

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра внутренних болезней №5

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания
Центрального координационного
учебно-методического совета от
«22» марта 2022 г. № 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

промежуточной аттестации (3 семестр)

к рабочей программе дисциплины «Терапия»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования-
программы ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия,
утвержденной 30.03.2022 г.

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
От 04 марта 2022 г. (протокол №13)

Заведующий кафедрой
проф. Н.М. Бурдули

г. Владикавказ 2022г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
6. Комплект оценочных средств
 - экзаменационный билет по практическим навыкам
 - эталоны тестовых заданий
 - экзаменационные билеты по зачету/экзамену

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

**на фонд оценочных средств к рабочей программе дисциплины модуля «Терапия»
для клинических ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия**

Фонд оценочных средств составлен на кафедре внутренних болезней №5 на основании рабочей программы учебной дисциплины модуля «терапия» и соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС) по специальности 31.08.49 Терапия.

Фонд оценочных средств включает в себя вопросы для оценки практических навыков, банк тестовых заданий, билеты на зачет (экзаменационные билеты).

Билеты для оценки практических навыков позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки клинических ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия и включают в себя 2 ситуационные задачи. Количество билетов составляет 27. Ситуационные задачи в билетах разнообразны и отражают весь объем практических навыков.

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: варианты тестовых заданий с ответами. Все задания соответствуют рабочей программе учебной дисциплины по специальности 31.08.49 терапия, и охватывает все ее разделы. Количество тестовых заданий составляет 1700.

Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов составляет 25, что достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 2 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы,

позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств рабочей программы учебной дисциплины модуля «терапия» для клинических ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия, способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств для клинических ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации ординаторов.

«__» _____ 20__ г.

**4. Паспорт фонда оценочных средств
рабочей программы учебной дисциплины модуля «терапия» для
клинических ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия**

4.1. Модели контролируемых компетенций:

Индекс	Формулировка компетенции
УК-1	Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях
УК - 3	Готовность участвовать в работе российских и международных исследовательских коллективов по решению научных и научно-образовательных задач
УК - 4	Готовность использовать современные методы технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках
УК - 5	Способность следовать этическим нормам в профессиональной деятельности
ОПК - 3	Способность и готовность к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований
ОПК - 4	Готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан
ОПК - 6	Готовность к преподавательской деятельности по образовательным программам высшего образования
ПК - 3	Способность и готовность к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности;
ПК - 6	Способность и готовность проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп;
ПК - 9	Способность и готовность к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач
ПК - 10	Способность и готовность применять современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно-обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья мужчин и женщин;

ПК - 15	Способность и готовность к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом;
ПК - 31	Способность и готовность изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования;
ПК - 32	способность и готовность к участию в освоении современных теоретических и экспериментальных методов исследования с целью создания новых перспективных средств, в организации работ по практическому использованию и внедрению результатов исследований

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 1**

ЗАДАЧА 1.

У больного определяется полость в средней доле правого легкого, которая выявлена после обращения больного с жалобами на внезапно появившуюся одышку, чувство удушья, мучительный кашель и выделение небольшого количества светлой мокроты. В анализе: ничем не болел, хотя в последнее время беспокоило общее недомогание, слабость. В анализе крови эозинофилия. Между какими заболеваниями следует провести диф. диагностику и какие исследования провести больному?

ЗАДАЧА 2.

Больной К., 58 лет, поступил в тяжелом состоянии с жалобами на одышку, боли за грудиной, дисфагию, высокую температуру (до 40 градусов), сильный кашель с обильной зловонной мокротой до 800 мл в сутки.

При исследовании мокроты выявлены обрывки некротизированной ткани легкого. При бак. исследовании обнаружены клебсиеллы и золотистый стафилококк.

Рентгенологически в легких определяется интенсивное затемнение всей правой верхней доли, нечетко контурирующаяся полость. На Рщ-граммах пищевода в средне-грудном отделе обнаружен дефект наполнения и сужение.

Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз?

2. Каков патогенез повреждения легких?

3. Какие дополнительные методы исследования необходимы и когда их провести?

4. Лечебная тактика врачей.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 2.**

ЗАДАЧА 1.

Больная Е., 54 лет, в течение 5 лет страдает сахарным диабетом. Обратилась в поликлинику с жалобами на сильную жажду, повышенный аппетит, боли в грудной клетке и субфебрильную температуру, выраженную слабость.

В поликлинике врач расценил это состояние как результат высокого содержания сахара крови и увеличил дозу инсулина. Через 5 дней температура тела повысилась до 39,5 градусов, появилась гнойная мокрота до 50 мл. К инсулину врачом был подключен сульфадимезин по 1 гр. 4 раза в день 10 дней. Состояние не улучшилось, и больная была госпитализирована.

При осмотре состояние тяжелое, одышка до 40-50 в мин, цианоз, выраженная потливость, тахикардия, кашель с гнойной мокротой до 200 мл в сутки, в легких – обилие влажных хрипов на фоне ослабленного везикулярного дыхания.

Анализ крови: эритроциты $2 \cdot 10^{12}/л$, Hb 80 г/л, лейкоциты $10 \cdot 10^9/л$, Э – С, п – 26, с – 44, лим – 17, мон – 2, СОЭ – 70 мм/час. В анализе мочи – уд. вес – 1,026, белок – 0,066%, сахар (+). Сахар крови – 16 ммоль/л, общий белок – 56 г/л. Рентгенологически в верхних долях обоих легких огромные полости без выраженной инфильтрации.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

1. В чем причина столь резкого ухудшения состояния больной?
2. Какие показатели лабораторно-инструментального обследования подтверждает тяжесть состояния больной?
3. Лечебная тактика.

ЗАДАЧА 2.

Больной В., 56 лет, шофер, курит более 30 лет. При обследовании жалоб не предъявляет.

Ежегодно подвергается флюорографическому обследованию. При очередном флюорографическом обследовании было обнаружено округлое образование с «дорожкой» к корню легкого, 2 см в диаметре, в VI сегменте правого легкого.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования необходимы?
2. Ваш предварительный диагноз?
3. Какое лечение рекомендовано больному.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 3.**

ЗАДАЧА 1.

Мужчина, 18 лет. Заболел остро 2 дня назад. С первых часов беспокоят высокая лихорадка до 39 °С с ознобами, сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле с иррадиацией в правое подреберье. Ранее ничем не болел.

Объективно: на правой щеке румянец, щадит при дыхании правую половину грудной клетки. Одышка до 30 в 1 мин. При перкуссии легких справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука с тимпаническим оттенком, здесь же дыхание везикуло-бронхиальное, крепитация. Границы сердца в норме. Тоны сердца - тахикардия, I тон приглушен. Живот болезненный в правом подреберье. Печень у края реберной дуги, эластической консистенции, безболезненная при пальпации.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Выделите ведущий синдром.
3. Перечислите максимально вероятные заболевания из дифференциально-диагностического ряда.
4. Сформулируйте основной диагноз.
5. Назовите наиболее вероятный возбудитель данного заболевания.

ЗАДАЧА 2.

Женщина, 35 лет. Жалобы на единичные приступы удушья с затрудненным выдохом по утрам, купирующиеся беротеком. Страдает 10 лет бронхиальной астмой. Пользуется инталом и беротеком. Имеется сенсibilизация к бытовым аллергенам. Поступила для проведения специфической иммунотерапии. Проведенная накануне внутрикожная проба с аллергеном из домашней пыли резко положительна. Через 24 часа сохраняется папула, зуд, лимфангоит. Температура 37,1°. При физикальном исследовании в легких определяются единичные сухие хрипы, ниже ключицы — ослабленное дыхание. ЧСС — 82 в минуту. Тоны сердца не изменены. Живот безболезненный. На рентгенограмме в S₃ правого легкого инфильтрация легочной ткани средней интенсивности без четких контуров. В крови лейкоцитов $8 \times 10^{12}/л$, из них 10% эозинофилов, СОЭ — 16 мм/час.

Вопросы:

1. Выделите ведущий синдром.
2. Перечислите максимально вероятные заболевания дифференциально-диагностического ряда.
3. Проведите дифференциальный диагноз по основному синдрому.
4. Сформулируйте диагноз.
5. Какова лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 4.**

ЗАДАЧА 1.

У больного, 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, резкая одышка смешанного характера с преимущественным инспираторным компонентом.

Объективно: общее состояние тяжелое, возбужден. Кожные покровы и видимые слизистые резко цианотичны. ЧДД – 40 в минуту. Аускультативно – дыхание справа ослабленное, выслушивается большое количество влажных незвучных хрипов. Шейные вены набухшие. Пульсация в III межреберье слева. АД 110/70 мм рт.ст. Сердечные тоны приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Систолический шум над всеми точками аускультации. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см.

Вопросы:

1. установите предварительный диагноз.
2. составьте план дополнительного обследования
3. проведите дифференциальную диагностику.
4. определите тактику лечения.

ЗАДАЧА №2.

Больной Б., 52 лет, в течение многих лет страдает заболеванием легких, часто болеет простудными заболеваниями. Последние 10 лет периодически беспокоят приступы удушья с неэффективным кашлем (трудно отходит мокрота желтовато-зеленого цвета). Отмечает периодически усиленную потливость, субфебрилетет по вечерам. Последние 3 нед с трудом выполняет работу, а 3 дня назад состояние ухудшилось и больной был вынужден обратиться к врачу. Отмечает усиление одышки, мокрота почти не отходит, ингаляции бронхолитика «Сальбутамола» облегчения не приносят, несмотря на частое (до 10 раз в день) применение его. В связи с этим больной госпитализирован.

Вопросы:

1. Какие заболевания легких можно предположить?
2. Какие анамнестические данные указывают на наличие бронхиальной обструкции?
3. Какой механизм развития бронхиальной обструкции в данном случае?
4. Ваша врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 5.**

ЗАДАЧА 1.

Пациентке П. 34 лет 8 лет назад выставлен диагноз бронхиальной астмы, назначался курс беклометазона в виде ингаляций (ДАИ) с положительным эффектом. В последующем у пульмонолога не наблюдалась, периодически применяла тайлед, беродуал. В последние 2-3 недели отмечает появление одышки при физической нагрузке, приступы удушья возникают ежедневно в дневное время и редко ночью, купируются беродуалом. Обратилась с целью уточнения диагноза и коррекции лечения. При осмотре: состояние удовлетворительное, ЧДД 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, выслушиваются сухие свистящие хрипы в небольшом количестве. По представленной R-грамме грудной клетки без патологии.

Вопросы:

- 1.Оформите предварительный диагноз.
- 2.Составте необходимый план обследования.
- 3.Укажите ожидаемые результаты при выполнении плана обследования
4. Консультация какого специалиста показана пациентке?
- 5.Выберите тактику лечения.

ЗАДАЧА № 2.

Больная, 25 лет, около 5 лет беспокоят приступообразная одышка с затрудненным выдохом, сопровождающаяся кашлем с трудно отделяемой мокротой, затруднение носового дыхания. 3 года назад диагностирован полипоз носа. Утром приняла таблетку цитрамона, через 15 минут появилось удушье.

Объективно: состояние тяжелое, положение ортопноэ, кожа цианотичная с серым оттенком, влажная. Пульс -150 в мин, слабого наполнения. ЧД - 35 в мин. Аускультативно дыхание резко ослаблено, хрипов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Какое осложнение имеет место у данного больного?
2. Неотложная терапия.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____20__г. Пр. №___

Н.М. Бурдули

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 6.**

ЗАДАЧА 1.

Больной С., 51 года, страдает гипертонической болезнью I стадии около 7 лет. Во время очередного осмотра участковым врачом как диспансерного больного на фоне удовлетворительного состояния внезапно появилась резкая головная боль, пульсирующего характера, тошнота, рвота, ощущение жара и дрожь в теле, сердцебиение. Кожа на ощупь влажная, красные пятна на груди. Пульс 118 ударов в минуту, ритмичный, полный, напряженный. АД 210/115 мм. рт. ст. Тоны сердца звучные, акцент II тона на аорте. На ЭКГ – снижение сегмента ST, зубец T уплощен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения.
3. Осложнения.

ЗАДАЧА № 2.

Мужчина 29 лет.

Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт. ст.), в связи с чем был освобожден от службы в Армии. Несмотря на рекомендации врачей, гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе.

Объективно: ЧСС 78 уд/мин., АД 200/110 мм рт. ст., S = D, АД на нижних конечностях 160/100 мм рт. ст., S = D. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

ЭХОКГ: клапанный аппарат интактен.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика лечения

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 7.**

ЗАДАЧА 1.

Мужчина 66 лет, последние 5-6 лет отмечает нарастающую одышку при физическом напряжении. В момент осмотра жалуется на острое чувство нехватки воздуха, возникающее около часа назад и усиливающееся в положении лежа.

Объективно: тахикардия, АД- 180/110 мм рт.ст. В нижних отделах обоих легких влажные и сухие хрипы.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Какие дополнительные исследования необходимы?
- 3.Тактика ведения больной.

ЗАДАЧА 2.

У больной 64 лет, в течении 15 лет страдающей гипертонической болезнью с умеренной артериальной гипертензией, около года назад появилось прогрессирующее ухудшение самочувствия, изменение тяжести и особенностей течения гипертензивного синдрома, неэффективность принимаемых ранее препаратов (АД 240/120-260/140 мм рт ст), прогрессирующее снижение зрения, рефрактерность к комплексной гипотензивной терапии. В проекции правой почечной артерии выслушивается шум.

С учетом злокачественного характера АГ, наличия сосудистого шума, отсутствия изменений в моче заподозрена вазоренальная артериальная гипертензия.

При УЗИ выявлено наличие сужения правой почечной артерии на протяжении 2 см.

Вопросы:

- 1.Каков генез вазоренальной гипертензии?
- 2.Какие причины ВРГ Вам известны?
- 3.Какова диагностическая и лечебная тактика при наличии синдрома вазоренальной артериальной гипертензии?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 8.**

ЗАДАЧА 1.

Больной Г., 56 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, перебои в работе сердца, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье. 2года назад перенес инфаркт миокарда, с этого времени беспокоят сердцебиение, одышка при ходьбе. Ухудшение самочувствия в течение месяца: усилилась одышка, появились отеки на ногах, возникли перебои в работе сердца, тяжесть в правом подреберье. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, акроцианоз. На голенях отеки до средней трети. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 26 в мин. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 120 в мин. Пульс - 110 в мин, пульсовые волны разные. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье, печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2.Составьте план обследования.
- 3.Составьте план лечения с указанием препаратов

ЗАДАЧА 2.

Больная Ч., 76 лет, предъявляет жалобы на одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, отеки нижних конечностей, перебои в работе сердца. Одышка при физической нагрузке и отеки на ногах впервые появились 5 лет назад. Периодически больная принимала диуретики и сердечные гликозиды, после чего одышка и отеки уменьшались. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧД - 26 в мин. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Левая границ относительной сердечной тупости - на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, глухие, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 96 в мин. Пульс 84 в мин., пульсовые волны разного наполнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2.Составьте план обследования.
- 3.Составьте план лечения с указанием препаратов

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 9.**

ЗАДАЧА 1.

Больная Ч., 76 лет, предъявляет жалобы на одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, отеки нижних конечностей, перебои в работе сердца.

Одышка при физической нагрузке и отеки на ногах впервые появились 5 лет назад. Периодически больная принимала диуретики и сердечные гликозиды, после чего одышка и отеки уменьшались. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧД - 26 в мин. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница относительной сердечной тупости - на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, глухие, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 96 в мин. Пульс 84 в мин., пульсовые волны разного наполнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения с указанием препаратов.

ЗАДАЧА 2.

К врачу обратился мужчина 23 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии. Объективно: температура 36,8⁰С. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожа чистая. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Определяется диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 10.**

ЗАДАЧА 1.

Мужчину 59 лет в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической нагрузки от 1 до 4 в день, регулярно принимал конкор 5 мг 1 раз в день, мономек 40 мг 2 раза в сутки, кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели, несмотря на регулярный прием препаратов, отметил изменение характера загрудинных болей, приступы участились до 10-12 в день, стали более продолжительными, появились в покое в ночное время. ЭКГ не показала существенной динамики.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. Тактика ведения больного?

ЗАДАЧА 2.

Больной М., 24 лет, студент, предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, постоянную ноющую боль у верхушки сердца, общую слабость. Две недели назад перенес ОРВИ с повышением температуры тела до фебрильных цифр в течение 3 дней. Через 5 дней после нормализации температуры появились одышка при обычных физических нагрузках, сердцебиение и перебои в работе сердца, постоянная ноющая боль у верхушки сердца.

Объективно: бледность кожи, акроцианоз. В легких - везикулярное дыхание, ЧД - 20 в минуту. Относительная тупость сердца расширена в обе стороны, Тоны сердца приглушены. Тахикардия до 100 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 100/70 мм рт.ст.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____20__г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 11.**

ЗАДАЧА 1.

Больной Ц., 20 лет, предъявляет жалобы на колющую, ноющую боль в прекардиальной области, не связанную с физической нагрузкой, одышку при ходьбе, слабость, потливость, субфебрильную температуру тела. Перечисленные жалобы появились после перенесенного 3 недели назад ОРВИ.

Объективно: состояние удовлетворительное. При перкуссии левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. При аускультации тоны сердца глухие, на верхушке - систолический шум. Пульс - ПО в мин, аритмичный, экстрасистолия - 2-4 в мин. Со стороны других органов патологии нет.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение

ЗАДАЧА 2.

Пациентка К., 30 лет, с подросткового возраста страдает приступами тахикардии, которые начинаются внезапно, иногда перед началом приступа ощущаются перебои в работе сердца.

На ЭКГ, зафиксированной в момент приступа сердцебиения: ЧСС – 190 ударов в минуту, ритм регулярный, комплексы QRS не деформированы, ширина их составляет 0,09 сек, зубцы Р отчетливо не выявляются. После купирования пароксизма, как правило, при внутривенном введении антиаритмических препаратов на ЭКГ патологических изменений не определяется.

При обследовании у кардиолога признаков органического поражения сердца у пациентки не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие препараты предпочтительны для купирования пароксизма тахикардии?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 12.**

ЗАДАЧА 1.

Больного Р., 29 лет, упорно беспокоят тупые ноющие боли в правом подреберье, тошнота, металлический привкус во рту.

Объективно: живот мягкий, болезненный в точке проекции желчного пузыря. В порциях желчи "В" и "С" при дуоденальном зондировании обнаружены лямблии. В кале - цисты лямблий.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план обследования.

Ваша лечебная тактика.

ЗАДАЧА 2.

К врачу обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадиирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области.

Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев.

Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура 37,2°C. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Расскажите о принципах лечения в соответствии с Вашим предварительным диагнозом.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 13.**

ЗАДАЧА 1.

У больной хроническим болевым панкреатитом появились жалобы на частое мочеиспускание, жажду, повышенный аппетит, резкое похудание (за месяц похудела на 4 кг), зуд в промежности. В крови гипергликемия, в моче - глюкозурия. При УЗИ органов брюшной полости - признаки атрофии поджелудочной железы.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз.
2. Тактика лечения.

ЗАДАЧА 2.

Больная К., 48 лет, предъявляет жалобы на практически постоянные ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, а также при физической нагрузке, перемене положения тела.

В течение последних 10-15 лет у больной возникают эпизоды ноющих болей в правом подреберье после жирной и острой пищи. По этому поводу не обследовалась, боли купировала приемом но-шпы, анальгина, баралгина. Диету не соблюдала. Настоящее ухудшение в течение последних 2 недель: после употребления большого количества жирной, жареной пищи появились описанные выше боли, иногда сопровождающиеся тошнотой, ознобом. Прием но-шпы, анальгетиков оказывает кратковременное действие.

Объективно: повышенного питания (98 кг при росте 164 см), температура тела 36,6 °С, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Печень выступает на 1 см из-под реберной дуги, мягко-эластической консистенции, край закруглен, умеренно болезненный при пальпации. Положительные симптомы Мэрфи, Лепене, Ортнера. Селезенка не пальпируется.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости кишечник умеренно вздут, в остальном – без патологии.

При эзофагогастродуоденоскопии выявляются признаки умеренно выраженного очагового гастрита, дуоденита, заброс желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок.

При УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не увеличены. Желчный пузырь увеличен (до 4 см в поперечнике), с перегибом в шейке. Стенки утолщены, уплотнены, контур их ровный. В просвете желчного пузыря большое количество эхоплотных структур размерами до 2,5 см. Ductus choledochus 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена. Панкреатический проток не расширен.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС « ____ » _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 14.**

ЗАДАЧА 1.

Больной 53 года, инженер, поступил в клинику с жалобами на отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, чувство тяжести в подложечной области, общую слабость.

В течение многих лет наблюдался по поводу хронического гастрита. Последние 4-6 месяцев боли в подложечной области приняли постоянный характер, потерял в весе 6 кг. Больной бледен, отмечается болезненность и напряжение брюшной стенки в эпигастральной области.

При исследовании желудочного сока ахилия, кал на скрытую кровь положительный.

1. Поставьте предположительный диагноз?
2. Что такое ахилия?
3. Как называется анализ кала на скрытую кровь, каково его диагностическое значение и как происходит подготовка больного к этому исследованию?

ЗАДАЧА 2.

Двум студентам дано задание определить верхнюю границу печени по среднеключичной линии справа. Один студент определил границы печени, пользуясь тихой перкуссией, и нашел ее на уровне шестого ребра, другой применил глубокую перкуссию и нашел верхнюю границу печени на уровне пятого ребра.

1. Какой из студентов определил верхнюю границу печени правильно и почему?
2. От чего зависит положение верхней границы относительной тупости печени?
3. Положение абсолютной или относительной верхней границы печёночной тупости более постоянно?

Определением какой тупости печени ограничиваются на практике?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 15.**

ЗАДАЧА 1.

Больного П., 45 лет, беспокоит отрыжка воздухом, иногда - тухлыми яйцами, тошнота, ощущение тяжести в подложечной области.

Объективно: в области желудка разлитая нерезкая болезненность.

При фракционном исследовании желудочного сока обнаружено отсутствие свободной соляной кислоты во всех порциях, резко понижена общая кислотность. После введения гистамина кислотность не увеличилась.

1. О каком заболевании мог подумать врач?
 2. Какие еще исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Составьте план лечения.

ЗАДАЧА 2.

Больной Б., 35 лет, токарь, обратился в больницу с жалобами на постоянные, ноющие боли опоясывающего характера, иррадиирующие в спину, особенно интенсивные по ночам. Объективно: болезненность при пальпации эпигастриальной области. В крови - лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Назовите диспепсические расстройства, наиболее характерные для данной патологии?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести в данном случае?
Каковы наиболее частые причины развития данной патологии?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 16.**

ЗАДАЧА 1.

Больной П., инженер-электрик, обратился к врачу с жалобами на боль в эпигастральной области через 40-50 минут после приема пищи, тошноту, иногда рвоту на высоте боли, после которой больному становилось легче. Возникновению боли предшествует чувство жжения в эпигастрии и за грудиной.

Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые во время длительной командировки появилась боль в эпигастрии. За медицинской помощью не обращался. В последующем аналогичная боль повторялась после употребления грубой пищи. Отмечает улучшение после приема молока. Последнее обострение наступило 4 дня назад, связывает с психической нагрузкой и нерегулярностью питания.

Перенесенные заболевания: корь, ОРВИ, ангина, перелом левой голени.

Аллергологический анамнез: не переносит цитрусовые.

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, слегка обложен белым налетом, имеются кариозные зубы. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии слева от срединной линии, умеренная локальная резистентность мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Менделя. Печень не увеличена. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 2.

Двум студентам дано задание определить верхнюю границу печени по среднеключичной линии справа. Один студент определил границы печени, пользуясь тихой перкуссией, и нашел ее на уровне шестого ребра, другой применил глубокую перкуссию и нашел верхнюю границу печени на уровне пятого ребра.

1. Какой из студентов определил верхнюю границу печени правильно и почему?
2. От чего зависит положение верхней границы относительной тупости печени?
3. Положение абсолютной или относительной верхней границы печёночной тупости более постоянно?

Определением какой тупости печени ограничиваются на практике?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____20__г. Пр. №___

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам
интернатуры, ординатуры и дополнительного профессионального образования**

Кафедра внутренних болезней №5
Программа ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 17.**

ЗАДАЧА 1.

Больной Т, 48 лет, доставлен в отделение с жалобами на резчайшую боль за грудиной, иррадиирующую в обе руки, под левую лопатку, не купирующуюся нитроглицерином и лишь слегка уменьшающуюся после введения промедола, фентанила и дроперидола. В течение последних 10 дней отмечает периодически возникающую боль за грудиной меньшей интенсивности и продолжительности.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения, аритмичный, АД 80/40 мм рт ст. Тоны сердца глухие. ЧД 28 в мин. В легких дыхание везикулярное. Печень не увеличена, отеков нет.

Анализ крови: Hb136 г/л, эр. $4,5 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. $10,2 \cdot 10^9/л$, э 0, н 12, с 58%, л 23%, СОЭ 10 мм/ч. АсАТ 1,2, АлАТ 0,68 ммоль/л.

ЭКГ: в I - II, aVL, V₂-V₆ дугообразно смещен интервал S-T вверх, отрицательный зубец Т в этих отведениях.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое необходимо лечение?

ЗАДАЧА № 2.

Больная Д., 48 лет, поступила в терапевтический стационар с жалобами на головную боль, мелькание "мушек" перед глазами, сердцебиение. В течение 6 лет периодически повышается АД - до 190/100 мм.рт.ст. Состоит на диспансерном учете. Постоянно принимала энап 20 мг/сутки. АД снижалось до 150/90 мм.р.ст. Неожиданно на работе появились головная боль в затылочно-теменной теменной области, мелькание "мушек" перед глазами, сердцебиение. Обратилась к участковому врачу, который зафиксировал повышение АД до 230/100 мм.рт.ст., в связи с чем пациентка направлена в стационар.

Объективно: больная возбуждена. На коже туловища и лица - красные пятна. Кожные покровы влажные на ощупь. В легких - везикулярное дыхание, ЧД - 18 в минуту. Левая граница сердца па 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Пульс - 110 в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, акцент II тона на аорте. АД - 220/100 мм.рт.ст. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения больной при поступлении в стационар и после купирования данного состояния.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 18.**

Больная К., 47 лет, страдает гипертонической болезнью около 5 лет. Лечиться амбулаторно препаратами раувольфии, периодически мочегонными, периферическими спазмолитиками. После ночной смены (работает диспетчером в автопарке), отметила усиление головной боли, преимущественно в затылочной области, вялость, тошноту. К вечеру головная боль стала нестерпимой, ухудшилось зрение, слух, появилась рвота. Врач «скорой помощи» оценил состояние больной тяжелым: сознание спутанное, пульс 69 ударов в минуту, ритмичный, напряженный, твердый. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке сердца, основании, акцент II тона на аорте. АД 215/150 мм рт.ст. на ЭКГ: уширение комплекса QRT, снижение сегмента ST, зубец T – отрицательный.

Вопросы:

- 1.Ваш диагноз?
- 2.Назначьте лечение.
- 3.Определите тактику ведения больной.
- 4.Назовите возможные осложнения.

ЗАДАЧА 2.

Больной 57 лет, жалуется на загрудинные боли в течение последних 10-12 часов. Состояние больного тяжелое, бледен, покрыт потом. АД 120/80 мм рт ст. Сердце увеличено влево, тоны глухие. Пульс 110 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Состояние больного продолжало ухудшаться, АД снизилось до 80/50 мм рт ст, диурез резко уменьшился до 250 мл. На ЭКГ ST выше изолинии во II, III, T отрицательный глубокий зубец Q. В крови лейкоцитоз, АСТ-1,3, АЛТ-0,4.

Вопросы:

- 1.Ваш диагноз?
- 2.Какое осложнение развилось у больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 19.**

ЗАДАЧА 1.

Больной Н, 57 лет, поступил в стационар с жалобами на перебои в работе сердца, головокружение, одышку при физической нагрузке, слабость. Симптомы появились 3 года назад после перенесенного инфаркта миокарда.

Объективно: состояние средней тяжести, акроцианоз. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 24 в мин. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм неправильный, экстрасистолия 15-17 в мин, ЧСС 90 в мин. АД -110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, печень, селезенка не пальпируются.

ЭКГ: на фоне синусового ритма частые право- и левожелудочковые экстрасистолы. В отведениях II, III, aVF желудочковый комплекс в виде QS, зубец Т изоэлектричен, сегмент ST на изолинии.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2.Составьте план обследования
- 3.Составьте план лечения с указанием препаратов

ЗАДАЧА 2.

Больной Ж., 68 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку смешанного характера в покое, отеки, перебои в работе сердца.

В течение 30 лет АД периодически повышается до 230-240 /120- 140 мм. рт. ст., регулярно не лечился. Неоднократно находился на стационарном лечении по поводу гипертонических кризов. 4 года назад перенес обширный трансмуральный инфаркт миокарда. С этого времени появились одышка смешанного характера, отеки на нижних конечностях. В дальнейшем одышка стала беспокоить и в покое.

Объективно: положение вынужденное — ортопноэ. Акроцианоз. В легких выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца глухие, мерцательная аритмия. ЧСС — 126 в минуту. Пульс - 80 ударов в минуту. АД — 150/120 мм. рт. ст. Асцит. Анasarка. Печень на 4 см ниже края реберной дуги. Эхокардиография: дилатация полостей сердца, глобальное снижение сократимости.

ЭКГ: ЧСС 90-160 в минуту, зубец Р отсутствует, расстояния R-R различные, волны мерцания в V₁. Рубцовые трансмуральные изменения в переднебоковой стенке левого желудочка.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте клинический диагноз.
- 2.Назначьте лечение с указанием препаратов.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа клинической ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 20.**

ЗАДАЧА 1.

Больная И., 52 лет, жалуется на слабость, головокружение, носовые кровотечения, геморрагии на коже ног, живота.

Из анамнеза известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые и обильные носовые кровотечения, кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Болела детскими инфекциями, изредка ангиной. Последнее ухудшение состояния ни с чем не связывает. Носовое кровотечение возникло спонтанно.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, температура 37,2⁰С, кожные покровы бледные. На коже бедер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и формы, багрово-красного, синего, зеленого, желтого цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 92 в 1 мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Пальпируется край селезенки.

Анализ крови: эр. 2,1х10¹²/л, Нб 60 г/л, Цв. показатель 0,9, ретикулоц. 5%, лейкоц. 2,5х10⁹/л, эоз. 1%, п/я 1%, с/я 52%, лимф. 40%, мон. 6%, тромбоц. 5х10⁹/л, СОЭ 47 мм/ч.

Ваш диагноз?

Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 2.

Больная В., 39 лет, доставлена в больницу бригадой «скорой помощи». Жаловалась на резкую слабость, головокружение, в последнюю неделю трижды теряла сознание на короткое время. Ухудшение состояния отмечает в течение 2 мес. В течение полугода у больной обильные меноррагии, которые отмечались и в последние 3 дня. В день поступления в клинику больная внезапно почувствовала резкую слабость и головокружение, упала на улице и потеряла сознание.

При осмотре: больная удовлетворительного питания, состояние средней тяжести, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, синяки на коже предплечий и бедер, лимфоузлы не увеличены, положительные симптомы щипка и жгута. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс до 130 в 1 мин. АД 80/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены.

Анализ мочи: без патологии.

Анализ крови: эр. 1,5х10¹²/л, Нб 40 г/л, цв. показатель 0,8, ретикулоцит. 0,1%, тромбоц. 9х10⁹/л, лейкоц. 2,5х10⁹/л, б. 0, эоз. 0%, п/я 3%, с/я 52%, лимф. 39%, мон. 6%, СОЭ 42 мм/ч.

Ваш диагноз?

Ваша врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа клинической ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 21.**

ЗАДАЧА 1.

Больная Б., 25 лет, с 10-недельной беременностью, заболела остро: появились озноб, головная боль, высокая температура. Через несколько дней присоединился кашель с выделением кровянистой мокротой. В клинике была диагностирована двусторонняя очаговая пневмония сливного характера. Но наряду с этим были обнаружены глубокие изменения крови: эр. $0,9 \times 10^{12}/л$, Нб 24,6 г/л, лейкоц. $0,7 \times 10^9/л$, п/я 4%, с/я 11%, лимф. 85%, тромбоц. $5,2 \times 10^4/л$, СОЭ 82 мм/ч. Пунктат костного мозга резко обеднен клеточными элементами.

Состояние больной оставалось крайне тяжелым. В ближайшие дни появилось кишечное кровотечение, боль в животе и кровянистые выделения из влагалища с последующим самопроизвольным выкидышем. На 9-й день пребывания в клинике больная скончалась. Ваш диагноз?

ЗАДАЧА 2.

Больной Д., 57 лет, переведен в терапевтическое отделение из глазного, где находился по поводу рецидивирующей флегмоны правого слезного мешка. Поступил с жалобами на слабость, повышение температуры, одышку при физической нагрузке.

Болен около 4 мес., когда впервые повысилась температура, появилось воспаление слезного мешка справа. После вскрытия флегмоны слезного мешка состояние несколько улучшилось. Флегмона трижды рецидивировала. Спустя 2 мес после начала заболевания вновь повысилась температура до $39^0 С$, увеличились подчелюстные лимфоузлы, появились боль в горле, кровоточивость десен, воспаление слезного мешка справа. За последние 2 мес похудел на 4 кг.

При осмотре: состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледные, единичные кровоизлияния на коже верхних конечностей. На слизистой оболочке щек – геморрагические высыпания.

Пальпируются увеличенные (до 2 см в диаметре) лимфоузлы – подчелюстные, заднешейные, надключичные, подмышечные; паховые безболезненны, плотноэластической консистенции.

В легких – дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, чистые. Пульс 74 в 1 мин. АД 140/90 мм рт. ст. Язык чистый. Геморрагические высыпания на слизистой оболочке щек и нёба. Десны бледные. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые, увеличены. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. $2,1 \times 10^{12}/л$, Нб 74 г/л, цв. показатель 1, полихроматофилия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоц. 30%, лейкоц. $4,5 \times 10^9/л$, п. 0%, п. 6%, с/я 10%, лимф. 80%, бласты – 4%, тромбоц. $33 \times 10^9/л$, СОЭ 50 мм/ч. Анализ мочи без патологии.

Ваш диагноз? Какие необходимы дополнительные методы исследования?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа клинической ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 22.**

ЗАДАЧА 1.

Больной С., 63 лет, жалуется на резкую слабость, головокружение, изменение цвета стула в течение 2 нед (черный).

Помнит, что болел гриппом, ангиной. Болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает.

При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На коже лица и конечностях определяется точечная геморрагическая сыпь. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Пульс 110 в 1 мин, удовлетворительных свойств, ритмичный. АД 115/70 мм рт. ст. Сердечные тоны приглушены, систолический шум над верхушкой. В легких дыхание жестковатое.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Отрезки толстой кишки – без особенностей. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул один раз в день, оформленный, черного цвета. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эр. $1,2 \times 10^{12}/л$, Hb 50 г/л, цв. показатель 0,7, тромб. $2 \times 10^9/л$, лейкоц. $3,1 \times 10^9/л$. Анизопокилоцитоз (++). СОЭ 70 мм/ч.

Анализ мочи в пределах нормы. Коагулограмма без изменений.

Ваш диагноз?

ЗАДАЧА 2.

Больной Н., 48 лет, врач-рентгенолог, жалуется на слабость, утомляемость, кровоточивость десен. Указанные явления появились месяц назад.

При осмотре: больной удовлетворительного питания, бледен. Положительный симптом шипка. Лимфоузлы не увеличены. Отмечается тахикардия (пульс до 120 в 1 мин), систолический шум над верхушкой. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. $2 \times 10^{12}/л$, Hb 50 г/л, цв. показатель 1, тромб. $10 \times 10^9/л$, ретикулоц. 0%, лейкоц. $3,5 \times 10^9/л$, б. 0%, эоз. 0%, п/я 2%, с/я 40%, лимф. 50%, мон. 8%, СОЭ 32 мм/ч.

Ваш диагноз?

Какие необходимы дополнительные методы исследования?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 23.**

ЗАДАЧА 1.

Беспокоит кашель с мокротой зеленого цвета, которая отделяется в течение всего дня. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При перкуссии слева под ключицей от II до IV ребра по среднеключичной линии определяется тимпанический тон, дыхание в этой области амфорическое, влажные хрипы. Бронхофония и голосовое дрожание здесь же резко усилены.

1. О каком патологическом процессе Вы думаете?
2. Разновидностью какого дыхательного шума является амфорическое дыхание?
3. Дайте характеристику тимпанического перкуторного звука?
4. Какие данные Вы получите при исследовании мокроты?

ЗАДАЧА 2.

Через 2 недели от начала лечения у него появились боли в области сердца, они носили колющий характер, иногда были тупыми. Приступов сильных болей не было. Больной сказал об этом врачу.

Врач исследовал сердечно-сосудистую систему и обнаружил в области абсолютной тупости сердца шум трения перикарда. Границы сердца не изменены. В течение месяца сохраняется шум трения перикарда.

1. О каком поражении сердца следует прежде всего подумать врачу?
2. Какие исследования необходимо назначить?
3. Какова тактика ведения больного.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 24.**

ЗАДАЧА 1.

У больного Е., 43 лет, доставленного в клинику, при осмотре выявлено следующее: левая половина грудной клетки несколько увеличена в размерах. Отмечается отставание ее в акте дыхания, сглаженность и небольшое выбухание межреберных промежутков.

ПРИЗНАКИ КАКОГО СИНДРОМА ИМЕЮТСЯ У БОЛЬНОГО?

- Жидкость или воздух в плевральной полости;
- Абтурационный ателектаз;
- Воспалительное уплотнение доли легкого.

ЗАДАЧА 2.

В отделение поступил больной Т., 50 лет, инженер. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, на тихий сухой кашель, на повышение температуры тела до 37,5⁰ С.

Положение вынужденное - больной лежит на правом боку, прижимая рукой правую половину грудной клетки.

КАКОВЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ И ХАРАКТЕР ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ?

- Поражение плевры;
- Хронический воспалительный процесс в бронхах;
- Гнойный воспалительный процесс в бронхах (бронхоэктазы) или в легком (абсцесс);
- Изолированное поражение альвеол;
- Воспалительное поражение альвеол и бронхов (бронхопневмония).

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

**Промежуточная аттестация
Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 25.**

ЗАДАЧА 1.

Больная С, 64 лет, жалуется на общую слабость, сухость во рту, жажду. В прошлом часто болела ангинами. Последние 10 лет определяется белок в анализах мочи, но не предавала этому значения, не обследовалась и не лечилась.

При осмотре: одутловатость лица, отечность пальцев рук, голеней. Отеки появились месяц тому назад, без видимой причины. Температура субфебрильная. Беспокоит сильная общая слабость, потеря аппетита, тошнота, позывы на рвоту.

Пульс 90 в мин. АД 160/110 мм рт ст. I тон над верхушкой сердца приглушен, систолический шум и усиление II тона над аортой. Притупление перкуторного тона в нижнезадних отделах легких, дыхательный шум в зонах притупления ослаблен. Живот увеличен в размерах, равномерно вздут, что не позволяет прощупать передненижний край печени.

Анализ крови: эр $3,2 \times 10^{12}/л$, Hb 90г/л, л $8,2 \times 10^9/л$, п 6%, СОЭ 46 мм/ч. Креатинин крови 0,17 ммоль/л.

Анализ мочи: белок 1,25 г/л, л до 60 в поле зрения, эр до 8 в поле зрения, гиалиновые цилиндры до 6 в поле зрения, проба Нечипоренко: л $16,8 \times 10^6/л$, эр $1,2 \times 10^6/л$.

1) Ваш предварительный диагноз?

2. Какие необходимы дополнительные методы исследования ?

ЗАДАЧА 2.

Больной П, 46 лет, жалуется на кашель с выделением мокроты желтоватого цвета, объемом до полустакана в сутки, иногда с примесью крови. Температура тела $37,6^{\circ}C$. В течение 5 лет наблюдается пульмонологом по поводу бронхоэктатической болезни. В прошлом много курил, злоупотреблял алкоголем.

При осмотре: больной несколько пониженного питания, цианоз лица, кончиков пальцев, ногтевые фаланги пальцев рук утолщены, ногти по типу «часовых стекол». Над легкими – признаки эмфиземы, дыхательный шум на всем протяжении легких жесткий, выдох удлинен, в прикорневых зонах выслушиваются свистящие сухие хрипы, там же с обеих сторон определяются звучные средне-пузырчатые хрипы. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, уплотнена, чувствительна при пальпации.

Анализ крови: Hb 168 г/л, л $11,2 \times 10^9/л$, п 11%, СОЭ 35 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность 1,020, белок 1,65 г/л, эр вышел 5-6 в поле зрения, л 6-8 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 4-6 в поле зрения.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Ваша врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

**Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 26.**

ЗАДАЧА 1.

ЗАДАЧА 1.

Больной Л, 50 лет, преподаватель, жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, головную боль в теменной и затылочной областях после работы. Последние 5 лет отмечает повышение АД, которое с трудом поддается лечению гипотензивными средствами (адельфан, клофелин). Головная боль возникает только при значительном повышении АД. В последний год заметил, что 1-2 раза за ночь возникает потребность в мочеиспускании, при этом выделяется много мочи. 20 лет назад в анализе мочи выявлены белок, единичные эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры. Была произведена тонзиллэктомия, в результате которой ангины прекратились (до этого ежегодно болел ангиной, иногда 2 раза в год).

При осмотре: незначительная одутловатость лица, пульс 88 в мин, ритмичный, напряженный. АД 180/115 мм рт ст. I тон над верхушкой сердца приглушен, систолический шум и усиление II тона над аортой. Других изменений внутренних органов не выявлено.

Анализ крови: эр $4,1 \times 10^{12}/л$, Hb 136г/л, л $7,5 \times 10^9/л$, СОЭ 14 мм/ч. Креатинин крови 0,12 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность 1,008, белок 0,66 г/л, эр выщелоч 5-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 2.

Больная С, 52 года, поступила в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость, головокружение при ходьбе, перебои в сердечной деятельности. Состояние ухудшалось постепенно на протяжении последнего года, без видимой причины. Кроме простудных заболеваний ничем в прошлом не болела. В молодости перенесла какое-то заболевание почек, но потом не обследовалась и не лечилась.

При осмотре: кожные покровы бледные, лицо одутловатое, кожа сухая. Больная отвечает на вопросы не сразу, односложно, что затрудняет сбор анамнеза. Голени и стопы отечны. Пульс с отдельными экстрасистолами, 93 в мин. АД 165/110 мм рт ст. Тоны сердца сильно ослабленной звучности, над верхушкой и над аортой определяется систолический шум. Над легкими перкуторный тон легочный, с небольшим притуплением в задненижних отделах. Дыхательный шум в зонах притупления ослаблен. Живот увеличен в объеме, вправимая пупочная грыжа, перкуторный тон в наружных отделах живота притуплен. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, уплотнена, чувствительна при пальпации.

Анализ крови: эр $1,2 \times 10^{12}/л$, Hb 32 г/л, л $8,6 \times 10^9/л$, СОЭ 46 /ч.

Анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,99 г/л, эр измен 5-7 в поле зрения, л 6-8 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые до 5-6 в поле зрения.

1. Ваш предварительный диагноз? Какие необходимы методы дополнительного обследования?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

**Промежуточная аттестация
Экзаменационный билет
по практическим навыкам № 27.**

ЗАДАЧА 1.

Больной находился на лечении в гематологическом отделении по поводу хронического лимфолейкоза.

Какие рекомендации дадите перед выпиской будучи лечащим врачом?

ЗАДАЧА 2.

1. Клиническая интерпретация лабораторных методов исследования.

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

КБСП				Анализ крови				
Больной								
Эритроциты В 1 л		Гемоглобин В г/л		Цветовой показатель		Ретикулоциты В %		Тромбоциты В 1 л
1,88*10 ¹²		73		1,0		34		250*10 ⁹
Лейкоформула								
Лейк. В 1 л	Базоф. В %	Эозин. В %	Миэл. В %.	Юные. В %	Палоч. В %	Сегмен. В %	Лимф. В %	Моноц. В %
Норма в абсол. числах	30-40	180- 200	-	-	240- 320	4020-5040	1800- 2400	360-640
7,8*10 ⁹	-	1	-	-	10	59	25	5
Анизоцитоз _____				Сверт. крови _____				
Пойкилоцитоз _____				Время кровот. _____				
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) _____				12 мм/ч _____				
Средний диаметр эритроцитов – 6,2 мк.								
Осмотическая резистентность: минимальная–0,65 %, максимальная–0,42 %								
Билирубин сыворотки крови – 59 мкмоль/л (непрямой – 50 мкмоль/л).								

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 1.

1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиника.

2. Дисбактериоз кишечника. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.

3. Ситуационная задача №1.

Больной 53 года, инженер, поступил в клинику с жалобами на отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, чувство тяжести в подложечной области, общую слабость.

В течение многих лет наблюдался по поводу хронического гастрита. Последние 4-6 месяцев боли в подложечной области приняли постоянный характер, потерял в весе 6 кг. Больной бледен, отмечается болезненность и напряжение брюшной стенки в эпигастральной области.

При исследовании желудочного сока ахилия, кал на скрытую кровь положительный.

1. Поставьте предположительный диагноз?
2. Что такое ахилия?
3. Как называется анализ кала на скрытую кровь, каково его диагностическое значение и как происходит подготовка больного к этому исследованию?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 2.

1. Саркоидоз. Этиология. Патогенез.
2. Травматический пневмоторакс и его разновидности..
3. **Ситуационная задача №2.**

Больной К., 53 лет, преподаватель, жалуется на кашель со скудным выделением слизистой мокроты, повышение температуры тела до 38,8⁰С, слабость, одышку, потливость.

Начало заболевания связывает с охлаждением. Заболел неделю тому назад. Появился сухой кашель, субфебрильная температура, лечился на ходу, принимал ацетилсалициловую кислоту, отхаркивающие таблетки. Состояние незначительно ухудшилось вчера.

При осмотре: ЧД 24 в 1 мин, кожа влажная. Зев слегка гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно над легкими ниже левой лопатки укорочение перкуторного звука. Дыхание в этом участке ослаблено. Выслушиваются мелкие влажные хрипы, на остальных участках грудной клетки жесткое дыхание.

Пульс 86 в 1 мин, ритмичный. АД 14,7/8 кПа (110/60 мм рт. ст.). Тоны сердца звучные. Живот без особенностей.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие заболевания необходимо исключить?
3. Ваша врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 3.

1. Клиническая симптоматика и течение саркоидоза.
2. Дать определение понятию травматический клапанный пневмоторакс.
3. **Ситуационная задача №3.**

Больной К., 29 лет, работает на ЯМЗ. В течение последних трех месяцев стал отмечать периодические подъемы температуры до 38⁰С, нарастание слабости, сонливости, похудения, повышенную потливость. Больной продолжал работать, но два дня назад появилось кровохарканье, что заставило обратиться к врачу.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. При перкуссии - притупление звука в области верхней доли правого легкого. Дыхание в этой зоне жесткое, после покашливания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс - 92 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Живот безболезненный при пальпации. Печень не увеличена.

Гемограмма: э - 3,8х10¹², Нв - 134 г/л, л - 11,2х10⁹, п - 2, с - 78, л - 16, м - 4, СОЭ - 28 мм/час.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Назначить лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 4.

1. Диагностика саркоидоза легких.
2. Дать определение понятию спонтанный пневмоторакс.
3. **Ситуационная задача №4.**

Больной 57 лет, обратился к Вам (на амбулаторном приеме) с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко, с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. В анамнезе ОРЗ, грипп, как правило, переносил на ногах. Работает строителем в Ярославле 8 лет, до этого в течение 26 лет строил промышленные объекты в Семипалатинской области. Болен 2 месяца. За это время отмечает быструю утомляемость, нарастающую слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Во время осмотра температура нормальная. При аускультации в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. Периферические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Назовите перечень дифференцируемых заболеваний.
3. Какие данные дополнительных исследований позволят уточнить диагноз?
4. При обнаружении онкологического заболевания определите клиническую группу.
5. Какие документы следует заполнить.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 5.

1. Группы антиаритмических препаратов. Классификация. Показания. Противопоказания.
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Определение. Этиология. Патогенез. Клиническая картина.
3. **Ситуационная задача №5.**

Больной А., 38 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе по комнате, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, слабость.

Болен в течение 4 лет, когда без видимой причины появились и постепенно стали нарастать одышка, слабость, отеки нижних конечностей. Лечился мочегонными, сердечными гликозидами без эффекта.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. Шейные вены набухшие, отеки нижних конечностей до средней трети бедра. ЧД -26 в мин. При перкуссии притупление перкуторного звука над нижними отделами легких, здесь же влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница относительной сердечной тупости на 3 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - 2 ребро, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, акцент 2-го тона на легочной артерии, ЧСС - ПО в мин, экстрасистолия. АД - 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный; печень на 6 см выступает из-под края реберной дуги.

ЭКГ: вольтаж снижен, частые желудочковые и предсердные экстрасистолы, выраженные диффузные изменения миокарда. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение размеров сердца, ослабление пульсации. Застойные явления в легких.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение с указанием препаратов.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 6.

1. Перикардиты. Диагностика. Лечение.
2. Острая ревматическая лихорадка. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
3. Ситуационная задача №6.

Больной Г., 56 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, перебои в работе сердца, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье. 2года назад перенес инфаркт миокарда, с этого времени беспокоят сердцебиение, одышка при ходьбе. Ухудшение самочувствия в течение месяца: усилилась одышка, появились отеки на ногах, возникли перебои в работе сердца, тяжесть в правом подреберье. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, акроцианоз. На голени отеки до средней трети. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 26 в мин. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 120 в мин. Пульс - 110 в мин, пульсовые волны разные. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье, печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2.Составьте план обследования.
- 3.Составьте план лечения с указанием препаратов

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____20__г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 7.

1. Синдром слабости синусового узла. Диагностика. Принципы лечения.
2. Перикардиты. Определение. Патогенез. Клиническая картина.
3. **Ситуационная задача №7.**

Больной Г., 56 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, перебои в работе сердца, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье.

2 года назад перенес инфаркт миокарда, с этого времени беспокоят сердцебиение, одышка при ходьбе. Ухудшение самочувствия в течение месяца: усилилась одышка, появились отеки на ногах, возникли перебои в работе сердца, тяжесть в правом подреберье.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, акроцианоз. На голенях отеки до средней трети. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 26 в мин. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 120 в мин. Пульс - 110 в мин, пульсовые волны разные. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье, печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения с указанием препаратов.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 8.

1. Мерцательная аритмия. Этиология. Патогенез. Клиническая картина.
2. Принципы лечения хронической ревматической болезни сердца.
3. **Ситуационная задача №8.**

Больной Н, 57 лет, поступил в стационар с жалобами на перебои в работе сердца, головокружение, одышку при физической нагрузке, слабость. Симптомы появились 3 года назад после перенесенного инфаркта миокарда.

Объективно: состояние средней тяжести, акроцианоз. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 24 в мин. Левая граница сердца на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм неправильный, экстрасистолия 15-17 в мин, ЧСС 90 в мин. АД -110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, печень, селезенка не пальпируются.

ЭКГ: на фоне синусового ритма частые право- и левожелудочковые экстрасистолы. В отведениях II, III, aVF желудочковый комплекс в виде QS, зубец Т изоэлектричен, сегмент ST на изолинии.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2.Составьте план обследования
- 3.Составьте план лечения с указанием препаратов

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___»_____20__г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 9.

1. Мерцательная аритмия. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
2. Принципы антиаритмической терапии.
3. **Ситуационная задача №9.**

К врачу обратился мужчина 23 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии. Объективно: температура 36,8⁰С. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожа чистая. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Определяется диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 10.

1. Клиника дискинезий (гипо-, гипертонических), холециститов (бескаменных, калькулезных), холангитов.
2. Каковы представления о патогенезе цирроза печени.
3. **Ситуационная задача №10.**

Больная П., 52 лет, поступила в клинику с жалобами на резкую слабость, повышенную утомляемость, похудание, усиленное выпадение волос, кровоточивость десен, головокружение, боли в костях, мышцах, вздутие живота, урчание, жидкий стул со слизью до 10 раз в день.

В анамнезе боли в животе и неустойчивый стул с детства. Последние 5 лет стала терять массу, появились ощущения дурноты и резкой слабости после приема пищи. Дважды были переломы костей.

При поступлении: рост 150 см, вес 40 кг. Кожа бледная, подкожно-жировой слой отсутствует. Периферические лимфоузлы не увеличены. Голени пастозны. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание везикулярное. Язык влажный, сосочки сглажены, по краям отпечатки зубов. Десны рыхлые, легко кровоточат, ангулярный стоматит. Живот умеренно вздут, безболезненный. Печень не увеличена. Масса суточного кала 650-950 г. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Дополнительные методы обследования к задаче:

1. Биохимия: сывороточное железо - 2,8 мкмоль/л, кальций - 1,5, натрий - 130, калий - 4,5 ммоль/л. Общий белок - 56 г/л, альбумины - 46%, альфа1 - 6%, альфа2 - 10%, бета - 14%, гамма-глобулины - 24%. Холестерин - 2,6 ммоль/л.
2. Сахарная кривая: натощак - 4,0 ммоль/л, через час - 5,2 ммоль/л, через 2 часа - 4,6 ммоль/л.
3. Анализ мочи - без патологии.
4. Копрограмма: обнаружено много жирных кислот, мыл, умеренное количество мышечных волокон с поперечной исчерченностью.
5. Микрорейскал кала - bifidum - 10, coli - 10, из них 70% с гемолитическими свойствами, Staphyl. - 10
6. Рентгенологическое исследование: дистония тонкой кишки, замедленный пассаж бария, утолщение складок тонкой кишки, уровни жидкости и газа.
7. Гистология слизистой оболочки дистального отдела ДПК: укорочение ворсинок, их деформация, встречаются сросшиеся ворсинки. Подслизистый слой инфильтрирован мононуклеарными элементами и лимфоцитами.
8. Флюорография - без патологии.
9. Биохимия крови: холестерин - ммоль/л, общий билирубин -, прямой - , непрямой - мкмоль/л. АСТ - ед, АЛТ - ед. Натрий - мкмоль/л, калий - мкмоль/л, кальций - мкмоль/л. Сахар крови - ммоль/л.
10. УЗИ органов брюшной полости - без патологических изменений.

Вопросы:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику. Определить тактику лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 11.

1. Цирроз печени. Клинические синдромы. Классификация. Диагностика.
2. Назовите основные предрасполагающие факторы в развитии желчнокаменной болезни.
3. **Ситуационная задача №11.**

Больная Г., 50 лет, жалуется на общую слабость, исхудание, плохой аппетит, увеличение живота. В прошлом перенесла болезнь Боткина, заболевание протекало длительно, полного выздоровления не наступило. При обследовании обнаружено увеличение живота, более отчетливое в нижнем отделе, пупок выпячен, на коже живота видны расширенные вены, расходящиеся радиально от пупка. В брюшной полости обнаружена свободная жидкость. Печень немного увеличена, плотная, нижний край ее острый, безболезненна, поверхность мелкобугристая. Пальпируется плотная, увеличенная, безболезненная селезенка. В крови умеренная анемия, лейкопения.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какими методами можно определить свободную жидкость в брюшной полости?
3. Какие исследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Составьте план лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 12.

1. Хронические гепатиты. Этиология, патогенез, клиническая картина.
2. Какие лабораторные синдромы имеют место при циррозе печени.
3. **Ситуационная задача №12.**

Больная Л., 50 лет, жалуется на интенсивные постоянные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, сухость и горечь во рту, субфебрильную температуру по вечерам.

Объективно: язык сухой, обложен густым белым налетом. При пальпации живота - положительные симптомы Ортнера и Кера. Температура тела - 37,4°C, в порции "В" желчи - наличие лейкоцитов до 50 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 13.

1. Дисбактериоз кишечника. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Осложнения цирроза печени.
3. **Ситуационная задача №13.**

К врачу обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадиирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области.

Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев.

Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура 37,2°C. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Расскажите о принципах лечения в соответствии с Вашим предварительным диагнозом.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС «___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 14.

1. Хронический холецистит. Клиника. Диагностика.
2. Современные принципы лечения цирроза печени.
3. **Ситуационная задача №14.**

Больная Е., 60 лет. В течение 3 лет периодически, особенно после жирной пищи, возникают приступообразные боли в правом подреберье, иногда с отдачей в правую лопатку, тошнотой, повторной рвотой.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Повышенного питания (вес 80 кг, рост 162 см). Субиктеричность склер. Язык обложен у корня. Живот правильной формы, мягкий, выраженная болезненность в области желчного пузыря. Слабо положительный правый френикус-симптом. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул склонен к запорам.

В общем анализе крови: умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, билирубин – 24 ммоль/л, реакция прямая. Холестерин крови периодически повышается, диастаза крови в норме.

Общий анализ мочи: уд. вес 1018, белка нет, желчных пигментов нет. Уробилин повышен.

Больной выставлен диагноз – дискинезия желчевыводящих путей.

Вопросы:

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС « ____ » _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа клинической ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 15.

1. Приведите клиническую классификацию хронического пиелонефрита.
2. Опишите основные клинические симптомы хронического пиелонефрита.
3. **Ситуационная задача №5.**

Больной Л, 50 лет, преподаватель, жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, головную боль в теменной и затылочной областях после работы. Последние 5 лет отмечает повышение АД, которое с трудом поддается лечению гипотензивными средствами (адельфан, клофелин). Головная боль возникает только при значительном повышении АД. В последний год заметил, что 1-2 раза за ночь возникает потребность в мочеиспускании, при этом выделяется много мочи. 20 лет назад в анализе мочи выявлены белок, единичные эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры. Была произведена тонзиллэктомия, в результате которой ангины прекратились (до этого ежегодно болел ангиной, иногда 2 раза в год).

При осмотре: незначительная одутловатость лица, пульс 88 в мин, ритмичный, напряженный. АД 180/115 мм рт ст. I тон над верхушкой сердца приглушен, систолический шум и усиление II тона над аортой. Других изменений внутренних органов не выявлено.

Анализ крови: эр $4,1 \times 10^{12}/л$, Нб 136г/л, л $7,5 \times 10^9/л$, СОЭ 14 мм/ч. Креатинин крови 0,12 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность 1,008, белок 0,66 г/л, эр выщелоч 5-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования.
3. Ваша врачебная тактика.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 201_ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа клинической ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 16.

1. Гломерулонефрит. Определение.
1. Мочекаменная болезнь. Определение. Этиология.
2. **Ситуационная задача №1.**

Больной Н., 18 лет, обратился с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина.

Объективно: температура 37,7⁰С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голенях. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабopоложительный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа клинической ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 17.

1. Дифференциальный диагноз по синдрому протеинурии.
2. Мочекаменная болезнь. Патогенетические механизмы развития.
3. **Ситуационная задача №17.**

Больная С, 64 лет, жалуется на общую слабость, сухость во рту, жажду.

В прошлом часто болела ангинами. Последние 10 лет определяется белок в анализах мочи, но не предавала этому значения, не обследовалась и не лечилась. При осмотре: одутловатость лица, отечность пальцев рук, голеней. Отеки появились месяц тому назад, без видимой причины. Температура субфебрильная. Беспокоит сильная общая слабость, потеря аппетита, тошнота, позывы на рвоту.

Пульс 90 в мин. АД 160/110 мм рт ст. I тон над верхушкой сердца приглушен, систолический шум и усиление II тона над аортой. Притупление перкуторного тона в нижнезадних отделах легких, дыхательный шум в зонах притупления ослаблен. Живот увеличен в размерах, равномерно вздут, что не позволяет прощупать передненижний край печени.

Анализ крови: эр $3,2 \times 10^{12}/л$, Hb 90г/л, л $8,2 \times 10^9/л$, п 6%, СОЭ 46 мм/ч. Креатинин крови 0,17 ммоль/л.

Анализ мочи: белок 1,25 г/л, л до 60 в поле зрения, эр до 8 в поле зрения, гиалиновые цилиндры до 6 в поле зрения, проба Нечипоренко: л $16,8 \times 10^6/л$, эр $1,2 \times 10^6/л$.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа клинической ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 18.

1. Принципы лечения хронического гломерулонефрита.
2. Диабетическая нефропатия. Определение. Патогенез. Клиника.
3. **Ситуационная задача №18.**

Больной В., 26 лет, обратился с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2° С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа клинической ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 19.

1. Нефропатия Беременных. Патогенез. Клиника. Принципы лечения.
2. Хронический пиелонефрит. Определение. Этиологические факторы.
3. **Ситуационная задача №19.**

Мужчина 19 лет, студент. Два года назад после физической нагрузки отмечалась макрогематурия. При повторных урологических исследованиях патологии не выявлено. Неделью назад вновь появилась гематурия, а через 2 дня после фарингита уменьшилось количество мочи.

При обследовании выявлено повышение креатинина плазмы до 220 мкмоль/л, дисморфические эритроциты, эритроцитарные цилиндры, протеинурия до 0,33 г/л. Суточная экскреция белка 750 мг. Затем уровень креатинина повысился до 380 мкмоль/л. АД -150/100мм рт.ст. Умеренные отеки. В остальном без патологических изменений. В нефробиоптате с 10 клубочками - 6 клубочков обычного строения, в остальных 1-2 сегментах—слабая сегментарная пролиферация мезангиальных клеток. Эпителий канальцев -в состоянии зернистой дистрофии.

Вопросы:

- 1.Каков наиболее вероятный диагноз.
- 2.Показана ли биопсия почки в динамике.
- 3.Необходимы ли дополнительные исследования .
- 4.Рекомендуемая терапия.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа клинической ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 20.

4. Приведите клиническую классификацию хронического пиелонефрита.
5. Опишите основные клинические симптомы хронического пиелонефрита.
6. **Ситуационная задача №5.**

Больной Л, 50 лет, преподаватель, жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, головную боль в теменной и затылочной областях после работы. Последние 5 лет отмечает повышение АД, которое с трудом поддается лечению гипотензивными средствами (адельфан, клофелин). Головная боль возникает только при значительном повышении АД. В последний год заметил, что 1-2 раза за ночь возникает потребность в мочеиспускании, при этом выделяется много мочи. 20 лет назад в анализе мочи выявлены белок, единичные эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры. Была произведена тонзиллэктомия, в результате которой ангины прекратились (до этого ежегодно болел ангиной, иногда 2 раза в год).

При осмотре: незначительная одутловатость лица, пульс 88 в мин, ритмичный, напряженный. АД 180/115 мм рт ст. I тон над верхушкой сердца приглушен, систолический шум и усиление II тона над аортой. Других изменений внутренних органов не выявлено.

Анализ крови: эр $4,1 \times 10^{12}/л$, Нб 136г/л, л $7,5 \times 10^9/л$, СОЭ 14 мм/ч. Креатинин крови 0,12 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность 1,008, белок 0,66 г/л, эр выщелоч 5-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования.
3. Ваша врачебная тактика.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5

Программа клинической ординатуры

Специальность 31.08.49 Терапия

Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 21.

1. Понятие «анемии». Основные причины развития анемий, современная классификация.
2. Причины развития дефицита В12.
3. **Ситуационная задача №21.**

74-летняя женщина с жалобами на нарастающую слабость, онемение кончиков пальцев, шаткую походку, жжение языка. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком, систолический шум на верхушке, периферические лимфоузлы, селезенка, печень не пальпируются.

В анализах крови: Нв 58 г/л, эритроц. $1,3 \cdot 10^{12}/л$, ЦП 1,4, лейкоц. $2,8 \cdot 10^9/л$, тромбоц. $120 \cdot 10^9/л$.

На ЭГДС - тотальная атрофия слизистой желудка.

Вопрос:

Какой диагноз?

Ваша врачебная тактика.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа клинической ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 22.

1. Классификация анемий по цветовому показателю, диаметру эритроцитов, количеству ретикулоцитов и степени тяжести.
2. Определение понятия лейкозы.
3. **Ситуационная задача №22.**

Больная И., 52 лет, жалуется на слабость, головокружение, носовые кровотечения, геморрагии на коже ног, живота.

Из анамнеза известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые и обильные носовые кровотечения, кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Болела детскими инфекциями, изредка ангиной. Последнее ухудшение состояния ни с чем не связывает. Носовое кровотечение возникло спонтанно.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, температура 37,2 °С, кожные покровы бледные. На коже бедер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и формы, багрово-красного, синего, зеленого, желтого цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 92 в 1 мин, АД 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Пальпируется край селезенки.

Анализ крови: эр. $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb 60 г/л, цв. показатель 0,9, ретикулоц. 5%, л. $2,5 \cdot 10^9/л$, э. 1%, п. 1%, с. 52%, лимф. 40%, мон. 6%, тромбоц. $5 \cdot 10^9/л$, СОЭ 47 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа клинической ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 23.

1. Определение понятия «гипохромные» анемии, их место в рамках рабочей классификации анемий.
2. Формы острого лейкоза.
3. **Ситуационная задача №23.**

Больная 26 лет поступила с жалобами на лихорадку, озноб, боли в горле. Больна 1,5 - 2 месяца. Амбулаторно лечили по поводу ангины пенициллином. Аспирином, но без эффекта. Объективно: бледность кожных покровов. Шейные и подмышечные лимфоузлы плотной консистенции, размером до 1-2 см, безболезненные. Пульс-100 уд/мин, АД 110/60 мм рт ст. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, покрыты серым налетом, в зеве очаги некроза. Живот б/б, печень +2см, плотноватая, слегка болезненная. Селезенка не увеличена. Анализ крови: Нв- 110г/л, эр.-3,9*10¹²/л, Лейкоциты-24,35*10⁹/л, недифференцированные бласты- 30%, Ю-2, П-8, с/я-42, Л-20, М-4, СОЭ- 46 мм/час, тромбоциты-8*10⁹/л.

Диагноз? План обследования? Лечение?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____20__г. Пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа клинической ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 24.

1. Алгоритм дифференциальной диагностики анемий.
2. Клинические проявления острого лейкоза.
3. **Ситуационная задача №24.**

Больной 20 лет поступил в терапевтическое отделение по поводу сильных болей в горле, повышение температуры до 38*С , слабость. Болен 5 дней. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Подчелюстные лимфоузлы слева и справа размером 1*2 см, подвижны, не спаяны с окружающими тканями, резко болезненные. Пульс -100 уд/мин. АД-120/80 мм рт ст. Со стороны органов грудной клетки и ЖКТ- без патологии. Зев резко гиперэмирован, на миндалинах в углублениях лакун крошковатый желтовато-белый налет. Отмечается отечность миндалин и окружающих их мягких тканей, глотание безболезненно. Анализ крови: Hb-130г/л, Лейкоциты-12,5*10⁹/л, э-2, с/я-73, Л-16,М-1, СОЭ-25.

Предварительный диагноз? Дальнейшая тактика, лечение?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. № ____

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования

Кафедра внутренних болезней №5
Программа клинической ординатуры
Специальность 31.08.49 Терапия
Дисциплина Терапия

Промежуточная аттестация

Экзаменационный билет № 25.

1. Клинические проявления хронического миелолейкоза.
2. Что понимают под термином «лимфаденопатия».
3. **Ситуационная задача №25.**

Больной В., 31 года, жалуется на увеличение лимфатических узлов в левой надключичной области, боль в грудной клетке и периодическую боль в животе, не связанную с приемом пищи, зуд кожи, особенно после обильных ночных потов. Болен примерно в течение года, когда впервые появились обильная потливость, боль в груди, затем – увеличение лимфоузлов. В течение последнего месяца присоединились другие указанные выше жалобы.

При осмотре: бледность кожи, слева в надключичной области определяется несколько увеличенных безболезненных плотных лимфоузлов. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, систолический шум над верхушкой. Пульс 88 в 1 мин, ритмичный. Живот слегка вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка умеренно болезненна при пальпации, на 1 см выступает из-под реберного края.

Анализ крови: эр. $3,53 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 100 г/л, цв. показатель 0,85, л. $19,6 \cdot 10^9$ /л, э. 1%, п. 8%, с.83%, л. 2%, мон. 6%, тромбоц. $320 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 65 мм/ч.

На рентгенограмме грудной клетки в верхней доле правого легкого определяется инфильтрат небольших размеров, который контрастирует с легочной тканью.

Вопросы:

Каким из перечисленных заболеваний (лимфолейкоз, лимфогранулематоз, метастазы рака, туберкулез) страдает больной?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. Пр. №___

Критерии оценок.

При решении ситуационных задач используются следующие критерии оценки

Количественная оценка	Качественная оценка уровня подготовки
5 «отлично»	-дается комплексная оценка предложенной ситуации; -демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; - последовательное, правильное выполнение всех заданий; -умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
4 «хорошо»	-дается комплексная оценка предложенной ситуации; -демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; - последовательное, правильное выполнение всех заданий; -возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя; -умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
3 «удовлетворительно»	-затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; -неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя; -выполнение заданий при подсказке преподавателя; - затруднения в формулировке выводов.
2 «неудовлетворительно»	- неправильная оценка предложенной ситуации; -отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

При выполнении заданий в тестовой форме обычно используются следующие критерии оценки

Процент результативности (правильных ответов)	Качественная оценка уровня подготовки	
	балл (отметка)	вербальный аналог
90 ÷ 100	5	отлично
80 ÷ 89	4	хорошо
70 ÷ 79	3	удовлетворительно
менее 70	2	неудовлетворительно

При проведении собеседования используются следующие критерии оценки

Количественная оценка	Качественная оценка уровня подготовки
5 «отлично»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.
4 «хорошо»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.
3 «удовлетворительно»	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.
2 «неудовлетворительно»	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.