

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Павлов Валентин Николаевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 12.01.2023 10:13:12  
Уникальный программный ключ:  
a562210a8a161d1bc9a34c4a0a3e820ac76b9d73665849e6d6b07e5ade71d6ee

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по учебной работе  
\_\_\_\_\_ А. А. Цыглин  
\_\_\_\_\_ мая 2021 г.

## ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

### ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

(наименование дисциплины)

Разработчик	<u>Кафедра терапии и профессиональных болезней с курсом ИДПО</u>
Специальность	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
Наименование ООП	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
ФГОС ВО	<u>Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «13» августа 2020 г. № 998</u>

**Паспорт оценочных материалов по дисциплине / Внутренние болезни**

<b>№</b>	<b>Наименование пункта</b>	<b>Значение</b>
1.	Специальность/направление подготовки	30.05.01 Медицинская биохимия
2.	Наименование дисциплины	Внутренние болезни
3.	Для оценки «отлично» не менее	91%
4.	Для оценки «хорошо» не менее	81%
5.	Для оценки «удовлетворительно» не менее	71%
6.	Время тестирования (в минутах)	90 минут

**Код контролируемой компетенции**

ОПК-1 - Способен использовать и применять фундаментальные и прикладные медицинские, естественнонаучные знания для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Выберите один правильный ответ</b>		
1.	ЭПИКРИЗ – ЭТО: _____ А. направление на МСЭ для оформления инвалидности Б. часть истории болезни перед описанием объективного статуса больного В. окончательный диагноз Г. заключение в конце истории болезни, которое содержит клинический диагноз, особенности течения данного заболевания, результаты проведенного лечения	Г
2.	КТО НЕСЕТ УГОЛОВНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ НАРУШЕНИИ СТАТЬИ №45 «ОСНОВ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН» О ЗАПРЕЩЕНИИ ЭВТАНАЗИИ: А. больной, изъявивший желание ускорить свою смерть, и врач Б. только врач в любой ситуации В. родственник больного, уговоривший врача сделать эвтаназию, а врач и медсестра, производившая инъекцию, невиновны Г. родственник, сознательно побуждавший больного к эвтаназии, и медицинскиеработники, осуществляющие эвтаназию	Г
3.	КАКОЙ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЙ АКТ НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ОСВЕЩАЕТ ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА: А. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» Б. «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну» В. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» Г. «О программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью»	В
4.	ЗАБОЛЕВАНИЕ, НЕ ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕЕ УГРОЗЫ ДЛЯ ЖИЗНИ И НЕ СВЯЗАННОЕ С ОСНОВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ: А. конкурирующее	Г

	<p>Б. второстепенное В. рецидив Г. сопутствующее</p>	
5.	<p>КОГДА РАБОТОДАТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ЗАБОЛЕВАНИИ СВОЕГО РАБОТНИКА: А. в любом случае для решения вопроса об оплате больничного листа Б. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений В. ни при каких условиях, т.к. эта информация составляет врачебную тайну Г. если работник инфицирован ВИЧ</p>	Б
<b>Ответьте на вопросы</b>		
6.	<p>Как следует поступить при неправильной записи в истории болезни. Дайте развернутый ответ _____</p>	<p>зачеркнуть неверную запись, рядом написать верный вариант с фразой «исправленному верить», поставить подпись и личную печать врача</p>
7.	<p>В каких случаях работодатель имеет право получить информацию о заболевании своего работника? Опишите ситуацию _____</p>	<p>при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений</p>
8.	<p>В приемное отделение ночью привозят пациента 13 лет, которому в неотложном порядке требуется оперативное вмешательство, родители пациента находятся в отъезде. Не нарушая статьи «Согласие на медицинское вмешательство», как должен поступить дежурный врач? _____</p>	<p>принять решение о проведении оперативного вмешательства, с последующим уведомлением должностных лиц МО и родителей пациента</p>
9.	<p>Что означает термин «Семиология»? _____</p>	<p>наука, изучающая симптомы, механизмы их развития и диагностическое значение.</p>
10.	<p>Что можно сделать при неправильной записи в истории болезни? _____</p>	<p>зачеркнуть неверную запись, рядом написать верный вариант с фразой «исправленному верить», поставить подпись и личную печать</p>

		печать врача
<i>Дополните предложение</i>		
11.	Нозологической единицей является: _____	конкретное заболевание, имеющее свою этиологию, патогенез, клинико-анатомическую картину, стандартный ответ на терапию
12.	Клинической больницей может называться: _____	больница, на базе которой располагаются клинические кафедры
<p><b>Код контролируемой компетенции</b></p> <p>ОПК-2 - Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований</p> <p>На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин. На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.</p>		
<i>Выберите один правильный ответ</i>		
13.	К ФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ: А. сбор анамнеза Б. осмотр больного В. пальпация Г. перкуссия	А
14.	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ: А. пальпация, осмотр, перкуссия, аускультация Б. осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия В. осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация Г. осмотр, аускультация, пальпация, перкуссия	В
15.	СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ЗОБА (ВОЗ, 2001) 0 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ: А. щитовидная железа не видна при нормальном положении шеи Б. щитовидная железа четко видна при нормальном положении шеи В. при нормальном положении шеи виден только перешеек щитовидной железы Г. при нормальном положении шеи видна одна из долей щитовидной железы	А
16.	ДЛЯ СОПОРОЗНОГО СОСТОЯНИЯ ХАРАКТЕРНО: А. спячка, из которой больной выходит на короткое время	А

	<p>при громком оклике или тормошении</p> <p>Б. полное отсутствие реакции на внешние раздражители</p> <p>В. отсутствие рефлексов и расстройство жизненно важных функций</p> <p>Г. непроизвольное мочеиспускание, дефекация, прикус языка</p>	
17.	<p><b>ПРИ НОРМОСТЕНИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ:</b></p> <p>А. туловище относительно длинное, конечности короткие</p> <p>Б. живот значительных размеров, диафрагма стоит высоко</p> <p>В. продольные размеры грудной клетки и живота равны между собой</p> <p>Г. сердце и паренхиматозные органы относительно малых размеров</p>	В
18.	<p><b>ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОВЕРХНОСТНОЙ ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</b></p> <p>А. размером живота</p> <p>Б. раз и навсегда установленным порядком</p> <p>В. жалобами больного на боль в какой-либо области живота</p> <p>Г. частотой прощупываемости разных отделов толстой кишки</p>	В
19.	<p><b>ОБЩАЯ ПАССИВНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЖИВОТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:</b></p> <p>А. перитоните</p> <p>Б. гепатоспленомегалии</p> <p>В. большом асците</p> <p>Г. большой кисте поджелудочной железы</p>	В
20.	<p><b>В ЛЕВОМ ВЕРХНЕМ КВАДРАНТЕ ЖИВОТА ИМЕЕТСЯ ЗОНА ПАССИВНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ. ЕСЛИ ОНА ОБУСЛОВЛЕНА УВЕЛИЧЕННОЙ СЕЛЕЗЕНКОЙ, ТО:</b></p> <p>А. между органом и реберной дугой удается ввести пальцы пальпирующей руки</p> <p>Б. над ней определяется тимпанический звук</p> <p>В. у селезенки имеется округлый контур с утолщенным краем</p> <p>Г. она смещается вертикально: при вдохе вниз, при выдохе вверх</p>	В
21.	<p><b>ПРИ БЫСТРОМ УВЕЛИЧЕНИИ ПЕЧЕНИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ПАЛЬПАЦИЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:</b></p> <p>А. мышечное напряжение</p> <p>Б. общая пассивная резистентность живота при его существенном увеличении</p> <p>В. отсутствие болезненности ниже правой реберной дуги и в подложечной области</p> <p>Г. пассивная резистентность и болезненность в правой подреберной и подложечной областях</p>	Г
22.	<p><b>МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ПЕРЕПОЛНЕН:</b></p> <p>А. его верхняя граница может находиться выше пупка</p> <p>Б. объем его не изменяется после удаления мочи</p> <p>В. над ним определяется тимпанит</p>	Г

	Г. он может смещаться в стороны вместе с брюшной стенкой	
23.	КАКОЙ ВИД ПЕРКУССИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ: А. по Яновскому (постукивание по грудной клетке одним пальцем) Б. постукивание перкуссионным молоточком по плессиметру В. по Образцову (перкуссия II пальцем, соскальзывающим с III) Г. пальце-пальцевая	Г
<b>Ответьте на вопрос</b>		
24.	Что относится к дополнительному расспросу? _____	дополнение к основным жалобам
25.	С чего начинается общий осмотр пациента? _____	с осмотра в целом
26.	У больного интенсивные боли за грудиной, одышка; сознание ясное, кожа бледная, ЧД 26 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. На ЭКГ признаки инфаркта передней стенки левого желудочка. Какое общее состояние пациента?	средней тяжести
27.	Что характерно для ступорозного состояния? _____	больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запозданием
28.	С чего начинается общий осмотр при исследовании пациента «снаружи внутрь»? _____	с кожи и ее дериватов
29.	Как правильно называется способ пальпации восходящей, нисходящей, ободочных кишок? _____	глубокая скользящая бимануальная
30.	В чем задача поверхностной скользящей пальпации при расслабленных прямых мышцах живота? _____	оценка состояния поверхности увеличенных печени и (или) селезенки
31.	С чего начинается исследование системы пищеварения? _____	осмотра полости рта и зева
32.	В чем задача пальпации печени неподвижной рукой? _____	определение трения брюшины
33.	В чем задача диафрагмально-инспираторной пальпации существенно увеличенной селезенки? _____:	определение инспираторной подвижности и оценка состояния её передне-нижнего края
34.	В чем задача пальпации селезенки неподвижной рукой? _____:	определение трения брюшины
35.	В чем задача сравнительной перкуссии лёгких? _____	определение характера перкуторного звука

36.	Где проводят аускультацию позвоночных артерий? _____	на 2 см выше ключицы и вверх по наружному краю кивательной мышцы
37.	Где исследуют артерию тыла стопы? _____	на линии от середины расстояния между лодыжками к первому межпальцевому промежутку стопы
38.	Чему соответствует вторая фаза звуковых явлений, выслушиваемых при измерении АД? _____	появлению шума над плечевой артерией
39.	Где проводят аускультацию брюшной аорты? _____	от мечевидного отростка до пупка
40.	Где проводят аускультацию чревного ствола? _____	под мечевидным отростком
41.	Где пальпируют заднюю большеберцовую артерию? _____	ниже и позади медиальной лодыжки
42.	Что выслушивается в норме на бедренной артерии? _____	один тон
43.	Какой симптом называется патогномоничным? Дайте характеристику _____	симптом, характерный только для одного заболевания
<b><i>Дополните предложение</i></b>		
44.	К основным жалобам относятся _____.	жалобы, названные больным и имеющие для него наибольшее субъективное значение
45.	Эпидемиологический анамнез входит в состав _____.	истории жизни больного
46.	Выяснение последовательности появления симптомов болезни относится к _____.	anamnesis morbi
47.	Температура тела свыше 41°С называется _____.	гиперпиретической
48.	При гиперстеническом типе конституции грудная клетка _____.	короткая, широкая
49.	Лихорадка длительностью от 15 до 45 дней называется _____.	подострой
50.	Лихорадка, при которой отмечается чередованием периодов лихорадки с безлихорадочными периодами, называется _____.	возвратной
51.	К непальпируемым элементам кожной сыпи относятся _____.	петехии
52.	Температура тела в течение суток с колебаниями в пределах 38	умеренной



	-39° С называется _____.	постоянной лихорадкой
53.	В норме обычно пальпируются _____ лимфоузлы.	подмышечные
54.	К пальпируемым первичным кожным элементам с гнойным содержимым относится _____.	пустула
55.	Укороченная, резко расширенная, бочковидная грудная клетка с горизонтальным ходом ребер и высоко поднятыми плечами называется _____.	эмфизематозная
56.	При приступе бронхиальной астмы выслушиваются _____ хрипы.	сухие высокие
57.	Ритм перепела выслушивается при _____ стенозе.	митральном
58.	Наиболее эффективным способом определения большого объема свободной жидкости в брюшной полости является _____ живота.	перкуссия живота
59.	Наиболее значимыми факторами риска развития хронического бронхита является _____.	курение
60.	О крупноочаговом инфаркте миокарда свидетельствует формирование на ЭКГ _____ зубца.	QS
61.	Наиболее достоверным для диагностики калькулезного холецистита является _____ исследование.	ультразвуковое
62.	Наиболее типичная локализация артрита при подагре в дебюте заболевания - поражение _____ сустава.	первого плюснефалангового
63.	Скрининговое исследование опорно-двигательного аппарата (ОДА) проводится _____.	при отсутствии жалоб со стороны ОДА в ходе расспроса пациента
64.	Расположение большой кривизны желудка точнее всего определяется _____.	глубокой скользящей пальпацией
65.	Большую кривизну желудка ориентировочно можно найти с помощью _____.	аускультативной перкуссии
66.	Диастаз прямых мышц живота всегда можно определить с помощью _____.	осмотра и поверхностной скользящей пальпации при напряженных прямых мышцах живота
67.	Задачей поверхностной скользящей пальпации селезенки, выступающей ниже реберной дуги, является определение _____.	характера поверхности, наличия вырезок
68.	Задачей толчкообразной пальпации селезенки является _____.	точное нахождение края органа, найденного ниже реберной дуги во время поверхностной ориентировочной

		пальпации
69.	Максимальная инспираторная подвижность нижнего края печени в норме составляет _____.	4 см
70.	Задачей аускультации при исследовании печени является определение _____.	шума трения брюшины
71.	При определении нижней границы большой селезенки с целью определения её размеров используется пальпация _____.	толчкообразная
72.	Наибольшая дыхательная подвижность нижнего края легкого при отсутствии патологии определяется по _____.	по средней подмышечной линии
73.	Место аускультации нисходящей грудной аорты _____.	сзади вдоль позвоночника чуть левее от срединной линии
74.	В норме на сонных артериях выслушивается _____.	два тона
75.	Инструментальный метод исследования пульса _____:	сфигмография
76.	Венный пульс в норме _____.	отрицательный
77.	Пятая фаза звуковых явлений, выслушиваемых при измерении АД, соответствует _____.	полному исчезновению тонов
78.	Голосовое дрожание при проходимом бронхе будет усилено при _____.	воспалительном уплотнении доли легкого
79.	При сравнительной перкуссии у здорового человека над легкими определяется _____ звук	ясный легочный

***Код контролируемой компетенции***

ОПК-3- Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

***Ответьте на вопрос***

80.	Какие кожные проявления позволяет отличить диаскопия? _____	телеангиоэктаз от петехии
81.	У больной жалобы на боли за грудиной, возникающие при выраженной физической нагрузке, купирующиеся в течение 1 минуты приемом нитроглицерина. Характер болей не меняется последние полгода. Сознание ясное, ритм сердечной деятельности регулярный; ЧСС, АД, ЧД в норме; отеков нет. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Какое общее состояние пациента? _____	удовлетворительное
82.	Какой один из самых точных методов выявления стенозов артерий? _____	контрастная ангиография
83.	Что представляет собой метод сфигмографии? _____	графическое изображение

		пульса
84.	Для определения наличия обструкции органов дыхания используется _____	спирометрия
<b>Код контролируемой компетенции</b>		
ОПК-8- Способен соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами		
На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин. На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.		
<b>Выберите один правильный ответ</b>		
85.	ДЕЕСПОСОБНЫЙ ПАЦИЕНТ СТАРШЕ 15 ЛЕТ: А. не имеет права знать свой диагноз и используемые методы лечения Б. имеет право знать диагноз и методы лечения, за исключением неоперабельной стадии рака В. имеет право знать диагноз, методы лечения - нет Г. имеет право знать диагноз и методы лечения, согласно закону	Г
<b>Ответьте на вопрос</b>		
86.	Что должен сделать студент перед тем, как приступить к осмотру больного? _____	представиться, перед осмотром получить устное согласие пациента на его проведение
<b>Код контролируемой компетенции</b>		
ПК-13. Способен к выполнению фундаментальных научных биомедицинских исследований		
На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин. На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.		
<b>Выберите один правильный ответ</b>		
87.	ОДНОЙ ИЗ ЗАДАЧ СОБСТВЕННО ПАЛЬПАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ: А. определение симметричности Б. определение эластичности В. определение параметров дыхания Г. определение ее дыхательной подвижности	Б
88.	ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПОДЛОЖЕЧНАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ОБУСЛОВЛЕНА: А. сокращением правого желудочка Б. пульсацией нижней полой вены В. пульсацией аорты Г. сокращением левого желудочка	В
<b>Ответьте на вопросы</b>		
89.	Чем образована левая граница относительной сердечной тупости в IV межреберье? _____	левым желудочком
90.	Чем образована левая граница относительной сердечной тупости во II межреберье?	легочным стволом

	_____	
91.	О чем свидетельствует выпячивание пупка при натуживании?	о пупочной грыже
92.	При каком осложнении наблюдается активная резистентность передней брюшной стенки?	при раздражении брюшины
93.	Пациент жалуется на тяжесть в животе, который значительно увеличен, пупок выпячен, брюшная стенка упругая, никакая пальпация не удаётся, при перкуссии во всех областях определяется тимпанит. Для какого состояния характерна данная ситуация?	метеоризм
94.	Пациент жалуется на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области. Какой план обследования пациента?_	последовательный расспрос по схеме, общий осмотр, исследование желудочно-кишечного тракта
<b><i>Дополните предложение</i></b>		
95.	Ясный тимпанит в надлонной области у женщины, не предъявляющей жалоб, может быть обусловлен _____.	сигмовидной кишкой
96.	Наиболее достоверным для диагностики калькулезного холецистита является _____ исследованию	ультразвуковое
<b><i>Код контролируемой компетенции</i></b>		
ПК-14 Способен к выполнению прикладных и поисковых научных биомедицинских исследований и разработок		
На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.		
На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.		
<b><i>Ответьте на вопросы</i></b>		
97.	В общем анализе мокроты: количество 300 мл, цвет розоватый, характер серозный, жидкая с пузырьками воздуха, лейкоциты, клетки эпителия единичные, эритроциты – 15 – 20 в поле зрения, обнаружены сидерофаги. Для чего характерны указанные изменения? _____	для отека легких
<b><i>Дополните предложение</i></b>		
98.	Клиренс _____ используется для определения скорости клубочковой фильтрации в пробе Реберга.	креатинина
99.	Снижение уровня _____ является обязательным лабораторным симптомом хронических анемий.	гемоглобина
100.	Какие изменения в общем анализе мокроты характерны для бронхиальной астмы? Перечислите основные отклонения от нормы _____.	скудная, бесцветная, слизистая, при микроскопии выявляются спирали Куршмана, кристаллы Шарко-

	Лейдена, эозинофилы
--	------------------------

### Задачи

#### *Код контролируемой компетенции*

ОПК-1 - Способен использовать и применять фундаментальные и прикладные медицинские, естественнонаучные знания для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ОПК-1	40-летняя женщина на протяжении многих лет наблюдается по поводу «чистого» митрального стеноза, подтвержденного данными эхокардиографии и катетеризации сердца. В течение последних шести месяцев — нарастающая одышка, невозможность выполнять домашнюю работу, ночная сердечная астма, пароксизмы мерцания предсердий. Признаков застоя по большому кругу нет. Какое лечение будет наиболее эффективным?	Протезирование митрального клапана
2.	ОПК-1	Самочувствие 17-летней девушки ухудшилось через три недели после перенесенной ангины. Жалобы на головную боль, красноватый цвет мочи. В прошлом была здорова. Анализ мочи, сделанный 3 месяца назад, нормальный. Лицо не отечно. Диурез около литра. Сердце нормальных размеров. Пульс 80 уд. в мин, АД 160/100 мм рт. ст. Кровь: гемоглобин 125 г/л, СОЭ 18 мм/ч, креатинин 0,12 ммоль/л. Утренняя моча: относительная плотность 1,015, белка 2 г/л, эритроцитов до 30 в поле зрения, лейкоцитов 10—12. Предполагается острый постстрептококковый гломерулонефрит. Какая из рекомендаций относительно начального лечения неверна? А — Гипотензивная терапия. Б — Постельный режим. В — Ампициллин внутримышечно.	Преднизолон внутрь.

		Г — Преднизолон внутрь. Д — Ограничение поваренной соли.	
3.	ОПК-1	У 50-летнего больного, страдающего избыточным весом ночью возникла резкая боль и припухлость I плюснефалангового сустава, повысилась температура (накануне был на банкете). Для уточнения диагноза врач назначил ряд исследований. Какие наиболее вероятные отклонения у больного будут выявлены?	Повышение содержания мочевой кислоты.
4.	ОПК-1	У 38-летней женщины в течение 10 лет наблюдается болезненное побеление пальцев рук на холоде. В течение последнего года синдром стал более выраженным, появились признаки артрита мелких суставов кистей и запястий, затруднение при глотании твердой пищи. Анализ крови: СОЭ 40 мм/ч, единичные волчаночные клетки. Какой предположительный диагноз обоснован приводимыми данными?	Системная склеродермия
5.	ОПК-1	34-летний жалуется на появившиеся в последние недели кратковременные, но неприятные загрудинные сжатия при больших нагрузках. Ощущение проходит через 2-3 минуты после прекращения нагрузки. В прошлом — здоров; работа всегда была связана с большими и неравномерными нагрузками. Объективно: небольшое усиление верхушечного толчка, слабый протодиастолический шум по левому краю грудины, пульс 64 уд. в мин, ритмичный, АД 140/60 мм рт. ст. Какой предположительный диагноз может быть обоснован имеющимися данными?	Аортальная недостаточность.
6.	ОПК-1	29-летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на кашель по ночам, дыхание «со свистом», особенно после физической нагрузки. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы в горизонтальном положении. Проводится дифференциальная диагностика между бронхиальной	Выявить наличие гиперреактивности бронхов.

		астмой и хроническим обструктивным бронхитом. Предлагается провести ингаляционную провокационную пробу с бета-блокатором. Какая цель провокационной пробы у данной больной?	
7.	ОПК-1	У 65-летней больной с анемическим синдромом (гемоглобин 80 г/л, цветовой показатель 1,2) врач заподозрил В <sub>12</sub> -дефицитную анемию и назначил витамин В <sub>12</sub> в/м по 500 мкг. Через неделю больная госпитализирована. В крови: гемоглобин 88 г/л, цветовой показатель 1,1, ретикулоциты 120‰, лейкоциты 3,2x10 <sup>9</sup> /л, тромбоциты 140x10 <sup>3</sup> /л. В пользу В <sub>12</sub> -дефицитной анемии в данном случае что может свидетельствовать?	Ретикулоцитоз.
8.	ОПК-1	У 58-летней пациентки длительно отмечаются боли и ограничение подвижности межфаланговых суставов кистей рук. При осмотре в области дистальных межфаланговых суставов выявлены плотные, умеренно болезненные узелки размером 0,5 см. Эти суставы немного деформированы, движения в них ограничены. Рентгенографически: сужение суставной щели, остеопороз. СОЭ 15 мм/ч. Какое заболевание у данной пациентки вероятнее всего?	Остеоартроз дистальных и проксимальных межфаланговых суставов
9.	ОПК-1	У пациента М., 52 лет, жалобы на приступы болей за грудиной, давящего и сжимающего характера, провоцируемые физической нагрузкой (ходьба 500 м, подъем по лестнице на 2 этаж), иррадиирующие в левую руку, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина в течение 1-3 минут. В момент приступа при ходьбе, больной «замирает». Из анамнеза заболевания: вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение года. Какой диагноз вы можете поставить этому больному?	ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК.

### Код контролируемой компетенции

ОПК-2 - Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
10.	ОПК-2	<p>Пациентка Н., 28 лет предъявляет жалобы на: периодически возникающие, преимущественно в дневное время, приступы одышки с затрудненным выдохом, сопровождающиеся сначала покашливанием, затем появлением свистящих хрипов.</p> <p>Из анамнеза: впервые отметила появление приступов 4 месяца назад, после перенесенного острого вирусного заболевания. Первые приступы появились в период работы в парикмахерской. С тех пор они повторялись не чаще одного раза в неделю в рабочее время. Ночных эпизодов затруднения дыхания не отмечает. При изучении сопутствующих заболеваний установлено, что в детском возрасте страдала диатезом, с 14-летнего возраста в период цветения тополей отмечала появление зуда в глазах и слизистые выделения из носа, чихание. Объективно: ЧДД 20 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий.</li><li>2. Назначьте дополнительные обследования.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Синдром бронхиальной обструкции.</li><li>2. Скарификационные внутрикожные тесты с возможными аллергенами (пыльца растений, чье цветение приходится на май месяц – время цветения тополя).</li></ol> <p>- проведение исследования функции внешнего дыхания (определение ОФВ1 (объема форсированного выдоха за первую секунду) и изменение ФЖЕЛ (форсированной жизненной емкости легких)) и пикфлоуметрии (определением пиковой скорости выхода (ПСВ) и разницы ПСВ в утренние и вечерние часы).</p>
11.	ОПК-2	<p>Больной Н., 67 лет, обратился с жалобами на кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,7°C, одышку при физической нагрузке,</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Синдром уплотнения лёгочной ткани</li><li>2. ФВД для оценки бронхиальной проходимости.</li></ol>



	<p>болевые ощущения в правой половине грудной клетки, возникающие при кашле и глубоком вдохе, потливость, общую слабость и головную боль. Заболел остро 3 дня назад, после переохлаждения. При обращении в поликлинику по месту жительства врач назначил антибиотик гентамицин по 80 мг в/м 2 раза в день, мукалтин 3 таблетки в день, парацетамол. На фоне лечения существенной положительной динамики не отмечено.</p> <p>Из анамнеза: Курит в течение 22 лет по 1,5 – 2 пачки сигарет в день. Периодически (несколько раз в год) после переохлаждения отмечает появление кашля с отхождением желто-зеленой мокроты, в течение последних 2 лет появилась одышка при умеренной физической нагрузке. Объективно: отмечается гиперемия кожи лица. Температура тела – 37,6°С. ЧД в покое – 22 в мин. Грудная клетка эмфизематозная, при осмотре - отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно на фоне коробочного звука отмечается участок притупления справа ниже угла лопатки, в этой же области – усиление голосового дрожания. При аускультации выслушиваются рассеянные сухие жужжащие хрипы, справа ниже угла лопатки – зона крепитации. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС – 107 в мин., АД – 120/70 мм рт. ст. Данные лабораторных и инструментальные методов исследования: Общий анализ крови: эр. - <math>4,3 \times 10^{12}</math>, лейкоц. - <math>12,7 \times 10^9</math>, п. - 6, сегм. - 66, л. - 23, м. - 5, СОЭ - 32 мм/ час. Общий анализ мокроты: характер слизистогнойный, лейкоциты густо покрывают поле зрения; эозинофилы, спираль Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, БК – отсутствуют; определяются грам-</p>	<p>3. Внебольничная пневмококковая правосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелого течения.</p>
--	---	---

		<p>положительные диплококки. Рентгенограмма органов грудной клетки в двух проекциях: определяется участок инфильтрации легочной ткани в нижней доле правого легкого, эмфизема легких, усиление легочного рисунка.</p> <p>1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром 2. Какие дополнительные методы обследования целесообразно использовать? 3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.</p>	
12.	ОПК-2	<p>Больной Д., 27 лет, по профессии маляр, поступил в приемное отделение с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы.</p> <p>Из анамнеза: сестра больного страдает аллергическим дерматитом. Пациент курит по 1 пачке сигарет в день в течение 10 лет. В анамнезе отмечает аллергическую реакцию в виде отека Квинке на лидокаин, пищевую аллергию – крапивница при употреблении в пищу цитрусовых. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, больной самостоятельно начал принимать амоксициллин. На 2 день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный бригадой СМП внутривенным введением преднизолона и эуфиллина. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка</p>	<p>1. Синдром повышенной воздушности лёгких (синдром эмфиземы), синдром бронхиальной обструкции, синдром дыхательной недостаточности. Ведущий синдром – бронхиальной обструкции 2. Обструктивный тип нарушения функции внешнего дыхания 3. Бронхиальная астма, тяжелого течения в фазе обострения. Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность II</p>

		<p>бочкообразной формы. ЧД 24 в мин. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в мин, Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: Общий анализ крови: эр. - <math>4,5 \times 10^{12}</math>, лейкоц. - <math>8,6 \times 10^9</math>, эоз. - 11, п. - 2, сегм. - 62, лф - 17, мон - 8, СОЭ - 10 мм/час</p> <p>Общий анализ мокроты: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоц. 5-10 в п/зр., эозинофилы 50-60 в препарате. Рентгенологическое исследование легких: свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ – 87%; ОФВ1 – 53%; МОС25 – 68%; МОС50 – 54%; МОС75 – 24%; ОФВ1/ФЖЕЛ – 82%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий.</li> <li>2. Определите тип нарушения функции внешнего дыхания</li> <li>3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.</li> </ol>	
13.	ОПК-2	<p>Больной Р., 18 лет, поступил в отделение кардиологии с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке и в горизонтальном положении, ноющие постоянные боли в области сердца, не купирующиеся приемом нитроглицерина, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, повышение температуры тела до субфебрильных цифр в вечерние часы.</p> <p>Из анамнеза заболевания: месяц назад перенес фолликулярную</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острая ревматическая лихорадка. Миокардит. Нарушение ритма сердца по типу желудочковой экстрасистолии. Нарушение проводимости по типу АВ-блокады I ст. НК 2А. NYHA III ФК.</li> <li>2. Необходимо подтвердить наличие А-стрептококковой</li> </ol>

		<p>ангину. Через 2 недели после перенесенной ангины стал отмечать боли в области сердца, прогрессирующую одышку. Из анамнеза жизни: наследственность отягощена: у матери ревматическая болезнь сердца.</p> <p>Объективно: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение предпочтительно ортопное. Отмечается акроцианоз. Одышка инспираторного характера. Со стороны сердечно - сосудистой системы: пульс аритмичен, учащен, частота 95 в 1 минуту. Расширение границ сердца преимущественно влево.</p> <p>Аускультативно: ЧСС 95 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичны (имеются внеочередные сокращения с последующей компенсаторной паузой), выслушивается «ритм галопа», систолический шум на I точке аускультации функционального характера. Акцент II тона на III точке аускультации.</p> <p>Данные лабораторного и инструментального исследования:</p> <p>Общий анализ крови: эр. - <math>3,7 \times 10^{12}</math>, лейкоц. - <math>10,8 \times 10^9</math>, п/я. - 6, с/я - 62, л. - 22, м. - 6, СОЭ - 30 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: СРБ (+++)</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС 92 в 1 минуту, отклонение электрической оси сердца влево. Единичные правожелудочковые экстрасистолы. Снижение вольтажа зубцов. Признаки А-В блокады 1 ст.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Каков ваш диагноз и его обоснование?</li> <li>2. Составьте план дообследования</li> </ol>	<p>инфекции (Мазок из зева - посев на определение положительной А-стрептококковой культуры, определение антистрептококковых антител). УЗИ сердца</p>
14.	ОПК-2	<p>Больная К., 32 лет, предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, чувство тяжести в правом подреберье, увеличение</p>	<p>Основной диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Стеноз митрального клапана.</p>

		<p>размеров живота, отеки ног.</p> <p>Из анамнеза заболевания: два года назад появилась фибрилляция предсердий. Изредка отмечается кровохарканье.</p> <p>Объективно: акроцианоз, “митральная бабочка”, положительный венный пульс на шее, эпигастральная пульсация. Дыхание жесткое, в задне-нижних отделах легких выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД - 22 в мин. Пульс слабого наполнения и напряжения, аритмичный, 85 в мин. Дефицит пульса 15 в 1 мин. По левому краю грудины определяется сердечный толчок. Правая граница сердца на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя во 2 межреберье, левая расположена по левой срединно-ключичной линии. ЧСС 100 в 1 минуту. 1 тон на верхушке сердца усилен, там же выслушивается ритм «перепела» и диастолический шум, 2 тон на легочной артерии акцентирован. АД - 110/90 мм рт. ст. Живот умеренно увеличен в размере за счет асцита и увеличенной печени, которая выступает на 6 см из-под реберной дуги, плотная, болезненная, край заострен. Размеры печени по Курлову 15-14-13 см. Отеки нижних конечностей до верхней трети голеней. Результаты дополнительного обследования :</p> <p>Общий анализ крови: лейкоц. <math>4,3 \times 10^9</math>/л, СОЭ - 16 мм/час, эр. - <math>4,7 \times 10^{12}</math>/л.</p> <p>Биохимический анализ крови: СРБ - (-), фибриноген - 250 мг%, альбумины - 56%, альфа-1-глобулины - 4%, альфа-2-глобулины - 7%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 19%, АСЛ-О - 220 ед.</p> <p>ЭКГ – ЧСС 100 в 1 минуту. Отклонение электрической оси сердца вправо. Фибрилляция предсердий.</p>	<p>Осложнения:</p> <p>Нарушение ритма сердца по типу мерцательной аритмии. ХСН III, NYHA IV ФК. Асцит.</p>
--	--	---	--

		<p>ЭХО-КГ: уменьшение площади левого атриовентрикулярного отверстия. Створки МК – П -образной формы; задняя подтянута. Отмечается расширение полости левого предсердия и правого желудочка. В “Д” режиме увеличение скорости МК (стенотический поток);</p> <p>Вопросы: Предположите клинический диагноз у данной пациентки</p>	
15.	ОПК-2	<p>Больной, 50 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в подложечной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи, отрыжку воздухом, снижение массы тела на 3кг за последний месяц.</p> <p>Анамнез заболевания. Впервые вышеперечисленные жалобы появились осенью (стали возникать боли в эпигастральной области через 30-40 минут после приема пищи, самостоятельно принимал но-шпу и соду, с кратковременным эффектом). Ухудшение самочувствия отмечает в течение последнего месяца, болевой синдром усилился, на высоте болей наблюдалась рвота типа «кофейной гущи». Была вызвана бригада «Скорой помощи», пациент был доставлен в приемное отделение.</p> <p>Анамнез жизни. Хронических заболеваний и оперативных вмешательств не было. Наследственность не отягощена. Вредные привычки – курит с 15 лет (по 15 сигарет).</p> <p>Объективный статус. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Рост 178 см, вес 87 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор кожи в норме, запаха ацетона изо рта нет. При осмотре - живот правильной формы, при поверхностной пальпации мягкий, умеренное напряжение мышц в эпигастрии, локальная</p>	<p>1. Можно выявить синдром желудочной диспепсии, болевой синдром, синдром гиперсекреции, гипохромная анемия.</p> <p>2. Клинический диагноз: Язвенная болезнь желудка, стадия обострения. Осложнение: Желудочное кровотечение.</p> <p>3. Дыхательный уреазный тест, определения АТ к НР в кале.</p>

		<p>болезненность в эпигастральной области. При перкуссии – размеры печени по Курлову 9 см x 8 см x 7 см, границы селезенки в норме.</p> <p>Данные лабораторно - инструментальных исследований.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты <math>3,9 \times 10^{12}/л</math>, Hb 102 г/л, лейкоциты <math>12,6 \times 10^9/л</math>, СОЭ 36 мм/ч.</p> <p>ЭГДС: Катаральный эзофагит. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Язва антрального отдела желудка (размер 6x8 мм). Желудочное кровотечение.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выделите и обоснуйте синдромы.</li> <li>2. Сформулируйте клинический диагноз и осложнения.</li> <li>3. Укажите дополнительные лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для уточнения диагноза.</li> </ol>	
16.	ОПК-2	<p>Больная К., 55 лет, предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в правом подреберье, связанные с погрешностями в диете (усиливающиеся после приема жирной пищи), горечь во рту, преимущественно в утренние часы.</p> <p>Анамнез заболевания. Считает себя больной около 5 лет, когда впервые появились жалобы на тошноту, горечь во рту, боли ноющего характера в правом подреберье, возникающие после погрешностей в диете. Ранее не обследовалась, самостоятельно принимала спазмолитики. Ухудшение состояния около 2 х суток, когда усилились боли в правом подреберье, появилась тошнота, рвота, повышение температуры тела до <math>37,2^{\circ}C</math>. Была госпитализирована в хирургическое отделение по месту жительства.</p> <p>Анамнез жизни. Наследственность - мать перенесла холецистэктомию, у отца мочекаменная болезнь.</p> <p>Объективный статус. Температура</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит.</li> <li>2. Симптомы поражения желчного пузыря – положительные симптомы Мэрфи, Ортнера.</li> <li>3. Синдром холестаза.</li> <li>4. Возможны осложнения - перитонит, хронический панкреатит, холангит, водянка желчного пузыря, эмпиема желчного пузыря, обтурация желчевыводящих путей.</li> </ol>

		<p>тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. При осмотре живот правильной формы, при поверхностной пальпации мягкий, умеренное напряжение мышц в эпигастрии, локальная болезненность в эпигастральной области. При перкуссии нижняя граница печени по Образцову по среднеключичной линии + 3см у края реберной дуги, по Курлову 12см x 9см x 8 см. При пальпации край печени закруглен, мягко-эластической консистенции, умеренно болезненный при пальпации. Положительные симптомы Мэрфи, Ортнера. Селезенка не пальпируется. Данные лабораторно - инструментальных исследований. Общий анализ крови: лейкоциты <math>14,7 \times 10^9/\text{л}</math>, палочкоядерные 9%, сегментоядерные 72%, СОЭ 31 мм/ч. Биохимическое исследование крови: общий билирубин 30,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза 562 ед/л, ГГТП 112 ед/л, общий холестерин 9,8 ммоль/л. Рентгенография органов брюшной полости: кишечник умеренно вздут. Заключение: патологии не выявлено. ЭГДС: Катаральный эзофагит. Гиперемированная гастродуоденопатия. Дуоденогастральный рефлюкс. УЗИ органов брюшной полости: Гепатомегалия. Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Увеличение размеров желчного пузыря. Конкременты желчного пузыря.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Установите клинический диагноз.</li><li>2. Какие диагностические признаки выявляются при пальпации живота при данной патологии</li><li>3. Укажите, лабораторные</li></ol>	
--	--	---	--



		<p>синдромы, имеющиеся у пациентки.</p> <p>4. Какие осложнения возможны?</p>	
17.	ОПК-2	<p>У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - <math>4,6 \times 10^{12}</math>/л, лейкоциты - <math>8,3 \times 10^9</math>/л, СОЭ - 20 мм/час.</p> <p>Результаты дополнительного обследования</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л - 130 мкмоль/л - 100 мкмоль/л ; 80 мкмоль/л - 90 мкмоль/л - 88 мкмоль/л ; 120 мкмоль/л - 200 мкмоль/л - 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).</li> <li>Анализ крови на электролиты: К - 5,3 ммоль/л, Na - 150 ммоль/л, Са - 2,2 ммоль/л, Cl - 97 ммоль/л</li> <li>АСЛ-О - 320 ед.</li> <li>Общий белок: 65 г/л</li> <li>УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5x7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛК не изменен.</li> <li>Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.</li> <li>Глазное дно: диски зрительных нервов с четкими контурами, артерии и вены не изменены. Патологии не выявлено.</li> <li>Рентгенография грудной</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Предварительный диагноз: острый нефритический синдром.</li> <li>Диф. диагноз: острый гломерулонефрит, обострение хронического гломерулонефрита, начало подострого гломерулонефрита.</li> <li>План обследования: динамика уровня креатинина, электролитов. Уровень противострептококковых антител. Общий белок, фракции. УЗИ почек (увеличение размеров, отек паренхимы). Глазное дно: ретинопатия при хроническом и подостром гломерулонефрите. Рентгенография грудной клетки (признаки застойных явлений). Нефробиопсия.</li> <li>Лечение: при остром - симптоматическое (бессолевая диета, ограничение белка, салуретики, гипотензивные), антиагреганты, антикоагулянты, глюкокортикостероиды при неэффективности, при хроническом - патогенетическая терапия, при подостром - пульс-</li> </ol>

		<p>клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, корни расширены, слабо дифференцируются.</p> <p>9. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 8, во всех клубочках отмечается выраженная пролиферация эндотелия капилляров и клеток мезангия с расширением мезангиального матрикса. Мембраны тонкие. Во всех клубочках отмечается наличие лейкоцитов. Морфологическая картина может быть расценена как острый гломерулонефрит.</p> <p>10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы корковый и мозговой слой с числом клубочков до 18, в 12 отмечается пролиферация капсулы с формированием полулуний, в оставшихся клубочках диффузная пролиферация клеток мезангия эндотелия, базальные мембраны на отдельных участках разрыхлены. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция.</p> <p>Заключение: экстракапиллярный гломерулонефрит (нефрит с полулуниями).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз.</li> <li>2. План обследования.</li> <li>3. Дифференциальный диагноз.</li> <li>4. Лечение.</li> </ol>	терапия, плазмаферез.
--	--	---	-----------------------

**Код контролируемой компетенции**

ОПК-3- Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
18	ОПК-3	Больной Н. 33 лет обратился с жалобами на частые эпизоды изжоги, особенно	1. Гастроэзофагеальн

		<p>усиливающиеся после тренировок в спортивном клубе, отрыжку кислым и воздухом, преимущественно после еды и приема газированных напитков, на боли за грудиной и чувство дискомфорта в эпигастрии вскоре после еды.</p> <p>Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение последних 3 месяцев, за медицинской помощью не обращался, не обследовался, принимал гастрал по совету провизора аптеки, отмечалось кратковременное улучшение. За последнюю неделю эффект от приема гастрала отсутствовал, больной был вынужден отказаться от тренировок, чтобы симптомы не усиливались.</p> <p>Анамнез жизни. Вредные привычки - злоупотребление спиртосодержащими напитками отрицает, курит в течение 15 лет по 2 пачки сигарет в день, не соблюдает режим питания. Наследственность со слов больного не отягощена. Объективный статус. Рост 180 см. Вес 84 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычного цвета, тургор кожи в норме, запаха ацетона изо рта нет. Язык обложен белым налетом. Отеков ног нет. При перкуссии легких - границы легких в пределах нормы, определяется ясный легочной звук над всей поверхностью легких, при аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. При пальпации живота выявляется болезненность в эпигастрии, мышечного напряжения нет, симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову 10 см x 9 см x 8 см, при пальпации край мягкий, эластичный, безболезненный. Селезенка не увеличена. Стул со слов больного регулярный, оформленный, без патологических примесей. Данные лабораторно - инструментальных исследований.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин 131 г/л, лейкоциты <math>6,8 \times 10^9</math>/л, тромбоциты <math>240 \times 10^9</math>/л. Биохимическое исследование крови: общий билирубин 18 ммоль/л, прямой билирубин 3,1 ммоль/л, щелочная фосфатаза 98 ед/л, АЛТ 24 ед/л, АСТ 25 ед/л.</p> <p>Вопросы:</p>	<p>ая рефлюксная болезнь (ГЭРБ).</p> <p>2. Стриктуры и язвы пищевода, кровотечения из язв пищевода, пищевод Баррета.</p> <p>3. Эндоскопическое исследование с последующим гистологическим исследованием биоптатов, манометрия пищевода, рН-метрическое исследование пищевода, рентгенологическое исследование на наличие грыжи пищеводного отдела диафрагмы и осложнений ГЭРБ.</p>
--	--	--	--

		<p>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2. Перечислите осложнения, характерные для данной патологии.</p> <p>3. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести больному.</p>	
19	ОПК-3	<p>У пациента, находящегося на лечении в кардиологическом отделении, выявлены следующие патологические симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Пульс полный, твердый.</li> <li>- Верхушечный толчок разлитой, резистентный, сильный, высокий.</li> <li>- Перкуторно – смещение левой границы сердца кнаружи на 1,5 см.</li> <li>- При аускультации сердца отмечается акцент 2 тона на точке аускультации аортального клапана.</li> </ul> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой диагноз можно предположить на основании имеющихся объективных данных?</li> <li>2. Какие синдромы можно предположить у этого пациента</li> <li>3. Составьте план дообследования</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипертоническая болезнь</li> <li>2. Синдром артериальной гипертензии, синдром гипертрофии левого желудочка</li> <li>3. ЭКГ, УЗИ сердца, липидограмма, определение уровня глюкозы крови, Суточное АД-мониторирование, общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому, УЗИ почек, ангиография сосудов почек, рентгенограмма черепа, определение уровня катехоламинов плазмы крови, определение уровня гормонов щитовидной железы.</li> </ol>
20	ОПК-3	<p>Больной Н., 55 лет, доставлен машиной «Скорой помощи» в приемное отделение с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, на перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот.</p> <p>Из анамнеза: накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз: ИБС, Острый коронарный синдром. Дифференцировать между нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда.</li> <li>2. План</li> </ol>

		<p>быстрой ходьбы, длительностью 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, нерегулярный. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, аритмичны. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый, неправильный. ЧСС 115 в минуту, политопные экстрасистолы. Гипертрофия левого желудочка. Смещение сегмента S-T вниз от изолинии, глубокий отрицательный зубец T в I, II, AVL, V3-V6 грудных отведениях.</p> <p>Общий анализ крови: эр. - 4,3 x 10<sup>12</sup>, лейкоц. - 9,2 x 10<sup>9</sup>, п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ч.</p> <p>Троponиновый тест при поступлении - отрицательный Биохимический анализ крови: СРБ (+), КФК 2,4 ммоль/л, АСТ 24 Е/л, АЛТ 16 Е/л.</p> <p>Время свертываемости крови - 3 мин, ПТИ - 100 %.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз</li> <li>2. Составьте план дообследования</li> </ol>	<p>дообследования:</p> <p>общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, свертываемость крови, повторить тест крови на тропонины, глюкоза крови, рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, холтер-ЭКГ.</p> <p>Рассмотреть необходимость коронарографии. В первые часы тропониновый тест отрицательный, что не исключает инфаркт миокарда. Необходимо повторное проведение тропонинового теста через 6 часов и динамика ЭКГ. Для уточнения диагноза и определения параметров функционального состояния миокарда, при стабилизации состояния, целесообразно проведение ЭхоКГ. При наличии специализированного кардиохирургического отделения проведение коронарографии с целью определения показаний для</p>
--	--	--	--

			эндоваскулярного хирургического лечения.
21	ОПК-3	<p>Больной К., 59 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением. Одновременно возникли боли сжимающего характера за грудиной и одышка.</p> <p>Из анамнеза: головные боли отмечает в течение многих лет, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. В течение последнего месяца появились боли за грудиной во время физической нагрузки, которые проходили в покое. Данное состояние возникло внезапно на фоне нервного перенапряжения. Объективно: состояние средней степени тяжести. Больной несколько возбужден, стонет от боли. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, небольшое количество влажных хрипов в нижних отделах. ЧДД 24 в минуту. Пульс - напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны глухие, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Нижние конечности пастозны. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 142 г/л, эр. - <math>4,8 \times 10^{12}/л</math>, л - <math>9,0 \times 10^9/л</math>, ц.п. - 0,9 ; э - 0, п - 5, с - 68, л - 26, м - 5, СОЭ - 6 мм/час. Глюкоза крови: 4,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,066, сахара нет, л - 1-3, эр.-8 в п/зр. ЭКГ: ЭОС отклонена влево, ЧСС 78 в минуту. Признаки гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой. Отмечается подъем сегмента S-T над</p>	<p>1. Предварительный диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии. Гипертонический криз осложненный 2 типа. Острый коронарный синдром: инфаркт миокарда нижней стенки, острая стадия. Осложнение: ХСН 2 «А», НИНА 2 ФК 2. План дообследования: тропониновый тест, липидограмма, биохимия крови: креатинин, глюкоза, билирубин, трансаминазы крови, коагулограмма и показатели свертываемости крови, суточное мониторирование ЭКГ в условиях палаты интенсивного наблюдения, консультация офтальмолога, невролога. После стабилизации состояния ЭхоКГ, КТ или МРТ.</p>

		<p>изолинией в отведениях 2,3,AVF.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Укажите план обследования?</li> </ol>	
22	ОПК-3	<p>Больной Н. 27 лет поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастрии через 2-3 часа после еды, ночные боли, успокаивающиеся после приема раствора соды, изжогу, проявляющуюся мучительным чувством жжения за грудиной, отрыжку воздухом, периодически рвоту съеденной пищей, приносящей облегчение, общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания.</p> <p>Вышеперечисленные симптомы беспокоят около месяца, постепенно нарастая, за медицинской помощью не обращался, не обследовался, принимал соду, иногда молоко, отмечалось кратковременное улучшение, а за последние 3 дня – эффект от приема раствора соды отсутствовал, усилился болевой синдром.</p> <p>Анамнез жизни. Рос и развивался без особенностей. Профессиональная деятельность – слесарь. Вредные привычки - отмечает злоупотребление спиртосодержащими напитками, курит в течение 10 лет по 2 пачки сигарет в день, не соблюдает режим питания. Наследственность отягощена со стороны отца (рак желудка в 54 года).</p> <p>Объективный статус. кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, тургор кожи в норме, запаха ацетона изо рта нет, ЧДД 16 в минуту. При осмотре - живот правильной формы, при поверхностной пальпации живот мягкий, выявлена болезненность в эпигастрии, больше справа с незначительным мышечным напряжением в этой области, размеры печени по Курлову 9 см x 8 см x 7 см, границы селезенки в норме, поджелудочная железа и желчный пузырь не пальпируются. Стул со слов больного за последний месяц имеет склонность к запорам (ранее регулярный ежедневный стул, а за последний месяц через 1-2 дня плотной консистенции). Данные лабораторно-инструментальных исследований.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Синдром желудочной диспепсии, болевой синдром, синдром язвенного поражения желудка/дпк, анемический синдром.</li> <li>2. Боли, возникающие через 2-3 часа после еды, называются поздними.</li> <li>3. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки неуточненной этиологии, стадия обострения. Факторы риска: <i>Helicobacter pylori</i>, прием НПВС, алкоголя, отягощенная наследственность.</li> <li>4. Биохимическое исследование крови, ЭФГДС, УЗИ органов брюшной полости, дыхательный уреазный тест.</li> <li>5. Желудочно-кишечное кровотечение, прободение, пенетрация, малигнизация, рубцовая деформация.</li> </ol>

		<p>Общий анализ крови: эритроциты <math>3,9 \cdot 10^{12}/л</math>, Нб 105 г/л, СОЭ 25 мм/час.</p> <p>Рентгенологическое исследование желудка и ДПК: "ниша" в стенке луковицы 12-перстной кишки, положительное исследование кала на скрытую кровь.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выделите и обоснуйте синдромы.</li> <li>2. Как называются боли, возникающие через 2-3 часа после еды?</li> <li>3. Сформулируйте клинический диагноз и перечислите факторы риска развития данного заболевания.</li> <li>4. Укажите, какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести для уточнения диагноза.</li> <li>5. Перечислите осложнения, характерные для данной патологии.</li> </ol>	
23	ОПК-3	<p>Мужчина 45 лет, на фоне относительного благополучия почувствовал жалобы на резкую боль в поясничной области, боль по правому половине живота, иррадиирующую в мошонку, повышение температуры тела до <math>37,5^{\circ}C</math>, тошноту, рвоту, головную боль, рези при мочеиспускании, выделение темно-красной мочи, уменьшение количества мочи до 100 мл в сутки.</p> <p>Из анамнеза: ранее не обследовался, патологии почек у себя не отмечал, у отца – мочекаменная болезнь.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, чистые, температура тела <math>37,7^{\circ}C</math>, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 19 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выслушивается, ЧСС=Ps=88 минуту, живот напряжен в области правого фланка живота, умеренно болезненный при пальпации, печень не увеличена, симптом поколачивания резко положительный справа, диурез около 100 мл, мочеиспускание болезненное, малыми порциями, отеки нижних конечностей до нижней трети голени (+). Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.</p> <p>Данные лабораторных и инструментальных методов</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мочекаменная болезнь, конкремент правого мочеточника.</li> <li>2. Возможно проведение обзорного снимка органов брюшной полости, СКТ органов брюшной полости без контрастирования с целью визуализации конкремента.</li> <li>3. Дифференциальная диагностика: острый аппендицит, острый холецистит, кишечная непроходимость, прободение язвы желудка или 12-перстной кишки, острый панкреатит, внематочная беременность,</li> </ol>



		<p>исследования:</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эр. – <math>4,5 \times 10^{12}</math>/л, лейкоц – <math>13,1 \times 10^9</math>/л, тр – <math>210 \times 10^9</math>/л, э – 1, баз – 0, п/я – 9%, с/я – 68%, лимф – 15%, мон – 7%, СОЭ – 25 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи: уд. вес - 1020, рН – 5,5, белок – 0,066, эр – больш.к-во, лейкоц – 15-20, цилиндр – нет, эпителий – 3-4, плоский.</p> <p>Биохимический анализ крови: креатинин – 178 мкмоль/л, мочевины – 10,0 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л, калий – 5,5 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,1 ммоль/л, общий билирубин – 13 мкмоль/л, общий белок – 78 г/л, альбумин - 50%, <math>\alpha</math> – глобулины – 20% , <math>\beta</math> – глобулины – 10%, <math>\gamma</math> – глобулины – 20%, общий холестерин – 4,9 ммоль/л;</p> <p>УЗИ почек: RD размеры 130x90 паренхима 19, ЧЛС справа и верхняя треть мочеточника расширены, RS размеры 130x90, паренхима 19, ЧЛС слева не расширено, конкременты не визуализируются, диффузные изменения паренхимы обеих почек; Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите вероятное патологическое состояние у данного пациента?</li> <li>2. Какое дополнительное обследование необходимо провести?</li> <li>3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние?</li> </ol>	<p>эмболия сосудов органов брюшной полости, инфаркт почки</p>
24	ОПК-3	<p>У роженицы М. 35 лет, во время первых родов появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеряла сознание.</p> <p>Объективно: общее состояние тяжелое, сознание отсутствует, отмечается синеватый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 50 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в 1 минуту. АД - 90/40 мм рт. ст. Сердечные тоны глухие, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот увеличен, пальпация не доступна.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установить предварительный диагноз.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.</li> <li>2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.</li> </ol>

		<p>2. Составить план дополнительного обследования.</p> <p>3. Провести дифференциальную диагностику.</p> <p>4. Определить тактику лечения.</p>	<p>3. Необходим о провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.</p> <p>4. Борьба с шоком, лечение сердечной недостаточности. Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия.</p>
--	--	---	--

**Код контролируемой компетенции**

ПК-13. Способен к выполнению фундаментальных научных биомедицинских исследований

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

<b>№</b>	<b>Код контролируемой компетенции</b>	<b>Содержание задания</b>	<b>Правильные ответы</b>
25.	ПК-13	<p>Пациент М., 30 лет предъявляет жалобы на наличие мутной мочи в виде «мясных помоев», уменьшение количества мочи за сутки до 700 мл при адекватном приеме жидкости, отеки лица и нижних конечностей, увеличение массы тела на 3 кг, повышение АД до 160/100 мм.рт.ст., выраженную слабость. Из анамнеза заболевания: заболел около трех недель назад, когда появились боль и першение в горле, повышение температуры тела до 38°C, общая слабость. К</p>	<p>1. Нефритический (остронефритический) синдром. Критерии нефритического синдрома: отеки, олигурия, протеинурия, гематурия, артериальная гипертензия.</p> <p>2. Дифференциальная диагностика: хронический гломерулонефрит,</p>

		<p>врачу не обращался, лечился самостоятельно: полоскание горла отварами трав (шалфей, ромашка), кеторолак по 1 таблетке 2 раза в день 2 дня. На третий день температура тела снизилась до субфебрильных цифр. Принимал антибиотик в таблетках (название не помнит) в течение 5 дней. На 15-16 день появилась выраженная головная боль в затылочной области постоянного характера, выраженная слабость, не лечился. На 17-18-й день заболевания отметил уменьшение количества выделяемой за сутки мочи до 700мл, при адекватном приеме жидкости, появление мочи темно-красного цвета, отеки лица, общую слабость.</p> <p>Из анамнеза жизни: рос и развивался соответственно возрасту. Вредные привычки отрицает. ОРЗ 1-2 раза в год. Оперативные вмешательства: аппендэктомия в 15-летнем возрасте.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы чистые, отмечается бледность и одутловатость лица, дыхание везикулярное, ЧДД = 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Ps=ЧСС=80 в минуту, патологические шумы отсутствуют, АД = 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез = 700 мл в сутки. Отеки нижних конечностей до 1/3 голени.</p> <p>Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:</p> <p>Общий анализ: гемоглобин – 110 г/л, эр. – <math>3,9 \times 10^{12}</math>/л, лейкоц. – <math>7,3 \times 10^9</math>/л, тр – <math>249 \times 10^9</math>/л, э – 1, баз – 0, п/я – 3%, с/я – 67%, лимф – 22%, мон – 7%, СОЭ – 42 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи: уд. вес- 1040,</p>	<p>поражение почек при СКВ, узелковом периартериите, геморрагическом васкулите, остром тубуло-интерстициальном нефрите.</p>
--	--	--	---

		<p>pH – 6,0, белок – 3,0, эр – 20-22х, лейкоциты – 2-3х, цилиндров – 1-2х, эпителий – нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: креатинин – 83 мкмоль/л, мочевина – 4,9 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,0 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, общий белок – 49 г/л, альбумин – 60%, α – глобулины – 12%, β – глобулины – 8%, γ – глобулины – 20%, общий холестерин – 9,1 ммоль/л.</p> <p>УЗИ почек: RD = RS размеры 130x90, паренхима 20, ЧЛС не расширена, конкрементов нет, диффузные изменения паренхимы обеих почек.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выделите ведущий клинический синдром.</li> <li>2. Какие заболевания входят в круг дифференциально-диагностического поиска?</li> </ol>	
26.	ПК-13	<p>Пациент К., 22 лет на фоне относительного благополучия отметил жалобы на уменьшение количества мочи до 900 мл в сутки при адекватном приеме жидкости, отеки лица, нижних конечностей до 2/3 голени, головную боль, общую слабость и повышенную утомляемость.</p> <p>Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение недели, когда на фоне относительного благополучия появились вышеуказанные жалобы. Не лечился. Год назад отмечал подобный эпизод, был госпитализирован в нефрологическое отделение, проведена нефробиопсия, выявившая наличие болезни минимальных изменений, получал терапию преднизолоном, через несколько недель после начала терапии наступила ремиссия заболевания, преднизолон был постепенно отменен в течение нескольких месяцев.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нефротический синдром. Критерии нефротического синдрома: протеинурия более 3,5 г/л, гипопроteinемия, гипоальбуминемия, отеки, дислипидемия.</li> <li>2. Отечный синдром в данном случае связан со снижением онкотического давления плазмы крови за счет массивной потери белка с мочой, в результате чего внутрисосудистая жидкость переходит в ткани.</li> <li>3. Дифференциальная диагностика: хронический гломерулонефрит, поражение почек при СКВ, геморрагическом</li> </ol>

		<p>Из анамнеза жизни: Страдает сахарным диабетом 2 типа.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы чистые, нормальной физиологической окраски, дыхание везикулярное, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Ps=ЧСС = 80 в минуту, патологические шумы отсутствуют, АД - 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез - 900 мл в сутки. Отеки нижних конечностей до 2/3 голени.</p> <p>Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:</p> <p>Общий анализ крови:  гемоглобин – 130 г/л, эр. – <math>5,4 \times 10^{12}</math>/л, лейкоц. – <math>7,3 \times 10^9</math>/л, тр – <math>249 \times 10^9</math>/л, э – 1, баз – 0, п/я – 3%, с/я – 67%, лимф – 22%, мон – 7%, СОЭ – 42 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи:  уд. вес- 1040, рН – 6,0, белок – 6,6, эр – 0-1х, лейкоц. – 4-5х, цилиндр. – 1-2х, эпителий – нет.</p> <p>Биохимический анализ крови:  креатинин – 83 мкмоль/л, мочевины – 4,9 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,0 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, общий белок – 49 г/л, альбумин - 60%, <math>\alpha</math> – глобулины – 12%, <math>\beta</math> – глобулины – 8%, <math>\gamma</math> – глобулины – 20%, общий холестерин – 9,1 ммоль/л.</p> <p>УЗИ почек: RD = RS размеры 130x90, паренхима 20, ЧЛС не расширена, конкрементов нет, диффузные изменения паренхимы обеих почек.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выделите ведущий клинический синдром.</li> <li>2. Какой патогенез отеков в данном случае?</li> </ol>	<p>васкулите, парапротеинемическая нефропатия, амилоидоз, диабетическая нефропатия, гестоз, лекарственное поражение почек, врожденные заболевания почек (синдром Альпорта, врожденный нефротический синдром).</p>
--	--	---	---

		3. Какие заболевания входят в круг дифференциально-диагностического поиска?	
27.	ПК-13	<p>Женщина 30 лет после переохлаждения отметила возникновение жалоб на боли и рези в надлобковой области при мочеиспускании, императивные позывы к мочеиспусканию, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, частые мочеиспускания малыми порциями, через несколько часов присоединились боли в поясничной области больше справа, не связанные с движением, повышение температуры тела до 38,8°C, общая слабость.</p> <p>Из анамнеза: в течение 10 лет данные эпизоды возникают не реже одного раза в год и купируются приемом антибактериальных препаратов (ципрофлоксацин, амоксициллин + клавулановая кислота).</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, чистые, тургор кожи немного снижен, язык суховат, температура тела 38,7°C, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД = 21 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выслушивается, ЧСС=Ps=94 минуту, живот мягкий безболезненный при пальпации, печень не увеличена, симптом поколачивания резко положительный справа, диурез около 1000 мл, мочеиспускание болезненное, малыми порциями, отеков нет.</p> <p>Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эр. – <math>4,6 \times 10^{12}</math>/л, лейкоц. – <math>15,9 \times 10^9</math> /л, тр – <math>176 \times 10^9</math> /л, э – 1, баз – 1, п/я – 15%, с/я – 68%, лимф – 10%, мон – 5%, СОЭ – 39 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи: уд. вес- 1010, рН – 8,5, белок – 0,033, эр – 1-2х, лейкоц – больш.к-во, цилиндр – нет, эпителий –</p>	<p>1. У пациентки имеет место хроническая инфекция мочевых путей (ИМП). Учитывая наличие дизурии можно предположить начало заболевания с обострения хронического цистита, а затем переход в обострение хронического пиелонефрита.</p> <p>2. Выполнение посева мочи на стерильность и чувствительности к антибиотикам с целью определения возбудителя и подбора терапии, несмотря на это необходимо безотлагательное назначение антибактериальной терапии до получения результатов посева. Возможно выполнение гинекологического обследования, а также диагностики мочевого рефлюкса (цистоуретерография)</p>

		<p>плоск. .</p> <p>Биохимический анализ крови:  креатинин – 65 мкмоль/л, мочевины – 4,0 ммоль/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л, калий – 4,7 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, кальций – 2,3 ммоль/л, фосфор – 1,2 ммоль/л, общий билирубин – 11 мкмоль/л, общий белок – 70 г/л, альбумин – 60%, α – глобулины – 20% ,– β – глобулины – 5%, γ – глобулины – 15%, общий холестерин – 3,9 ммоль/л;</p> <p>УЗИ почек: RD размеры 140x90 паренхима 25, RS размеры 120x70, паренхима 17, ЧЛС не расширено, конкрементов нет, диффузные изменения паренхимы правой почки;</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите вероятное патологическое состояние у данной пациентки?</li> <li>2. Какие дополнительные обследования необходимо выполнить?</li> </ol>	
--	--	--	--

***Код контролируемой компетенции***

ПК-14 Способен к выполнению прикладных и поисковых научных биомедицинских исследований и разработок

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

<b>№</b>	<b>Код контролируемой компетенции</b>	<b>Содержание задания</b>	<b>Правильные ответы</b>
28.	ПК-14	<p>Жалобы: больной Н., 60 лет, в течение нескольких месяцев отмечает увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов до 4-6 см в диаметре.</p> <p>Из анамнеза: длительно отмечал небольшую общую слабость, потливость, которым не придавал значение. При прохождении планового медицинского осмотра направлен участковым терапевтом в стационар для дообследования.</p> <p>Объективно: самочувствие удовлетворительное, при осмотре кожные покровы обычной окраски,</p>	Предварительный диагноз: Хронический лимфобластный лейкоз

		<p>без геморрагий. При пальпации лимфоузлы мягкоэластичной консистенции, безболезненные, не спаяны с кожей и между собой, поверхность кожи над ними не изменена. Умеренная гепатоспленомегалия (печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка +4 см из-под края реберной дуги), живот при пальпации безболезненный. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования</p> <p>Общий анализ крови: Нв- 100 г/л, анемия носит нормоцитарный нормохромный характер, эр. - <math>3,5 \cdot 10^{12}/л</math>, лейкоц. - <math>17,6 \cdot 10^9/л</math>, из них 80% лимфоцитов. В мазках периферической крови также обнаруживаются клетки Боткина – Гумпрехта (полуразрушенные ядра лимфоцитов).</p> <p>УЗИ органов брюшной полости, грудной клетки: значительное увеличение внутригрудных и забрюшинных лимфоузлов.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Ваш предварительный диагноз</p>	
29.	ПК-14	<p>Пациентка Н., 30-ти лет предъявляет жалобы на слабость, вялость, снижение работоспособности, снижение артериального давления, мышечную слабость.</p> <p>Из анамнеза: месяц назад вернулась из поездки на море, где много времени проводила на солнце, после чего появилась слабость. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где был поставлен диагноз вегето-сосудистой дистонии по гипотоническому типу. Назначены адаптогены. Лечение без улучшения. Госпитализирована в стационар для дальнейшего обследования. Сахарный диабет, заболевания надпочечников и щитовидной железы отрицает.</p> <p>Объективно: эмоционально лабильна. Рост 164, вес 59 кг, обхват талии 74 см. Кожные покровы бронзового оттенка,</p>	<p>1. Выделены следующие синдромы: астенический, артериальной гипотензии. Ведущий синдром – артериальной гипотензии.</p> <p>2. Первичная надпочечниковая недостаточность, декомпенсация.</p> <p>3. Дополнительные обследования включают: глюкоза крови натощак ( т.к. при надпочечниковой недостаточности отмечается гипогликемия), гормоны – кортизол, АКТГ, электролиты крови –натрий, калий ( часто отмечается</p>



		<p>теплые и влажные на ощупь. Тургор кожи в норме, запаха ацетона изо рта нет. ЧДД 20 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 100 в минуту, ритмичный, сниженного наполнения и напряжения. Левая граница относительной тупости на 1, 5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 100 в минуту. АД 80/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, не урчащий. Печень у края реберной дуги, край печени закруглен, мягкий. Щитовидная железа при осмотре не видна при глотании, при пальпации смещается, безболезненна, эластична. Симптом Мари (мелкий тремор рук) отрицательный. Отпечатков зубов на языке и сухости кожи локтей нет. Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выделите и обоснуйте синдромы, укажите ведущий.</li> <li>2. Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>5. Назначьте дополнительные обследования.</li> </ol>	гиперкалиемия и гипонатриемия).
30.	ПК-14	<p>Больной М., 51 год, обратился в поликлинику с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, вздутие живота.</p> <p>Анамнез заболевания. Вышеперечисленные жалобы появились около 2 месяцев назад, в лечебные учреждения ранее не обращался, однако в связи с выраженным снижением трудоспособности обратился в поликлинику по месту жительства.</p> <p>Анамнез жизни. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Вредные привычки - употребляет алкоголь, однако отрицает злоупотребление, курит (около 15 сигарет в сутки). До настоящего времени считал себя здоровым, к врачам не обращался.</p> <p>Объективный статус. Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и склеры</p>	<p>1. Можно заподозрить хроническое заболевание печени, для определения этиологии заболевания (исключение вирусной природы) и определение степени тяжести поражения (гепатит, цирроз печени) необходимо провести дообследования больного.</p> <p>2. Имеет место диспепсический синдром, портальная гипертензия, асцит, гиперспленизм. При биохимическом исследовании крови отмечено наличие синдрома цитолиза (повышение</p>

	<p>желтушные. На коже груди единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. Отеков ног нет. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот увеличен в размерах, окружность живота 94 см. При пальпации болезненный в эпигастрии, правом подреберье. Размеры печени по Курлову 13 см x 9 см x 8 см. Край печени острый, плотный, болезнен при пальпации. Селезенка перкуторно увеличена – 150x100 мм, не пальпируется. Данные лабораторно - инструментальных исследований:</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин 89 г/л, лейкоциты <math>2,8 \times 10^9</math>/л, тромбоциты <math>90 \times 10^9</math>/л.</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий билирубин 84 ммоль/л, прямой билирубин 58 ммоль/л, щелочная фосфатаза 428 ед/л, АЛТ 102 ед/л, АСТ 189 ед/л, альбумин 30 г/л.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени и селезенки, расширение портальной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный диагноз</li> <li>2. Выделите клинические и лабораторные синдромы</li> <li>3. Какие дополнительные лабораторно - инструментальные исследования необходимо провести?</li> </ol>	<p>трансаминаз), холестаза (гипербилирубинемия, увеличение щелочной фосфатазы, ГГТ).</p> <p>3. Для уточнения диагноза необходимо провести ИФА маркеров вирусного гепатита В и С, биопсия печени с последующим морфологическим исследованием, (ЭГДС для оценки состояния верхних отделов ЖКТ), эластометрия печени.</p>
--	---	--

### **КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Проведение контроля знаний по дисциплине предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

1. Обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по вопросам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. Определить глубину знаний программы;
3. Определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. Определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ;

5. Определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки **«отлично»** заслуживает ответ, содержащий:

- Глубокое и систематическое знание всего программного материала;
- Свободное владение научным языком и терминологией;
- Логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- Умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки **«хорошо»** заслуживает ответ, содержащий:

- Знание важнейших разделов и основного содержания программы;
- Умение пользоваться научным языком и терминологией;
- В целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа;
- Умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки **«удовлетворительно»** заслуживает ответ, содержащий:

- Фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы;
- Затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- Стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ;
- Затруднения при выполнении предусмотренных программой задания.

Оценки **«неудовлетворительно»** заслуживает ответ, содержащий:

- Незнание вопросов основного содержания программы;
- Неумение выполнять предусмотренные программой задания.