

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ»

«УТВЕРЖДАЮ»

И.о. проректора по учебной работе \_\_\_\_\_ Г.Ю. Нагорная  
« 28 » \_\_\_\_\_ 03 2024г.



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

Медицинская терминология

Уровень образовательной программы \_\_\_\_\_ специалитет \_\_\_\_\_

Специальность 31.05.01 Лечебное дело (с включенным иностранным языком)

Направленность (профиль): Лечебное дело

Форма обучения очная

Срок освоения ОП 6 лет

Институт Медицинский

Кафедра разработчик РПД Социально-гуманитарные дисциплины

Выпускающая кафедра Внутренние болезни; Госпитальная хирургия с курсом анестезиологии и реанимации

Начальник  
учебно-методического управления \_\_\_\_\_ Семенова Л.У.

Директор института \_\_\_\_\_ Узденов М.Б.

Заведующий выпускающей кафедрой \_\_\_\_\_ Хапаев Б.А.

Заведующий выпускающей кафедрой \_\_\_\_\_ Темрезов М.Б.

г. Черкесск, 2024 г.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1. Цели освоения дисциплины.....</b>	
<b>2. Место дисциплины в структуре образовательной программы</b>	
<b>3. Планируемые результаты обучения</b>	
<b>4. Структура и содержание дисциплины.....</b>	
4.1 Объем дисциплины и виды учебной работы.....	
4.2. Содержание дисциплины.....	
4.2.1 Разделы (темы) дисциплины, виды деятельности и формы контроля.....	
4.2.2. Лекционный курс.....	
4.2.3. Лабораторный практикум.....	
4.2.4 Практические занятия.....	
4.3. Самостоятельная работа обучающихся.....	
<b>5. Перечень методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине..</b>	
5.1. Методические указания для подготовки обучающихся к лекционным занятиям... . Методические указания для подготовки обучающихся к практическим занятиям... . Методические указания по самостоятельной работе обучающихся.....	
<b>6. Образовательные технологии.....</b>	
<b>Методическое и информационное обеспечение учебной дисциплины.....</b>	
7.1. Перечень основной и дополнительной литературы.....	
7.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».....	
7.3. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение.....	
<b>8. Материально-техническое обеспечение дисциплины.....</b>	
8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий.....	
.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся.....	
<b>9. Особенности реализации дисциплины для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья .....</b>	
Приложение 1. Фонд оценочных средств	
Приложение 2. Аннотация рабочей программы	

## 1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

*Цель освоения дисциплины «Медицинская терминология»* состоит в овладении будущими медиками основ иноязычной компетенции, необходимой для профессиональной межкультурной коммуникации, совершенствовании навыков чтения научных медицинских статей, овладении основами устных и письменных форм общения на иностранном языке для использования его в качестве средств информационной деятельности и дальнейшего самообразования.

### *Задачи курса:*

- ознакомление обучающихся с особенностями научного стиля медицинской литературы; основными видами словарно-справочной литературы и правилами работы с ними;
- приобретение обучающимися знаний в области лексики и грамматики изучаемого языка (применительно к специфике подязыка медицины);
- обучение чтению специальных текстов на иностранном языке (разные виды чтения применительно к разным целям) и умению извлекать и фиксировать полученную из иноязычного текста информацию в форме аннотации, реферата (устно и письменно);
- формирование навыков общения на иностранном языке (в рамках тематики, связанной с медицинским образованием в России и в стране изучаемого языка);
- обучение основным принципам самостоятельной работы с оригинальной литературой.

## 2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

2.1 Дисциплина «Медицинская терминология» относится к факультативной части ФДТ. Факультативные дисциплины и имеет тесную связь с другими дисциплинами.

2.2. В таблице приведены предшествующие и последующие дисциплины, направленные на формирование компетенций дисциплины в соответствии с матрицей компетенций ОП.

### **Предшествующие и последующие дисциплины, направленные на формирование компетенций**

<b>Предшествующие дисциплины</b>	<b>Последующие дисциплины</b>
Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика Русский язык и культура речи	Поликлиническая терапия

### 3. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Планируемые результаты освоения образовательной программы (ОП) – компетенции обучающихся определяются требованиями стандарта по специальности 31.05.01 Лечебное дело и формируются в соответствии с матрицей компетенций ОП

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Наименование компетенции (или ее части)	Индикаторы достижений компетенций:
1	2	3	4
1.	УК-4	Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия.	УК-4.1 применяет современные коммуникативные технологии поиска необходимой информации в процессе решения различных коммуникативных задач на государственном и иностранном(-ых) языках; стилистику устных деловых разговоров на государственном и иностранном(-ых) языках. УК-4.2 выбирает коммуникативно приемлемые стили делового общения на государственном и иностранном (-ых) языках, вербальные и невербальные средства взаимодействия с партнерами; использует информационно-коммуникационные технологии при поиске необходимой информации в процессе решения различных коммуникативных задач на государственном и иностранном (-ых) языках. УК-4.3 ведет коммуникативной культурно приемлемо устные деловые разговоры на государственном и иностранном(-ых) языках. УК-4.4 ведет деловую переписку, учитывая особенности стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурные различия в формате корреспонденции на государственном и иностранном (-ых) языке (ах); выполняет перевод академических текстов с иностранного(-ых) на государственный язык.

**4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**  
**4.1. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ**

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		№7	№8	№9	№10
		часов	часов	часов	часов
<b>Аудиторная контактная работа (всего)</b>					
В том числе:					
Лекции (Л)					
Практические занятия (ПЗ),					
Лабораторные работы (ЛР)					
<b>Контактная внеаудиторная работа, в том числе:</b>					
Групповые и индивидуальные консультации					
<b>Самостоятельная работа обуч.(СРО)** (всего)</b>					
<i>Работа с книжными и электронными источниками</i>					
<i>Подготовка к текущему контролю (ПТК)</i>					
<i>Подготовка к промежуточному контролю (ППК)</i>					
<i>Подготовка к тестированию</i>					
<b>Пром</b>   Зачет	3	3	3	3	

<b>ежут очна я атгес таци я</b>	(3)					
	Прием зачета, час					
	Зачет с оценко й (ЗаО) <b>в том числе:</b>	ЗаО				ЗаО
	Прием ЗаО., час.					
<b>ИТО ГО: Общ ая трудо емко сть</b>	<b>Часов</b>					
	<b>зач. ед.</b>					

## 4.2 СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

### 4.2.1. Разделы (темы) дисциплины, виды деятельности и формы контроля

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу обучающихся (в часах)					Формы текущей и промежуточной аттестации
			Л	ЛР (ПП)	ПЗ (ПП)	СРО	всего	
		Сердечно-сосудистая система						Контрольная работа Тестирование Устный опрос Ситуационная задача  Индивидуальные и групповые консультации
		Дыхательная система						
		Пищеварительная система						
		Контактная внеаудиторная работа						
		Промежуточная аттестация						Зачет
		<b>Итого за 7 семестр</b>						
		Кровь и ее компоненты						Контрольная работа Тестирование Устный опрос Ситуационная задача  индивидуальные и групповые консультации
		Соединительная ткань						
		Мочевыделительная система						
		Контактная внеаудиторная работа						
		Промежуточная аттестация						Зачет
		<b>Итого за 8 семестр</b>						
		Кардиология						Контрольная работа Тестирование Устный опрос Ситуационная задача  индивидуальные и групповые консультации
		Пульмонология						
		Контактная внеаудиторная работа						
		Промежуточная аттестация						Зачет
		<b>Итого за 9 семестр</b>						
		Гастроэнтерология						Контрольная работа
		Гематология						

	Ревматология						Тестирование Устный опрос Ситуационная задача
	Нефрология						
	Контактная внеаудиторная работа						индивидуальные и групповые консультации
	Промежуточная аттестация						Зчет с оценкой
	<b>Итого за курс</b>						

#### 4.2.2. Лекционный курс

*не предусмотрен учебным планом*

#### 4.2.3. Лабораторные занятия

*не предусмотрен учебным планом*

#### 4.2.4. Практические занятия

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Наименование практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
Семестр 7				
	Сердечно- сосудистая система	Основные понятия нормальной и патологической анатомии. Патологическая и нормальная физиология ССС. Возрастные аспекты сердечно-сосудистых заболеваний.	Основные понятия нормальной и патологической анатомии. Патологическая и нормальная физиология ССС. Возрастные аспекты сердечно-сосудистых заболеваний.	
		Основные симптомы и синдромы при патологии органов кровообращения. Клинические методы исследования. Жалобы, анамнез. Объективное обследование (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация сердца и сосудов).	Основные симптомы и синдромы при патологии органов кровообращения. Клинические методы исследования. Жалобы, анамнез. Объективное обследование (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация сердца и сосудов).	
		Методы обследования больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Лабораторные и морфологические методы исследования в кардиологии.	Методы обследования больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Лабораторные и морфологические методы исследования в кардиологии.	



		Иммунологические методы.	Иммунологические методы.	
		Инструментальные методы исследований в кардиологии: электрокардиографические методы диагностики, трансторакальная эхокардиография, чрезпищеводная эхокардиография, дуплексное УЗИ-исследование артерий и вен, эндоваскулярное УЗИ, компьютерная томография сердца и сосудов, магнитно-ядерная резонансная томография сердца и сосудов, позитронно-эмиссионное исследование, оптическое когерентное эндоваскулярное исследование.  Рентгенологические методы исследования.	Инструментальные методы исследований в кардиологии: электрокардиографические методы диагностики, трансторакальная эхокардиография, чрезпищеводная эхокардиография, дуплексное УЗИ-исследование артерий и вен, эндоваскулярное УЗИ, компьютерная томография сердца и сосудов, магнитно-ядерная резонансная томография сердца и сосудов, позитронно-эмиссионное исследование, оптическое когерентное эндоваскулярное исследование.  Рентгенологические методы исследования.	
Дыхательная система.		Нормальная и патологическая анатомия бронхолёгочной системы Основы физиологии дыхания и газообмена.	Нормальная и патологическая анатомия бронхолёгочной системы Основы физиологии дыхания и газообмена.	
		Основные симптомы и синдромы при патологии бронхолегочной системы. Клинические методы исследования. Жалобы, анамнез.	Основные симптомы и синдромы при патологии бронхолегочной системы. Клинические методы исследования. Жалобы, анамнез.	
		Лабораторные и функциональные методы обследования пульмонологических больных.	Лабораторные и функциональные методы обследования пульмонологических больных.	
Пищеварительная система.		Анатомия и физиология ЖКТ. Пищеварение в различных отделах желудочно-кишечного тракта. Моторная функция пищеварительного тракта. Всасывание.	Анатомия и физиология ЖКТ. Пищеварение в различных отделах желудочно-кишечного тракта. Моторная функция пищеварительного тракта. Всасывание.	

		Основные клинические симптомы и синдромы при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, печени, желчевыводящих путей. Современные методы исследования. Жалобы, анамнез.	Основные клинические симптомы и синдромы при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, печени, желчевыводящих путей. Современные методы исследования. Жалобы, анамнез.	
<b>ИТОГО часов за 7 семестр</b>				
Семестр 8				
	Кровь и ее компоненты	Морфология и физиология крови. Особенности крови как плазмы. Состав, функции, свойства крови. Состав плазмы. Сыворотка. Эритроциты. Тромбоциты. Лейкоциты. Гемолиз: определение, виды. Гемостаз: механизмы, фазы свертывания крови. СОЭ 4. Группы крови, методики определения. Резус-фактор, резус-конфликт. Донорство. Гемотрансфузия	Морфология и физиология крови. Особенности крови как плазмы. Состав, функции, свойства крови. Состав плазмы. Сыворотка. Эритроциты. Тромбоциты. Лейкоциты. Гемолиз: определение, виды. Гемостаз: механизмы, фазы свертывания крови. СОЭ 4. Группы крови, методики определения. Резус-фактор, резус-конфликт. Донорство. Гемотрансфузия	
		Классификация. Основные симптомы и синдромы при патологии крови. Современные методы исследования. Жалобы, анамнез.	Классификация. Основные симптомы и синдромы при патологии крови. Современные методы исследования. Жалобы, анамнез.	
	Соединительная ткань	Структура и функция соединительной ткани. Возрастные особенности.	Структура и функция соединительной ткани. Возрастные особенности.	
		Основные симптомы и синдромы при заболевании соединительной ткани. Клинические методы исследования. Жалобы, анамнез.	Основные симптомы и синдромы при заболевании соединительной ткани. Клинические методы исследования. Жалобы, анамнез.	
		Лабораторные и функциональные методы обследования.	Лабораторные и функциональные методы обследования.	
	Мочевыделительная	Анатомия и физиология почек. Функция почек. Жалобы, анамнез.	Анатомия и физиология почек. Функция почек. Жалобы, анамнез.	
		Основные симптомы и синдромы при заболевании почек. Клинические и лабораторные методы обследования.	Основные симптомы и синдромы при заболевании почек. Клинические и лабораторные методы обследования.	
<b>ИТОГО за 8 семестр</b>				

Семестр 9

Кардиология	<p>Артериальная гипертензия и симптоматические гипертензии. Гипертоническая болезнь. Этиология, патогенез, факторы риска, классификация по стадиям, степени АГ и риску сердечно-сосудистых осложнений. Клиника, диагностика, осложнения. Принципы лечения, профилактика. Диетотерапия, санаторно-курортное лечение.</p>	<p>Артериальная гипертензия и симптоматические гипертензии. Гипертоническая болезнь. Этиология, патогенез, факторы риска, классификация по стадиям, степени АГ и риску сердечно-сосудистых осложнений. Клиника, диагностика, осложнения. Принципы лечения, профилактика. Диетотерапия, санаторно-курортное лечение.</p>	
	<p>ИБС. Современные методы диагностики ИБС: лабораторная диагностика (липидный, углеводный, белковый обмен, свертывающая и антисвертывающая система крови), электрокардиография, функциональные ЭКГ-пробы, ЭКГ-мониторирование, эхокардиография, стресс-эхокардиография, инструментальные инвазивные методы (тест чреспищеводной стимуляции), рентгеноконтрастные и внутрисердечные методы, радиоизотопные методы исследования.</p>	<p>ИБС. Современные методы диагностики ИБС: лабораторная диагностика (липидный, углеводный, белковый обмен, свертывающая и антисвертывающая система крови), электрокардиография, функциональные ЭКГ-пробы, ЭКГ-мониторирование, эхокардиография, стресс-эхокардиография, инструментальные инвазивные методы (тест чреспищеводной стимуляции), рентгеноконтрастные и внутрисердечные методы, радиоизотопные методы исследования.</p>	
	<p>Аритмии. Нарушения ритма сердца и проводимости: пароксизмальные тахикардии, экстрасистолии, фибрилляция предсердий, фибрилляция желудочков, брадиаритмии (атриовентрикулярные блокады, синдром Морганьи-Адамса-Стокса, СССУ).</p>	<p>Аритмии. Нарушения ритма сердца и проводимости: пароксизмальные тахикардии, экстрасистолии, фибрилляция предсердий, фибрилляция желудочков, брадиаритмии (атриовентрикулярные блокады, синдром Морганьи-Адамса-Стокса, СССУ).</p>	
	<p>Сердечная недостаточность. Острая левожелудочковая</p>	<p>Сердечная недостаточность. Острая</p>	

	<p>недостаточность.  Этиология, патогенез,  клиника, диагностика,  неотложная помощь.  Острая правожелудочковая  недостаточность.  Этиология, патогенез,  клиника, диагностика,  неотложная помощь.  Хроническая сердечная  недостаточность.  Клинические проявления  разных стадий и  функциональных классов  ХСН. Лечение  (немедикаментозное,  медикаментозное).  Профилактика.</p>	<p>левожелудочковая  недостаточность.  Этиология, патогенез,  клиника, диагностика,  неотложная помощь.  Острая правожелудочковая  недостаточность.  Этиология, патогенез,  клиника, диагностика,  неотложная помощь.  Хроническая сердечная  недостаточность.  Клинические проявления  разных стадий и  функциональных классов  ХСН. Лечение  (немедикаментозное,  медикаментозное).  Профилактика.</p>	
	<p>Пороки сердца. Митральная  недостаточность.  Этиология, нарушения  гемодинамики, клиника,  диагностика,  дифференциальная  диагностика, осложнения,  лечение. Показания к  хирургическому лечению.  Митральный стеноз.  Этиология, нарушения  гемодинамики, клиника,  диагностика,  дифференциальная  диагностика, осложнения,  лечение. Показания к  хирургическому лечению.</p>	<p>Пороки сердца.  Митральная  недостаточность.  Этиология, нарушения  гемодинамики, клиника,  диагностика,  дифференциальная  диагностика, осложнения,  лечение. Показания к  хирургическому лечению.  Митральный стеноз.  Этиология, нарушения  гемодинамики, клиника,  диагностика,  дифференциальная  диагностика, осложнения,  лечение. Показания к  хирургическому лечению.</p>	
Пульмонология	<p>Инфекционные заболевания  легких и дыхательных  путей. Этиология,  эпидемиология, патогенез,  диагностика,  дифференциальная  диагностика и лечение  инфекционных заболеваний  легких и дыхательных  путей.</p>	<p>Инфекционные заболевания  легких и дыхательных  путей. Этиология,  эпидемиология, патогенез,  диагностика,  дифференциальная  диагностика и лечение  инфекционных заболеваний  легких и дыхательных  путей.</p>	
	<p>Обструктивные  заболевания  бронхолегочной системы.  Этиология, эпидемиология,  патогенез, диагностика,</p>	<p>Обструктивные  заболевания  бронхолегочной системы.  Этиология, эпидемиология,  патогенез, диагностика,</p>	

		дифференциальная диагностика и лечение обструктивных болезней бронхолегочной системы: хронический бронхит и хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхиальная астма.	дифференциальная диагностика и лечение обструктивных болезней бронхолегочной системы: хронический бронхит и хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхиальная астма.	
		Заболевания плевры. Строение плевральной полости. Физиологический объем жидкости и нормальный клеточный состав. Исследование трудно диагностируемого плеврального выпота. Пневмоторакс. Экссудативный и транссудативный плевральные выпоты. Причины, методы лечения.	Заболевания плевры. Строение плевральной полости. Физиологический объем жидкости и нормальный клеточный состав. Исследование трудно диагностируемого плеврального выпота. Пневмоторакс. Экссудативный и транссудативный плевральные выпоты. Причины, методы лечения.	
		Нарушения легочного кровообращения. Легочная гипертензия. Васкулиты. Определение, классификация, алгоритм диагностики, лечение.	Нарушения легочного кровообращения. Легочная гипертензия. Васкулиты. Определение, классификация, алгоритм диагностики, лечение.	
<b>ИТОГО за 9 семестр</b>				
Семестр 10				
	Гастроэнтерология	Заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение и осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.	Заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение и осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.	
		Заболевания кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.	Заболевания кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.	
		Заболевания печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.	Заболевания печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.	

		Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.	
	Гематология	Анемия. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы терапии.	Анемия. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы терапии.	
	Ревматология	Ревматизм. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы терапии.	Ревматизм. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы терапии.	
		Реактивные артриты. Остеоартроз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и профилактика.	Реактивные артриты. Остеоартроз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и профилактика.	
	Нефрология	Инфекции мочевыделительной системы. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы терапии.	Инфекции мочевыделительной системы. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы терапии.	
<b>ВСЕГО часов за 10 семестре:</b>				

#### 4.3 САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины	№ п/п	Виды СРО	Всего часов
<b>Семестр7</b>				
	Сердечно-сосудистая система		Самостоятельное изучение материала по теме: сердечно-сосудистая системы.	
			Выполнение домашнего задания по темам практических занятий.	

			Подготовка к практическим занятиям.	
Дыхательная система			Самостоятельное изучение материала по теме: дыхательная система	
			Выполнение домашнего задания по темам практических занятий.	
			Работа с книжными источниками, учебниками и дополнительной литературой по теме занятия	
Пищеварительная система			Самостоятельное изучение материала по теме. Пищеварительная система.	
			Выполнение домашнего задания по теме: Структура истории болезни.	4
<b>ИТОГО часов за 7 семестре:</b>				
<b>Семестр8</b>				
Кровь и ее компоненты			Самостоятельное изучение материала по теме: кровь и ее компоненты.	
			Выполнение домашнего задания по темам практических занятий.	
			Подготовка к практическим занятиям.	
Соединительная ткань			Самостоятельное изучение материала по теме: соединительная ткань.	
			Выполнение домашнего задания по темам практических занятий.	
			Работа с книжными источниками, учебниками и дополнительной литературой по теме занятия	
Мочевыделительная система			Самостоятельное изучение материала по теме Мочевыделительная система.	
			Выполнение домашнего задания по теме: Структура истории болезни.	
<b>ИТОГО часов за 8 семестре:</b>				
<b>Семестр9</b>				
	Кардиология		Самостоятельное изучение материала по	

			теме: заболевания сердечно-сосудистой системы.	
			Выполнение домашнего задания по темам практических занятий.	
			Подготовка к практическим занятиям.	
	Пульмонология		Самостоятельное изучение материала по теме: заболевания дыхательной системы.	
			Выполнение домашнего задания по темам практических занятий.	
			Работа с книжными источниками, учебниками и дополнительной литературой по теме занятия	
<b>ИТОГО часов за 9 семестре:</b>				
<b>Семестр10</b>				
	Гастроэнтерология		Самостоятельное изучение материала по теме: заболевания пищеварительной системы	
			Выполнение домашнего задания по темам практических занятий	
			Подготовка к практическим занятиям.	
	Гематология		Самостоятельное изучение материала по теме: заболевания крови.	
			Выполнение домашнего задания по темам практических занятий.	
	Ревматология		Самостоятельное изучение материала по теме: заболевания суставов и соединительной ткани.	
			Выполнение домашнего задания по темам практических занятий.	
	Нефрология		Самостоятельное изучение материала по теме. Заболевания мочевыделительной системы.	
			Выполнение домашнего задания по теме: Структура истории болезни.	4



<b>ИТОГО часов за 10 семестре:</b>	
------------------------------------	--

## **5. ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**5.1 Лекционные занятия** не предусмотрены.

**5.2 Лабораторные занятия** не предусмотрены.

### **Методические указания для подготовки обучающихся к практическим занятиям**

Важной формой обучающегося является систематическая и планомерная подготовка к практическому занятию. Обучающийся должен познакомиться с планом практических занятий и списком обязательной и дополнительной литературы, которую необходимо прочитать, изучить и законспектировать. Разъяснение по вопросам новой темы обучающиеся получают у преподавателя в конце предыдущего практического занятия.

Подготовка к практическому занятию требует, прежде всего, чтения рекомендуемых источников и монографических работ, их реферирования, подготовки докладов и сообщений. Одна из главных составляющих внеаудиторной подготовки – работа с книгой. Она предполагает: внимательное прочтение, критическое осмысление содержания, обоснование собственной позиции по дискуссионным моментам, постановки интересных вопросов, которые могут стать предметом обсуждения на практическом занятии.

В начале практического занятия должен присутствовать организационный момент и вступительная часть. Преподаватель произносит краткую вступительную речь, где формулируются основные вопросы и проблемы, способы их решения в процессе работы.

В конце каждой темы подводятся итоги, предлагаются темы докладов, выносятся вопросы для самоподготовки. Как средство контроля и учета знаний обучающихся в течение семестра проводятся контрольные работы. Все указанные обстоятельства учитывались при составлении рабочей программы дисциплины. В ней представлена тематика докладов, охватывающая ключевые вопросы рабочей программы дисциплины. Их подготовка и изложение на занятиях являются основной формой работы и промежуточного контроля знаний обучающихся. В рабочей программе приведены вопросы для подготовки к зачету. Список литературы содержит перечень печатных изданий для подготовки обучающихся к занятиям и их самостоятельной работы. При разработке рабочей программы предусмотрено, что определенные темы изучаются обучающимися самостоятельно.

Успешному осуществлению внеаудиторной самостоятельной работы способствуют консультации и коллоквиумы (собеседования). Они обеспечивают непосредственную связь между обучающимся и преподавателем (по ним преподаватель судит о трудностях, возникающих у обучающихся в ходе учебного процесса, о степени усвоения предмета, о помощи, какую надо указать, чтобы устранить пробелы в знаниях); они используются для осуществления контрольных функций.

**. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся**

Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине включает такие виды работы как:

- 1) чтение и конспектирование основной и дополнительной литературы;
- 2) самостоятельный поиск литературы для рефератов, докладов и мини-проекта;
- 3) выполнение упражнений и тренировочных тестов;
- 4) подготовка к контрольной работе, тестированию, экзамену;
- 5) разработка кейсов, сценариев для кейсов и ролевых игр;
- 6) написание сочинений, резюме;
- 7) подготовка к дискуссиям, имитациям профессиональной деятельности;
- 8) выполнение заданий по переводу и написание аннотаций, рефератов

### **Подготовка к текущему контролю**

Текущий контроль – это регулярная проверка усвоения учебного материала на протяжении семестра. К его достоинствам относится систематичность, постоянный мониторинг качества обучения, а также возможность оценки успеваемости обучающихся.

Текущий контроль осуществляется преподавателем в процессе проведения практических занятий в ходе устного опроса обучающихся, а также выполнения тестовых заданий и (или) решения задач.

Подготовка к текущему контролю включает 2 этапа:

й – организационный;

й - закрепление и углубление теоретических знаний.

На первом этапе обучающийся планирует свою самостоятельную работу, которая включает:

уяснение задания на самостоятельную работу;

подбор учебной и научной литературы;

составление плана работы, в котором определяются основные пункты предстоящей подготовки.

Второй этап включает непосредственную подготовку обучающегося к текущему контролю. Подготовка проводится в ходе самостоятельной работы обучающихся и включает в себя повторение пройденного материала по вопросам предстоящего опроса. Помимо основного материала обучающийся должен изучить дополнительную учебную и научную литературу и информацию по теме, в том числе с использованием Интернет-ресурсов. Опрос предполагает устный ответ обучающегося на один основной и несколько дополнительных вопросов преподавателя.

Заканчивать подготовку следует составлением плана (конспекта) по изучаемому материалу (вопросу). Это позволяет составить концентрированное, сжатое представление по изучаемым вопросам. При необходимости следует обращаться за консультацией к преподавателю. Идя на консультацию, необходимо хорошо продумать вопросы, которые требуют разъяснения.

### **Подготовка к промежуточной аттестации.**

При подготовке к промежуточной аттестации целесообразно:

внимательно изучить перечень вопросов и определить, в каких источниках находятся сведения, необходимые для ответа на них;

внимательно прочитать рекомендованную литературу;

составить краткие конспекты ответов (планы ответов).

### **Методические рекомендации к ситуационным задачам**

Это вид самостоятельной работы обучающегося по систематизации информации в рамках постановки или решения конкретных проблем. Такой вид самостоятельной работы направлен на развитие мышления, творческих умений, усвоение знаний, добытых в ходе активного поиска и самостоятельного решения проблем. Такие знания более прочные, они позволяют обучающемуся видеть, ставить и разрешать как стандартные, так и не стандартные задачи, которые могут возникнуть в дальнейшем в профессиональной

деятельности.

Обучающейся должен опираться на уже имеющуюся базу знаний. Решения ситуационных задач относятся к частично поисковому методу. Характеристики выбранной для ситуационной задачи проблемы и способы ее решения являются отправной точкой для оценки качества этого вида работ. Преподаватель определяет тему, либо раздел, рекомендует литературу, консультирует обучающегося при возникновении затруднений.

Обучающемуся необходимо изучить предложенную преподавателем литературу и характеристику условий задачи, выбрать оптимальный вариант (подобрать известные и стандартные алгоритмы действия) или варианты разрешения, оформить и сдать на контроль в установленный срок.

### **Методические рекомендации к подготовке к тестированию**

В современном образовательном процессе тестирование как новая форма оценки знаний занимает важное место и требует серьезного к себе отношения. Цель тестирований в ходе учебного процесса состоит не только в систематическом контроле знания, но и в развитии умения обучающихся выделять, анализировать и обобщать наиболее существенные связи, признаки и принципы разных исторических явлений и процессов. Одновременно тесты способствуют развитию творческого мышления, умению самостоятельно локализовать и соотносить исторические явления и процессы во времени и пространстве.

Как и любая другая форма подготовки к контролю знаний, тестирование имеет ряд особенностей, знание которых помогает успешно выполнить тест. Можно дать следующие методические рекомендации:

- Прежде всего, следует внимательно изучить структуру теста, оценить объем времени, выделяемого на данный тест, увидеть, какого типа задания в нем содержатся. Это поможет настроиться на работу.

- Лучше начинать отвечать на те вопросы, в правильности решения которых нет сомнений, пока не останавливаясь на тех, которые могут вызвать долгие раздумья. Это позволит успокоиться и сосредоточиться на выполнении более трудных вопросов.

- Очень важно всегда внимательно читать задания до конца, не пытаясь понять условия «по первым словам» или выполнив подобные задания в предыдущих тестированиях. Такая спешка нередко приводит к досадным ошибкам в самых легких вопросах.

- Если Вы не знаете ответа на вопрос или не уверены в правильности, следует пропустить его и отметить, чтобы потом к нему вернуться.

- Как правило, задания в тестах не связаны друг с другом непосредственно, поэтому необходимо концентрироваться на данном вопросе и находить решения, подходящие именно к нему.

- Многие задания можно быстрее решить, если не искать сразу правильный вариант ответа, а последовательно исключать те, которые явно не подходят. Метод исключения позволяет в итоге сконцентрировать внимание на одном-двух вероятных вариантах.

- Рассчитывать выполнение заданий нужно всегда так, чтобы осталось время на проверку и доработку (примерно 1/3-1/4 запланированного времени). Тогда вероятность опускаться к нулю и имеется время, чтобы набрать максимум баллов на легких заданиях и сосредоточиться на решении более трудных, которые вначале пришлось пропустить.

- Процесс угадывания правильных ответов желательно свести к минимуму, так как это чревато тем, что обучающейся забудет о главном: умении использовать имеющиеся накопленные в учебном процессе знания.

При подготовке к тесту не следует просто заучивать, необходимо понять логику изложенного материала. Этому немало способствует составление развернутого плана, таблиц, схем

### **Подготовка к контрольным работам**

При подготовке к контрольным работам необходимо повторить весь материал по теме,

по которой предстоит писать контрольную работу.

Для лучшего запоминания можно выписать себе основные положения или тезисы каждого пункта изучаемой темы. Рекомендуется отрепетировать вид работы, которая будет предложена для проверки знаний – прорешать схожие задачи, составить ответы на вопросы. Рекомендуется начинать подготовку к контрольным работам заранее, и, в случае возникновения неясных моментов, обращаться за разъяснениями к преподавателю.

Лучшей подготовкой к контрольным работам является активная работа на занятиях (внимательное прослушивание и тщательное конспектирование лекций, активное участие в практических занятиях) и регулярное повторение материала и выполнение домашних заданий. В таком случае требуется минимальная подготовка к контрольным работам, заключающаяся в повторении и закреплении уже освоенного материала.

### **Работа с книжными и электронными источниками**

В процессе подготовки к практическим занятиям, обучающемуся необходимо обратить особое внимание на самостоятельное изучение рекомендованной учебно-методической (а также научной и популярной) литературы.

Самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной и популярной литературой, материалами периодических изданий и Интернета, статистическими данными является наиболее эффективным методом получения знаний, позволяет значительно активизировать процесс овладения информацией, способствует более глубокому усвоению изучаемого материала, формирует у обучающихся свое отношение к конкретной проблеме.

Более глубокому раскрытию вопросов способствует знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной преподавателем по каждой теме семинарского или практического занятия, что позволяет обучающемуся проявить свою индивидуальность в рамках выступления на данных занятиях, выявить широкий спектр мнений по изучаемой проблеме.

## **ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**

<b>№ п/п</b>	<b>№ семестра</b>	<b>Виды работы</b>	<b>Образовательные технологии</b>	<b>Часы</b>
1. _____	7	Практическое занятие: представление истории болезни пациента.	Подготовка и защита истории болезни	
2. _____	7	Практическое занятие “Изучение истории болезни и постановка предварительного диагноза. Каков ваш предварительный	История болезни	
3. _____		Практическое занятие “Чтение истории	Определение симптомов заболевания	

		болезни, определение симптомов, постановка диагноза и выбор методики л		
4.		Оформление медицинской документации (журнал дежурного врача, медицинская карта)	Истории болезни	
5.		Практическое занятие Определите( по статистическим данным в поликлинике )ос новные заболевания пожилых людей в вашем регионе. ( What are the main old people illnesses in your country? )	Работа с книжными источниками, учебниками и дополнительной литературой	
6.		Практическое занятие Сбор анамнеза и оформление истории болезни	История болезни	
7.		Практическое занятие “поставьте диагноз в диалоге между доктором и пациентом. Приведите другие симптомы, которые встречаются при этом заболевании”	Беседа доктора с пациентом	
8.		Практическое занятие Чтение и перевод профессиональн	Разбор новых технологий в лечении и обследовании	

		о ориентированных текстов из медицинских зарубежных источников	пациентов.	
9.		Практическое занятие “поставьте диагноз в диалоге между доктором и пациентом. Приведите другие симптомы, которые встречаются при этом заболевании ”	Беседа доктора с пациентом	
10.	<b>Итого:</b>			

## УЧЕБНО - МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

### 7.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы

	<p><b>Список основной литературы</b></p>
	<p>Учебники, учебные пособия, курсы лекций</p>
<p>1.</p>	<p>Богатырева, О. А. Иностран- ный язык (английск ий) : учебное пособие / О. А. Богатыре ва, Е. В. Якушко. — Новосибирск : Новосиби рский госуда рственный техниче ский универси тет, 2021. — 168 с. — ISBN 978-5-7782-4559-4. — Текст : элект ронн ый // Цифровой образоват ельный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL:</p>

	<p> <a href="https://www.iprbooks.hop.ru/126553.html">https://www.iprbooks.hop.ru/126553.html</a>  (дата обращения: 19.09.2023). —  Режим доступа: для авторизированных пользователей </p>
<p>2.</p>	<p> Украинец, И. А.  Иностранный язык (английский) в профессиональной деятельности : учебное пособие / И. А. Украинец. —  Москва : Российский государственный университет правосудия, 2019. — 40 с. — ISBN  Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс </p>



	<p>IPR SMART : [сайт]. — URL: <a href="https://www.iprbooks.hor.ru/94181.html">https://www.iprbooks.hor.ru/94181.html</a> (дата обращения: 19.09.2023). — Режим доступа: для авторизированных пользователей</p>
	<p><b>Список дополнительной литературы</b></p>
	<p>Иностранный язык (английский). Интерактивные занятия : учебное пособие / составители Ю. В. Смирнова, И. В. Лисковец. — Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский государственный университет промышленных технологий и</p>

	<p>дизайна, 2019. — 92 с. — Текст : электронн ый // Цифровой образоват ельный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <a href="https://www.iprbooks.ru/102415.html">https://ww w.iprbooks hop.ru/102 415.html</a> (дата обращени я: 19.09.202 3). — Режим доступа: для авторизир . пользоват елей. -</p>
--	--

## 7.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Н  
М  
М  
Н  
Р  
Р  
Н  
К  
К  
К  
К  
П  
П  
П  
/

### 7.3. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение

Лицензионное программное обеспечение	Реквизиты лицензий/ договоров
Microsoft Azure Dev Tools for Teaching 1. Windows 7, 8, 8.1, 10 2. Visual Studio 2008, 2010, 2013, 2019 5. Visio 2007, 2010, 2013 6. Project 2008, 2010, 2013 7. Access 2007, 2010, 2013 и т. д.	Идентификатор подписчика: 1203743421 Срок действия: 30.06.2022  (продление подписки)
MS Office 2003, 2007, 2010, 2013	Сведения об Open Office: 63143487,

	Лицензия бессрочная
Антивирус Dr.Web Desktop Security Suite	Лицензионный сертификат Серийный № 8DVG-V96F-H8S7-NRBC Срок действия: с 20.10.2022 до 22.10.2023
Консультант Плюс	Договор № 272-186/С-23-01 от 20.12.2022 г.
Цифровой образовательный ресурс	Лицензионный договор №10423/23П от 30.06.2023 г. Срок действия: с 01.07.2023 г. до 30.06.2024 г.
Бесплатное ПО	
Sumatra PDF, 7-Zip	

## 8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

### 8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий

Специализированная мебель:

доска меловая – 1 шт.,

парты- 12 шт., стулья –28 шт.

1 преподавательский стол, 1 вешалка.

Технические средства обучения, служащие для предоставления учебной информации большой аудитории:

Экран рулонный - 1 шт.

Ноутбук - 1 шт.

Мультимедиа – проектор - 1 шт.

Лингафонное оборудование

### 3. Помещение для самостоятельной работы.

#### Электронный читальный зал (БИЦ)

Комплект проекционный, мультимедийный интерактивный: интерактивная доска , проектор , универсальное настенное крепление. Персональный компьютер-моноблок -18 шт.

Персональный компьютер – 1 шт.

Столы на 1 рабочее место – 20 шт. Столы на 2 рабочих места – 9 шт. Стулья – 38шт. МФУ – 2 шт.

#### Читальный зал(БИЦ)

Столы на 2 рабочих места – 12 шт. Стулья – 24 шт.

#### Отдел обслуживания печатными изданиями (БИЦ)

Комплект проекционный, мультимедийный оборудование:

Экран настенный. Проектор. Ноутбук.

Рабочие столы на 1 место – 21 шт. Стулья – 55 шт.

Специализированная мебель (столы и стулья): Рабочие столы на 1 место – 24 шт. Стулья – 24 шт.

Компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ФГБОУ ВО «СевКавГА»:

Персональный компьютер – 1шт. Сканер – 1 шт. МФУ – 1 шт.

#### Электронный читальный зал

Специализированная мебель (столы и стулья): компьютерный стол – 20 шт., ученический стол - 14 шт, стулья – 47 шт., стол руководителя со спикером - 1 шт, двухтумбовый стол -2 шт.

Компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ФГБОУ ВО «СКГА»: моноблок - 18 шт. , Персональный компьютер -1 шт. МФУ – 2 шт.

### **Читальный зал**

Специализированная мебель (столы и стулья): ученический стол - 12 шт, стулья – 24 шт., картотека - 2 шт, шкаф железный -1 шт., стеллаж выставочный - 1 шт.

### **8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся**

1. Рабочее место преподавателя, оснащенное компьютером с доступом в интернет.
2. Рабочие места обучающихся, оснащенные компьютером с доступом в интернет, предназначенные для работы в цифровом образовательном ресурсе.

## **9. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Для обеспечения образования инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья разрабатывается (в случае необходимости) адаптированная образовательная программа, индивидуальный учебный план с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в частности применяется индивидуальный подход к освоению дисциплины, индивидуальные задания: рефераты, письменные работы и, наоборот, только устные ответы и диалоги, индивидуальные консультации, использование диктофона и других записывающих средств для воспроизведения лекционного и семинарского материала.

В целях обеспечения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья комплектуется фонд основной учебной литературой, адаптированной к ограничению электронных образовательных ресурсов, доступ к которым организован в БИЦ Академии. В библиотеке проводятся индивидуальные консультации для данной категории пользователей, оказывается помощь в регистрации и использовании сетевых и локальных электронных образовательных ресурсов

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ Медицинская терминология**

## ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

### Медицинская терминология

#### 1. Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины

Индекс	Формулировка компетенции
УК-4	Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия

#### Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

Этапность формирования компетенций прямо связана с местом дисциплины в образовательной программе.

Разделы (темы) дисциплины	Формируемые компетенции (коды)
	УК-4
Сердечно-сосудистая система	
Дыхательная система	
Пищеварительная система	

Кровь и ее компоненты

Соединительная ткань

Мочевыделительная система

Кардиология

Пульмонология

Гастроэнтерология

Гематология

Ревматология

Нефрология





### 3. Показатели, критерии и средства оценивания компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины

**УК-4** - Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном (ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия

Индикаторы достижения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетворительно	удовлетворительно	Хорошо	Отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
УК-4.1. применяет современные коммуникативные технологии поиска необходимой информации в процессе решения различных коммуникативных задач на государственном и иностранном (-ых) языках; стилистику устных деловых разговоров на государственном и иностранном (-ых) языках;	Допускает ошибки при установлении и развитии контактов в соответствии с потребностями совместной деятельности, включая обмен информацией и выработку единой стратегии взаимодействия, в том числе на иностранном(ых) языке(ах).	Демонстрирует частичные знания в соответствии с потребностями совместной деятельности. Теоретически знает требования к обмену информацией и выработке единой стратегии взаимодействия.	Демонстрирует знания основных базовых правил в соответствии с потребностями совместной деятельности. Теоретически знает требования к обмену информацией и выработке единой стратегии взаимодействия	Раскрывает полное знание базовых правил в соответствии с потребностями совместной деятельности. Теоретически знает требования к обмену информацией и выработке единой стратегии взаимодействия	Устный опрос Текущий тестовый контроль, Ситуационные задачи, Контрольная работа	Зачет Зачет Зачет Зачет с оценкой

<p>УК-4.2. выбирает коммуникативно приемлемые стили делового общения на государственном и иностранном (-ых) языках, вербальные и невербальные средства взаимодействия с партнерами; использует информационно-коммуникационные технологии при поиске необходимой информации в процессе решения различных коммуникативных задач на государственном и иностранном (-ых) языках;</p>	<p>Не умеет и не готов осуществлять прямой и обратный переводы с государственного языка на иностранный и наоборот для академического и профессионального взаимодействия</p>	<p>Демонстрирует частичные знания перевода с государственного языка на иностранный и наоборот для академического и профессионального взаимодействия</p>	<p>Умеет вести диалог, беседовать о своих планах, писать письмо; заполнять анкету, выступать с сообщениями т докладами, но не постоянно учитывает особенности ведения официального общения, используя оценочные суждения.</p>	<p>Готов и умеет осуществлять прямой и обратный переводы с государственного языка на иностранный и наоборот для академического и профессионального взаимодействия.</p>	<p>Устный опрос Текущий тестовый контроль, Ситуационные задачи,</p>
<p>УК-4.3. ведет коммуникативно и культурно приемлемо устные деловые</p>	<p>Не владеет коммуникативными и навыками работы с основными видами</p>	<p>Частично владеет навыками общения на иностранном языке в профессиональной деятельности;</p>	<p>Владеет основными навыками общения на иностранном языке в профессиональной деятельности;</p>	<p>В полной мере владеет навыками общения на иностранном языке в профессиональной деятельности;</p>	<p>Устный опрос Текущий тестовый контроль,</p>

разговоры на государственном и иностранном (-ых) языках;	словарно – справочной литературы; общения на иностранном языке в профессиональной деятельности	навыками самостоятельной работы с языковыми материалами с использованием справочной и учебной литературы.	навыками самостоятельной работы с языковыми материалами с использованием справочной и учебной литературы	навыками самостоятельной работы с языковыми материалами с использованием справочной и учебной литературы	Ситуационные задачи,
УК-4.4 ведет деловую переписку, учитывая особенности стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурные различия в формате корреспонденции и на государственном и иностранном (-ых) языках; выполняет перевод академических текстов с иностранного (-ых) на государственный язык.	Не владеет коммуникативными и навыками работы с основными видами словарно – справочной литературы; общения на иностранном языке в профессиональной деятельности	Частично владеет навыками общения на иностранном языке в профессиональной деятельности; навыками самостоятельной работы с языковыми материалами с использованием справочной и учебной литературы.	Владеет основными навыками общения на иностранном языке в профессиональной деятельности; навыками самостоятельной работы с языковыми материалами с использованием справочной и учебной литературы	В полной мере владеет навыками общения на иностранном языке в профессиональной деятельности; навыками самостоятельной работы с языковыми материалами с использованием справочной и учебной литературы	Устный опрос Текущий тестовый контроль, Ситуационные задачи,

#### 4. КОМПЛЕКТ КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

##### Вопросы к зачету по дисциплине «Медицинская терминология»

##### 7 семестр

1. Анатомия сердца. Камеры сердца. Клапаны правого предсердия. Клапаны левого предсердия.
2. Большой и малый круг кровообращения. Малый круг кровообращения.
3. Функции сердца.
4. Изменение данных перкуссии относительной и абсолютной тупости сердца при основных патологических синдромах и заболеваниях сердца и сосудов: дилатации желудочков и предсердий, поражениях атриовентрикулярных и полулунных клапанов, артериальной гипертензии, аневризме аорты и др.
5. I и II тоны сердца. Механизм образования. Отличительные свойства тонов. Изменение первого и второго тонов при заболеваниях сердца и сосудов. Диагностическое значение.
6. III и IV тоны сердца. Тон открытия митрального клапана. Систолический щелчок. Механизм образования. Отличительные свойства тонов. Ритмы галопов. Диагностическое значение.
7. Дополнительные тоны сердца. Систолический и диастолический галоп. Механизм образования. Отличительные свойства тонов. Диагностическое значение.
8. Синдромы острой сосудистой недостаточности (обморок, синкопальное состояние, коллапс, шок). Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, механизм симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика.
9. Исследование артериального пульса. Свойства пульса в норме и при основных патологических синдромах и заболеваниях сердца и сосудов. Причины и механизмы возникновения *pulsus differens*, *pulsus deficiens*, *pulsus filiformis*, *pulsus celer, altus, magnus et frequens*, *pulsus parvus, tardus et rarus*. Диагностическое значение исследования артериального пульса на сонных, плечевых, бедренных, подколенных артериях и артериях тыла стопы.
10. Лабораторная и инструментальная диагностика синдрома артериальной гипертензии (методика и диагностическое значение офисного измерения АД, суточного мониторирования АД, изменения на ЭКГ, при ЭХО-КГ, изменения биохимического анализа крови, мочи, пробы по Зимницкому, УЗИ почек, исследование глазного дна)
11. Артериальное давление. Определение. Измерение и нормальные показатели. Изменение АД при различных патологических состояниях.
12. Электрокардиография. Определение. Описание нормы. Наиболее часто встречающиеся клиничко-электрокардиографические синдромы.
13. Суточное мониторирование АД. Определение. Техника. Описание нормы.
14. Анатомия и гистология легких и бронхов. Сегменты и доли легких.
15. Функции легких. Газообмен.  
Перкуссия и аускультация легких.
17. Симптом удушья. Определение. Различные виды удушья и механизмы формирования.
18. Описание удушья (детализация симптома). Характерные особенности удушья при заболеваниях дыхательной системы и сердца.
19. Изменение данных осмотра и пальпации грудной клетки при основных бронхолегочных синдромах. Различные формы грудной клетки. Болезненность, симметричность грудной клетки и симметричность дыхания.

20. Определение голосового дрожания. Механизмы изменений, диагностическое значение.
21. Характер перкуторного звука на симметричных участках грудной клетки в норме и при основных бронхолегочных синдромах.
22. Причины смещения вверх и вниз нижней границы легких и уменьшения дыхательной экскурсии нижнего края.
23. Характеристика побочных дыхательных шумов при основных бронхолегочных синдромах. Механизмы возникновения сухих, влажных хрипов, крепитации и шума трения плевры. Отличия их друг от друга.
24. Диагностическое значение звонких и не звонких влажных хрипов, басовых и дискантовых сухих хрипов, шума трения плевры.
25. Одышка. Определение. Различные виды одышки. Механизмы возникновения. Описание одышки (детализация симптома).
26. Характерные особенности одышки при заболеваниях органов дыхания, сердца, крови, при поражении головного мозга и др.
27. Лабораторная диагностика заболеваний легких.
28. Инструментальная диагностика легочных заболеваний.
29. Анатомия и гистология пищевода, желудка, кишечника, печени.
30. Функции пищевода. Механизм переваривания. Участие кишечника в продвижении пищи.
31. Задачи поверхностной ориентировочной пальпации живота.
32. Диагностическое значение определения болезненности, напряжения мышц передней брюшной стенки, расхождение прямых мышц живота и пупочного кольца. Определение симптома раздражения брюшины.
33. Осмотр и перкуссия живота. Форма живота, участие живота в дыхании, рубцы, расширение вен передней брюшной стенки.
34. Методы определения асцита, диагностическое значение. Определение размеров печени и селезенки. Гепатомегалия и спленомегалия, диагностическое значение.
35. Диспепсические явления. Определение понятия пищевой и желудочной диспепсии.
36. Причины и механизмы органической и функциональной диспепсии. Описание характерных симптомов (детализация жалоб) при поражении пищевода и желудка. Диагностическое значение
37. Боли в животе. Механизм формирования спастических, дистензионных, перитонеальных и сосудистых болей.
38. Описание болей (детализация симптома). Особенности болевых ощущений в животе, обусловленных различными механизмами и различной локализацией поражения желудочно-кишечного тракта и пищевода.
39. Синдром пищевой и желудочной диспепсии. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, механизм симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика
40. Синдром портальной гипертензии. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, механизм симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика.
41. Синдром желчной колики. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, механизм симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика.
42. Синдромы гемолитической (надпеченочной) желтухи. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, механизм симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика.
43. Синдромы механической (подпеченочной) желтухи. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, механизм симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика.

44. Синдром мальабсорбции и мальдигестии. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, механизм симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика
45. Синдром поражения толстой кишки (колиты). Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, механизм симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Причины, механизмы и клинические проявления хронических колитов.
46. Отличия колитической и энтеральной диареи.

## **8 семестр**

1. Морфология и физиология крови.
2. Особенности крови как плазмы.
3. Состав, функции, свойства крови.
4. Состав плазмы. Сыворотка. Эритроциты. Тромбоциты. Лейкоциты.
5. Гемолиз: определение, виды. Гемостаз: механизмы, фазы свертывания крови.
6. СОЭ. Группы крови, методики определения.
7. Резус-фактор, резус-конфликт.
8. Донорство. Гемотрансфузия
9. Методы исследования системы крови.
10. Жалобы и симптомы пациентов с заболеваниями крови.
11. Структура и функции соединительной ткани.
12. Функции соединительной ткани.
13. Соединительная ткань как каркас организма.
14. Основные жалобы и симптомы при заболеваниях суставов.
15. Фасеточный синдром. Диагностика. Клиническая значимость.
16. Синдром гипермобильности суставов: диагностика, клиническая значимость.
17. Синдром боли в нижней части спины: этиология, клиника, диагностика, лечение.
18. Анатомия и физиология почек, мочевого пузыря.
19. Функции почек.
20. Скорость клубочковой фильтрации (клиренс креатинина). Анализ крови на СКФ.
21. Нефротический синдром. Определение. Причины и механизм возникновения. Почечная колика. Определение. Причины и механизм возникновения почечной колики.
23. Описание болей (детализация симптома). Отличие почечной колики от других болей, обусловленных патологией почек и мочевыводящих путей.
24. Нефритический синдром. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, механизмы симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика.
25. Дизурические расстройства. Понятие о нарушении образования и выделения мочи.
26. Причины, механизмы возникновения и клинические признаки полиурии, анурии, олигурии, странгурии, поллакиурии, никтурии, ишурии. Диагностическое значение.

## **9 семестр**

1. Гипертоническая болезнь. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования.
2. Основные синдромы и симптомы ГБ. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.

3. Инфаркт миокарда. Определение, классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Осложнения
4. Инфаркт миокарда без подъема ST. Лабораторная и инструментальная диагностика инфаркта миокарда без подъема ST (клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, ЭХО-КГ, коронароангиография).
5. Инфаркт миокарда с подъемом ST. Лабораторная и инструментальная диагностика инфаркта миокарда без подъема ST (клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, ЭХО-КГ, коронароангиография).
6. Острый инфаркт миокарда. Особенности клинического течения.
7. Недостаточность митрального клапана. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
8. Ишемическая болезнь сердца. Определение. Этиология, патогенез, клиническая картина. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика.
9. Стенокардия напряжения. Вазоспастическая стенокардия. Стабильная стенокардия.
10. Недостаточность трикуспидального клапана. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
11. Недостаточность митрального клапана. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования.
12. Механизм синдромов и симптомов при недостаточности митрального клапана.. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
13. Дилатация желудочков сердца. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования
14. Дилатация предсердий сердца. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования
15. Аритмии. Определение. Классификация. Патогенез.
16. Жалобы и клиническая картина аритмии. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика.
17. Пневмония. Определение. Классификация. Патогенез. Клиническая картина
18. Очаговая пневмония. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
19. Долевая пневмония. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования, механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
20. Крупозная пневмония. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
21. Бронхиальная астма. Определение, этиология, патогенез.
22. Жалобы и клиническая картина БА. Результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
23. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Определение, этиология, патогенез.
24. Жалобы и клинические проявления ХОБЛ. Основные синдромы и симптомы. Лабораторная и инструментальная диагностика.

1. Энтериты. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
2. Колиты. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
3. Гастриты. Определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
4. Хронический гастрит. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
5. Язвенная болезнь желудка. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика.
6. Анемии. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
7. Железодефицитная анемия. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.  
В-12 дефицитная анемия. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
9. Острая постгеморрагическая анемия. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
10. Гломерулонефриты. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
11. Острый гломерулонефрит. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
12. Хронический гломерулонефрит. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.
13. Циститы. Определение, этиология, патогенез, клиническая картина, результаты физикального обследования. Механизм синдромов и симптомов. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения.



**Разноуровневые тестовые задания  
по дисциплине «Медицинская терминология»**

Тон открытия митрального клапана появляется при:  
митральной недостаточности  
митральном стенозе  
артериальной гипертензии  
легочной гипертензии  
инфаркте миокарда

Наиболее частая причина митрального стеноза:  
атеросклеротическое изменение клапана  
врожденный порок  
инфекционный эндокардит  
d. ревматическая болезнь сердца  
инфаркт миокарда

При недостаточности аортального клапана характерно:  
a. высокое систолическое и диастолическое АД  
нормальное систолическое и повышенное диастолическое АД  
нормальное или повышенное систолическое АД и сниженное  
диастолическое АД  
АД не изменяется  
легочная гипертензия

Для какого врожденного порока сердца характерна повторная  
циркуляция дополнительного объема крови в легких:  
коарктация аорты  
дефект межпредсердной перегородки  
транспозиция магистральных сосудов  
открытый артериальный (Боталлов) проток  
дефект межжелудочковой перегородки

Уменьшение или задержка пульсовой волны на бедренной  
артерии по сравнению с лучевой артерией наблюдается при:  
феохромцитоме  
коарктации аорты  
атеросклерозе аорты  
синдроме Иценко-Кушинга  
артериальной гипертензии

20-летний мужчина предъявляет жалобы на одышку при  
физическом напряжении, головную боль и головокружение. При  
обследовании выявлена гипертензия и ремоделирование левого желудочка.  
Рентгенологическая картина демонстрирует неровный контур нижнего края  
ребер. Наиболее вероятный диагноз:  
феохромцитомы

карциноидный синдром  
коарктация аорты  
медиастинальный синдром  
инфекционный эндокардит

При инфекционном эндокардите чаще поражаются клапаны:

клапан легочной артерии  
аортальный клапан  
митральный клапан  
трикуспидальный  
b и d верно

Вторичный инфекционный эндокардит - это:

a. -инфекционный эндокардит у пациента, перенесшего инфаркт миокарда  
инфекционный эндокардит у пациента с абсцессом легкого  
инфекционный эндокардит у пациента с иммунодефицитом  
инфекционный эндокардит у пациента с пороком сердца  
инфекционный эндокардит у пациента с сепсисом

Для клинической картины инфекционного эндокардита у

внутривенных наркоманов наиболее характерно:

поражение митрального клапана с формированием диастолического

шума над верхушкой, выраженной легочной гипертензией с кровохарканьем

частое поражение аортального клапана с формированием грубого систолического шума во II межреберье справа от грудины, проводящегося на сосуды

шеи, с симптомами коронарной и церебральной гипоперфузии

манifestация заболевания с клиники острого гломерулонефрита

d. частое поражение трикуспидального клапана с появлением систолического шума в его проекции, с развитием тромбоэмболического

синдрома, инфарктных пневмоний и дыхательной недостаточности

развитие дилатации всех камер сердца со снижением его

систолической и диастолической функции, появлением тяжелой сердечной

недостаточности и тромбоэмболическим синдромом

В лечении инфекционного эндокардита наиболее эффективны:

a. нестероидные противовоспалительные препараты

кортикостероиды

цитостатики

антибиотики

противовирусные препараты

Важнейшим из перечисленных дифференциально-диагностических признаков ХОБЛ является:

экспираторное диспноэ

кашель с отделением мокроты

ослабленное или жесткое везикулярное дыхание с удлиненным

выдохом, сухими жужжащими и влажными мелкопузырчатыми хрипами  
необратимая или частично обратимая бронхиальная обструкция

е. все вышеперечисленное

Диагностическими критериями ХОБЛ являются:

«кашлевой анамнез» не менее 2 лет по 3 месяца подряд  
отрицательный бронходилатационный тест

с. отсутствие другой патологии бронхолегочного аппарата,  
обуславливающей «кашлевой анамнез» (бронхиальная астма, рак, туберкулез  
и др.)

все вышеперечисленное

экспираторное диспноэ

спирографический показатель наиболее информативен для  
диагностики бронхиальной астмы:

а. ЖЕЛ

ОФВ1

Ровд

Ровыд

ПСВ (пиковая скорость выдоха)

Какие препараты противопоказаны при бронхообструкции:

пропранолол

преднизолон

с. амлодипин

d. парацетамол

беклометазон

С целью уменьшения легочной гипертензии у пациента,  
страдающего неконтролируемой бронхиальной астмой, наиболее  
эффективен:

а. пропранолол

b. амлодипин

с. беклометазон

d. нитроглицерин

е. парацетамол

Механизмы действия агонистов бета-2-рецепторов при  
бронхиальной астме включает все, кроме:

а. релаксация гладкой мускулатуры дыхательных путей

b. ингибирование экссудации плазмы и отека дыхательных путей

с. увеличение мукоцилиарного клиренса

d. увеличение высвобождения медиаторов тучными клетками

е. предотвращают секрецию слизи

Наиболее распространенные побочные эффекты бета-2 агонистов:

- a. сухость во рту, задержка мочеиспускания и глаукома
- b. мышечный тремор и учащенное сердцебиение  
тошнота, рвота
- d. хрипота (дисфония) и оральный кандидоз
- e. головные боли

Сальбутамол относится к группе:

- a. кортикостероидов
- b. агонистов альфа-адрергических рецепторов
- c. агонистов бета-адренергических рецепторов
- d. антихолинергических препаратов
- . бета-адреноблокаторов

Рекомендуемые пероральные дозы сальбутамола:

- a. 10-20 мг каждые 6-8 часов
- b. 2-4 мг каждые 6-8 часов
- c. 200-400 мг каждые 6-8 часов
- d. 40-60 мг в день
- e. 30 мг в день

Кромолин натрия и недокромил натрия - препараты для контроля астмы, которые являются доказанными в направлении:

- a. действуют как противовоспалительные средства
- b. ингибируют фосфодиэстеразу в гладкомышечных клетках дыхательных путей
- c. ингибируют выделение медиаторов из тучных клеток и уменьшают чувствительность афферентных нервных окончаний
- d. предотвращают холинергическую бронхоконстрикцию
- e. предотвращают секрецию слизи

Беклометазон дипропионат обычно используется:

- a. внутривенно
- b. подкожно
- c. в виде гормонального аэрозоля
- d. перорально
- e. внутримышечно

Триамцинолона ацетонид - это:

- a. кортикостероид
- b. агонист альфа-адренергических рецепторов
- c. агонист бета-адренергических рецепторов

- d. антихолинергический препарат
- e. НПВС

Ингаляционные глюкокортикоиды пациентам бронхиальной астмой показаны при:

- a. легком эпизодическом течении
- b. легком персистирующем течении
- c. течении средней тяжести
- d. в каждом из вышеперечисленных случаев
- e. необратимой или частично обратимой бронхиальной обструкции

Назовите препарат с минимальной системной глюкокортикоидной биодоступностью:

- a. преднизолон
- b. дексаметазон
- c. беклометазона дипропионат
- d. флютиказона пропионат
- e. метилпреднизолон

Болезненное глотание называют:  
дисфагия

- b. одиофагия
- c. диспепсия
- d. атаксия
- e. мелена

Пептическая язва пищевода может присутствовать при:

- a. остеопорозе
- b. синдроме Рейтера
- c. ГЭРБ
- d. ахалазии кардии
- e. хроническом гепатите

Пищевод Барретта характеризуется:

- a. нижняя часть пищевода выстлана цилиндрическим эпителием
- b. верхняя часть пищевода выстлана цилиндрическим эпителием
- c. нижняя часть пищевода выстлана мерцательным эпителием
- d. нижняя часть пищевода выстлана многослойным эпителием
- e. верхняя часть пищевода выстлана мерцательным эпителием

Аденокарцинома пищевода чаще развивается при:

- a. пищеводе Барретта
- b. ахалазии кардии

- c. рубцовой стриктуре пищевода
- d. злоупотреблении алкоголем
- e. аденокарциноме желудка

Желудочный сок содержит:

- a. пепсин, липазу и ренин
- b. трипсин, липазу и ренин
- c. трипсин, липазу и ренин
- d. трипсин, пепсин и ренин
- e. амилазу, липазу, трипсин

Специфический гормон желудка:

- a. секретин
- b. серотонин
- c. амфетамин
- d. трипсин
- e. амилаза

Пищеварительные гормоны секретин и холецистокинин выделяются в:

- a. пищеводе
- b. желудке
- c. подвздошной кишке
- d. двенадцатиперстной кишке
- e. толстой кишке

Какой из следующих симптомов не связан с функциональным расстройством желудка:

- a. ощущение переполнения желудка после приема пищи
- b. боль в эпигастральной области
- c. мелена
- d. изжога
- e. отрыжка

Признаки демпинг-синдрома после субтотальной гастрэктомии:

- a. икота и диарея
- b. усталость и боль в эпигастрии
- c. запор и лихорадка
- d. обильное потоотделение и диарея
- e. повышение температуры тела и диарея

Наиболее распространенная причина гастродуоденальной язвы:

- a. курение

- b. нестероидные противовоспалительные препараты
- c. синдром Золлингера-Эллисона
- d. употребление алкоголя
- e. наследственная отягощенность

Пептические язвы могут быть вызваны всеми факторами, кроме:

- a. эмоциональное напряжение
- b. потребление острых продуктов
- c. инфекция *Helicobacter pylori*
- d. долгосрочное использование нестероидных противовоспалительных средств
- e. непереносимость глютена

Наиболее распространенное осложнение гастродуоденальной язвы:

- a. перфорация
- b. пилоростеноз  
пенетрация
- d. кровотечение
- e. малигнизация

Нарушение обмена веществ при пилоростенозе характеризуется:

- a. дыхательным алкалозом
- b. метаболическим ацидозом
- c. метаболическим алкалозом с парадоксальной ацидурией
- d. метаболическим алкалозом со щелочной мочой
- e. дыхательным алкалозом со щелочной мочой

Что неправильно относительно лечения гастродуоденальной язвы:

- a. в отношении репарации язв антациды и блокаторы H<sub>2</sub> гистаминовых рецепторов обладают одинаковой эффективностью
- b. ингибиторы протонной помпы по сравнению с блокаторами H<sub>2</sub> гистаминовых рецепторов оказывают более выраженный репаративный и анальгезирующий эффекты при длительном использовании (более 2-4 недель)
- c. коллоидный субцитрат висмута подавляет *H.pylori* и образует хелатный комплекс с язвой, способствуя ее заживлению
- d. эрадикация *H.pylori* трехкомпонентной схемой, включающей омепразол, амоксициллин и метронидазол, требует только 5 дней лечения
- e. эрадикация *H.pylori* трехкомпонентной схемой, включающей омепразол, амоксициллин и метронидазол, требует 7-10-14 дней лечения

При какой болезни более чем у 80% пациентов имеет место

фенотип HLA-B27:

- a. туннельный синдром запястного канала
- b. синдром Рейтера
- c. аппендицит
- d. гастродуоденальная язва
- e. цирроз печени

Что из перечисленных веществ является провоспалительным цитокином:

- a. СРБ
- b. интерлейкин 4
- c. интерлейкин 10
- d. фактор некроза опухоли альфа
- e. прокальцитонин

Интерлейкин-1 вызывает:

- a. активацию Т лимфоцитов
- b. отсроченное заживление раны
- c. повышенное восприятие боли
- d. снижение количества нейтрофилов в костном мозге
- e. снижение активности Т лимфоцитов

Значение ревматоидного фактора при ревматоидном артрите:

- a. наличие ревматоидного фактора ассоциировано с плохим прогнозом
- b. отрицательный ревматоидный фактор исключает диагноз ревматоидного артрита
- c. связан с ювенильным ревматоидным артритом
- d. коррелирует со степенью активности заболевания
- e. наличие ревматоидного фактора ассоциировано с хорошим прогнозом

Ревматоидный артрит - это аутоиммунное заболевание, которое характеризуется:

- a. воспалением и гиперплазией синовиальной оболочки
- b. продукцией аутоантител
- c. деструкцией хрящевой и костной ткани
- d. системными проявлениями, в том числе со стороны сердечнососудистой, дыхательной системы, психическими и скелетными расстройствами
- e. всеми указанными признаками

45-летняя женщина предъявляет жалобы на усиление болей в



суставах в вечернее время после напряженного дня на работе и ночью в покое. Объективно - отечность рук и ног, болезненность в области шеи.

Ревматоидный фактор слабо положительный. Какое из следующих исследований рекомендуется пациентке для верификации диагноза: антитела к циклическому цитруллиновому пептиду

- b. ультразвуковое сканирование рук и ног
- c. антитела анти-Jo-1
- d. СОЭ и СРБ
- e. антимитохондриальные антитела

У 64-летнего мужчины обнаружен симметрический артрит обеих рук с наличием ранней утренней скованности. Результаты рентгенологического исследования: периартикулярный остеопороз пястнофаланговых суставов; эрозия шиловидного отростка локтевой кисти; симметричность поражения; уменьшение межсуставных щелей в костях кистей. Предположительный диагноз:

- a. анкилозирующий спондилоартрит
- b. ревматоидный артрит
- c. подагра
- d. вторичный остеоартрит
- e. псориатический артрит

Какое из лекарств является препаратом первого ряда для пациента с ревматоидным артритом:

- a. ибупрофен
- b. метотрексат
- c. глюкозамина сульфат
- d. пантопразол
- e. преднизолон

Какое положение в отношении инфликсимаба наиболее правильное:

- a. является моноклональным антителом к рецептору гликопротеина IIb-IIIa
- b. возможно использовать для лечения тяжелого язвенного колита
- c. лицензирован для лечения ревматоидного артрита
- d. предотвращает рецидив болезни Крона у пациентов в стадии ремиссии
- e. не должен использоваться в сочетании с метотрексатом из-за повышения токсичности

Остеоартрит характеризуется всеми признаками, кроме: дегенерации суставного хряща и изменений в других суставных

тканях,

- b. сужения суставной щели, субхондрального склероза, субхондральных кист и краевых остеофитов
- c. боли при начале движения («стартовые» боли)
- d. утренней скованности в суставах более 1 ч
- e. боли в ночное время

Симптоматические медленно действующие лекарственные средства для лечения остеоартрита не включают:

- a. гиалуроновую кислоту
- b. глюкозамина сульфат
- c. метотрексат
- d. хондроитин сульфат
- e. диацерин

45-летний мужчина жалуется на боль в спине и множественную боль в суставах. При рентгенологическом исследовании поясничного отдела позвоночника обнаружен двусторонний сакроилеит. Вероятный диагноз: ревматоидный артрит

- b. анкилозирующий спондилит
- c. псориатический артрит
- d. остеоартрит
- e. подагра

У 25-летней женщины с системной красной волчанкой диагностирован диффузный пролиферативный гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Оптимальное лечение:

- a. азатиоприн
- b. преднизолон
- c. азатиоприн и преднизолон
- d. преднизолон и циклофосфамид внутривенно
- e. преднизолон и метотрексат

Пациент предъявляет жалобы на скованность рук и дисфагию.

Предположительный диагноз:

ахалазия кардии

- b. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- c. рак пищевода
- d. системная склеродермия
- e. дерматомиозит

Самое высокое связывание железа отмечается с:

- a. трансферрином
- b. ферритином
- c. гемоглобином

- d. церулоплазмином
- e. протромбином

Серповидноклеточная анемия - это:

- a. ауточомное наследственное заболевание
- b. аллосомное наследственное заболевание
- c. нарушение статуса питания
- d. приобретенное заболевание
- e. заболевание, связанное с атрофией слизистой оболочки желудка

54. Функция почек не ассоциируется с:

- a. синтезом эритропоэтина
- b. синтезом ренина
- c. синтезом витамина Е
- d. активацией витамина Д
- e. секрецией ионов водорода

55. Первичная функция нисходящей части петли Генле в почках:

- a. реабсорбция ионов натрия
- b. реабсорбция воды путем осмоса
- c. секреция ионов водорода
- d. секреция ионов калия
- e. все перечисленное верно

56. Юкстагломерулярный аппарат почек состоит из

- юкстагломерулярных клеток в сочетании с:  
клетками плотного пятна (*macula densa*)  
клетками почечной лоханки
- c. нефронами
- d. клетками почечного синуса
- e. все перечисленное верно

57. Морфологические формы острого пиелонефрита:

- a. серозная
- b. гнойная
- c. гнойная с мезенхимальной реакцией
- d. все перечисленные формы
- e. лимфоцитарная

58. Пути инфицирования при хроническом пиелонефрите:

- a. лимфогенный
- b. гематогенный
- c. урогенный

- d. все перечисленные
- e. половой

59. Общий анализ мочи при хроническом пиелонефрите характеризуется:

- a. массивной протеинурией
- b. лейкоцитурией
- c. гематурией
- d. нефротическим синдромом
- e. всеми перечисленными признаками

60. Комплексные критерии эффективности антибактериальной терапии при хроническом пиелонефрите:

- a. нормализация температуры
- b. отсутствие болевых и дизурических явлений
- c. отсутствие лейкоцитурии
- d. отрицательный результат посева мочи
- e. все перечисленные

61. Предрасполагающие факторы острого гломерулонефрита:

- a. острые бактериальные инфекции
- b. острые вирусные инфекции
- c. паразитарные инфекции
- d. переохлаждение
- e. все перечисленные

### **Ситуационной задачи по дисциплине: Медицинская терминология**

#### **Задача1**

Пациент З., 68 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли в грудной клетке (за грудиной и между лопатками) и в шее, возникшие внезапно 2 часа назад. Приём нитроглицерина, введение баралгина – без заметного эффекта. Артериальная гипертензия до антигипертензивные препараты не принимал). Состояние ближе к тяжёлому, главным образом из-за резкой боли. Сознание ясное, возбужден. Кожа бледная, на руках и ногах отмечается мраморность; гипергидроз (холодный, липкий пот). Сердце: левая граница по среднеключичной линии, тоны сердца ритмичные, над всей областью сердца систолический

шум. Пульс – 110 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения; АД – 110/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови – без особенностей. Собрать мочу для анализа не удалось. ЭКГ: RI>RII>RIII, в отведении V2 R=S; SVI +RV5-6=38 мм. На рентгенограмме грудной клетки тень средостения на уровне дуги аорты – 13 см.

Назначить дополнительные методы обследования (при необходимости).

Сформулировать диагноз.

Назначить лечение.

### Задача2

У пациентки 50 лет в течение последних 2х недель регистрируется повышение артериального давления до 170/105 мм рт. ст., сопровождается диффузной головной болью, сердцебиением, общей слабостью. Из анамнеза выяснено, что эпизоды артериальной гипертензии возникали в течение последних 5 лет, пациентка самостоятельно принимала по 1 таблетке капотена под язык с удовлетворительным эффектом. Постоянную гипотензивную терапию не получает. Наличие инфарктов, инсультов в анамнезе отрицает. Вредные привычки, операции, травмы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Из наследственного анамнеза выяснено, что отец умер в возрасте 55 лет от обширного инфаркта миокарда, мать 65 лет жива, имеет СД 2 типа, страдает ГБ.

Объективно: Рост – 162 см, вес – 90 кг. Окружность талии – 98 см. Границы сердца не расширены, тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин, пульс – 82 уд. в мин. АД – 160/95 мм рт.ст. В ОАК, ОАМ без отклонений от нормы. Биохимический анализ крови: глюкоза – 6,3 ммоль/л, креатинин – 92 ммоль/л, общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,4 ммоль/л; ЛПНП – 4,7 ммоль/л, ТГ – 2,6 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС не отклонена. Пульс 85 уд.в мин. ЭхоКГ: ФВ 67, ММЛЖ 168 г.

УЗИ сосудов почек + доплерография: признаков нарушения проходимости почечных артерий нет.

Выделить ведущий синдром.

Назначить дополнительные методы обследования (при необходимости).

Сформулировать диагноз.

Назначить лечение.

### Задача3

Больной К., 56 лет, обратился с жалобами на приступообразные боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо и лопатку при подъеме на 3 этаж. Из анамнеза. Около двух месяцев назад по пути на работу во время ходьбы в привычном темпе впервые отметил возникновение давящих болей за грудиной, прекратившиеся через 4–5 минут после остановки. Продолжил ходьбу в более медленном темпе. После этого эпизода подобные приступы стали возникать по несколько раз в месяц (обычно в утренние часы) при быстрой ходьбе через 300–400 метров. По совету сослуживца начал принимать нитроглицерин во время приступа болей с положительным эффектом, болевой синдром купировался через 3 минуты. В течение пяти лет отмечаются колебания артериального давления в пределах 150–170/96–100 мм рт. ст. Анамнез жизни: курит с 20 лет по 1 пачке сигарет в день. Отец пациента умер от инфаркта миокарда в 55- летнем возрасте. Объективно. Состояние средней тяжести. Рост – 174 см. Вес – 98 кг. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание жесткое, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. Пульс – 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 164/96 мм рт. ст. Тоны сердца

приглушены, ЧСС 96 в минуту. Печень, селезенка не пальпируются. Отеков нет. Пульсация артерий стоп удовлетворительная.

ОАК, ОАМ без особенностей.

ЭКГ: синусовая тахикардия 98 в минуту. Нормальное положение ЭОС.

Общий холестерин крови – 6,7 ммоль/л.

УЗИ сосудов шеи: признаки атеросклероза сонных артерий: ОСА справа до 30% просвета, слева до 25% просвета.

Сформулировать предварительный диагноз.

Назначить дополнительные методы обследования (при необходимости).

Назначить лечение.

#### **Задача 4**

Больной С., 32 года, жалуется на кашель с выделением мокроты желто-коричневого цвета в небольшом количестве, боли в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, на одышку при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39,4°C, общую слабость, головную боль, «ломоту» в мышцах, сердцебиение, снижение аппетита.

Заболел остро, накануне днем, когда появились вышеуказанные жалобы. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. Принимал аспирин, однако сохранялись лихорадка, выраженная слабость и боли в грудной клетке, что послужило причиной обращения к врачу.

Перенесенные заболевания: детские инфекции (корь, ветряная оспа), ОРВИ. Курит по 1 пачке в день, алкоголь не злоупотребляет.

Семейный анамнез, аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное.

Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ. Рост – 186, вес – 72 кг. АД – 125/80 мм рт. ст. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 96 уд/мин. Температура тела – 38,9°C, ЧД до 28 в минут. Границы сердца не изменены. Тоны сердца громкие, ритмичные акцент II тона во втором межреберье слева от грудины.

Грудная клетка цилиндрической формы. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. При пальпации грудная клетка эластичная, правая половина грудной клетки болезненна, в нижних ее отделах – умеренное усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии: слева – звук ясный, легочный, справа – между лопатками и ниже угла лопатки по средней и задней подмышечным линиям выявлено притупление перкуторного звука. При аускультации легких: над участком укорочения перкуторного звука – бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы, над остальными участками легких – дыхание везикулярное. Бронхофония усилена справа в зоне укорочения перкуторного звука. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Анализ крови: гемоглобин – 155 г/л, лейкоциты – 20,0x10<sup>9</sup>/л: палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 12%, моноциты – 9%, тромбоциты – 180 x10<sup>9</sup>/л, Ht – 0,46, СОЭ – 37 мм/ч.

Анализ мочи в пределах нормы.

Рентгенография ОГК: справа, в области проекции S 7–8 средней доли и S 9–10 нижней доли, участки затемнения разного размера, умеренной интенсивности. Правый корень расширен, синусы свободны. Слева – без патологии. Сердечно-сосудистая тень без патологии.

1. Сформулировать и обосновать предположительный диагноз.
2. Определить место проведения лечения больного
3. Составить и обосновать план дополнительного обследования пациента.
4. Обосновать выбор группы антибиотиков в качестве стартовой терапии и режим терапии, путь введения.

### Задача 5

Мужчина, 37 лет, предъявляет жалобы на жгучие боли в эпигастральной области, возникающие периодически на протяжении 2 месяцев.

Впервые дискомфорт и боль в эпигастральной области почувствовал около 4 месяцев назад. Боли беспокоят 2–3 раза в неделю через 1 ч после еды, продолжаются 30–60 мин, иногда иррадируют в правое подреберье, слегка уменьшаются после приема пищи и антацидных препаратов. В настоящее время боли также стали беспокоить ночью. Тошноту, рвоту, мелену, кровянистые выделения в стуле и лихорадку отрицает. Стул, имеет форму «овечьего кала» без патологических примесей.

Пациент курит 1–2 пачки сигарет в день. Прием лекарств отрицает. Алкогольный анамнез не отягощён. Питается нерегулярно. Семейный анамнез: у отца язвенная болезнь.

Объективно: отмечаются умеренные напряжение и болезненность в пилородуоденальной зоне. Со стороны других органов – без особенностей. АД – 115/80 мм рт. ст., пульс – 85 удара в минуту, ритмичный.

ЭГДС: умеренная гиперемия слизистой антрального отдела желудка с двумя приподнятыми эрозиями по малой кривизне, в луковице двенадцатиперстной кишки на фоне гиперемии и рыхлости слизистой, язва диаметром 0,7 см. Дно язвы чистое, края гладкие. Имеет место рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Взяты 2 биопсии из антрального отдела. Быстрый тест на уреазу *Helicobacter pylori* – отрицательный, однако гистологическое исследование с окраской препаратов гематоксилин – эозином выявило *Helicobacter pylori* до 20 в поле зрения. В присланных биоптатах – лимфоцитарная инфильтрация.

1. Выделить ведущий синдром.
2. Назначить дополнительные методы обследования (при необходимости).
3. Сформулировать диагноз.
4. Назначить лечение.

### Задача 6

Пациент, 64 лет, предъявляет жалобы на слабость, боли в поясничном отделе позвоночника, независимые от физической нагрузки и от движений, снижение массы тела. Считает себя больным в течение 4-х месяцев.

Данные объективного обследования. Температура тела – 37,2°C. Кожные покровы физиологической окраски и влажности. Склеры без иктеричности. АД – 110/70 мм рт.ст. ЧСС – 88 уд/мин. Сердце, легкие без особенностей.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову: 12x11x9 см. Селезенка не пальпируется.

ОАК: эритроциты –  $2,6 \times 10^{12}/л$ ; Нв – 99 г/л; тромбоциты –  $290,0 \times 10^9 /л$ , лейкоциты –  $11,0 \times 10^9 /л$ ; э/ф – 0, п/я – 1, с/я – 46, л/ф – 49, м – 4, СОЭ – 52мм. ОАМ: белок – 2 г/л, глюкоза – отрицательный.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 16,0 мкмоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, АЛТ – 28Е/л, АСТ – 26Е/л, холестерин – 6,5 ммоль/л, общий белок – 96 г/л, общий IgA – 2 г/л, IgG – 45 г/л.

Миелограмма: плазмоциты 35%.

УЗИ: гепатомегалия, селезенка – 24см<sup>2</sup>, воротная вена – 9мм.

1. Сформулировать диагноз.
2. Назвать ведущие критерии заболевания.
3. Предложить дополнительные исследования.
4. Назначить лечение.

### Задача 7

Мужчина, 56 лет, инженер, с длительной гипертензией и постинфарктным кардиосклерозом. Постоянно принимает бисопролол, престариум в комбинации с индапамидом, недавно назначили амлодипин.

Он обратился к врачу по поводу отека лодыжек. При обследовании: масса тела 80 кг, АД – 160/90 мм рт. ст., претибциальные отеки. Признаков застоя в легких не выявлено, печень не увеличена. Ритм сердечных сокращений правильный, пульс 64 уд/мин – ЧСС.

Анализ мочи: белок – 0,066 г/л, осадок без патологии. Креатинин крови – 100 мкмоль/л, мочевины крови – 8,0 ммоль/л.

1. Указать вероятную причину протеинурии и отеков у больного.
2. Назначить дополнительные методы исследования.
3. Сформулировать предварительный диагноз.

### Задача 8

Больная Г., 35 лет, предъявляет жалобы на ноющие боли и припухание II–IV пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, боль и ограничение подвижности в лучезапястных 56 суставах с двух сторон, утреннюю скованность длительностью около 2 часов. Заболела около года назад вскоре после нормальных родов. Объективно: Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Припухлость и болезненность при пальпации лучезапястных, II–IV пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, местная гипертермия над пораженными суставами, болезненность при пальпации и движении, объем активных движений в них ограничен. На тыльной поверхности межфалангового сустава II пальца левой кисти плотное образование величиной с горошину, безболезненное подвижное. Счет активности DAS – 2,8–3,6.

Анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $9,9 \times 10^9$  /л; эозинофилы – 5%; палочкоядерные – 8%; сегментоядерные – 68%; лимфоциты – 14%; моноциты – 5%; СОЭ – 43 мм/час. РФ – 45 МЕ/мл (норма – 15–20 МЕ/мл), антиЦЦП – 125 Ед/мл (норма – 5–25 Ед/мл).

Рентгенография суставов обеих кистей: Умеренный окколосуставной остеопороз, сужение суставных щелей пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов, единичные эрозии II пястно-фалангового сустава слева и III пястно-фалангового сустава справа.

1. Выделить ведущий синдром.
2. Назначить дополнительные методы обследования (при необходимости).
3. Сформулировать диагноз.
4. Назначить лечение.

### Задача 9



Больной Петров А.С., 68 лет. Обратился на прием к врачу общей практики с жалобами: на боли в икроножных мышцах при ходьбе на расстояние более 200 метров, похолодание пальцев ног, одышку малых при физических нагрузках (ходьба по ровной поверхности, подъем на первый этаж). Вышеописанные боли в ногах беспокоят в течение 3 лет, но проходили самостоятельно. Последний месяц боли в ногах участились, появились ночью. В анамнезе гипертоническая болезнь, ИБС, перенесенный инфаркт миокарда 5 лет назад. Регулярно принимает аспирин, нормодипин, эналаприл, симвастатин. Курит много лет более 20 сигарет в день. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 168 см, вес 99 кг, объем талии –100см. Кожные покровы бледно-розовые. Цианоз губ. В легких жесткое дыхание, хрипов нет ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 76 в минуту, Акцент 2-го тона во втором межреберье справа. АД 150/90 мм рт.ст. Живот безболезненный, перкуторно размеры печеночной тупости по Курлову 15см, 10см, 9см. Отеков нет. Резко ослаблена пульсация на артериях нижних конечностях, начиная с aa.dorsalispedis. В анализах – холестерин 7,9 ммоль/л, холестерин ЛПНП-5,0 ммоль/л, холестерин ЛПВП-0,8 ммоль/л, триглицериды 3,0 ммоль/л.

Вопросы к задаче:

1. Выделите ведущий клинический синдром:

2. Проведите дифференциальный диагноз по основному клиническому синдрому.
3. Укажите и обоснуйте предварительный диагноз.
4. Перечислите дополнительные исследования, необходимые для подтверждения диагноза. Укажите возможные изменения, характерные для данного заболевания.
5. Сформулируйте окончательный диагноз с использованием современных классификаций.
6. Тактика ведения больного режим, диета. Медикаментозное лечение с указанием дозы, побочных действий, показаний, противопоказаний.
7. Перечислите возможные осложнения.
8. Показания к хирургическому лечению и другим высокотехнологичным методам лечения.
9. Прогноз и трудовая экспертиза.
10. Профилактика первичная, вторичная, третичная.

## Задача 10

Пациент К., 56 лет, на приеме у терапевта предъявляет жалобы на одышку при обычной физической нагрузке, с затрудненным выдохом, периодически кашель, с мокротой зеленого цвета, в объеме до 30 мл, без запаха, без примесей крови, преимущественно в утренние часы, потливость, повышение температура до 37,3°C в течение последних 2-х дней.

Около 15 лет назад, после переохлаждения появился сухой кашель, продолжающийся в течение месяца. Лечился у терапевта мукалтином, бронхолитином, периодически принимал антибиотики. Ежегодно, в течение 2-х лет весной и осенью после переохлаждения появлялся кашель, гнойная мокрота, после лечения мокроты не было. В течение последнего года – обострение в третий раз. В анамнезе: курит 20 лет по 1,5 пачки в сутки, работает 29 лет журналистом, наследственный и аллергоанамнез не отягощены.

При осмотре: температура тела 37,3°C. Кожные покровы влажные. Цианоз слизистых губ. Грудная клетка нормостеническая. ЧДД 22 в 1 минуту. При перкуссии легких – звук легочный. Подвижность нижнего легочного края до 6 см в фазе вдоха по задней подмышечной линии. При аускультации легких: дыхание жесткое, умеренное количество сухих рассеянных хрипов с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 88 в минуту. АД 130 и 82 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберной дуги.

Отеков нет.

Общий анализ крови: эр.  $4,42 \times 10^{12}/л$ , Нв=150 г/л, Нt=50% л -  $12,4 \times 10^9/л$ , п - 8%, с - 60%, э - 3%, л - 25%, м - 4%, СОЭ 29 мм/час.

Мокрота – вязкая, зеленого цвета, слизисто-гнойная. Лейкоциты до 100 в поле зрения, эритроцитов – 0. Общий белок 72 г/л. Глюкоза крови 5,0 ммоль/л. Креатинин 88 мкмоль/л, мочевины 4,7 ммоль/л. ФВД – ОФВ<sub>1</sub>78%, ЖЕЛ 98%, индекс Тиффно 80%. При пробе с 4 дозами сальбутамола Δ ОФВ<sub>1</sub>6,78%.

Вопросы к задаче:

1. Какой ведущий клинический синдром?
2. Проведите дифференциальный диагноз по основному синдрому.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Приведите исследования для уточнения диагноза.
5. Сформулируйте окончательный диагноз с использованием современной классификации.
6. Тактика ведения больного.

## Задача 11

Больная Р. 22 года, обучающаяся. На приеме у терапевта предъявляет жалобы на неприятные болевые ощущения и дискомфорт в области эпигастрия, возникающие сразу после еды, тошноту, отрыжку воздухом, неприятный вкус во рту. Из анамнеза: подобные боли возникали 1 год назад, прошли самостоятельно. Курит в течение 2 лет по 5 сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. ВИЧ инфекции, туберкулез, сахарный диабет у себя и близких родственников отрицает.

Объективно: вес 56 кг, рост 171 см, цвет кожных покровов розовый, умеренной влажности, язык обложен белым налетом. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Сердечные тоны ясные ритм правильный. АД 110/70 мм рт. ст. D=S. ЧСС – 90 в мин. Живот симметричной формы, не вздут, при поверхностной пальпации не напряжен, при глубокой пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, в других отделах безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки.

Общий анализ крови: Нв- 128 г/л, эр.  $4,4 \times 10^{12}$ , л.  $4,4 \times 10^9$ , тромбоциты –  $280 \times 10^{12}$ , эозинофилы – 1%, нейтрофилы: палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 30%, моноциты – 2%, СОЭ 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия: пищевод: слизистая розовая, просвет обычных размеров, содержимое слизь, сосудистый рисунок выражен, зубчатая линия не смещена, кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: слизистая зернистая, выраженная гиперемия в антральном отделе. Сосудистый рисунок выражен, складки обычные, свободно расправляются воздухом, не деформированы, содержимое с примесью желчи.

Двенадцатиперстная кишка: привратник свободно проходим, слизистая гиперемирована, просвет не деформирован, складки выражены.

При гистологии: *Helicobacter Pylori*(++). По данным рН-метрии тип секреции - гиперсекреция.

Вопросы к задаче:

1. Ведущий синдром у данного пациента?
2. Дифференциальный диагноз при данном ведущем синдроме.
3. Предварительный диагноз.
4. Оцените данные фиброэзофагогастродуоденоскопии.
5. Окончательный диагноз.
6. Тактика ведения больного (имеются ли показания для госпитализации?)

## 7. Лечебное питание при данном заболевании?

### Задача 12

Больной С. 47 лет, инженер, на приеме у терапевта предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, возникшие через 30-40 минут после приема пищи, изжогу, тошноту, умеренную слабость. Длительность болевого приступа около часа, уменьшается после приема но-шпы. Из анамнеза, много лет страдает хроническим гастродуоденитом, остеоартрозом нижних конечностей, при обострении которого в комплексе с другими препаратами принимает диклофенак. У отца язвенная болезнь желудка. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит. Ухудшение самочувствия около недели после перенесенного психоэмоционального стресса.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, умеренной влажности. Язык у корня обложен белым налетом, сосочки сохранены. Вес 80 кг, рост 169 см. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 18 в минуту. Сердечные тоны ясные, ЧСС 72 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается локальная болезненность в эпигастральной области. Стул 1 раз в сутки оформленный.

Общий анализ крови: Нв- 125 г/л, эр.  $4,4 \times 10^{12}$ , лц.  $4,4 \times 10^9$ , тромбоциты –  $280 \times 10^{12}$ , эозинофилы – 1%, нейтрофилы: палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 30 %, моноциты – 2%, СОЭ 5 мм/ч.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия: пищевод: слизистая розовая, просвет обычных размеров, содержимое слизь, сосудистый рисунок выражен, зубчатая линия не смещена, кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: слизистая зернистая, выраженная гиперемия в антральном отделе. Визуализируется дефект в антральном отделе овальной формы диаметром 12 мм, окруженный воспалительным валом, дно покрыто желто-серым налетом фибрина. Сосудистый рисунок выражен, складки обычные, свободно расправляются воздухом, не деформированы, содержимое желчь. Двенадцатиперстная кишка: привратник свободно проходим, слизистая гиперемирована, просвет не деформирован, складки выражены. При гистологии: *Helicobacter Pylori*(+++).

УЗИ -без органической патологии, по данным рН-метрии тип секреции-гиперсекреция.

Вопросы к задаче:

1. Ведущий синдром у данного пациента?
2. Дифференциальный диагноз при данном ведущем синдроме.
3. Предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
5. Тактика ведения больного (имеются ли показания для госпитализации?)
6. Окончательный диагноз (с учетом данных ФГДС, УЗИ).
7. Лечебное питание при данном заболевании.

### Задача 13

На прием к участковому врачу обратилась женщина 35 лет с жалобами на изжогу, отрыжку воздухом после приема пищи, усиливающиеся при физической нагрузке, изменениях положения тела и наклонах туловища вперед. Считает себя больной в течение 3 лет, принимала мотилиум, омез, соблюдала режим питания. Ухудшение последнюю неделю связывает со стрессовыми ситуациями и употреблением большого количества кофе и чая. Работает учителем, отмечает нервные стрессы и нерегулярное питание. Вес стабильный, аппетит сохранен.

Состояние удовлетворительное. Рост – 164 см, вес – 52 кг. Кожные покровы чистые, влажные. В легких хрипов нет ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные ЧСС 70 в минуту, АД 120 /80 мм рт ст. Язык обложен у корня белым налетом.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный в эпигастрии, печень по Курлову 9 x 8 x 7 см, стул, диурез в норме. В общеклинических и биохимических анализах без изменения. ФГДС: слизистая дистального отдела пищевода очагово гиперемирована, складки в нижней трети эрозированы, розетка кардии смыкается не полностью, слизистая желудка пролабирует в полость пищевода, умеренно гиперемирована, луковица 12-перстной кишки не деформирована.

Вопросы к задаче:

1. Назовите основной клинический синдром.
2. Проведите дифференциальный диагноз по основному синдрому.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Определите план обследования у данной больной. Оцените ФГДС.
5. Сформулируйте окончательный диагноз с использованием современной классификации.
6. Определите лечебную тактику у данной больной.
7. Какое из обследований должно быть выполнено в первую очередь у пациента с жалобами на боли в груди и почему?
8. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
9. Определите прогноз и трудовую экспертизу у данной больной.
10. Какие профилактические мероприятия необходимо проводить у нашей больной?

#### Задача 14

Мужчина 30 лет, сварщик обратился на прием к терапевту с жалобами на жидкий стул более 9 раз в сутки с примесью слизи и крови, схваткообразные боли внизу живота, похудел на 7 кг за последние 2 месяца. Обследован в инфекционном отделении, инфекционных заболеваний не выявлено. Из анамнеза: отмечает примесь крови в кале в течение 3 мес, к врачу не обращался.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Рост 175 см, вес 58 кг. При аускультации легких дыхание везикулярное. ЧСС 98 ударов в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левой фланковой и левой подвздошной области. В общем анализе крови: эр.  $3,2 \times 10^{12}$ ; Нв 88 г/л; ц.п. 0,8 л; лейкоц.  $7,0 \times 10^9$ ; СОЭ 20 мм/ч. Железо сыворотки 6,0 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь резко положительный, бак посев кала отрицательный.

ФГДС: пищевод без изменений. Желудок: слизистая зернистая, очагово гиперемирована. Сосудистый рисунок выражен, складки обычные, свободно расправляются воздухом, не деформированы, содержимое с примесью желчи. Двенадцатиперстная кишка без изменений. При проведении фиброколоноскопии слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан в ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Вопросы к задаче:

1. Назовите основной клинический синдром.
2. Проведите дифференциальный диагноз по основному клиническому синдрому с обоснованием.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие обследования необходимы для окончательной постановки диагноза?
5. Сформулируйте окончательный диагноз с использованием современной классификации.
6. Определите лечебную тактику при обострении заболевания (препараты, дозы). Какова тактика врача, когда состояние пациента, несмотря на проводимую медикаментозную терапию ухудшается?
7. Назовите осложнения заболевания.
8. При каких осложнениях показано оперативное лечение:

9. Прогноз, трудовая экспертиза.

10. Какие препараты используются для поддержания ремиссии?

### Задача 15

На прием к терапевту обратился мужчина 27 лет с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, иктеричность склер и пожелтение кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье. Не работает. Пять лет назад внутривенно употреблял наркотики. Не курит, алкоголь не употребляет.

Объективно: Правильного телосложения, рост 172 см, вес 70 кг. Склеры глаз иктеричны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. ЧСС 72 в минуту. АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: эритроциты-  $4,5 \times 10^{12}$ ; Нв - 132 г/л; лейкоциты-  $4,9 \times 10^9$ , СОЭ 22 мм/ч, общий билирубин – 40 мкмоль/л, прямой билирубин – 22 мкмоль/л. АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 104 Ед/л. Обнаружены антитела HCV.

УЗИ Печень расположена обычно. Передне-задний размер правой доли 160 мм, контуры четкие и ровные. Паренхима печени неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Звукопроводимость нормальная. Структура печени неоднородная. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Размеры селезенки 155x67 мм.

Гастрофиброскопия: слизистая желудка обычной окраски, эластичная. Сосудистый рисунок сохранен. Просвет желудка не изменен. Складки выражены обычно, расправляются свободно. Перистальтика сохранена.

Вопросы к задаче:

1. Назовите основной клинический синдром.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимы для окончательной постановки диагноза. Оцените УЗИ, ГФС.
5. Сформулируйте окончательный диагноз с использованием современной классификации.
6. Определите лечебную тактику у данного больного.
7. Назовите осложнения заболевания.
8. Определите показания к оперативному лечению.
9. Прогноз и трудовая экспертиза у данного больного.

### Задача 16

Больная Н. 30 лет, мастер холодильных установок, на приеме у ревматолога предъявляет жалобы на зябкость, побеление пальцев рук на холоде с последующим посинением и покраснением, их онемение, боли в суставах кистей, уплотнение, отечность кожи кистей, одышку инспираторного характера при физической нагрузке, похудание за 3 месяца на 4 кг., повышение температуры тела до  $37,3^{\circ}\text{C}$  по вечерам.

Из анамнеза известно, что зябкость, изменение окраски пальцев рук на холоде, их онемение отмечает в течение года. В течение последних 3 месяцев появилась отечность и уплотнение кожи кистей, боли в суставах кистей, одышка инспираторного характера при физической нагрузке. Лечилась самостоятельно, принимала ибупрофен. Работает на хладокомбинате. Не курит. Беременностей не было. Похудела за 3 месяца на 4 кг.

При осмотре: рост 160 см, вес 56 кг. Температура тела  $37,1^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы в области кистей цианотичные, плотные, отечные, холодные на ощупь, в складку не собираются. В

области ногтевых фаланг пальцев рук имеются единичные болезненные язвочки небольших размеров (2-3 мм) с неровными краями. Суставы кистей внешне не изменены, при пальпации безболезненны, симптом «поперечного» сжатия отрицательный, хват 90% вследствие натяжения кожи. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах – крепитация. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82 уд. в минуту. АД 130 на 80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

При обследовании: в общем анализе крови эритроциты –  $3,7 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 120 г/л, лейкоциты –  $6,2 \times 10^9/л$ , формула: э – 1%, п – 6%, с – 60%, л – 24%, м – 9%, тромбоциты -  $280 \times 10^9/л$ , СОЭ 20 мм/ч.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки отмечается усиление и деформация легочного рисунка в базальных отделах. Корни не расширены. Сердечная тень без особенностей. При пальцевой плетизмографии верхних конечностей установлено значительное снижение кровенаполнения всех пальцев кистей.

Вопросы к задаче:

1. Выделите ведущий клинический синдром.
2. Проведите дифференциальный диагноз при данном ведущем синдроме.
3. Какой предварительный диагноз можно поставить?
4. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза. Возможные изменения.
5. Сформулировать окончательный диагноз с использованием современных классификаций.
6. Тактика ведения больной. Немедикаментозная и медикаментозная терапия (с указанием дозы, побочных действий, показаний и противопоказаний).

### Задача 17

Больная Ч. 42 года поступила с жалобами на отеки век, нижних конечностей, живота, повышение АД с максимальным подъемом до 190-180/120-110 мм. рт. ст.

Из анамнеза известно, что повышение систоло-диастолической гипертензией в течение 9 лет.

Появление отеков нижних конечностей отмечает в течении 2-х лет.

При объективном исследовании АД 180/110 мм рт. ст.

В анализах крови анемия Нв 89 г/л, уровень мочевины – 12,3 ммоль/л, креатинина – 140 мкмоль/л, общ. белок – 55,6г/л, холестерин 9,7 ммоль/л, мочевая кислота 352,0мм/л.

Суточная потеря белка с мочой 0,067 г/сут, Клубочковая фильтрация 47 в минуту

По УЗИ – размеры почек: правой 9,0х4,3см; левой 8,4х3,9 см. корковый слой 1,2 см

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз
2. Как оценить патологию почек
3. Выделите синдромы.

### Задача 18

Больной 37 лет, 5 лет назад после перенесения рожистого воспаления голени на протяжении двух месяцев находился на лечении по месту жительства по поводу острого гломерулонефрита, протекавшего с общими отеками, умеренной гипертензией и выраженными изменениями в моче с протеинурией и гематурией. При выписке из больницы и в последующие годы при повторных исследованиях мочи сохранялись протеинурия (0,5 - 2,0 г/л белка в моче), микрогематурия. Последние два года отмечает учащенные (2-3 раза) обильные ночные мочеиспускания, жажду, стал меньше потеть при физической работе. Тем не менее сохранялись удовлетворительное самочувствие и работоспособность.

Два месяца назад перенес ангину, после которой появились отеки на лице и ногах, возникла макрогематурия, заметно уменьшилось количество выделяемой мочи, возникли головные

боли, неприятный вкус во рту, общая слабость, тошнота, периодически рвота, исчез аппетит. При поступлении в стационар 1,5 месяца назад общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледны, периферические отеки на стопах, голенях, пояснице. Легкие без физикальных изменений. Правая и верхняя границы сердца нормальны, левая в V межреберье по левой срединно-ключичной линии, глухость I тона на верхушке, умеренный акцент II тона над аортой. У верхушки мягкий короткий систолический шум, АД 170/100 мм рт.ст. Ритм сердечной деятельности правильный - 96 в минуту. При исследовании брюшной полости - умеренный асцит, печень и селезенка не увеличены.

В крови Нв 92 г/л, эритроцитов  $2,8 \times 10^{12}$ , СОЭ 40 мм/час. Общий белок сыворотки крови 58 г/л, диспротеинемия с гипоальбуминемией, гипер-альфа-2, холестерин 9,0 ммоль/л.

Мочевина сыворотки крови -22 ммоль/л, креатинин 375 мкмоль/л. суточная потеря белка с мочой 3,2 г, цилиндрурия с восковидными цилиндрами в осадке. Суточный диурез 1200 мл.

Удельный вес мочи при многократных общеклинических исследованиях и пробе по Зимницкому колеблется в пределах 1005-1008. Ночной диурез - 700 мл, дневной - 500 мл..

Вопросы:

1. Диагноз
2. Какая стадия хронической почечной недостаточности у больного.
3. Тактика лечения.
4. Профилактика.
5. Рецепт на метилпреднизолон.

### Задача 19

Больная К., 36 лет, фармацевт, поступил с жалобами на головную боль, головокружение, снижение работоспособности . В возрасте 28 лет случайно было выявлено повышение АД 150/100 мм рт. ст. По семейным обстоятельствам от обследования отказалась. В последующем периодически беспокоила головная боль, но АД не измеряла.

Госпитализирована в связи со стойким повышением АД до 180/110 мм рт. ст. и отсутствием эффекта от амбулаторного лечения ( 10 дней принимала клофелин 0,45 мг в сутки).В 23 года перенесла острый цистит, после которого периодически возникали рези при мочеиспускании.

Объективно: телосложение астеническое, кожа бледная. Верхушечный толчок пальпируется в У межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, акцент II тона на аорте, АД 190/110 мм рт. ст. Пульс 72 в мин., ритмичный. Симптом Пастернацкого отриц. с обеих сторон. Дизурии нет. Общий анализ крови: Эр. -  $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв - 95 г/л, Лц. -  $8,2 \times 10^9$ /л, п-5, с-61, л-26, м-6%, СОЭ - 25 мм/час.Общий анализ мочи: щелочная, 1011, белок 0,66 г/л, Эр. - 3-5 в п/зр., Лц. - 15-20 в п/зр. Проба Нечипоренко: Эр. - 1000, Лц. - 6700, цилиндры 20. Проба Зимницкого: уд. вес 1007 – 1013, дневной диурез 1000 мл, ночной 900 мл. Проба Реберга: креатинин крови 0,23 ммоль/л, фильтрация 50 мл/мин., реабсорбция 96,6%.Бактериурия  $10^6$  микробных тел в 1 мл. Обзорная рентгенография почек: теней контрастных конкрементов не обнаружено. УЗИ почек: размеры и положение почек нормальное. Деформация чашечно-лоханочной системы с обеих сторон.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Сформулируйте диагноз
3. Дайте его обоснование.
4. Назначьте лечение с указанием препаратов.
5. Дайте рекомендации по питанию.

### Задача 20

Больная К., 45 лет, поступила в нефрологическое отделение с жалобами на почти постоянные тупые боли в поясничной области, общую слабость.

В анамнезе у больной частые простудные заболевания. До настоящего времени к врачу не обращалась и не обследовалась, хотя больную беспокоили периодически тупые боли в поясничной области в течение последних 5 лет, а последние 2 месяца присоединилась слабость.

При обследовании выявлены изменения со стороны мочи: белок в пределах 0,165 - 0,33 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, единичные лейкоциты, единичные гиалиновые и зернистые цилиндры. Артериальное давление 160/100 - 150/90 мм. рт. ст. Показатели проб Реберга и Зимницкого в пределах нормы. Методом изотопной ренографии выявляется снижение секреторной и выделительной функции в канальцах обеих почек. Глазное дно - ангиопатия сосудов сетчатки.

При внутривенной урографии патологии со стороны почек не выявлено.

#### **Вопросы:**

1. Перечислите синдромы, характерные для заболевания почек.
2. Какое заболевание имеется у больной?
3. Дообследование?
4. Перечислите пути проникновения инфекции в почку.
5. Оцените ОАМ.

#### **Задача 21**

По сан. авиации доставлен больной, мужчина 30 лет. Находился 3 дня на стационарном лечении по поводу острого гломерулонефрита. Объективно: состояние больного тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, сухие. Выраженные отеки на конечностях, лице, поясничной области. t тела 39С. При аускультации: дыхание ослаблено в нижних отделах, влажные хрипы. ЧДД 20 дв/мин., пульс 100 уд/мин, АД 150/100 мм.рт.ст. Симптом XII ребра положительный с обеих сторон. Диурез по катетеру 300 мл в сутки.

ОАМ: цвет красно-бурый, мутная, уд.вес 1029, реакция кислая, белок 9,8г/л, лейкоц 10 в п/зр, эритроц >100 в п/зр.

ОАК: Hb 110г/л, эр 4,4\*10<sup>9</sup>; лейкоц 19\*10<sup>9</sup>; тр 220\*10<sup>9</sup>; СОЭ 51мм/ч

Б/х анализ крови: мочевины 14 ммоль/л, креатинин 145 ммоль/л, К 5,7 ммоль/л

#### **Вопросы:**

1. Какое осложнение развилось у данного больного?
2. Интерпретируйте приведенные анализы
3. Тактика ведения больного?
4. Метод лечения при неэффективности терапии?
5. Выписать рецепт на дексаметазон

#### **Задача 22**

Больному по поводу ангины были назначены амоксициллин и аспирин. После приема лекарств появилось жжение, зуд вокруг рта и отек верхней губы. Решив, что это реакция на лекарственные препараты, больной прекратил прием аспирина, а амоксициллин заменил на аугментин. К концу дня отек увеличился и распространился на все лицо, веки, и больной вызвал «скорую помощь».

1. Диагноз больного?
2. Какова причина ухудшения состояния?

#### **Задача 23**



Больной 30 лет доставлен в стационар в тяжелом состоянии. В течение последних суток беспокоят частые приступы удушья, плохо купирующиеся бронхолитиками, последний приступ длится несколько часов, не продуктивный кашель. Объективно: пациент находится в вынужденном положении, кожные покровы цианотичные, влажные, частота дыхательных движений 28 в минуту, при аускультации дыхание ослабленное, масса сухих хрипов, ЧСС 110 в 1 мин., АД 130/90 мм рт. ст. SaO<sub>2</sub> – 85%. Из анамнеза: страдает бронхиальной астмой в течение 15 лет, имеется сенсibilизация к бытовым и эпидермальным аллергенам. В течение последних 5 лет периодически принимал ингаляционные ГКС. Несколько дней назад появилась заложенность носа, насморк, головная боль, недомогание, потливость, повышение температуры тела до 38,5С.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Какова предположительная причина тяжелого обострения?
3. Назначьте терапию на сутки. Что необходимо контролировать в процессе лечения?

#### Задача 24

Больной 32 лет жалуется на кашель с мокротой ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение температуры до 39°, одышку при ходьбе. Заболел остро, 5 дней назад, после переохлаждения. При поступлении состояние тяжелое, температура 38,8°, ЧСС 25 в 1 мин. При перкуссии справа сзади от середины лопатки притупление перкуторного звука, усиленная бронхофония, выслушиваются инспираторные влажные хрипы в аксиллярной области и у угла лопатки справа. ЧСС 96 в 1 мин. АД 90/60 мм рт. ст.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения?
4. Профилактика данного заболевания?
5. Выписать рецепт на Амоксициллин.

#### Задача 25

Больной 48 лет доставлен СМП с некупирующимся удушьем. Страдает Бронхиальной астмой более 10 лет. В последние 5 лет принимал ингаляционные глюкокортикоиды в дозе 1000 мкг по флутиказону дипропионату.

Около недели назад по поводу ОРВИ принимал аспирин, аскорбиновую кислоту. Приступы удушья участились, а в последнюю ночь удушие стало постоянным. Об-но: состояние тяжелое. Кожные покровы влажные, цианоз. В легких выдох удлинен, масса сухих хрипов по всем полям, в нижних отделах дыхание ослаблено, ЧДД 26 в 1 мин. ЧСС 110 в 1 мин. АД 120/60 мм рт. ст. SaO<sub>2</sub> 92%.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие исследования надо провести?
3. Неотложная помощь?
4. Вторичная профилактика обострений бронхиальной астмы?
5. Выписать рецепт на Флутиказон/Сальметерол

#### Задача 26

Больная 35 лет, поступила с жалобами на приступы удушья с затруднённым выдохом, кашель с трудноотделяемой мокротой. В анамнезе с детства частые простудные заболевания, обострения 2-3 раза в год, чаще весна, осень, зима. Для облегчения состояния по совету фармацевта последние 2 года пользуется сальбутамолом ДАИ, или принимает эуфиллин внутрь. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура 37,2<sup>0</sup>С. ЧД 20 в мин.

Над лёгкими коробочный звук, дыхание жёсткое с удлинённым выдохом, сухие рассеянные хрипы. Пульс 95 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст.

Вопросы:

1. Перечислите признаки бронхиальной обструкции?
2. Какая форма бронхиальной астмы, определите степень тяжести? Как объяснить подъём АД во время приступа удушья?
3. Какие исследования необходимы для оценки состояния больной?
4. Лечебная тактика.
5. Выписать рецепт на Беклометазон.

### Задача 27

Больной 25 лет в течение 6 лет отмечает появление приступов экспираторного удушья, чихания, слезотечения, зуда глаз в весенне-летнее время. При приёме в пищу яблок появляются жалобы на зуд носоглотки, першение в горле и отёчность губ. В зимнее время приступов нет, но часто бывает крапивница. При аллергологическом обследовании выявлена аллергия к березе.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Чем можно объяснить крапивницу?
3. Назначьте лечение.
4. Дайте рекомендации.
5. Выпишите рецепт на сальбутамол

### Задача 28

Больная Ш., 45 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боли и припухание в мелких суставах обеих кистей, стоп, в крупных суставах конечностей, ограничения подвижности в них, утреннюю скованность до обеда. Болеет 7 лет. Неоднократно лечилась в стационаре. Постоянно принимала 7,5 мг преднизолона в сутки, НПВС (по 50–75 мг/сут вольтарена или по 0,5 г/сут напроксена). При осмотре: деформация лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и локтевых суставов. ОАК: эритроциты —  $3,6 \cdot 10^{12}/л$ , Hb — 116 г/л, лейкоциты —  $9 \cdot 10^9 /л$ , СОЭ — 50 мм/ч. Рентгенография кистей: околосуставный остеопороз, сужение суставных щелей, множественные эрозии и узур в области проксимальных межфаланговых суставов.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией.
4. Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией. Выпишите рецепты.

## 5.1. Методические материалы по критерию оценивания зачета:

Оценка «**зачтено**» выставляется обучающемуся, если: он знает основные определения, последователен в изложении материала, демонстрирует базовые знания дисциплины, владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении практических заданий.

Оценка «**не зачтено**» выставляется обучающемуся, если: он не знает основных определений, непоследователен и сбивчив в изложении материала, не обладает определенной системой знаний по дисциплине, не в полной мере владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении практических заданий.

**. Методические материалы по критерию оценивания теста:**

**отлично»** - 100-90%;

**хорошо»** - 89-75%;

**удовлетворительно»** -74-60% ;

**неудовлетворительно»**- менее 60%.

**. Методические материалы по критерию оценивания ответов на контрольные вопросы:**

оценка «**отлично**» выставляется обучающемуся, если а) проведен детальный критический анализ явления, ситуации, инцидентов; б) четко выполнено сценарирование проблем и смоделирована ситуация; в) коммуникативная задача выполнена полностью, цель общения достигнута полностью, тема задания раскрыта в заданном объеме; г) сформулированы и высказаны интересные и оригинальные идеи; д) групповая работа выполнена успешно (активное участие в коллективном обсуждении и поиске решения выделенной проблемы); грамотное деятельностное поведение в коллективной работе, взаимообучение и взаимооценка; отличное оформление речи на иностранном языке;

оценка «**хорошо**» выставляется обучающемуся, если а) перечислены все перечисленных параметров, но допущение ряда несущественных ошибок; б) наблюдается пассивность в ряде игровых моментов игровой деятельности; в) в речевом оформлении на иностранном языке были ошибки как грамматического, так и стилистического характера;

оценка «**удовлетворительно**» выставляется обучающемуся, если а) коммуникативная задача выполнена не полностью, но цель общения в основном достигнута; б) высказанные и выполненные положения нечетко аргументированы; в) пассивность при выполнении коллективной работы; г) слабое владение навыками иноязычной речи;

оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся, если имеет место а) сбой в выполнении заданий; б) отказ от выполнения работы; в) неграмотная речь, плохо фонетически оформленная.

**. Методические материалы по критерию оценивания ситуационной задачи:**

-оценка «**отлично**» выставляется обучающемуся, при совершении незначительных лексико-грамматических ошибок при написании письма (10-15%), содержание в полной мере раскрывает тему, работа представлена своевременно

-оценка «**хорошо**» - при наличии лексико-грамматических ошибок до 25%, содержание в полной мере раскрывает тему, при написании письма соблюдена четкая логическая структура, работа представлена своевременно

-оценка «**удовлетворительно**» ставится, если есть значительные лексико-грамматические ошибки до 50%, имеются технические погрешности при оформлении письма, не раскрыто содержание темы, работа не представлена своевременно

-оценка «**неудовлетворительно**» выставляется, если отсутствуют основные лексико-грамматические навыки свыше 50%, содержание не в полной мере раскрывает тему, письмо не имеет четкой логической структуры, работа не представлена в установленные сроки

**5.6. Методические материалы по критерию оценивания зачета с оценкой:**

оценка **«отлично»** выставляется обучающийся у, если а) проведен детальный критический анализ явления, ситуации, инцидентов; б) четко выполнено сценарирование проблем и смоделирована ситуация; в) коммуникативная задача выполнена полностью, цель общения достигнута полностью, тема задания раскрыта в заданном объеме; г) сформулированы и высказаны интересные и оригинальные идеи; д) групповая работа выполнена успешно (активное участие в коллективном обсуждении и поиске решения выделенной проблемы); грамотное, деятельностное поведение в коллективной работе, взаимообучение и взаимооценка; отличное оформление речи на иностранном языке;

оценка **«хорошо»** выставляется обучающийся, если а) наличествуют все перечисленных параметров, но допущение ряда несущественных ошибок; б) наблюдается пассивность в ряде игровых моментов игровой деятельности; в) в речевом оформлении на иностранном языке были ошибки как грамматического, так и стилистического характера;

оценка **«удовлетворительно»** выставляется обучающийся у, если а) коммуникативная задача выполнена не полностью, но цель общения в основном достигнута; б) высказанные и выполненные положения нечетко аргументированы; в) пассивность при выполнении коллективной работы; г) слабое владение навыками иноязычной речи;

оценка **«неудовлетворительно»** выставляется обучающийся у, если имеет место а) сбой в выполнении заданий; б) отказ от выполнения работы; в) неграмотная речь, плохо фонетически оформленная.

**«неудовлетворительно»** выставляется обучающемуся, если он не владеет навыками общения на иностранном языке, не знает как применять клишированные формы разговорной речи и не знает необходимый минимум специальной терминологии.

Аннотация

Дисциплина	Медицинская терминология
Реализуемые компетенции	УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе
Индикаторы достижения компетенций	УК-4.1. применяет современные коммуникативные технологии поиска необходимой информации на иностранных языках; УК-4.2. выбирает коммуникативно приемлемые стили делового общения на государственном и иностранном языках в процессе решения различных коммуникативных задач на государственном и иностранном языках; УК-4.3. ведет коммуникативно и культурно приемлемо устные деловые разговоры на государственном и иностранном языках; УК-4.4 ведет деловую переписку, учитывая особенности стилистики официальных документов на государственном и иностранном языках.
Трудоемкость, з.е./час	
Формы отчетности (в т.ч. по семестрам)	Зачет – 7,8,9 семестр Зачет с оценкой – 10 семестр