.
94. Клинические и ЭКГ – критерии наджелудочковой и желудочковой форм пароксизмальной тахикардии.
95. Лечение пароксизмальной тахикардии.
96. Классификация блокад ножек пучка Гиса.
97. Особенности антиаритмической фармакотерапии пароксизмальных форм нарушений ритма сердца.
98. Осложнения антиаритмической терапии.
99. Определение, этиопатогенез хронического пиелонефрита.
100. Критерии диагностики хронического пиелонефрита.
101. Варианты хронического пиелонефрита.
102. Принципы лечения хронического пиелонефрита.
103. Осложнения хронического пиелонефрита. Профилактика хронического пиелонефрита и его обострений.
104. Этиопатогенез амилоидоза.
105. Стадии амилоидоза.
106. Критерии диагностики амилоидоза в зависимости от стадий болезни.
107. Современные концепции патогенеза амилоидоза.
108. Патогенез нефротического синдрома при амилоидозе.
109. Клинико-лабораторные (основные и дополнительные) критерии нефротического синдрома. Патогенез основных симптомов при нефротическом синдроме. Причины нефротического синдрома.
110. Значение лабораторных и морфологических исследований при нефротическом синдроме.
111. Лечение амилоидоза.
112. Прогноз при амилоидозе.
113. Дайте определение острой почечной недостаточности. Этиология.
114. Стадии и формы острой почечной недостаточности.
115. Патогенез острой почечной недостаточности.

116. Понятие о тубулярном некрозе.
 117. Клиника острой почечной недостаточности в зависимости от стадии.
 118. Принципы диагностики острой почечной недостаточности.
 119. Лабораторные изменения при острой почечной недостаточности:
 а. нарушения кислотно-щелочного равновесия,
 б. нарушения электролитов,
 в. изменения биохимических показателей крови (креатинина).
 120. Принципы лечения острой почечной недостаточности.
 121. Показания к гемодиализу при острой почечной недостаточности.
 122. Этиопатогенез хронической почечной недостаточности.
 123. Классификация хронической почечной недостаточности. Особенности клинико-лабораторных проявлений при различных стадиях ХПН.
 124. Методы оценки функционального состояния почек.
 125. Лечение хронической почечной недостаточности (консервативная терапия). Показания к консервативной терапии.
 126. Методы активной терапии хронической почечной недостаточности. Показания к активной терапии хронической почечной недостаточности.
 127. Прогноз при хронической почечной недостаточности.
 128. Показания и противопоказания к трансплантации почек.
 129. Перечислите осложнения язвенной болезни и их диагностические критерии.
 130. Назовите особенности болезни Менетрие, синдрома Золингера-Эллисона, язвы пилорического отдела и их лечение.
 131. Особенности течения множественных и гигантских язв желудка и 12-перстной кишки, язвы ювенильного возраста и у пожилых, их лечение.
 132. Лечение осложненных форм язвенной болезни.
 133. Клинические проявления демпинг-синдрома.
 134. Патогенез демпинг-синдрома.
 135. Диагностические критерии гипогликемического синдрома.
 136. Диагностические критерии гастрита культуры, пептической язвы анастомоза.
 137. Лечение болезней оперированного желудка.
 138. Диагностические критерии функциональных заболеваний желудка.
 139. Лечение функциональных заболеваний желудка.
 140. Диагностические критерии и лечение болезни Крона.
 141. Перечислите варианты хронических вирусных гепатитов.
 142. Лечение хронических вирусных гепатитов в зависимости от фазы болезни и от вида вируса.
 143. Варианты циррозов печени, диагностические критерии.
 144. Осложнения цирроза печени и их лечение.
 145. Диагностические критерии гемохроматоза.
 146. Диагностические критерии гепато-лентикулярной дегенерации.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрены.

5.3. Фонд оценочных средств

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (Приложение 1)

Тестовые задания в приложении 2.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Задачи;
 Тесты;
 Контрольные вопросы.

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	РАМН Н.А.Мухина, акад. РАМН В.С.Моисеева, акад. РАМН А.И.Мартынова.	Внутренние болезни. 2-е издание + CD в двух томах	ГЭОТАР-Медиа 2011
Л1.2	В.И.Маколкин, С.И.Овчаренко, В.А.Сулимов	Внутренние болезни	Москва .: ГЭОТАР-Медиа 2011
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Науменко С.Е.	Горная болезнь	2018
Л2.2	Гребенев А.Л.	Пропедевтика внутренних болезней	М. : Шико 2011
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам»		http://window.edu.ru
Э2	«Электронная библиотека» КРСУ		www.lib.krsu.kg
Э3	internist.ru - Всероссийская образовательная интернет-сессия		https://internist.ru/
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых аспирантам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Использование палат, учебных комнат для работы аспирантов.		
6.3.1.2	Таблицы моделей по различным заболеваниям органов дыхания, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной систем.		
6.3.1.3	Система мультимедиа и компьютер		
6.3.1.4	Диски, аудиозаписи по аускультации сердца, рентгенографии органов дыхания при различных заболеваниях.		
6.3.1.5	Кабинеты в ЦИПО (Аламедин - 1)		
6.3.1.6	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач.		
6.3.1.7	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование компьютерной техники и интернет - ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы аспиранты готовят рефераты, доклады и презентации.		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	1. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)		
6.3.2.2	2. http://www.med-edu.ru/articles		
6.3.2.3	3. http://medvuz.info/		
6.3.2.4	4. «Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg)		
6.3.2.5	http://meduniver.com/Medical/Book/34.html		
6.3.2.6	www.jaypeebrothers.com		
6.3.2.7	www.booksmed.com		
6.3.2.8	www.bankknig.com		
6.3.2.9	Blaufuss Multimedia: http://www.blaufuss.org		
6.3.2.10	The R.A.L.E. Repository: Respiratory sounds: http://www.rale.ca/Recordings.htm		
6.3.2.11	David Arnall: Pulmonary Breath Sounds: http://faculty.etsu.edu/arnall/www/public_html/heartlung/breathsounds/contents.html		
6.3.2.12	Frontiers in Bioscience, Virtual Library: Heart Sounds http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/interna/heart_sounds/h14/sound.html		
6.3.2.13	McGill University: Heart Sounds: http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/interna/heart_sounds/h6/heart_tables.html		
6.3.2.14	snsk.az/snsk/file/2013-05-29_11-04-55.pdf		
6.3.2.15	http://webmed.irkutsk.ru/pulm.htm		
6.3.2.16	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"		
6.3.2.17	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)		
6.3.2.18	http://www.med-edu.ru/articles		

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе:
-----	---------------------------------

7.2	Городской клинической больницы №1(ЛПУ третичного уровня). Располагает 9 специализированными отделениями из них 4 терапевтических (отделения кардиологии, ревматологии, эндокринологии, экстренной терапии).
7.3	Центр семейной медицины №8.
7.4	КНЦКиТ (отделение пульмонологии).
7.5	Имеется 8 стандартно оборудованных аудиторий с 100 посадочными местами, общей площадью 200 кв.м. (блок парты, кушетки, учебные доски).
7.6	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор).
7.7	У аспирантов имеется доступ к информационным стендам (4 шт.), плакатам, электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (20 шт.), базе клинического материала (ЭКГ, УЗИ)

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

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 3

Формами текущего контроля знаний аспирантов являются: разбор ситуационных задач, контроль освоения практических умений, реферативные сообщения.

1. По окончании изучения специальной дисциплины «Инфекционные болезни» проводится зачет в форме решения ситуационных заданий и тестовых заданий.

Критерии оценки тестовых заданий

«Отлично» - правильных ответов 91-100%.

«Хорошо» - правильных ответов 81-90%.

«Удовлетворительно» - правильных ответов 71-79%.

2. При проведении зачета также оценивается самостоятельная работа аспирантов: подготовленный тематический реферат подготовленные доклады или сообщение для конференции; Проводится собеседование по контрольным вопросам.

Критерии оценки освоения практических навыков и умений:

оценка «отлично» выставляется тогда, когда из работы ясно, что обучающийся глубоко и прочно освоил программный материал, умеет увязывать теорию с практикой, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, а содержание работы изложено исчерпывающе и полно, последовательно, четко и логически стройно, без каких-либо неточностей;

оценка «хорошо» выставляется тогда, когда из работы ясно, что Обучающийся твердо знает программный материал, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, а содержание работы изложено грамотно, без существенных неточностей в ответе на вопросы;

оценка «удовлетворительно» выставляется тогда, когда из работы ясно, что обучающийся имеет знания основного программного материала, но не усвоил его деталей, испытывает затруднения при выполнении практических работ, в работе допущены неточности, недостаточно правильны, формулировки, нарушения логической последовательности.

оценка «неудовлетворительно» выставляется тогда, когда из работы ясно, что обучающийся не знает значительной части программного материала. неуверенно и с большими затруднениями выполняет практические работы, а в изложении работы допущены существенные ошибки.

3. Критерии оценки по решению ситуационных задач

«Отлично» - аспирант правильно решает задачу, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

«Хорошо» - аспирант правильно решает задачу, допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответе на вопросы.

«Удовлетворительно» - аспирант ориентирован, но не может полностью ответить на все вопросы задачи. Допускает существенные ошибки; при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

«Неудовлетворительно»- аспирант не может решить ситуационную задачу. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов.

4. Аспиранты готовят реферативные сообщения по журнальным статьям, опубликованным по проблемным вопросам в местных, российских и зарубежных периодических изданиях.

Критерии оценки выполнения реферата

«Отлично»- материал изложен логически правильно, доступной форме: наглядностью (презентации, фото, плакаты). При написании работы были использованы современные литературные источники.

«Хорошо»- материал изложен недостаточно полно, при подготовке работы были использованы периодические издания старых лет выпусков. Использование наглядный материал в недостаточном объеме.

«Удовлетворительно» - тема раскрыта слабо, односторонне. в подготовке работы был использован только интернет и / или 1-2 периодическое издание. Наглядность не использована или подобрана неправильно.

«Неудовлетворительно» - порученный реферат не выполнен, подготовлен и доложен небрежно.

ЗАДАЧА №1

65-летний мужчина в магазине потерял сознание и упал. Доставлен в больницу. В приемном отделении больной пришел в сознание и жалуется на боли в левом локте, который ушиб при падении. При опросе выяснилось, что перед обмороком не было каких-либо ощущений. Раньше у него наблюдались легкие головокружения во время физических перегрузок. Развитие обморока пациент ни с чем не связывает. В течение последних 2-3 лет у него отмечались боли в области сердца при ходьбе. При обращении к врачу прошел велоэргометрию, изменений не выявлено. Слышал, что у него какой-то шум в области сердца, но врачи не рекомендовали постоянного лечения. Отец пациента скончался в 60-летнем возрасте от сердечного приступа.

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

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

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №2

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

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

Анализы: Общие анализы крови: Нв-86 г/л, эрит-2,3x10¹²/л, ЦП-0,63. Лейкоциты-5,0x10⁹/л, п-6, сегмент-64%, лимфоциты-21%, моноциты-5%. СОЭ-73 мм/ч. Общий белок-69,8 г/л, А-47%,

глоб-53%, α 1-5%, α 2-14%, β -9%, γ -25%. Коэф А/Г-0,89. Общий анализ мочи: кислая, уд.вес-1010. Белок-500 мг/л. Лейк-5-6 в п/з. Эритроциты свежие и измененные покрывают все поле зрения.

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

В клинике состояние больного оставалось тяжелым: появились сжимающие боли за грудиной, повысилась температура тела до 39° С, появился шум трения перикарда на ограниченном участке в III-IV м/р у левого края грудины и на ЭКГ очаговые изменения передней стенки левого желудочка, дважды наблюдались приступообразные боли в левом подреберье с двухдневным шумом трения брюшины.

ВОПРОСЫ:

1. О патологии какой системы идет речь?
2. Чем обусловлена артериальная гипертензия?
3. Сформулируйте предварительный диагноз?
4. Какие обследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты?
5. Какие осложнения наблюдались у больного?
6. Тактика ведения больного.

ЗАДАЧА №3

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

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

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №4

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

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

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №5

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

При поступлении больной стонет, беспокоен. При осмотре: акроцианоз, шейные вены вздуты. ЧДД в покое - 26 в мин. ЧСС - 84-96 в мин., пульс - 76-82 в мин., аритмичный. При аускультации: на верхушке сердца хлопающий I-ый тон, слабый систолический и грубый диастолический шум, акцент и раздвоение II-го тона на легочной артерии. В базальных отделах легких выслушиваются незвучные мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень - + 6 см., эластичная, болезненная при пальпации. Отеки голеней, стоп. Левая стопа и голень мраморной окраски. Вены на стопе пустые ("симптом канавки"). Движения в пальцах и голеностопном суставе ограничены. Наступать на ногу не может. Пальпаторно: стопа и голень холодные. Пульс на дорзальной, заднеберцовой и подколенных артериях не определяется, на бедренной усилен. Тактильная и болевая чувствительность снижены, глубокая - сомнительна. Левая икроножная мышца мягкая, нормальной плотности, слегка болезненная при сдавливании.

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №6

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

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

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

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №7

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

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

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

ВОПРОСЫ:

1. В чем особенность лихорадочного синдрома?
2. В чем причина неэффективности антибактериального лечения?
3. Чем объяснить кашлевой синдром и боли в грудной клетке?
4. Предположение о характере болезни.
5. Тактика обследования и лечения.
6. Консультация какого специалиста необходима?

ЗАДАЧА №8

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

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

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

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №9

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

Объективно: повышенного питания, пастозность лица, повышение температуры тела до 37,3°C, на веках – ксантелазмы. Над легкими и сердцем – без патологических изменений. ЧД – 22 в 1 мин., ЧСС – 98 в 1 мин. АД 160/100 мм рт.ст. Язык влажный, коричневатый, обложен «грязным» налетом. Живот мягкий, болезненный во фланках, больше справа. Синдром раздражения брюшины сомнительный. Симптом поколачивания по 12 ребру положительный с обеих сторон, больше справа. Общий анализ мочи: мало мочи, светлая, реакция мочи щелочная, удельный вес 1010, белок 0,1 г/л, лейкоциты - сплошь в поле зрения.

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

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №10

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

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

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №11

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

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

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №12

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

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №13

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

15 лет страдает гипертонической болезнью II степени высокого риска. Неоднократно лечилась по поводу данного заболевания: принимала верапамил, гипотиазид. Последние годы перешла на прием гидралазина, чувствовала себя удовлетворительно. Последние 2 месяца - появились вышеперечисленные жалобы.

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

Анализ крови: эр.-3,8x 10¹²/л, л.-3,5x10⁹ г/л, тромб.-117x10⁹ г/л, СОЭ-52 мм/час, альбумины-46%, глобулины-54%. Анализ мочи: уд. вес.-1020, белок-5,25 г/л, Л-40 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем легочном поле гомогенное затемнение.

ВОПРОСЫ:

1. Охарактеризуйте кожный синдром на лице и в области ушных раковин.
2. Чем обусловлены изменения на пальцах рук?
3. Ваше мнение о физикальных данных в легких?
4. Ваше мнение о физикальных данных со стороны внутренних органов?
5. Ваше предположение о диагнозе.
6. Какие методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
7. Консультация какого специалиста необходима?
8. Тактика врача.

ЗАДАЧА №14

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №15

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

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

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

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №16

Больной К., 34 года, зоотехник обратился к терапевту с жалобами на боли и небольшую припухлость в области мелких суставов кистей рук и голеностопных суставов, повышение температуры тела до 37,3°C. Объективно: температура тела 37,4°C. Нормального телосложения, пальпируются периферические подчелюстные и подмышечные лимфоузлы размером до крупной фасоли, слегка болезненные. Деформация мелких суставов кистей рук, голеностопных суставов. Движения в них ограничены. В легких - дыхание жесткое, хрипы нет. ЧД - 19 в мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы без патологии. ЧСС- 88 в 1 мин. АД – 130/72 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный, печень пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, слегка болезненная, край закруглен. В положении на правом боку пальпируется нижний полюс селезенки, безболезненная. Анализ крови: эр.- $4,9 \times 10^{12}/л$, Нв-128 г/л, л - $6,4 \times 10^9$ г/л, СОЭ- 28мм/час, СРБ +++ , реакция Ваалер-Роузе 1:96. Рентгенография кистей: отек мягких тканей, костной патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА №17

Больной А., 20 лет, житель села, жалуется на сильные боли в животе с расстройством стула – понос с калом черного цвета, боли в коленных и локтевых суставах, мелкоточечные геморрагические высыпания на коже конечностей. Полтора месяца назад в течение 2 недель были боли в горле при глотании, повышение температуры тела. Лечился по поводу ангины народными средствами – постепенно боли в горле уменьшились и прошли. 2 недели назад появились боли в животе и расстройства стула, боли в костях. Применял анальгин, антибиотики – без заметного эффекта. В хозяйстве – бараны, куры. Помогает родителям пасти скот.

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

ВОПРОСЫ:

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

1. Для AV - блокады 1 степени характерно:
 - a. прогрессивное увеличение интервала PQ
 - b. уширенный (0,12 сек) желудочковый комплекс
 - c. «выпадение» желудочкового комплекса
 - d. дискордантность основного зубца желудочковых комплексов и зубца T
 - e. постоянный увеличенный интервал PQ (0,26 сек)

2. Для AV -блокады 2 степени Мобитц 2 характерно:
 - a. прогрессивное увеличение интервала PQ
 - b. уширенный (0,12 сек) желудочковый комплекс
 - c. «выпадение» желудочкового комплекса
 - d. дискордантность основного зубца желудочковых комплексов и зубца T
 - e. постоянный увеличенный интервал PQ (0,26 сек)

3. Для полной AV-блокады характерно:
 - a. патологический зубец Q
 - b. подъем сегмента ST
 - c. наличие дельта волны
 - d. синдром WPW
 - e. приступы Морганьи-Эдемса-Стокса

4. Для AV-блокады 2 степени Мобитц 1 не характерно:
 - a. удлинение интервала PQ $> 0,20$ сек
 - b. постепенное удлинение интервала PQ
 - c. периодическое выпадение желудочкового комплекса
 - d. ритм желудочковых сокращений неправильный
 - e. наличие дельта волны

5. Что не характерно для мерцательной аритмии?
 - a. отсутствие зубцов P
 - b. ритм желудочковых сокращений неправильный
 - c. наличие волн f
 - d. ЧСС-90 в минуту
 - e. наличие дельта-волны желудочкового комплекса

6. Что относят к осложнениям мерцательной аритмии?
 - a. гипертонический криз
 - b. кровотечение желудочное
 - c. синдром Дресслера
 - d. отек Квинке
 - e. тромбоэмболии

7. Критерии желудочковой экстрасистолии:
 - a. уширенный и деформированный экстрасистолический желудочковый комплекс
 - b. обязательное присутствие зубца Р перед экстрасистолой
 - c. ритм желудочковых сокращений правильный
 - d. выпадение желудочкового комплекса
 - e. неизменный экстрасистолический желудочковый комплекс

8. Что не характерно для желудочковой экстрасистолии?
 - a. уширенный и деформированный желудочковый комплекс
 - b. дискордантность основного зубца экстрасистолического желудочкового комплекса и его зубца Т
 - c. наличие компенсаторной паузы
 - d. отсутствие зубца Р перед экстрасистолой
 - e. экстрасистолический желудочковый комплекс неизменен

9. Что характерно для наджелудочковой пароксизмальной тахикардии?
 - a. уширенные и деформированные желудочковые комплексы
 - b. дискордантность основных зубцов желудочкового комплекса и их зубцов Т
 - c. темп желудочковых сокращений 220 в мин
 - d. изменение интервалов Р-Q с периодикой Самойлова-Венкебаха
 - e. неизменные (нормальные) желудочковые комплексы

10. Что характерно для мерцательной аритмии?
 - a. ритм синусовый
 - b. отсутствие зубцов Р
 - c. наличие преждевременных желудочковых комплексов
 - d. укорочение интервала PQ
 - e. наличие дельта-волны желудочковых комплексов

11. ЭКГ – критерии желудочковой экстрасистолии:
 - a. преждевременный желудочковый комплекс
 - b. экстрасистолический желудочковый комплекс расширен и деформирован
 - c. наличие полной компенсаторной паузы
 - d. измененный зубец Р перед экстрасистолическим желудочковым комплексом

12. ЭКГ – критерии наджелудочковых экстрасистол?
 - a. преждевременный желудочковый комплекс
 - b. экстрасистолический желудочковый комплекс похож на основной
 - c. преждевременный желудочковый комплекс деформирован и расширен

13. При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия?
 - a. гипертрофическая кардиомиопатия
 - b. митральный стеноз
 - c. тиреотоксикоз
 - d. гипотиреоз

14. Что характерно для желудочковой пароксизмальной тахикардии?
- наличие волн F (Flutter)
 - наличие дельта-волны желудочкового комплекса
 - желудочковый комплекс не уширен (0,1 сек)
 - наличие зубца P
 - желудочковый комплекс деформирован и уширен (более 0,12 сек)
15. Что показано для купирования пароксизмальной наджелудочковой тахикардии?
- ритмилен
 - финоптин
 - гилуритмал
 - кордарон
 - все перечисленное
16. Экстрасистолия это:
- меняющаяся частота сердечного ритма в зависимости от фаз дыхания
 - ритм сердца с частотой желудочковых сокращений 80 ударов в минуту
 - уряжение сердечного темпа
 - учащение сердечного темпа
 - преждевременное возбуждение и сокращение сердца
17. Для лечения мерцательной аритмии рекомендуется препарат с доказанной эффективностью:
- хинидин
 - диклофенак
 - нитроглицерин
 - аспирин
 - преднизолон
18. У больного с жалобами на перебои в работе сердца, на ЭКГ на фоне синусового ритма определены внеочередные, неизменные желудочковые комплексы QRS с предшествующим деформированным зубцом P и неполной компенсаторной паузой. Какое нарушение ритма у больного?
- синусовая аритмия
 - синусовая брадикардия
 - атриовентрикулярная блокада II ст.
 - предсердная экстрасистолия
 - желудочковая экстрасистолия
19. Механизмом развития синусовой тахикардии не является:
- повышение симпатического тонуса
 - повышение тонуса блуждающего нерва
 - повышенный автоматизм сердечной мышцы
 - понижение тонуса блуждающего нерва
 - воздействие на клетки синусового узла избыточного количества тироксина.

20. ЭКГ- признаком синусовой тахикардии не является:
- наличие зубца Р
 - постоянный и нормальный интервал PQ
 - после каждой волны Р следует желудочковый комплекс
 - частота желудочковых сокращений 80 в минуту
 - ритм желудочковых сокращений правильный
21. По месту возникновения экстрасистолы делятся на:
- только предсердные
 - предсердные, атриовентрикулярные, желудочковые
 - атриовентрикулярные
 - желудочковые
 - предсердно-желудочковые
22. На ЭКГ для всех экстрасистол характерно:
- удлинение интервала PQ
 - преждевременное появление желудочкового комплекса
 - урежение темпа сердечных сокращений меньше 80 в мин
 - появление волн F (Flutter)
 - ритм желудочковых сокращений правильный
23. Нарушение функции проводимости сердца не характеризуется:
- синоатриальной блокадой
 - внутрипредсердной блокадой
 - атриовентрикулярной блокадой
 - внутрижелудочковой блокадой
 - синусовой брадикардией
24. Механизмом развития синусовой брадикардии является:
- повышение функции автоматизма
 - понижение тонуса блуждающего нерва
 - повышение симпатического тонуса
 - понижение тонуса симпатического нерва
 - воздействие на клетки синусового узла избыточного количества тироксина.
25. При AV-блокаде III степени наблюдается:
- увеличение продолжительности интервала PQ $> 0,20$ сек
 - выпадение отдельных желудочковых комплексов
 - полное разобщение предсердного и желудочкового ритмов
 - отсутствие предсердного зубца Р
 - увеличение числа желудочковых сокращений до 90-100 в мин.

26. Для нормосистолической формы мерцательной аритмии характерна:
- частота желудочковых сокращений менее 60 в мин
 - частота желудочковых сокращений от 60 до 90 в мин
 - частота желудочковых сокращений более 200 в мин
 - частота желудочковых сокращений от 120 до 200 в мин
 - частота желудочковых сокращений от 70 до 120 в мин.
27. ЭКГ признаком внутрисердечной блокады является:
- отсутствие зубца Р
 - увеличение продолжительности зубца Р $> 0,10$ сек
 - выпадение отдельных желудочковых комплексов
 - появление периодов Самойлова-Венкебаха
 - наличие волн F (Flutter)
28. Для тахисистолической формы мерцательной аритмии характерна:
- частота желудочковых сокращений менее 60 в мин
 - частота желудочковых сокращений от 60 до 90 в мин
 - частота желудочковых сокращений более 90 в мин
 - частота желудочковых сокращений от 40 до 60 в мин
 - частота желудочковых сокращений 60 – 120 в мин
29. При аускультации сердца периодически может определяться громкий первый тон или «пушечный» тон Н. Стражеско. О какой форме нарушения ритма сердца идет речь?
- синдром слабости синусового узла
 - атриовентрикулярная блокада II степени
 - желудочковая экстрасистолия
 - атриовентрикулярная блокада III степени
 - внутрижелудочковая блокада
30. Главным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является:
- увеличение АД на нижних конечностях
 - гипотензия при измерении АД на руках
 - выраженная брадикардия
 - гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты
 - увеличение ОЦК
31. При каком врожденном пороке выслушивается систоло-диастолический шум в 3-4 межреберье слева от грудины?
- дефект межпредсердной перегородки
 - открытый артериальный проток
 - дефект межжелудочковой перегородки
 - коарктация аорты
 - тетрада Фалло

32. Диагностический критерий дефекта межжелудочковой перегородки:
- а. систоло-диастолический шум в III-IV-м межреберье слева от грудины
 - б. диастолический шум на верхушке
 - в. систолический шум во втором межреберье справа от грудины
 - г. акцент второго тона на аорте
 - д. систолический шум в III-IV-м межреберье слева от грудины
33. Диагностические критерии сочетанного митрального порока:
- а. диастолический и систолический шумы на верхушке
 - б. систолический и диастолический шумы во II – м межреберье справа от грудины
 - в. систолический и диастолический шумы во II – м межреберье слева от грудины
 - г. систолический и диастолический шумы у основания мечевидного отростка
 - д. диастолический и систолический шумы в V точке
34. Диагностические критерии сочетанного аортального порока :
- а. систолический шум и диастолический шум во II – м межреберье справа
 - б. систолический шум и «хлопающий» I тон на верхушке
 - в. турбулентный систолический поток крови в полости левого предсердия
 - г. систолический и диастолический шум у основания мечевидного отростка
 - д. парадоксальное движение межжелудочковой перегородки
35. Позднее осложнение инфаркта миокарда -
- а. кардиогенный шок
 - б. отек легких
 - в. синдром Дресслера
 - г. тромбоэмболия легочной артерии
 - д. узловатая эритема
36. Диагностический критерий синдрома Дресслера:
- а. Эхо - свободное (негативное) пространство между эпикардом и перикардом
 - б. систолическое дрожание в прекардиальной области
 - в. Эхо-КГ - разрыв межжелудочковой перегородки
 - г. грубый голосистолический шум слева в нижней трети грудины
 - д. длительно сохраняющийся подъем сегмента ST на ЭКГ
37. Что не является диагностическим критерием синдрома Дресслера:
- а. Эхо - свободное (негативное) пространство между эпикардом и перикардом
 - б. лабораторно - увеличение титров антимиеокардиальных антител
 - в. лихорадка и изменения в крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ)
 - г. рентгенологически - явления экссудативного плеврита, перикардита, пневмонита
 - д. длительно сохраняющийся подъем сегмента ST на ЭКГ

38. Для купирования политопных, групповых желудочковых экстрасистол при ОИМ следует ввести:
- лидокаин внутривенно струйно, затем капельно 200 мг
 - этацизин по 1т.х3р.
 - АТФ внутривенно, струйно 12мг
 - новокаиномид 5,0 мл с мезатоном 1,0 мл капельно
 - строфантин 0,05% раствор 1мл внутривенно
39. Какая из нижеперечисленных аритмий, осложняющих инфаркт миокарда, требует неотложных мероприятий?
- миграция водителя ритма
 - пароксизмальная желудочковая тахикардия
 - синусовая тахикардия
 - синусовая брадикардия
 - атриовентрикулярная блокада I ст.
40. Диагностический критерий хронической аневризмы сердца:
- длительно сохраняющийся, «застывший» подъем сегмента ST на ЭКГ
 - выделение пенистой розовой мокроты во время кашля
 - появление одышки и приступов удушья в горизонтальном положении
 - систолическое дрожание в прекардиальной области
 - грубый голосистолический шум слева в нижней трети грудины.
41. Диагностическим критерием хронической аневризмы сердца не является:
- длительно сохраняющийся «застывший» подъем сегмента ST на ЭКГ
 - ЭхоКГ – акинезия стенки левого желудочка
 - левожелудочковая сердечная недостаточность, рефрактерная к терапии
 - грубый голосистолический шум слева в нижней трети грудины
 - ЭхоКГ – парадоксальное движение и истончение стенки левого желудочка.
42. Для дилатационной кардиомиопатии характерно:
- нормальные границы сердца
 - шум трения перикарда
 - парадоксальный пульс
 - расширение всех полостей сердца
 - диастолический шум на верхушке
43. Для дилатационной кардиомиопатии не характерно:
- ЭхоКГ – расширение всех полостей сердца
 - отеки на ногах
 - рентгенологически - взбухание талии (3-ей дуги) сердца
 - экстрасистолическая суправентрикулярная аритмия
 - верхняя граница сердца - в 3 межреберье

44. Экссудативный перикардит на ЭхоКГ проявляется:
- ЭхоКГ– свободным (негативным) пространством между эпикардом и перикардом
 - зоной гипокинеза миокарда левого желудочка
 - зоной акинеза миокарда левого желудочка
 - регургитацией в полость левого предсердия во время систолы
 - турбулентным движением крови через правый А-V клапан
45. Что является критерием констриктивного перикардита:
- одышка
 - повышенная утомляемость
 - повышение температуры тела с ознобом в вечернее время
 - застой в полых венах
 - боли в области сердца в положении больного лежа.
46. Какой из перечисленных рентгенологических признаков не характерен для экссудативного перикардита?
- кардиомегалия
 - отсутствие дуг по контурам сердечной тени
 - усиление легочного рисунка
 - преобладание поперечных размеров сердца над «вертикальными»
 - «обеднение» легочного рисунка
47. Какой признак характерен для констриктивного перикардита?
- снижение сердечного выброса
 - наличие парадоксального пульса
 - нормальные размеры сердца
 - кальциноз перикарда
 - все перечисленное
48. При подозрении на экссудативный перикардит в первую очередь следует провести исследование:
- пункция перикарда
 - измерение ЦВД
 - ЭхоКГ
 - ФКГ
 - ЭКГ
49. Критерием сухого перикардита не является:
- шум трения перикарда
 - «некоронарогенные» боли в области сердца
 - усиление боли в области сердца при наклоне тела больного вперед
 - уменьшение боли в области сердца в положении больного сидя
 - парадоксальный пульс

50. Критерием сухого перикардита является:
- уменьшение боли при наклоне тела больного вперед
 - отеки на ногах
 - расширение границ сердца вверх и вправо
 - парадоксальный пульс
 - шум трения перикарда
51. При амилоидозе органами –мишенями являются: а) почки; б) сердце; в) кишечник; г) селезенка; д) печень. Выберите правильную комбинацию ответов.
- а, г, д;
 - а, г;
 - а, д;
 - все ответы правильные;
 - а, б, г.
52. Наиболее ранним признаком при амилоидозе почек является?
- протеинурия;
 - гематурия;
 - лейкоцитурия;
 - цилиндрурия;
 - изостенурия.
53. При амилоидозе почек достоверным методом диагностики является:
- общий анализ мочи
 - биопсия слизистой оболочки прямой кишки
 - определение общего белка и белковых фракций в сыворотке крови
 - УЗИ внутренних органов
 - определение фракций иммуноглобулинов.
54. Для хронического пиелонефрита не характерно:
- лихорадка с ознобом
 - асимметрия поражения почек
 - лейкоцитурия
 - бактериурия
 - протеинурия более 3 г/сутки
55. Диагностический критерий хронического пиелонефрита:
- высокая протеинурия
 - поражение базальной мембраны клубочков
 - отеки на ногах
 - деформация чашечно-лоханочной системы
 - гематурия.

56. Диагностическим критерием нефротического синдрома не является:
- протеинурия более 3,5 г/сутки
 - гипоальбуминемия
 - гиперхолестеринемия
 - отеки на ногах
 - лейкоцитурия.
57. При каком заболевании развивается нефротический синдром?
- хронический гломерулонефрит
 - тромбоз почечных вен
 - деформирующий остеоартроз со вторичным синовииитом
 - хронический пиелонефрит
 - гипертрофическая кардиомиопатия
58. Нефротический синдром не бывает при:
- системной красной волчанке
 - амилоидозе
 - хроническом гломерулонефрите
 - ревматоидном артрите
 - хроническом пиелонефрите.
59. Для нефротического синдрома характерно:
- лейкоцитурия;
 - протеинурия более 3,5 г в сутки;
 - гематурия;
 - цилиндрурия;
 - бактериурия.
60. Причина гипопротеинемии при нефротическом синдроме:
- потеря белка с мочой
 - потеря белка через отечную слизистую оболочку кишечника;
 - усиленный катаболизм глобулинов
 - усиленный синтез β - глобулинов
 - снижение синтеза альбуминов.
61. К патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома относятся: а) диуретики; б) глюкокортикоиды; в) белковые препараты; г) цитостатики; д) антикоагулянты. Выбрать правильную комбинацию ответов.
- б, д;
 - а, б, д;
 - б, г;
 - г, д;
 - б, г, д.

62. Лечение нефротического синдрома цитостатиками показано при: а) мембранозном нефрите; б) узелковом периартериите; в) нагноительных заболеваниях; г) гломерулонефритах при системных заболеваниях; д) обострении латентной инфекции. Выберите правильную комбинацию ответов.
- а, б;
 - б, г;
 - а, г;
 - в, д;
 - а, б, г.
63. Для хронической почечной недостаточности характерно:
- гиперальбуминемия
 - дислипидемия
 - гиперкреатининемия
 - уробилинурия
 - гипербилирубинемия.
64. Признаки, характерные для уремического перикардита: а) повышение температуры тела; б) боли в области сердца; в) шум трения перикарда; г) тахикардия; д) накопление геморрагической жидкости в полости перикарда. Выберите правильную комбинацию ответов.
- все ответы правильные;
 - в, д;
 - б, в, г, д;
 - а, в, д;
 - в, г.
65. Причина анемии при хронической почечной недостаточности:
- снижение секреции эритропоэтина;
 - гемолиз;
 - дефицит фолиевой кислоты;
 - гиперкалиемия;
 - усиление выработки ренина.
66. Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии хронической почечной недостаточности:
- 140 мл/мин;
 - 20 мл/мин;
 - 80 мл/мин;
 - 120 мл/мин;
 - 50 мл/мин.

67. Какая группа лекарственных препаратов не применяется при хронической почечной недостаточности:
- гипотензивные средства;
 - антибиотики;
 - стероидные гормоны;
 - «калий-сберегающие» диуретики;
 - анаболические гормоны.
68. Какой антибиотик целесообразно применять при хронической почечной недостаточности?
- тетрациклин;
 - гентамицин;
 - пенициллин;
 - стрептомицин;
 - канамицин.
69. Какое осложнение не встречается при гемодиализе?
- перикардит
 - невриты
 - артериальная гипертензия
 - остеодистрофии
 - инфекции.
70. Какая группа антибиотиков чаще вызывает острую почечную недостаточность?
- пенициллины
 - цефалоспорины
 - аминогликозиды
 - макролиды
 - тетрациклин.
71. При назначении нестероидных противовоспалительных препаратов причинами острой почечной недостаточности являются: а) потеря внутриклеточного кальция; б) препятствие синтезу простагландинов; в) массивная протеинурия; г) нарушение гемодинамики; д) снижение почечного кровотока. Выбрать правильную комбинацию ответов.
- а, б;
 - а, б, д;
 - а, б, в, д;
 - г, д;
 - б, д;
72. Указать этиологический фактор острой почечной недостаточности:
- шок различного генеза
 - хронический гломерулонефрит
 - железодефицитная анемия
 - экссудативный перикардит
 - хронический панкреатит.

73. Характерным лабораторным признаком экссудативного плеврита может служить:
- стеаторея
 - тромбоцитопения
 - гипергликемия
 - гематурия
 - СОЭ – 30 мм. в час
74. Указать жалобу, встречающуюся при сухом плеврите:
- загрудинная боль при быстрой ходьбе
 - приступ удушья в ночное время
 - боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании и кашле
 - одышка при вдыхании холодного воздуха
 - надсадный кашель с мокротой
75. Какой признак не характерен для экссудативного плеврита:
- ассиметрия движения грудной клетки
 - ослабление голосового дрожания и бронхофонии на стороне поражения
 - притупление легочного звука на стороне поражения
 - симметричность движения грудной клетки
 - дыхание не проводится на стороне поражения
76. При каких заболеваниях обнаруживаются эозинофильные выпоты? А) пневмония; б) туберкулез; в) опухоли; г) глистные инвазии; д) травма. Выберите правильную комбинацию ответов.
- б, в, г
 - б, в, г, д
 - все ответы правильные
 - г
 - а, г
77. Для какого заболевания характерен плевральный экссудат с лимфоцитозом и незначительным количеством мезотелиальных клеток?
- опухоль - мезотелиома
 - ревматоидный артрит
 - туберкулез
 - лимфолейкоз
 - пневмония
78. При каких заболеваниях наблюдается повышение уровня амилазы в плевральной жидкости? а) панкреатит; б) туберкулез; в) злокачественная опухоль; г) перфорация пищевода; д) ревматоидный артрит. Выберите правильную комбинацию ответов.
- а, б, д
 - а, д
 - а, в, д
 - а, б, д
 - а, в, г

79. При каких заболеваниях чаще всего обнаруживают геморрагический плеврит? а) туберкулез; б) опухоль; в) травма грудной клетки; г) тромбоэмболия легочной артерии. Выберите правильную комбинацию ответов.
- а, б, в, г
 - а, б.
 - а, б, г
 - а, г
 - б, в, г.
80. При каких состояниях может появиться плевральный выпот? а) деструктивный панкреатит; б) цирроз печени с портальной гипертензией; в) поддиафрагмальный абсцесс; г) дивертикулез тонкого кишечника; д) опухоль яичников. Выберите правильную комбинацию ответов.
- а, б, в, д
 - в, д
 - а, в, д
 - все ответы правильные
 - г, д
81. Лечение пневмонии, вызванной легионеллой, проводится:
- пенициллином
 - кефзолем
 - эритромицином
 - тетрациклином
 - гентамицином
82. У служащей крупной гостиницы, оснащенной кондиционерами, остро повысилась температура до 40С, появились озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. Несколько дней назад сослуживец больной был госпитализирован с пневмонией. При рентгенографии легких у больной выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Какова вероятная причина пневмонии?
- клебсиелла
 - легионелла
 - микоплазма пневмонии
 - палочка Пфейффера
 - золотистый стафилококк.
83. Назовите возбудителей, вызывающих интерстициальные пневмонии: а) пневмококк; б) вирусы; в) микоплазма; г) стафилококк; д) риккетсии. Выберите правильную комбинацию ответов.
- а, б, г;
 - б, г;
 - а, г;
 - в, д;
 - б, в, д.

84. Наиболее частым возбудителем нозокомиальной (госпитальной) пневмонии у пожилых больных является:
- клебсиелла
 - стафилококк
 - бледная трепонема
 - пневмококк
 - вирус простого герпеса.
85. Какой показатель не изменяется при бронхиальной астме?
- мощность вдоха;
 - МСВ выд.;
 - ОФВ выд.₁;
 - ЖЕЛ
 - МВЛ
86. Какие бронхорасширяющие препараты действуют преимущественно на В₂- адренорецепторы легких? а) адреналин; б) эфедрин; в) изадрин (изопротеренол); г) сальбутамол; д) беротек. Выберите правильную комбинацию ответов.
- а, в, г, д
 - б, г, д
 - а, г, д
 - б, г
 - г, д
87. Для атопической формы бронхиальной астмы характерно: а) часто развивается в пожилом возрасте; б) сочетается с другими атопическими заболеваниями; в) повышен уровень IgE в крови; г) понижен уровень IgE в крови; д) характерна эозинофилия крови. Выберите правильную комбинацию ответов.
- б, в, г, д
 - в, д
 - а, д
 - а, в, д
 - б, в, д
88. С целью уменьшения легочной гипертензии у больного с инфекционно- зависимой формой бронхиальной астмы, могут использоваться препараты: а) изосорбида динитрат; б) нифедипин; в) пропранолол; г) каптоприл; д) эуфиллин. Выберите правильную комбинацию ответов.
- г, д
 - а, б, г, д
 - а, г, д
 - б, д
 - в, д

89. Приступ удушья при астме физического усилия возникает:
- при вдыхании влажного воздуха;
 - при приеме аспирина;
 - после физической нагрузки;
 - при употреблении цитрусовых продуктов;
 - после ОРВИ.
90. Какие лекарственные препараты могут ухудшить состояние больного с аспириновой формой бронхиальной астмы? а) беродуал; б) теofilлин; в) теофедрин; г) дитэк; д) диклофенак. Выберите правильную комбинацию ответов.
- а, б
 - а, б, г
 - а, в, д
 - б, в, д
 - в, д
91. При бронхиальной астме не следует назначать:
- эуфиллин
 - ингакорт
 - беротек
 - пропранолол
 - сальбутамол
92. Какой из перечисленных признаков не характерен для аспириновой астмы:
- приступ удушья
 - полипоз носа
 - непереносимость продуктов, содержащих тартразин
 - непереносимость аспирина
 - амфорическое дыхание над легкими
93. У больного К, 43 лет при ходьбе быстрым шагом через 15 мин. появляется сухой надсадный кашель, который затем переходит в приступ экспираторной одышки со свистящим дыханием. О каком заболевании может идти речь?
- аспирин-зависимая форма бронхиальной астмы
 - атопическая форма бронхиальной астмы
 - бронхиальная астма физических усилий
 - профессиональная бронхиальная астма
 - первичная эмфизема легких
94. Назовите препарат, применяемый для купирования бронхиальной астмы физических усилий:
- аспирин
 - коринфар
 - нитроглицерин
 - анаприлин
 - индометацин

95. Какая терапия используется для лечения больных с бронхиальной астмой тяжелого течения? а) ежедневное введение противовоспалительных препаратов; б) нерегулярные ингаляции В2- агонистов короткого действия; в) ежедневное введение бронходилататоров пролонгированного действия; г) частое применение системных глюкокортикоидов. Выбрать правильную комбинацию ответов.
- а, в
 - б, г
 - в, г
 - а, в, г
 - а, б
96. Какие побочные явления развиваются при пользовании ингаляционными глюкокортикоидами в средних терапевтических дозах? А) кандидоз ротоглотки; б) язвы желудочно-кишечного тракта; в) дисфония; г) стероидный диабет; д) частые инфекции носоглотки. Выбрать правильную комбинацию ответов.
- а, в
 - а, б, г, д
 - все ответы правильные
 - а, д
 - а, б, д
97. К осложнениям бронхиальной астмы не относят:
- хроническое легочное сердце
 - эмфизема легких
 - легочная недостаточность
 - правожелудочковая сердечная недостаточность
 - кифосколиоз
98. Для атопической формы бронхиальной астмы характерно: А) часто развивается в пожилом возрасте; б) сочетается с другими атопическими заболеваниями; в) повышен уровень IgE в крови; г) понижен уровень IgE в крови; д) характерна эозинофилия крови. Выберите правильную комбинацию ответов.
- б, в, г, д
 - в, д
 - а, д
 - а, в, д
 - б, в, д
99. В лечении какого заболевания может использоваться альфа-1 антитрипсин?
- сердечная астма
 - синдром бронхиальной обструкции токсического генеза
 - первичная эмфизема легких
 - лимфогранулематоз
 - эхинококкоз легких

100. Укажите симптомы обострения ХОЗЛ:
- отсутствие нарастания одышки
 - нормальная переносимость физической нагрузки
 - увеличение показателей пикфлоуметрии
 - уменьшение индекса Тиффно-Вотчала
 - отделение мокроты
101. При каком заболевании наиболее эффективно проведение бронхоскопического дренажа с лечебной целью?
- бронхиальная астма с высоким уровнем IgE в крови
 - хронический гнойный бронхит
 - прогрессирующая эмфизема легких при дефиците ингибитора альфа-1 антитрипсина
 - экзогенный фиброзирующий альвеолит
 - бронхолегочный аспергиллез
102. Какие препараты следует назначить больному с хроническим бронхитом и легочной гипертензией? а) нитросорбид; б) каптоприл; в) нифедипин; г) сердечные гликозиды; д) длительная кислородотерапия. Выберите правильную комбинацию ответов.
- б, г
 - б, в, г
 - а, в, д
 - все ответы правильные
 - г, д
103. Вторичная эмфизема является осложнением:
- бронхиальной астмы легкого течения
 - бронхоэктатической болезни
 - хронического обструктивного бронхита
 - очаговой пневмонии
 - очагового туберкулеза легких
104. Основным патогенетическим значением в развитии первичной эмфиземы легких является:
- острые заболевания дыхательной системы
 - хронические болезни бронхо-легочного аппарата
 - функциональное перенапряжение аппарата дыхания
 - возрастная инволюция эластической ткани легких
 - дефицит альфа-1 антитрипсина
105. Признаком тяжелого течения ХОЗЛ является:
- ПСВ и ОФВ1 менее 50 % от должной величины
 - появление ночных приступов удушья
 - периодически возникающая одышка
 - вариабельность пикфлоуметрии – 22%
 - субфебрильная температура

106. В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем не применяют:
- инфузию растворов нитроглицерина
 - блокаторы кальциевых каналов
 - сердечные гликозиды
 - антагонисты альдостерона
 - кровопускание с последующим введением реополиглюкина.
107. При декомпенсированном хроническом легочном сердце не бывает:
- расширения правой границы сердца
 - прекордиальной и эпигастральной пульсаций
 - усиленного верхушечного толчка
 - набухших шейных вен
 - акцента 2 тона над легочной артерией
108. При декомпенсированном легочном сердце не бывает:
- набухания шейных вен
 - одышки при физической нагрузке
 - диффузного цианоза
 - отеков ног
 - усиленного верхушечного толчка
109. Этиологическим фактором развития легочного сердца является:
- ХОЗЛ
 - инфаркт миокарда, осложненный застоем крови в малом круге кровообращения
 - недостаточность митрального клапана с выраженным застоем крови в малом круге кровообращения
 - гипертоническая болезнь высокого риска с левожелудочковой сердечной недостаточностью
 - атеросклероз аорты и периферических сосудов
110. Назовите критерий хронического легочного сердца:
- «S-тип» гипертрофии правого желудочка сердца на ЭКГ
 - гипертрофия левого желудочка на ЭКГ.
 - гипертрофия правого предсердия на ЭКГ
 - гипертрофия мышцы левого желудочка на ЭхоКГ
 - гипертрофия мышцы межжелудочковой перегородки на ЭхоКГ
111. Тофус – это:
- отложение холестерина в тканях
 - отложение уратов в тканях
 - остеофиты
 - гранулемы воспаления
 - воспалительное уплотнение подкожной клетчатки

112. Положительный диагностический тест ежечасного перорального приема колхицина наблюдается при:
- ревматоидном артрите
 - артрите при болезни Бехтерева
 - подагрическом артрите
 - артрите при болезни Рейтера
 - ревматическом артрите.
113. Критериями диагноза подагры являются: а) узелки Бушара; б) двусторонний сакроилеит; в) тофусы; г) гиперурикемия; д) припухание и боль в 1 плюснефаланговом суставе. Выбрать правильную комбинацию ответов:
- а, б
 - б, в
 - в, г
 - а, б, в
 - в, г, д
114. Диагностическим критерием подагры не является:
- повышение содержания мочевой кислоты в сыворотки крови
 - наличие тофусов
 - обнаружение кристаллов уратов в синовиальной жидкости
 - наличие в анамнезе острого артрита (чаще - 1 плюснефалангового сустава)
 - утренняя скованность суставов более 2 часов
115. Базисная терапия подагры включает:
- аллопуринол
 - преднизолон
 - индометацин
 - пеницилин
 - гемодез
116. Диагностический критерий подагры:
- узелки Бушара
 - наличие тофусов
 - повышение титров АСЛ-О
 - остеофитоз
 - утренняя скованность более 2 часов
117. Какие признаки характерны для артроза: а) механические (стартовые) боли; б) хруст в суставе; в) повышение кожной температуры над суставами; г) гиперпигментация кожи над пораженными суставами; д) симметричность поражения суставов. Выбрать правильную комбинацию ответов:
- а, б
 - б, в
 - в, г
 - а, б, в
 - в, г, д

118. Что не является критерием деформирующего остеоартроза?
- боль в суставах, возникающая после механической нагрузки
 - симптом «блокады» сустава
 - утренняя скованность суставов менее 60 минут
 - остеофитоз
 - утренняя скованность суставов более 2 часов
119. Узелки Бушара являются критерием остеоартроза:
- проксимальных межфаланговых суставов кисти
 - дистальных межфаланговых суставов кисти
 - коленного сустава
 - первого плюснефалангового сустава
 - локтевого сустава
120. Деформирующему остеоартрозу без синовита присущи:
- анемия
 - лейкоцитоз
 - лейкопения
 - тромбоцитопения
 - нормальные показатели крови
121. Признаками остеоартроза являются: а) остеопороз; б) множественные эрозии суставных поверхностей; в) остеофиты; г) сужение суставной щели; д) остеосклероз. Выбрать правильную комбинацию ответов:
- а, б
 - б, в
 - в, г
 - а, б, в
 - в, г, д
122. Базисной терапией остеоартроза являются: а) преднизолон; б) индометацин; в) румалон; г) артепарон; д) делагил. Выбрать правильную комбинацию ответов:
- а, б
 - б, в
 - в, г
 - а, б, в
 - в, г, д
123. Для деформирующего остеоартроза характерно:
- наличие тофусов
 - повышение титров АСЛ-О
 - ульнарная девиация
 - остеофиты
 - утренняя скованность более 2 часов

124. Диагностическими признаками склеродермии являются: а) очаговый и диффузный нефрит; б) синдром Шегрена; в) синдром Рейно; г) склеродермический гломерулосклероз; д) полиневрит. Выбрать правильную комбинацию ответов:
- а, б
 - б, в
 - в, г
 - а, б, в
 - в, г, д
125. Ведущим синдромом поражения сердечно-сосудистой системы при системной склеродермии является:
- митральный стеноз
 - аортальная недостаточность
 - экссудативный перикардит
 - крупноочаговый кардиосклероз
 - асептический бородавчатый эндокардит Либмана – Сакса.
126. Для суставного синдрома при системной склеродермии наиболее характерными являются: а) кальциноз мягких тканей суставов пальцев; б) остеолиз ногтевых фаланг; в) остеофитоз; г) поражение крупных суставов; д) спондилит. Выбрать правильную комбинацию ответов:
- а, б
 - б, в
 - в, г
 - а, б, в
 - в, г, д
127. К дополнительным диагностическим признакам склеродермии относятся: а) базальный пневмосклероз; б) поражение желудочно-кишечного тракта; в) телеангиоэктазии; г) гиперпигментация кожи; д) остеолиз. Выбрать правильную комбинацию ответов:
- а, б
 - б, в
 - в, г
 - а, б, в
 - в, г, д
128. Патогномоничными признаками при дерматомиозите следует считать: а) параорбитальный отек; б) пурпурно-лиловая эритема век; в) стойкая шелушащаяся эритема над пястно-фаланговыми и проксимальными межфаланговыми суставами; г) васкулитная «бабочка»; д) кольцевидная эритема. Выбрать правильную комбинацию ответов:
- а, б
 - б, в
 - в, г
 - а, б, в
 - в, г, д

129. Какие лабораторные показатели имеют наибольшее значение при дерматомиозите: а) холестерин; б) КФК; в) креатинурия; г) мочевиная кислота; д) щелочная фосфатаза. Выбрать правильную комбинацию ответов:
- а, б
 - б, в
 - в, г
 - а, б, в
 - в, г, д
130. Какой препарат является основным в лечении дерматомиозита:
- азатиоприн
 - коринфар
 - преднизолон
 - делагил
 - колхицин
131. Острое течение узелкового периартериита купируется:
- антибиотиками
 - плаквенилом
 - преднизолоном и циклофосфамидом
 - Д-пеницилламином
 - бруфеном
132. Поражение почек при узелковом периартериите может включать: а) некроз коркового слоя; б) папиллярный некроз; в) изолированный мочевиной синдром; г) гломерулонефрит с нефротическим синдромом; д) амилоидоз. Выбрать правильную комбинацию ответов:
- а, б
 - б, в
 - в, г
 - а, б, в
 - в, г, д
133. Из поражений сердца при узелковом периартериите типичным является:
- сухой перикардит
 - миокардит
 - крупноочаговый кардиосклероз
 - фибропластический эндокардит
 - коронариит
134. При отсутствии кровоточивости причиной анемии при остром лейкозе является:
- дефицит железа
 - гиперспленизм
 - гепато- спленомегалия
 - подавление нормальных ростков кроветворения опухолевыми клетками
 - лимфоаденопатия

135. Для железодефицитной анемии характерно:
- мегалобластный тип кроветворения
 - снижение концентрации железа в сыворотке крови
 - панцитопения
 - нормохромия эритроцитов
 - эозинофилия
136. Для железодефицитной анемии не характерно:
- мегалобластический тип кроветворения
 - извращение вкуса (Pica chlorotica)
 - выпадение волос
 - мягкость и ломкость ногтей
 - снижение железа сыворотки крови
137. Для апластической анемии не характерно:
- геморрагический синдром
 - анемический синдром
 - язвенно-некротический синдром
 - сидеропенический синдром
 - инфекционные осложнения
138. Главным в развитии В₁₂-дефицитной анемии является:
- хроническая кровопотеря
 - поражения тонкого кишечника
 - отсутствие секреции внутреннего фактора Кастла
 - переливание несовместимой крови
 - туберкулез
139. Гемотрансфузия при железодефицитной анемии применяется:
- женщинам с обильной менструацией
 - беременной, с содержанием Нв свыше 80 г/л
 - донорам, у которых развилась анемия
 - при необильных геморрагических кровотечениях
 - при анемической коме.
140. Для острого лейкоза не характерно:
- бластные клетки в костном мозге менее 5%
 - бластные клетки в периферической крови более 5%
 - лейкемиды на коже
 - панцитопения
 - лихорадка

141. Для хронического лимфолейкоза характерно:
- тени Боткина-Гумпрехта
 - ретикулоцитоз
 - эозинофилия
 - лейкопения
 - плазматические клетки в крови
142. При миеломной болезни субстратом опухоли являются:
- эритроциты
 - тромбоциты
 - моноциты
 - нейтрофилы
 - плазматические клетки
143. Стойкое повышение желудочной секреции, диарея и изъязвление слизистой оболочки желудка указывают на:
- синдром Золлингера-Эллисона
 - язвенную болезнь с локализацией в желудке
 - неспецифический язвенный колит
 - язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе 12-перстной кишки
 - хронический панкреатит
144. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:
- острого гастрита
 - аутоиммунного гастрита
 - гранулематозного гастрита
 - болезни Менентрие
 - хелико-бактерной инфекции в подслизистой оболочке
145. Какой тест является диагностическим при синдроме Золлингера-Эллисона?
- базальная кислотопродукция желудка
 - максимальная кислотопродукция желудка
 - уровень гастрина в крови
 - данные эзофаго-гастро-дуоденоскопии
 - биопсия слизистой оболочки желудка
146. Фактором, не влияющим на возникновение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, является:
- гиперсекреция соляной кислоты
 - дуоденит
 - заболевание желчного пузыря
 - хелико-бактерная инфекция
 - курение

147. Включение белковых пищевых продуктов в диетотерапию язвенной болезни приводит к:
- снижению агрессивности желудочного содержимого
 - повышению агрессивности желудочного содержимого
 - агрессивность желудочного содержимого не изменится
 - понижению слизисто-бикарбонатного барьера
 - диарее
148. Желудочную секрецию снижает:
- фамотидин
 - кофеин
 - метронидазол
 - фестал
 - но-шпа
149. Омепразол относится к группе препаратов:
- адреноблокаторы
 - м-холиноблокаторы
 - блокаторы гистаминовых H_1 -рецепторов
 - блокаторы гистаминовых H_2 -рецепторов
 - блокаторов протонного насоса (помпы)
150. К эндоскопическому признаку хелико-бактериоза желудка не относят:
- отек слизистой желудка, гиперемия, экссудацию
 - внутрислизистые кровоизлияния
 - плоские и/или приподнятые эрозии в зоне наиболее выраженного воспаления
 - выраженную деструкцию поверхностного эпителия в периаульцерозной зоне с образованием эрозий
 - полипоз желудка
151. Что из перечисленного ниже не характерно для симптоматических язв желудка?
- локализация язв
 - определенная связь язв с приемом медикаментов
 - отсутствие рецидивирующего течения язв
 - язвы хорошо поддаются медикаментозной терапии
 - язвы часто пенетрируют
152. Обострение неосложненной язвенной болезни желудка не проявляется:
- «голодными» болями в эпигастрии
 - «ночными», «голодными» болями
 - положительным терапевтическим эффектом медикаментозной терапии
 - четкой связью «голодных» болей эпигастрии с приемом пищи
 - рвотой пищей, съеденной накануне

153. Для постбульбарной локализации язвы не характерно появление:
- а. болей через 3-4 часа после еды
 - б. болей с иррадиацией в левое или правое подреберье
 - в. «пульсирующих » болей
 - г. кровотечения
 - д. положительного эффекта от приема антацидов
154. Мужчина 50 лет 3 года страдает язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. Очередное обострение началось с болей в эпигастральной области и осложнилось кровотечением. За 4 недели консервативного лечения зантаксом язва зарубцевалась, но остался эрозивный антральный гастрит. Ваша врачебная тактика?
- а. прерывистая курсовая терапия гастроцепином
 - б. поддерживающая терапия зантаксом в течение длительного времени
 - в. хирургическое лечение
 - г. терапия солкосерилом
 - д. определение *helicobacter pylori* и при положительном результате – антибактериальная терапия с приемом Де-нола.
155. Для пенетрации язвы 12-перстной кишки не характерно:
- а. усиление болевого синдрома
 - б. изменение характерного ритма возникновения болей
 - в. уменьшение ответной реакции на прием антацидов
 - г. появление мелены
 - д. появление ночных болей в эпигастральной области
156. Признаком перфорации язвы является:
- а. лихорадка
 - б. рвота
 - в. изжога
 - г. болезненная ригидность передней брюшной стенки
 - д. гиперперистальтика кишечника
157. Причиной приобретенного стеноза привратника является:
- а. рак желудка
 - б. язвенная болезнь 12-перстной кишки
 - в. гипертрофия мышц привратника желудка
 - г. пролапс слизистой оболочки 12-перстной кишки через пилорический канал
 - д. доброкачественный полип желудка
158. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:
- а. рвота желчью
 - б. урчание в животе
 - в. рвота накануне съеденной пищей
 - г. выраженное вздутие живота
 - д. постоянная диарея

159. При возникновении пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается уровень:
- амилазы
 - липазы
 - глюкозы
 - щелочной фосфатазы
 - гаммаглутамилтранспептидазы
160. У больного, страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последние 3 месяца появилась тяжесть в эпигастрии после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, прогрессирующая потеря веса. Ваше предположение:
- органический стеноз пилородуоденальной зоны
 - функциональный стеноз привратника
 - рак желудка
 - пенетрация язвы
 - перфорация язвы
161. «Излюбленным» органом-мишенью перфорации язвы желудка является:
- желчный пузырь
 - печень
 - малый сальник
 - большой сальник
 - поджелудочная железа
162. Компенсированный стеноз привратника проявляется:
- рвотой, приносящей облегчение
 - «шумом плеска» при физикальном обследовании
 - судорогами в скелетных мышцах
 - хроническими запорами
 - упорной диареей
163. Декомпенсированный стеноз привратника проявляется:
- частой рвотой, сопровождающейся прогрессирующим истощением
 - удовлетворительным общим состоянием больных
 - отрыжкой кислым содержимым
 - упорной диареей
 - постоянным метеоризмом
164. Осложнением язвенной болезни не является:
- малигнизация
 - пенетрация
 - перфорация
 - кровотечение
 - синдром Золлингера-Эллисона

165. Для тяжелой степени Демпинг-синдрома не характерно:
- а. больной вынужден принимать пищу лежа (в горизонтальном положении)
 - б. учащение пульса более 30 в мин после приема пищи
 - в. прогрессирующее похудание (дефицит массы тела более 10 кг)
 - г. полная утрата трудоспособности
 - д. трудоспособность сохранена
166. Больной 62 лет обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, особенно с неприязнью к белковой и мясной пище, постоянные боли в подложечной области, потерявшие связь с прием пищи и похудание. Анамнез – длительно наблюдается по поводу «нерубцующейся» язвы желудка. Ваше предположение:
- а. стеноз выходного отдела желудка
 - б. рак желудка
 - в. пенетрация язвы
 - г. перфорация язвы
 - д. кровотечение
167. Неспецифический язвенный колит проявляется:
- а. болями в животе
 - б. наличием крови в кале
 - в. нарушением функции кишечника
 - г. анемией
 - д. всеми перечисленными симптомами
168. Базисной терапией неспецифического язвенного колита являются:
- а. антибиотики
 - б. производные 5-аминосалициловой кислоты
 - в. кортикостероиды
 - г. цитостатики
 - д. сочетание кортикостероидов с цитостатиками
169. Болезнь Крона осложняется:
- а. формированием фистул и свищей
 - б. кишечным кровотечением
 - в. токсическим мегаколоном
 - г. кишечной проходимостью
 - д. всеми вышеперечисленными

Технологическая карта дисциплины «Внутренние болезни»

Курс-3, семестр- 5, ЗЕ-3, отчетность-зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум (баллы)	Зачетный максимум (баллы)	График контроля
Модуль 1					
Кардиопульмонология.	Текущий	Тестирование.	10	18	
	Рубежный	Контрольная работа.	4	6	
Модуль 2					
Заболевания ЖКТ.	Текущий	Тестирование.	10	18	
	Рубежный	Контрольная работа	3	5	
Модуль 3					
Болезни мочевыделительной системы	Текущий	Тестирование.	10	18	
	Рубежный	Контрольная работа	3	5	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет)	Тестирование; Контрольная работа;		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ, КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ
(рубежный, промежуточный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
Всего баллов		Среднее арифм. (сумма баллов/4)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

«менее 60%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА

(текущий контроль)

1. В одном тестовом задании 10 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании нужно выбрать только один правильный ответ.
4. За каждый правильно ответ – 10 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).