

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Клиника внутренних болезней»

Специальность: 37.05.01 Клиническая психология

Кафедра: пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина

Форма обучения: очная

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Клиника внутренних болезней» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Клиника внутренних болезней»

На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимися на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
6	Фрагмент истории болезни	Средство контроля практического навыка обучающихся, заключающееся в выполнении опроса курируемого пациента и оформлении медицинской документации	Перечень нозологий для возможного обследования пациента

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ОПК-5 Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ ПК-1 Способен и готов к применению теоретических основ и принципов патопсихологического и нейропсихологического синдромных анализов нарушений психической деятельности и личности при различных психических, неврологических, психосоматических заболеваниях и аддикциях ПК-2 Способен и готов к овладению современными подходами к диагностике нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей и психологических механизмов возникновения и динамики психопатологических, неврологических, психосоматических и аддиктивных расстройств	Текущий	Раздел 1. Общие вопросы	Тесты Собеседование Написание фрагмента истории болезни.
		Раздел 2. Основные синдромы и заболевания в клинике внутренних болезней	Контрольная работа Тесты Собеседование Ситуационные задачи Реферат
ОПК-5 Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ	Промежуточный	Раздел 1. Общие вопросы Раздел 2. Основные синдромы и заболевания в клинике внутренних болезней	Тесты Написание фрагмента истории болезни.

ПК-1 Способен и готов к применению теоретических основ и принципов патопсихологического и нейропсихологического синдромных анализов нарушений психической деятельности и личности при различных психических, неврологических, психосоматических заболеваниях и аддикциях ПК-2 Способен и готов к овладению современными подходами к диагностике нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей и психологических механизмов возникновения и динамики психопатологических, неврологических, психосоматических и аддиктивных расстройств			
---	--	--	--

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении практических занятий в форме: тестовых заданий, собеседования, контрольной работы, реферата, ситуационных задач, написания фрагмента истории болезни.

4.1. Задания текущего контроля для оценки компетенций ОПК-5, ПК-1, ПК-2

4.1.1. Задания для собеседования (контрольной работы) по темам/разделам дисциплины для оценки компетенций ОПК-5, ПК-1, ПК-2)

Общие вопросы

Здоровье и болезнь как основные категории медицины.

Понятие об этике и деонтологии в медицине.

Основные принципы организации лечебно-профилактических учреждений стационарного типа терапевтического профиля.

Основные методы клинического обследования больного.

Семиотика, понятие о клинических синдромах

Метод анамнеза.

Структура истории болезни терапевтического больного

Основные синдромы и заболевания в клинике внутренних болезней

Основные симптомы, синдромы при патологии дыхательной системы, их клиническая характеристика и нозологическая специфичность.

Факторы риска развития болезней органов дыхания.

Представление о методах диагностики бронхолегочной патологии.

Бронхиты, основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

ХОБЛ, основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Пневмонии, основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Бронхиальная астма, основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Дыхательная недостаточность. Основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Основные симптомы, синдромы при патологии сердечно-сосудистой системы, их клиническая характеристика и нозологическая специфичность.

Представление о факторах риска и методах диагностики ССЗ.

Гипертоническая болезнь. Основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Атеросклероз. Основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Хроническая сердечная недостаточность. Основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда. Основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Основные симптомы, синдромы при патологии желудочно-кишечного тракта (болевой, диспептический, энтероколита, дисбактериоза, мезенхимально-воспалительный, печеночной недостаточности), их клиническая и нозологическая специфичность.

Представление о факторах риска и методах диагностики заболеваний ЖКТ.

Гастриты. Основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки. Основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Колиты, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит. Основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Заболевания панкреато-билиарной зоны, цирроз печени. Основные симптомы, представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов

Синдромы при патологии выделительной системы (дизурический, нефротический, почечной недостаточности), их клиническая характеристика и нозологическая специфичность. Представление о методах диагностики и тактике ведения пациентов.

Эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ. Сахарный диабет 1 и 2 типов. Представление о факторах риска и методах диагностики

Ожирение. Представление о факторах риска и методах диагностики

Подагра. Представление о факторах риска и методах диагностики

4.1.2. Тесты по темам/разделам дисциплины для оценки компетенций ОПК-5, ПК-1, ПК-2. Примеры тестов

1. УКАЖИТЕ СТЕПЕНИ РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ В ПОРЯДКЕ НАРАСТАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

- а) Сопор
- б) Кома
- в) Ступор

2. ИЗМЕНЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ НА РИСУНКЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- а) синдрома портальной гипертензии
- б) нефротический синдром
- в) синдром ожирения
- г) синдром перфорации язвы желудка



3. ПРИЗНАК ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ИЛИ БОЛЕЗНИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) симптомом
- б) синдромом

4.1.3. Темы рефератов по темам/разделам дисциплины для оценки компетенций ОПК-5, ПК-1, ПК-2.

1. Современные методы обследования и диагностики больных с заболеваниями бронхолегочной системы.
2. Пневмонии. Диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы современной терапии пневмоний.
3. Бронхиальная астма, диагностика, дифференциальный диагноз. Профилактика БА.
4. Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
5. Хроническая дыхательная недостаточность. Этиология, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
6. Дифференциальный диагноз гипертонической болезни и симптоматических артериальных гипертензий.
7. Понятие о нестабильной стенокардии. Функциональные классы стабильной стенокардии напряжения.
8. Ангинозный, гастралгический, астматический, церебральный и ассимптомный клинические варианты инфаркта миокарда.
9. Хроническая недостаточность кровообращения: классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
10. Гастриты: классификация, диагностика, дифференциальный диагноз. Осложнения. Факторы риска, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
11. Особенности течения язвенной болезни желудка в зависимости от локализации болезни, возраста пациентов. Факторы риска, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
12. Рак желудка. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Факторы риска, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
13. Циррозы печени: классификация, диагностика, дифференциальный диагноз. Факторы риска, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
14. Хронический панкреатит. Классификация, диагностика, дифференциальный диагноз. Факторы риска, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
15. Колиты, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит. Основные симптомы, представление о методах диагностики и лечения, тактике психологического ведения пациентов

16. Острый и хронические гломерулонефриты: диагностика, дифференциальный диагноз. Этиология, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
17. Хроническая почечная недостаточность. Факторы риска, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
18. Мочекаменная болезнь (нефролитиаз). Факторы риска, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
19. Ожирение. Факторы риска, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
20. Подагра. Факторы риска, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.
21. Сахарный диабет 2 типа. Факторы риска, методы диагностики и лечения, тактика психологического ведения пациентов.

4.1.4. Ситуационные задачи по темам/разделам дисциплины для оценки компетенций ОПК-5, ПК-1, ПК-2)

Задача 1. Больной Л., 21 года, поступил в больницу с жалобами на периодические острые боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, ночные боли. Особенно сильные боли появляются после острой и грубой пищи. Боли уменьшаются после приема молока. Кроме того, беспокоят изжога, запоры. Боли в эпигастрии беспокоили во время службы в армии весной и осенью, но к врачу в то время не обращался.

Последние 3 недели боли стали очень сильными, что и заставило больного обратиться к участковому врачу, после чего он был направлен в стационар. При объективном обследовании обнаружено напряжение мышц в эпигастрии, здесь же болезненность, больше справа от средней линии.

При исследовании желудочного сока обнаружено: натошак получено 60 мл сока, общая кислотность – 50 ед., свободной HCl – 40 ед. Часовое напряжение секреции – 240 мл. Общая кислотность 100 ед., свободная соляная кислота – 80 ед.

1. Назовите патологические симптомы.
2. Какой ведущий клинический синдром можно выделить у пациента? Какое заболевание можно предположить?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения диагноза у этого больного?
4. Какая будет тактика ведения данного пациента?

Задача 2. Больная С., 28 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на отечность лица, головные боли, тупые боли в пояснице и появление мочи цвета «мясных помоев». За 2 недели до появления вышеуказанных жалоб перенесла ангину.

Объективно отмечается бледность кожных покровов, отечность лица, особенно век. Перкуторный звук над легкими ясный, легочный, дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД – 170/110 мм рт.ст. Пульс ритмичный, 80 ударов в мин., полный и напряженный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабо положителен с обеих сторон.

1. Назовите патологические симптомы.
2. Для какого заболевания характерно такое сочетание симптомов?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Задача 3. Больной Н., 65 лет, поступил в стационар в порядке экстренной помощи. При поступлении жаловался на резкие сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо и руку. Боли возникли внезапно. Нитроглицерин боли не снял (принял 3 таблетки).

Появилось чувство страха смерти, холодный пот. Больной в экстренном порядке доставлен в стационар.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Бледность кожных покровов, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, ослабленное. Видимых изменений над областью сердца нет. Верхушечный толчок при пальпации не определяется. Тоны сердца на верхушке глухие. АД - 100/60 мм рт.ст.. Пульс - 86 ударов в мин., ритмичный, сниженного наполнения и напряжения.

На ЭКГ: V_{1,2,3,4,5} - подъем ST над изолинией. Монофазная кривая.

1. Назовите патологические симптомы.
2. О каком патологическом состоянии можно думать?
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначите больному?

Задача 4.

Больной К., 54 лет. Жалобы при поступлении на головные боли в затылочной области, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, бессонницу, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания. Головные боли беспокоят в течение 4-х лет. К врачу не обращался, для снятия болей принимал анальгин. Последний месяц головные боли усилились, появились вышеуказанные жалобы.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Лицо гиперемировано. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по среднеключичной линии, усиленный. Границы относительной тупости сердца: правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - в III межреберье, левая - по среднеключичной линии. Аускультативно: акцент II тона над аортой. АД - 190/110 мм рт.ст. Пульс 68 в мин., ритмичный, твердый, напряженный.

1. Назовите патологические симптомы. Объясните механизм их возникновения.
2. О каком патологическом синдроме можно думать?

Задача 5.

Больной З., 36 лет предъявляет жалобы на головные боли, сонливость, ухудшение зрения, быструю утомляемость, зуд кожи, носовые кровотечения, тошноту, рвоту, понос, похудание. Считает себя больным в течение полугода, отмечает постепенное нарастание симптомов. 10 лет назад перенес острое заболевание почек, которое проявлялось отеками лица и изменениями в моче.

Объективно: заторможен. Кожные покровы сухие, бледные, на коже живота, рук имеются расчесы. Лицо одутловатое. Перкуторный звук над легкими ясный, дыхание везикулярное. Границы сердца: правая – на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – в III межреберье, левая – на 1,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, II тон усилен над аортой. Выслушивается шум трения перикарда. АД – 180/130 мм рт.ст. Пульс ритмичный – 82 удара в мин. Живот болезненный при пальпации по ходу кишечника. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен.

1. Назовите патологические симптомы.
2. Для какого патологического процесса может быть характерно такое сочетание симптомов?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести

Задача 6.

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъеме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал. Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин.

Границы относительной тупости сердца: правая, верхняя – не изменены, левая – смещена на 1 см наружу от левой среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. В анализе крови: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л. На ЭКГ: признаки гипертрофии миокарда левого желудочка

1. Назовите патологические симптомы (выявляемые при субъективном и объективном обследовании).
2. Сформулируйте основные клинические синдромы.
3. Какой можно предположить диагноз, определите тактику ведения пациента

Задача 7.

Больная К., 60 лет, поступила в отделение с жалобами на одышку в покое и при физической нагрузке, приступы удушья по ночам, кашель, кровохарканье. Кашель и одышка усиливаются в положении лёжа на спине. Жалуется также на выраженные отеки ног, увеличение живота в объёме, тупые ноющие боли в правом подреберье, сердцебиение и перебои в работе сердца, быструю утомляемость.

Анамнез: дважды перенесла инфаркт миокарда – в 50 лет и 4 года назад, около 3-х лет назад стала отмечать перебои в работе сердца, одышку при физической нагрузке, утомляемость. Около полугода к этим явлениям присоединились приступы удушья по ночам, кашель, периодически – кровохарканье. Лечилась в стационарах неоднократно. В течение последних 3 месяцев появились отеки ног, стал увеличиваться в размерах живот, увеличилась печень.

При осмотре: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Отмечается значительный акроцианоз, на ногах выраженные отеки до нижней трети бедер. В легких слева дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Там же выслушиваются влажные мелко- и среднепузырчатые незвонкие хрипы. Справа ниже угла лопатки – тупой перкуторный звук, дыхание и бронхофония не проводятся. ЧДД 23 в минуту. При перкуссии границы сердца расширены. Тоны аритмичные, ЧСС – около 110 ударов в минуту. На верхушке I тон ослаблен, там же после II тона выслушивается дополнительный тон, на лёгочной артерии – акцент и выраженное расщепление II тона. АД – 105/80 мм рт.ст. Частота пульса – 84 в минуту. Живот увеличен в размерах, пупок выбухает. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Печень на 5 см ниже края рёберной дуги, плотноватая, немного болезненная при пальпации, край её закруглён.

На ЭКГ: Нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий

1. Назовите патологические симптомы
2. Сформулируйте основные клинические синдромы
3. Какой можно предположить диагноз, определите тактику ведения пациента

Задача 8.

Больной М. 72 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, которые связывает с повышением АД до 210/120 мм рт. ст.

Анамнез заболевания: повышение АД появилось 2 года назад, принимал Метопролол, Гипотиазид, однако добиться существенного снижения АД не удавалось. В течение полугода отмечает усталость при ходьбе, боли в ногах, которые заставляют останавливаться (при прохождении менее 200 метров). Госпитализирован для уточнения причины и подбора лекарственной терапии.

Объективно: состояние удовлетворительное. Отёков нет. Над всей поверхностью легких перкуторно - лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая и верхняя не изменены, левая - 1,5 см снаружи от левой СКЛ в V межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, на 1,5 см снаружи от левой СКЛ, разлитой, усиленный. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент II тона над аортой. Пульс - 76 ударов в минуту, симметричный, ритмичный, напряженный. АД - 195/115 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный. Снижена пульсация на артериях тыла обеих стоп.

Общий анализ крови: гемоглобин - 145 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $7,9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 12 мм/час, цветовой показатель - 1,0. Общий анализ мочи: удельный вес - 1020, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - ед. в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры.

Биохимический анализ крови: сахар - 5,2 ммоль/л (N 3,5-6,1), холестерин - 7,2 ммоль/л, мочевины - 9,0 ммоль/л (N 2,4-8,3), креатинин - 0,13 мкмоль/л (N 0,014-0,44), калий - 5,4 ммоль/л (N 3,4-5,3), натрий - 135 ммоль/л (N 130-156).

Осмотр глазного дна: ангиопатия сосудов сетчатки. ЭКГ: признаки гипертрофии миокарда левого желудочка

1. Назовите патологические симптомы
2. Оцените результаты дополнительных методов обследования больного
3. Выделите клинический синдром, имеющийся у больного.
4. Для какого заболевания более характерны перечисленные признаки? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Задача 9.

Больной К. 40 лет госпитализирован в отделение пульмонологии с жалобами на кашель с желтоватой мокротой, смешанную одышку при движении, повышение температуры до 38,2 °С, общую слабость.

В анамнезе – переохлаждение около 10 дней назад. 10 дней назад появились слабость, субфебрилитет, сухой кашель. Принимал амброксол. Вчера температура внезапно стала выше 38°С, при кашле стала отделяться вязкая желтоватая мокрота, присоединилась смешанная одышка при движении, усилилась слабость.

Объективно: Состояние средней тяжести. Положение активное. Бледность кожных покровов. При перкуссии притупление перкуторного звука в подлопаточной области справа. При

аускультации: ослабленное дыхание в нижней доле справа, в той же области выслушивается крепитация. ЧДД 22 в минуту. SpO₂ 96%. Тоны сердца приглушенные, ритмичные с ЧСС 88 в минуту. АД 130/80 мм.рт.ст.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: инфильтрация в нижнем поле правого легкого

В ОАК: Нб 130 г/л, лейкоциты – $12,4 \times 10^9$ /л, П – 5%, С – 76%, Л – 10%, М – 8%, СОЭ 34 мм/ч. С-реактивный белок 100 мг/л.

1. Назовите патологические симптомы
2. О каком заболевании можно думать?
3. Какие изменения общего анализа крови и рентгенограммы Вы можете отметить?
4. Сформулируйте основной клинический синдром.

Задача 10.

Пациент С. 60 лет. Жалобы на одышку с затрудненным выдохом при медленной ходьбе, подъеме в лестницу на 1 этаж, сопровождающуюся свистом в грудной клетке. Отмечается также кашель с небольшим количеством мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,4°C.

Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 10 лет. Последние 5 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при медленной ходьбе, вынужден останавливаться через каждые 100 м, появилась скудная мокрота белого иногда желтого цвета. Обострения в осенне-зимний период, ко врачу не обращался. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,4°C, усилился кашель, появилась слизистогнойная мокрота, увеличился ее объем, усилилась экспираторная одышка.

Анамнез жизни: курит 40 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,4°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка бочкообразная. Перкуторный звук – коробочный. При топографической перкуссии нижние границы легких опущены. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 12×10×8 см. Отёков нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}$ /л, Нв -165 г/л, Ht - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мокроты – вязкая, желтого цвета. Лейкоциты – 30-40 в поле зрения, эритроцитов – нет.

По пульсоксиметрии SPO₂ - 88%. При рентгеновском исследовании отмечается повышенная прозрачность легочных полей.

1. Назовите патологические симптомы
2. Оцените степень тяжести одышки по шкале mMRC.
3. Определите индекс массы тела у больного.
4. Оцените результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Какое инструментальное исследование необходимо провести пациенту?
5. О каком заболевании можно думать? Определите тактику ведения пациента

Задача 11.

Больной М., 43 года, поступил в стационар с жалобами на высокую температуру до 40⁰С, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, кашель с выделением небольшого количества ржавой мокроты, сильные головные боли, резкую общую слабость. Заболел остро пять дней назад, ко врачу обратился сегодня, в экстренном порядке госпитализирован.

При осмотре: общее состояние больного тяжелое, отмечается бред. Больной лежит на правом боку. Отмечается гиперемия щек, больше справа. Форма грудной клетки нормостеническая, правая половина отстает при дыхании. Голосовое дрожание усилено в правой подмышечной области и правой подлопаточной области.

При перкуссии в правой подмышечной и подлопаточной областях отмечается тупой перкуторный звук. При аускультации определяется бронхиальное дыхание справа в подлопаточной области, побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония справа усилена.

Тоны сердца приглушенные, ритмичные, пульс 110 в 1 мин., ритмичный, малого наполнения. АД 90/60 ммртст

Сатурация крови кислородом – 80%.

Общий анализ крови: гемоглобин 132 г/л; эритроциты $4,6 \times 10^{12}$ /л; Ц.П. -16; лейкоциты 12×10^9 /л, Э – 0%, П – 6%, С -80%, Л -10%, М -4%, СОЭ – 52 мм/час. С-реактивный белок 120 мг/л

Мокрота - вязкая, «ржавого» цвета, содержит: лейкоциты – 0 в поле зрения, эритроциты – 12 в поле зрения.

На рентгенограмме органов грудной клетки: инфильтрация нижней доли правого легкого

1. Назовите патологические симптомы
2. Сформулируйте основной клинический синдром.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
4. О каком заболевании можно думать? Определите тактику ведения пациента.

Задача 12.

Больной М., 40 лет, доставлен каретой скорой помощи с жалобами на приступы удушья с затруднением выдоха и появлением «музыки в груди», сопровождающиеся тяжестью в груди. После приступа обычно появляется кашель с небольшим количеством вязкой прозрачной мокроты. В последнее время приступы участились до 2-х раз в день, возникают и ночью.

Из анамнеза известно, что приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пылью растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приёма таблетки Эуфиллина. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. В течение трёх лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание.

Объективно: состояние пациента средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, цианоз лица, вынужденное положение с фиксацией плечевого пояса, грудная клетка нормостеническая, эластичная, надключичные ямки выбухают, над легкими определяется перкуторный коробочный звук, нижние границы легких опущены, подвижность легочного края определить не удалось. При аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, диффузные, сухие свистящие хрипы на вдохе, и особенно на выдохе, частота дыхания – 24 в мин. SpO₂ 93%.

Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

В анализах крови: лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ /л; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1–5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена.

IgE сыворотки крови повышен в три раза.

Рентгенография органов грудной клетки - очаговых или инфильтративных теней не выявлено.

1. Назовите патологические симптомы.
2. Сформулируйте основной клинический синдром.
3. Оцените результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.
Какое инструментальное исследование необходимо провести пациенту
4. О каком заболевании можно думать? Определите тактику ведения пациента.

Задача 13.

Женщина 35 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до $39,2^{\circ}\text{C}$, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 18 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, к врачу не обращалась, лечилась самостоятельно, принимала отвар трав. Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39°C , сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/95 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом Пастернацкого положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В общем анализе крови: лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /л, П – 6%, С – 80%, Л – 10%, М – 4%, СОЭ 36 мм/час; в биохимическом анализе крови: мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 66 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м².

Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 33 мг/л, лейкоциты – сплошь в поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия, бактерии.

1. Назовите патологические симптомы.
2. Сформулируйте основной клинический синдром. Для какого патологического процесса может быть характерно такое сочетание симптомов?
3. Какие дополнительные обследования надо назначить этой больной?

Задача 14.

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после

физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан («лягушачий»). При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л.

1. Какие патологические симптомы Вы выявили при обследовании больного?
2. Какие дополнительные обследования необходимо назначить пациенту?
3. Выделите синдромы, имеющиеся у больного.
4. О каком заболевании можно думать? Определите тактику ведения пациента

Задача 15

Фельдшер скорой помощи прибыл по вызову к больному 50 лет, внезапно потерявшему сознание. Со слов соседей по квартире, около 40 мин назад у больного появилось возбуждение. У него покраснело лицо, «глаза сверкали», больной суетился, выбегал на лестницу, что-то бессвязно кричал. При попытках окружающих остановить его, вырывался с большой силой, в контакт не вступал. Затем упал на пол без сознания.

Анамнез: около 8 лет страдает гипертонической болезнью с частыми кризами, лечился нерегулярно. 4 года назад был выявлен сахарный диабет назначен инсулин. Диету больной не соблюдал. Много лет злоупотребляет алкоголем. Сегодня утром чувствовал себя нормально, занимался ремонтом квартиры.

Объективный статус. Сознание отсутствует (кома). Кожа бледноватая, влажная, сыпи нет. Глаза закрыты, зрачки равномерно сужены, конъюнктивальные рефлексы снижены. Тонус мышц диффузно повышен. Менингеальных знаков нет. Температура тела 36,7 °С.

Дыхание глубокое, 20 в минуту. Перкуторный звук над легкими ясный, при выслушивании хрипов нет. Тоны сердца приглушены, чистые. Пульс 90 в минуту, ритмичный. АД 140/ 90 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Постороннего запаха изо рта нет. Живот мягкий. Пальпируется увеличенная плотная печень.

1. Назовите патологические симптомы.

2. Для какого патологического процесса может быть характерно такое сочетание симптомов?
3. Наметить план дополнительного обследования и тактику ведения пациента.

4.1.5. Фрагмент истории болезни по темам/разделам дисциплины для оценки компетенций ОПК-5, ПК-1, ПК-2

Перечень нозологий для написания фрагмента истории болезни:

Пневмония
Хронический бронхит
Хроническая обструктивная болезнь легких
Бронхиальная астма
Хроническая дыхательная недостаточность
Гипертоническая болезнь
Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения
Хроническая сердечная недостаточность
Хронический гастрит
Язвенная болезнь желудка и 12ПК
Хронический холецистит
Хронический панкреатит
Цирроз печени
Хронический колит
Болезнь Крона
Неспецифический язвенный колит
Хронический гломерулонефрит
Хронический пиелонефрит
Мочекаменная болезнь
Хроническая почечная недостаточность
Подагра
Ожирение
Анемия
Подагра
Сахарный диабет 1 и 2 типов

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация по данной дисциплине проводится в виде зачета

5.1. Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений и опыта деятельности

5.1.1. Тестовые вопросы с вариантами ответов к зачету по дисциплине «Клиника внутренних болезней»

№ п/п	Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1	УКАЖИТЕ СТЕПЕНИ РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ В ПОРЯДКЕ НАРАСТАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ а) Сопор б) Кома в) Ступор	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
2	ИЗМЕНЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ НА РИСУНКЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ а) синдрома портальной гипертензии б) нефротический синдром в) синдром ожирения	ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	г) синдром перфорации язвы желудка 	
3	ПРИЗНАК ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ИЛИ БОЛЕЗНИ НАЗЫВАЕТСЯ: а) симптомом б) синдромом	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
4	ПОЯВЛЕНИЕ «СОСУДИСТЫХ ЗВЕЗДОЧЕК» И «ПЕЧЕНОЧНЫХ ЛАДОНЕЙ» СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О а) геморрагическом синдроме б) обезвоживании организма в) гиперэстрогемии г) сидеропеническом синдроме д) портальной гипертензии	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
5	ПОЛОЖЕНИЕ ОРТОПНОЭ – ЭТО а) сидя с опущенными вниз ногами б) лежа на спине в) коленно-локтевое г) с приведенными к животу ногами д) на больном боку	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
6	ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ С ФИКСИРОВАННЫМ ПЛЕЧЕВЫМ ПОЯСОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНЫХ С а) сердечной недостаточностью б) плевритом в) менингитом г) кишечной коликой д) бронхиальной астмой	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
7	ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ НОРМЕ а) менее 18,5 б) 18,5-24,9 в) 25,5-29,9 г) 30,0-34,9 д) 35-39,9	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
8	В ПЕРЕВОДЕ С ГРЕЧЕСКОГО ЯЗЫКА ТЕРМИН "SYMPTOMA" ОЗНАЧАЕТ а) признак б) совпадение в) болезненное ощущение	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
9	ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНИ, ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ В ВИДЕ НЕПРИЯТНЫХ ОЩУЩЕНИЙ БОЛЬНОГО (БОЛЬ, ТОШНОТА, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ПОВЫШЕННАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ), ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК: а) субъективные симптомы б) объективные симптомы	ОПК-5, ПК-1, ПК-2

10	ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ВРАЧОМ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО ЖЕЛТУХИ, КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ, УВЕЛИЧЕНИЯ ПЕЧЕНИ ГОВОРЯТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО: а) субъективных симптомов б) объективных симптомов	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
11	СОВОКУПНОСТЬ СИМПТОМОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЕДИНЫМ ПАТОГЕНЕЗОМ, НАЗЫВАЕТСЯ: а) синдромом б) болезнью	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
12	"ЛИЦО КОРВИЗАРА" (ОДУТЛОВАТОЕ, С ЖЕЛТО-ВАТО-БЛЕДНОЙ КОЖЕЙ, СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ЦИАНОЗОМ ГУБ, УШЕЙ, КОНЧИКА НОСА, С ТУСКЛЫМИ ГЛАЗАМИ И ПОЛУОТКРЫТЫМ РТОМ) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ а) тяжелых заболеваниях брюшной полости (разлитой перитонит, перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, непроходимость кишечника) б) анемии Аддисона-Бирмера в) проказе г) выраженной сердечной недостаточности д) столбняке	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
13	БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ а) бронхиальной астмы б) сухого плеврита в) эмфиземы легких г) экссудативного плеврита (разгар заболевания) д) хронического бронхита	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
14	ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ а) пневмонии б) экссудативном плеврите в) хроническом обструктивном бронхите г) сужении гортани опухолью д) спонтанном пневмотораксе	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
15	ДЛЯ КАЖДОГО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ХАРАКТЕР МОКРОТЫ 1) «Ржавая» мокрота 2) Слизистая «стекловидная» мокрота 3) Гнойная мокрота 4) Пенистая серозная мокрота а) Абсцесс легкого после прорыва в бронх б) Отек легких в) Крупозная пневмония г) Атопическая бронхиальная астма	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
16	БЕСЦВЕТНАЯ, ВЯЗКАЯ, «СТЕКЛОВИДНАЯ» МОКРОТА ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПРИ а) хроническом бронхите б) бронхоэктатической болезни в) атопической бронхиальной астме г) абсцессе легких д) крупозной пневмонии	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
17	«РЖАВАЯ» МОКРОТА ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПРИ а) хроническом бронхите б) крупозной пневмонии в) сухом плеврите	ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	г) бронхиальной астме д) абсцессе легких	
18	ИНСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ а) крупозной пневмонии б) экссудативном плеврите в) хронической обструктивной болезни легких г) бронхиальной астме д) сужении гортани опухолью	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
19	ХАРАКТЕР МОКРОТЫ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ а) слизистая б) гнойная в) стекловидная г) «пенистая» с примесью крови д) ржавая	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
20	ДЛЯ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ЖАЛОБА а) кашель б) кровохарканье в) одышка г) боли в грудной клетке д) слабость	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
21	О НАРУШЕНИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПРИЗНАК, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ ОБЩЕМ ОСМОТРЕ а) изменение формы грудной клетки б) бледность кожных покровов в) цианоз г) гиперемия лица д) эритематозная сыпь	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
22	ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ, СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ЛЕВУЮ РУКУ, СТИХАЮЩИЕ ПОСЛЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ а) миокардита б) стенокардии в) вегето - сосудистой дистонии г) инфаркта миокарда	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
23	ДЛЯ СЕРДЕЧНЫХ ОТЕКОВ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ а) отеки плотные б) начинаются с лица в) начинаются со стоп и голеней г) нарастают постепенно д) сопровождается цианозом	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
24	РЕЗКИЕ СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ЛЕВУЮ РУКУ, ВОЗНИКШИЕ ВНЕЗАПНО И ПРОДОЛЖАЮЩИЕСЯ БОЛЕЕ ДВУХ ЧАСОВ, НЕ СТИХАЮЩИЕ ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ОБЩЕЙ СЛАБОСТЬЮ, ХАРАКТЕРНЫ а) для стенокардии напряжения б) для вариантной стенокардии в) для инфаркта миокарда г) для межреберной невралгии	ОПК-5, ПК-1, ПК-2

25	РЕВМАТИЗМУ ЧАСТО ПРЕДШЕСТВУЕТ ИНФЕКЦИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ВЫЗВАННАЯ а) вирусом Эпштейна-Барра б) зеленым стрептококком в) золотистым стафилококком г) β -гемолитическим стрептококком группы А д) энтерококком	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
26	ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧ- КОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХА- РАКТЕРНЫ а) сухие хрипы б) плевроперикардальные шумы в) крепитация г) шум трения плевры д) влажные мелкопузырчатые незвучные хрипы	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
27	НАИБОЛЕЕ АТЕРОГЕННЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ЛИПО- ПРОТЕИДЫ а) низкой плотности (ЛПНП) б) очень низкой плотности (ЛПОНП) в) высокой плотности (ЛПВП) г) низкой и очень низкой плотности	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
28	АНТИАТЕРОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ ЛИ- ПОПРОТЕИДЫ а) низкой плотности (ЛПНП) б) очень низкой плотности (ЛПОНП) в) высокой плотности (ЛПВП)	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
29	КРИТЕРИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВ- ЛЯЮТСЯ а) уровень систолического давления 140 мм рт.ст. и выше, или диастолического давления 90 мм рт.ст. и более б) повышение систолического давления выше 120 мм рт.ст. или диастолического давления больше 80 мм рт.ст. в) повышение систолического давления выше 160 мм рт.ст. или диастолического давления больше 95 мм рт.ст.	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
30	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БО- ЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ а) боли натощак б) боли через 2,5 ч после еды в) боли через 20 мин после еды г) отрыжка д) изжога	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
31	ОТРЫЖКА С ЗАПАХОМ «ТУХЛЫХ ЯИЦ» ПОЯВЛЯ- ЕТСЯ а) при ахилическом синдроме б) при гиперсекреторном синдроме	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
32	ДЛЯ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ХАРАК- ТЕРНЫ а) рвота кофейной гущей б) дегтеобразный стул в) желтуха г) тахикардия д) гипотония	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
33	«MELENA» ЭТО а) «жирный», блестящий, плохо смывающийся кал б) жидкий кал черного цвета в) обесцвеченный кал (серый) г) кал с кусочками непереваренной пищи	ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	д) черный оформленный кал	
34	ВНЕЗАПНЫЕ, ОСТРЫЕ «КИНЖАЛООБРАЗНЫЕ» БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ ХАРАКТЕРНЫ а) для перфорации желудка б) для хронического гастрита в) для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки г) для желудочного кровотечения д) для стеноза привратника	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
35	ОСМОТРЕТЬ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОЗВОЛЯЕТ а) эзофагогастродуоденоскопия б) ректороманоскопия в) лапороскопия г) бронхоскопия д) торакоскопия	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
36	ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ИМЕЮТ МЕСТО а) тупые давящие боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи б) схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи в) постоянные тупые боли, не связанные с приемом пищи г) боли в эпигастрии, возникающие через 1,5 – 2 часа после еды д) боли в эпигастрии после еды через 30 минут	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
37	ИЗЖОГА, КИСЛАЯ ОТРЫЖКА, КИСЛАЯ РВОТА ПРИ СОХРАНЕНИИ АППЕТИТА, ЗАПОРЫ, ПОВЫШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ И КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА, ГРУБЫЕ УТОЛЩЕННЫЕ СКЛАДКИ СЛИЗИСТОЙ ХАРАКТЕРНЫ а) для ахилесического синдрома б) для гиперсекреторного синдрома	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
38	СИМПТОМОКОМПЛЕКС КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ВСАСЫВАНИЯ В ТОНКОЙ КИШКЕ НАЗЫВАЕТСЯ а) экссудативная энтеропатия б) синдром мальабсорбции в) мальдегистивный синдром	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
39	«СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ» ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ ОБУСЛОВЛЕННЫ: а) повышенным количеством эстрогенов б) изменением чувствительности сосудистых рецепторов в) артериовенозным шунтированием	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
40	У БОЛЬНЫХ БИЛИАРНЫМ ЦИРРОЗОМ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТМЕЧАЮТСЯ а) печень увеличена б) печень плотная в) поверхность гладкая г) край ровный, острый, болезненный д) край неровный, острый, безболезненный	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
41	ДЛЯ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ ХАРАКТЕРНЫ а) острые резкие приступообразные боли в правом подреберье б) тупые периодические боли в правом подреберье	ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	в) иррадиация боли в правое плечо, лопатку, межлопаточное пространство г) боли провоцируются тряской ездой, приемом жирной пищи д) больной мечется, не может найти вынужденного положения	
42	ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТА ПРИ АСЦИТЕ НАБЛЮДАЮТСЯ а) значительное увеличение размеров б) при осмотре в положении лежа боковые отделы выбухают – «лягушачий живот» в) выпяченный пупок в положении стоя г) втянутый пупок в положении стоя д) грушеобразный живот в положении стоя	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
43	НАРУШЕНИЕ СОЗНАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЯ а) обмена углеводов б) обмена жиров в) пигментного обмена г) обезвреживающей функции д) обмена витаминов.	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
44	ПРЕКРАЩЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ МОЧИ НАЗЫВАЕТСЯ а) поллакиурия б) странгурия в) ишурия г) анурия д) полиурия	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
45	ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА а) стафилококк б) β-гемолитический стрептококк группы А в) пневмококк	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
46	НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПОРОЖНИТЬ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ (ЗАДЕРЖКА МОЧИ) ЭТО а) поллакиурия б) странгурия в) ишурия г) анурия д) полиурия	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
47	БОЛЕЗНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ а) поллакиурия б) странгурия в) ишурия г) анурия д) полиурия	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
48	УВЕЛИЧЕНИЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ ЭТО а) поллакиурия б) странгурия в) ишурия г) анурия д) полиурия	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
49	УЧАЩЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ а) поллакиурия б) странгурия	ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	в) ишурия г) анурия д) полиурия	
50	САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) артериальная гипертензия б) гиперкалиемия в) повышение уровня креатинина крови г) олигурия д) анемия	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
51	ДЛЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДИФфуЗНЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ а) головная боль б) боли типа почечной колики в) олигурия г) моча цвета мясных помоев д) отеки лица	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
52	ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ а) высокая температура (лихорадка) б) боль в пояснице в) озноб г) болезненное мочеиспускание д) моча цвета мясных помоев	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
53	ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНЫ а) сухость во рту б) полидипсия в) полиурия г) олигурия д) кожный зуд е) повышение аппетита	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
54	ГИПОГЛИКЕМИЯ ЭТО а) повышение уровня глюкозы в крови б) снижение уровня глюкозы в крови в) нормальный уровень глюкозы в крови г) снижение уровня инсулина в крови	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
55	ГЛЮКОЗУРИЯ ЭТО а) появление глюкозы в моче б) отсутствие глюкозы в моче в) уменьшение глюкозы в моче	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
56	ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ЭТО а) снижение уровня глюкозы в крови б) повышение уровня глюкозы в крови в) повышение уровня инсулина в крови	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
57	ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ЖАЛОБА НА а) головокружение б) мелькание мушек перед глазами в) одышку г) повышение температуры д) сухость во рту	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
58	ВЫРАБАТЫВАЮТ ИНСУЛИН а) альфа-клетки клетки поджелудочной железы б) бета-клетки клетки поджелудочной железы в) дельта-клетки клетки поджелудочной железы г) клетки ацинусов	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
59	ДЛЯ ЯВНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНЫ	ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	а) полидипсия б) полиурия в) нормогликемия натощак г) гипергликемия	
60	ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА (ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО) ХАРАКТЕРНО а) наследственная предрасположенность б) начало заболевания обычно острое в молодом возрасте в) начало заболевания чаще в пожилом возрасте у лиц с ожирением г) проявляется выраженными симптомами (жажда, полиурия, похудание)	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
61	ТЕРМИН «АНЕМИЯ» ОБОЗНАЧАЕТ а) уменьшение общего объема крови б) уменьшение объема циркулирующей крови в) уменьшение концентрации эритроцитов в крови г) уменьшение концентрации гемоглобина в крови д) снижение общего количества эритроцитов и (или) содержания гемоглобина в единице объема из-за их общего уменьшения в организме	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
62	ДЛЯ СИНДРОМА АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО а) головокружение, шум в ушах, слабость б) бледность кожи и слизистых в) цианоз г) одышка д) тахикардия	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
63	СИСТЕМНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ОТЛОЖЕНИЕМ В РАЗЛИЧНЫХ ТКАНЯХ КРИСТАЛЛОВ МОНОУРАТА НАТРИЯ И РАЗВИВАЮЩИМСЯ В СВЯЗИ С ЭТИМ ВОСПАЛЕНИЕМ а) ангина б) подагра в) желтуха	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
64	ПОДАГРОЙ ЧАЩЕ ЗАБОЛЕВАЮТ: а) мужчины 35-50 лет б) мужчины до 30 лет в) женщины до 30 лет	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
65	ПРИ ПОДАГРЕ ПЕРВИЧНО НАРУШЕН ОБМЕН: а) мочевины и мочевой кислоты б) мочевой кислоты в) мочевины	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
66	К ХАРАКТЕРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ: а) слабые боли б) интенсивные боли в) локальная бледность	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
67	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ а) 60% людей трудоспособного возраста; б) 20%-30% людей трудоспособного возраста; в) 40% людей трудоспособного возраста; г) 5% людей трудоспособного возраста; д) 70% людей трудоспособного возраста.	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
68	ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОТОМСТВА, ПРИ НАЛИЧИИ ОЖИРЕНИЯ У ОБОИХ РОДИТЕЛЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:	ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	а) 30-40% б) 50-60% в) 70-80% г) 80-90% д) 100%	
69	ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ОБЪЯСНЯЕТСЯ: а) наличием сбалансированного регулярного питания; б) недостатком в рационе питания белка; в) избытком жира в рационе питания; г) недостатком в рационе питания клетчатки; д) недостатком витаминов группы В и Д.	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
70	ВОЗНИКНОВЕНИЮ ХОБЛ СПОСОБСТВУЕТ а) курение б) нерациональное питание в) гиподинамия	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
71	ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХОБЛ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ а) постоянно б) при обострении заболевания в) осенью и зимой, с целью профилактики рецидивов г) ежемесячно короткими 10 дневными курсами	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
72	К ФАКТОРАМ РИСКА ХОБЛ НЕ ОТНОСИТСЯ а) курение б) дефицит альфа-1-антитрипсина в) повышение уровня аэрополлютантов в воздухе г) гиподинамия д) низкое социально-экономическое положение	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
73	НОРМАЛЬНЫЙ уровень SpO2 СОСТАВЛЯЕТ а) 75-89%; б) 90-94%; в) <60 %; г) <75%; д) >95%	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
74	ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ а) иррадиация болей в нижнюю челюсть б) возникновение болей при физической нагрузке в) длительность болей более 1 часа г) выявление при проведении коронарографии стеноза коронарных артерий д) боли сопровождающиеся чувством нехватки воздуха	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
75	К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОТНОСЯТСЯ а) употребление алкоголя б) нефроптоз в) курение г) гиподинамия д) ожирение	ОПК-5, ПК-1, ПК-2

Ответы на задания теста:

№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа
1	в а б	26	д	51	а в г д
2	а	27	г	52	а б в г
3	а	28	в	53	а б в д е
4	в	29	а	54	б
5	а	30	а б г д	55	а

6	д	31	а	56	б
7	б	32	а б г д	57	д
8	а	33	б	58	б
9	а	34	а	59	а б г
10	б	35	б	60	а б г
11	а	36	г	61	д
12	г	37	б	62	а б г д
13	б	38	б	63	б
14	в	39	а	64	а
15	1-в, 2-г, 3-а, 4-б	40	а б в д	65	б
16	в	41	а в г д	66	б
17	б	42	а б в д	67	б
18	д	43	г	68	д
19	г	44	г	69	в
20	в	45	б	70	а
21	в	46	в	71	а
22	б	47	б	72	г
23	а в г д	48	д	73	д
24	в	49	а	74	в
25	г	50	в	75	а в г д

6. Критерии оценивания результатов обучения по дисциплине

Оценивание результатов обучения по дисциплине формируется из оценки за тест промежуточного контроля (достаточный критерий – оценка «удовлетворительно» или выше) и оценки за написание фрагмента истории болезни (достаточный критерий – оценка «зачтено»).

6.1. Критерии оценивания для промежуточной аттестации по дисциплине

6.1.1. Критерии оценивания результатов теста промежуточного контроля:

- оценка «5» баллов («отлично») – 90-100% ответов на вопросы теста даны верно;
- оценка «4» балла («хорошо») – 80-89% ответов на вопросы теста даны верно;
- оценка «3» балла («удовлетворительно») – 70-79% ответов на вопросы теста даны верно;
- оценка «2» балла («неудовлетворительно») – менее 70% ответов на вопросы теста даны верно.

6.1.2. Критерии оценивания результатов промежуточной аттестации по дисциплине Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Уход за больными (терапия)» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета –

Разработчик:

Любавина Наталья Александровна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина