

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 ()
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		1 стр. из 28

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Название дисциплины: «Пропедевтика внутренних болезней»

Код дисциплины: РВВ 3205

Название ОП: 6В10103 «Стоматология»

Объем учебных часов/кредитов: 180 ч. (6 кредитов)

Курс и семестр изучения: 3 курс, V семестр

Шымкент, 2023 г.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 ()
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		2 стр. из 28

Методические указания для практических занятий разработаны в соответствии с модульной учебной программой «Человек и здоровье» ОП «Медицина» и обсужден на заседании кафедры

Зав. кафедрой, профессор д.м.н. Бекмурзаева Э.К. Бекмурзаева Э.К.

Протокол № 11 от «29» 06. 2023г.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней» Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 () 3 стр. из 28

1. Тема № 1. Расспрос, осмотр, пальпация грудной клетки больных с патологией дыхательной системы. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания (расспрос, осмотр и пальпация грудной клетки).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

1. Морфофункциональную характеристику органов дыхания.
2. Дыхание, его виды. Внешнее дыхание и типы дыхания.
3. Воздухопроводящие пути: полость носа, гортань, трахея, бронхиальное дерево.

Студент должен уметь:

1. Правильно сформулировать вопросы при сборе жалоб и анамнез.
2. Установить доверительное отношение с пациентами.
3. Определить патологические и физиологические формы грудной клетки.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие знаете основные жалобы больных с заболеваниями органов дыхания?
2. Что такое мокрота?
3. Чем обусловлена появление кровохарканье?
4. Какие патологические формы грудной клетки знаете?
5. Какие бывают причины снижения эластичности грудной клетки?
6. Как определяется голосовое дрожание?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия, усвоения практических навыков.

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице силлабуса

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Что такое кашель?
2. Какие виды мокроты знаете?
3. Чем отличается кровохарканье от легочного кровотечения?
4. При каких патологиях наблюдается асимметрия грудной клетки?
5. Какие функциональные параметры проводится для оценки системы внешнего дыхания?

Тесты:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Субъективный метод исследования больных: <ol style="list-style-type: none"> a. расспрос b. осмотр c. пальпация d. перкуссия e. аускультация 2. Фактор, имеющий наименьшее значение при сборе анамнеза жизни больного: <ol style="list-style-type: none"> a. погодные условия предрасположенность b. перенесенные заболевания c. семейное положение и наследственная d. вредные привычки | <ol style="list-style-type: none"> e. условия труда и быта 3. Объективный метод исследования больных: <ol style="list-style-type: none"> a. осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация b. расспрос, пальпация, перкуссия c. расспрос, аускультация d. расспрос, осмотр, пальпация, e. расспрос, пальпация 4. К правилам общего осмотра не относится: <ol style="list-style-type: none"> a. осмотр проводится на расстоянии 2-3 метров, больного полностью раздевают b. освещение должно быть сбоку и |
|--|--|

спереди

- c. отсутствие постороннего шума
d. осмотр больного проводится по возможности в дневное время
e. осмотр проводится в определенной последовательности
5. Глубокое, редкое, шумное дыхание, является одной из форм проявления гипервентиляции, часто ассоциируется с тяжёлым метаболическим ацидозом, в частности, диабетическим кетоацидозом, ацетонемическим синдромом (недиабетическим кетоацидозом) и терминальной стадией почечной недостаточности. Глубокое шумное и редкое дыхание называется дыханием по типу:
- Куссмауля
 - Чейн - Стокса
 - Грокко
 - Биотта
 - смешанного
 - У больного редкое дыхание с постепенным нарастанием, затем уменьшением глубины дыхания, сменяющееся с периодами прекращения дыхания называются дыханием по типу:
 - Чейна - Стокса
 - Куссмауля
 - Грокко
 - Биотта
 - смешанного
7. Врач медицинского пункта был вызван к пациенту. Жалобы на повышение температуры тела до 39,8 градусов, слабость, недомогание, отсутствие аппетита, потливость, боль в горле при глотании. Частота дыхания 35. Нормальное число дыханий в одну минуту:
- 16 – 20
 - 24 – 28
 - 32 – 36
 - 10 – 14
 - 36 – 40
8. Врач медицинского пункта пришел к больному домой. У больного отмечается повышение температуры тела до 38,2 градусов,

грубый лающий кашель, учащенное дыхание, чиханье, слизистые выделения из носа. Частота дыхания 36 в одну минуту называется:

- тахипноэ
 - диспноэ
 - апноэ
 - брадипноэ
 - норма
9. В приемное отделение обратился больной В., 45 лет. Беспокоит резко выраженная одышка при малейшем движении, редкий сухой кашель. Объективно: левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание слева от IV ребра по всем топографическим линиям не проводится. При перкуссии на этом же участке абсолютно тупой звук. Над пространством Траубе – звук притуплено-тимпанический. Голосовое дрожание зависит от:
- состояния плевральной полости, плотности легочной ткани, проходимости бронхиального дерева, толщины грудной стенки
 - плотности легочной ткани, высоты голоса
 - проходимости бронхиального дерева, высоты голоса
 - толщины грудной стенки, высоты голоса
 - состояния плевральной полости, высоты голоса
10. В больницу поступил больной И., 36 лет. Грудная клетка правильной формы. Обе ее половины симметричны, отстают в акте дыхания. При перкуссии справа в межлопаточной области на уровне 3 – 6 ребер звук притуплено-тимпанический. Голосовое дрожание усилено. Ниже 7 ребра перкуторный звук тимпанический. Одностороннее усиление голосового дрожания наблюдается при:
- фибротораксе
 - гидротораксе
 - долевом воспалительном уплотнении
 - обтурационном ателектазе
 - пневмотораксе

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 ()
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		5 стр. из 28

1. Тема № 2. Перкуссия легких в норме и патологии. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания (перкуссия грудной клетки).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

1. Основные анатомические линии грудной клетки.
2. Правила проведения перкуссии.
3. Отличие ясного перкуторного звука от тупого.

Студент должен уметь:

1. Определить характер перкуторного звука на симметричных участках грудной клетки.
2. Дать интерпретацию результатом сравнительной перкуссии.
3. Определить подвижность нижних границ легочных краев.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие виды перкуссии грудной клетки знаете?
2. Что является целью сравнительной перкуссии грудной клетки?
3. Какова последовательность топографической перкуссии?
4. Как определяется ширина полей Кренига?
5. Какие знаете причины физиологического опущения границ легких?
6. Как определяется высота стояния верхушек легких?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- ТЫ, усвоения практических навыков

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице syllabus

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Что такое перкуссия?
2. Какую информацию дает топографическая перкуссия легких?
3. Чем отличается коробочный перкуторный звук от тимпанической?
4. Как изменяется голосовое дрожание при тимпаническом оттенком перкуторного звука?
5. Какие знаете физиологические колебания подвижности нижнего края легких?

Тесты:

1. Ученый, предложивший метод перкуссии:
 - a. Л. Ауэнбруггер
 - b. Р. Лаеннек
 - c. Г.А. Захарьин
 - d. Куссмауль
 - e. Эйнтховен
2. Физическое обоснование перкуссии было дано чешским врачом Йозефом Шкодой в 1839 году. Звуки можно разделить на тоны и шумы. Чистый тон — условное понятие. Это колебание одной амплитуды и частоты. В природе чистые тоны не встречаются. Перкуссия основана на:
 - a. улавливание звука от колебательных движений в тканях
 - b. чувство осязания и объемности органа
 - c. улавливание видимых глазом изменения
 - d. улавливание запаха
 - e. улавливание звуковых явлений, возникающих в организме.
3. Различают непосредственную и посредственную перкуссию. Непосредственная производится нанесением удара по грудной стенке, а посредственная состоит в том, что перкуторный удар наносится по плессиметру. Основные параметры перкуторного звука:
 - a. сила
 - b. высота

- c. локализация
d. иррадиация
e. продолжительность
4. Шум представляет собой сумму различных по свойствам звуков, где нельзя выделить основной тон. В практике диагностического исследования врач чаще имеет дело с шумами, но во многих случаях звуки принято называть тонами, в особенности если есть возможность выделить основные четыре свойства звуков: 1-е — силу; 2-е — высоту; 3-е — длительность звучания и 4-е — звукоподобность. Громкость перкуторного звука зависит от:
- силы удара
 - продолжительности звука
 - амплитуды колебаний в тканях
 - глубины расположения перкутируемого органа
 - толщины подкожной клетчатки
7. Перкуторный звук над правой верхушкой:
- легочный звук несколько тише и короче
 - ясный легочный
 - тимпанический
 - тупой
 - коробочный
8. Перкуторный звук над верхними полями легких:
- легочный звук тише и короче
 - ясный легочный
 - тимпанический
 - тупой
 - притупленно - тимпанический
9. Перкуторный звук в правой
5. Больная З. 52 года жалуется на одышку, чувство нехватки воздуха, выраженная общая слабость. Во время перкуссии большого перкуторный звук громкий над:
- органами, содержащих воздух
 - плотными органами
 - при наличии воспаления в органах
 - полыми органами с жидкостью
 - полыми органами с воздухом
 - Больной Ф, 20 лет, поступил в больницу с жалобами на кашель и одышку. Перкуторный звук тихий, притупленный при:
- малой амплитуде звуковых волн
 - выраженном утолщении грудной клетки
 - при наличии воспаления в органах
 - перкуссии органов, содержащих воздух
 - перкуссии плотных органов
- подмышечной области:
- ясный легочный
 - тимпанический
 - тупой
 - легочный звук несколько тише и короче
 - коробочный
10. Перкуторный звук в левой подмышечной области:
- легочный звук громкий, высокий с тимпаническим
 - тупой
 - ясный с легочным оттенком
 - коробочный
 - легочный звук несколько тише и короче

1. Тема № 3. Аускультация легких в норме и патологии. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания (аускультация грудной клетки).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

- Основные правила и порядок аускультации легких.
- Топографическую анатомию легких.
- Механизм вдоха и выдоха.

Студент должен уметь:

- Владеть навыками работы с фонендоскопом.
- Оценить основные дыхательные шумы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 ()
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		7 стр. из 28

3. Определить место выслушивания легких.

4. Основные вопросы темы:

1. Что такое аускультация?
2. Какие знаете основные дыхательные шумы?
3. Как отличить везикулярное дыхание от бронхиальной?
4. Как возникает ларинготрахеальное дыхание?
5. Какие дополнительные дыхательные шумы знаете?
6. Как возникает шум трения плевры?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия. Прослушивание аудиодисков

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице силлабуса

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. В каких точках выслушивается бронхиальное дыхание в норме?
2. Что такое хрипы?
3. Какие отличительные особенности крепитации знаете?
4. Что такое плевроперикардиальный шум?
5. Как определяется бронхофония?

Тесты:

1. Метод аускультации больных предложил:
 - a. Р.Лаеннек
 - b. Л. Ауэнбруггер
 - c. Куссмауль
 - d. Г.А. Захарьин
 - e. Эйтховен
2. При аускультации легких справа под лопаткой выявляется побочный дыхательный шум, выслушиваемый на вдохе и выдохе. Дыхание выслушиваемое над верхушкой правого легкого:
 - a. бронхиальное
 - b. везикулярное
 - c. ослабленное везикулярное
 - d. смешанное
 - e. усиленное везикулярное
3. В больницу поступил больной 42 года. У него провели перкуссии, пальпацию и аускультацию легких. Дыхательный шум выслушиваемый над легкими у здоровых людей:
 - a. везикулярное
 - b. пуэрильное
 - c. смешанное
 - d. бронхиальное
 - e. амфорическое
4. В больницу доставлен пациент с нарушением дыхания. У него наблюдалась отдышка, кашель. Температура 39.9. Дыхательный шум выслушиваемый над гортанью, трахеей:
 - a. бронхиальное
 - b. смешанное
 - c. везикулярное
 - d. жесткое
 - e. ослабленное везикулярное
5. В больницу поступил пациент с тиреотоксикозом. Тиреотоксикоз – это состояние, связанное с избытком гормонов щитовидной железы в организме. Также такое состояние называется гипертиреоз. Это не диагноз, а следствие некоторых заболеваний щитовидной железы или воздействия внешних факторов. Дыхание выслушиваемое при физической работе, у больных с тиреотоксикозом:
 - a. усиленное везикулярное
 - b. жесткое
 - c. ослабленное везикулярное
 - d. саккадированное
 - e. патологическое бронхиальное

6. В больницу поступил больной с бронхитом. Болезнь проявляется кашлем, часто повышением температуры, чувством саднения за грудиной, ухудшением общего самочувствия. Одновременно возможны общие симптомы инфекционного заболевания. Болезнь протекает тяжелее у пожилых и ослабленных лиц. Дыхание выслушиваемое при воспалении слизистой оболочки бронхов:

- жестковатое
- патологическое бронхиальное
- ослабленное везикулярное
- бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком
- везикулярное

7. Поступил больной 54 года. Характерны жалобы на боли в грудной клетке, повышение температуры тела, выраженную общую слабость. Боль в грудной клетке связана с раздражением нервных окончаний плевры фибрином. Боль чаще односторонняя на стороне поражения, достаточно интенсивная, с тенденцией к усилению при глубоком вдохе, кашле, чихании. Температура тела повышается до 38°C, редко выше. При постепенном начале заболевания в первое время температура тела может быть нормальной. Также беспокоит общая слабость, потливость, головная боль, непостоянные боли в мышцах и суставах. Аускультативный признак синдрома утолщения листков плевры:

- ослабленное везикулярное
- амфорическое
- везикулярное дыхание
- патологическое бронхиальное
- усиленное везикулярное

8. Сила везикулярного дыхания у различных людей различна и зависит от силы дыхательных движений, от мощности подлежащих участков легочной ткани, толщины слоя тканей грудной клетки.

Следовательно, у лиц различного возраста, разной упитанности сила везикулярного дыхания будет разной. Причины ослабления везикулярного дыхания:

- потеря эластических свойств альвеол слизистой
- бронхоспазм
- наличие жидкого секрета в бронхах
- наличие вязкого секрета в бронхах
- сужение просвета мелких бронхов из-за воспалительного отека их

9. В больницу поступил больной с нарушенным дыханием. Амфорическое дыхание очень низкое, мягкое, негромкое бронхиальное дыхание, имеющее музыкальный, металлический оттенок и похожее на звук, получающийся при быстром прохождении узкой струи воздуха над пустой бутылкой (откуда и название). Амфорическое дыхание выслушивается при:

- абсцессе легкого во второй стадии
- бронхиальной астме
- 2 стадии крупозной пневмонии
- плеврите
- пневмотораксе

10. Больной К., 38 лет, находится на стационарном лечении 10-е. Аускультативно: разнокалиберные влажные и сухие хрипы. Дыхание поверхностное, тахипноэ, ЧДД 28 в мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия ЧСС 100 в мин., АД 90/60 мм. рт. ст. Сухие хрипы возникают из-за:

- сужения просвета бронхов
- набухания слизистой оболочки бронхов
- скопления в просвете бронхов вязкого секрета
- наличия в альвеолах жидкости
- спазма гладкой мускулатуры бронхов

1. Тема № 4. Расспрос, осмотр, пальпация грудной клетки больных с патологией сердечно - сосудистой системы. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания (расспрос, осмотр и пальпация больных с патологией ССС).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

- Морфофункциональную характеристику сердечно – сосудистой системы.
- Возрастные особенности сердца.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней» Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 () 9 стр. из 28

3. Большой и малый круг кровообращения.

Студент должен уметь:

1. Правильно сформулировать вопросы при сборе жалоб и анамнез.
2. Установить доверительное отношение с пациентами.
3. Оценить особенности общего состояния больного с патологией ССС.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие знаете основные жалобы больных с заболеваниями органов ССС?
2. Что такое одышка?
3. С чем обусловлены перебои в работе сердца?
4. Какие знаете особенности болевого синдрома у больных с патологией ССС?
5. Что такое акроцианоз?
6. Как определяется верхушечный толчок?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия, усвоения практических навыков.

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице syllabus

8. Контроль: (вопросы, тесты)

1. Какие виды одышки знаете?
2. Какие отличительные особенности периферических отеков знаете?
3. На какие параметры необходимо обратить внимание при общем осмотре больных?
4. Где локализуется верхушечный толчок в норме?
5. Что такое ортопноэ?

Тесты:

1. Ученый-терапевт, предложивший схему расспроса больных, доведя этот метод «до высоты искусства».

- a. Г.А. Захарьин
- b. Л. Ауэнбруггер
- c. Р.Лаеннек.
- d. Куссмауль.
- e. Эйнтховен.

2. При аортальной недостаточности

верхушечный толчок...

- a. куполообразный
- b. разлитой, усиленной.
- c. верхушечный толчок смещен влево и вниз, разлитой
- d. резистентный
- e. приподнимающий

3. Осмотр позволяет получить комплексное представление о человеке: его физическом и психическом состоянии, величине тела, его строении, размерах и формах его отдельных частей, размерах некоторых органов, их функциях, о состоянии кожи, слизистых, жирового слоя,

лимфоузлов, поверхностных сосудов и т. д. Во время общего осмотра у больного не определяется:

- a. изменения в области сердца
- b. положение в постели
- c. телосложение
- d. сознание
- e. кожа и видимые слизистые

4. Пальпация — физический метод

медицинской диагностики, проводимый путём ощупывания тела пациента. Как способ изучения свойств пульса, пальпация упоминается ещё в трудах Гиппократата.

Пальпация основана на:

- a. чувстве осязания и объёмности органа
- b. улавливания видимых глазом изменения
- c. улавливание звука от колебательных движений в тканях
- d. улавливание запаха
- e. улавливание звуковых явлений, возникающих в организме

5. Пальпация основана на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ощупывающей руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа. Метод пальпации существенно усовершенствован:

- В.П.Образцовым – Н.Д.Стражеско
- С.П.Боткиным
- Куссмаульем
- М.Я.Мудровым
- Г.А.Захарьиным

6. Анасарка – это диффузная отечность мягких тканей с преимущественной локализацией в нижней половине туловища, возникающая как следствие других заболеваний и имеющая прогрессивное течение. В понятие анасарка не входит:

- воротник Стокса
 - асцит
 - гидроперикард
 - массивные, распространенные отеки
 - гидроторакс
7. Резкая одышка, удушье, кашель, кровохарканье-это:

а. признаки острой левожелудочковой недостаточности

б. тромбоэмболия ветвей легочных артерии

в. проявления дыхательной недостаточности, связанные с бронхиальной астмой

г. проявления симптоматической артериальной гипертонии при феохромоцитоме

- признаки почечной эклампсии

8. У больного после физической нагрузки появился приступ одышки, сопровождаемый удушьем, кашлем с выделением пенистой розовой мокроты. При осмотре: в легких влажные разнокалиберные хрипы с обеих сторон, мерцательная аритмия, увеличение

печени, отеки на нижних конечностях.

Патология, с указанными симптомами:

- Острая левожелудочковая недостаточность
- Приступ бронхиальной астмы
- Тромбоэмболия легочной артерии
- Спонтанный пневмоторакс
- Инфарктная пневмония

9. Женщина 40 лет, обратилась с целью профилактического осмотра. Периодически отмечает редкие кратковременные колющие боли в области сердца. Вес 90 кг и рост 170 см, курит по 1 пачке в день в течение 5 лет, физическими упражнениями не занимается. Последнее обследование было 6 лет назад. Мать перенесла инфаркт миокарда в возрасте 45 лет. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Диагностическое обследование, которое необходимо провести в первую очередь:

- Холестерин сыворотки
- Рентгенограмма грудной клетки
- Тест с физической нагрузкой
- ЭКГ
- Коронарография

10. Больной В., 50 лет обратился к семейному врачу с жалобами на интенсивные боли в грудной клетке. При осмотре врачом не обнаружено каких-либо видимых изменений со стороны сердца и легких. АД 120/85 мм рт.ст., ЧСС - 88 уд.в 1 минуту. Врач успокоил больного и отправил его домой, с рекомендациями полежать дома и прийти завтра. Правильна ли тактика врача?

а. Нет, необходимо назначить срочное ЭКГ исследование

б. Да, возникшие боли не предвещают опасности для состояния больного

в. Да, при возникновении каких-либо осложнений возможно оказание помощи и на следующий день

г. Нет, необходимо назначить лечение анальгетиками

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 ()	
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	11 стр. из 28	

е. Нет, необходимо направить больного на плановое лечение

1. Тема № 5. Перкуссия сердца. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями органов сердечно – сосудистой системы (перкуссия сердца).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

1. Строение сердца.
2. Правила проведения перкуссии.
3. Отличие притупленного перкуторного звука от тупого.

Студент должен уметь:

1. Определить нижнюю границу правого легкого по срединно – ключичной линии.
2. Определить относительную и абсолютную сердечную тупость сердца.
3. Определить конфигурацию сердца.

4. Основные вопросы темы:

1. Как определить относительную сердечную тупость?
2. Где определяется ширина сосудистого пучка?
3. От чего зависит конфигурация сердца?
4. При каких патологиях встречается трапецевидная конфигурация сердца?
5. Какие патологические изменения границы сосудистого пучка знаете?
6. Как определяется талия сердца?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия. Обучение практическим навыкам в симуляционном кабинете ЦПН.

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице syllabus

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Как определяется абсолютная сердечная тупость?
2. Какую информацию дает изменения ширины сосудистого пучка?
3. При каких патологических состояниях сердца приобретает митральную конфигурацию?
4. Как определяется левая граница относительной сердечной тупости?
5. Что такое «бычье сердце»?

Тесты:

1. Существует три основных перкуторных звука: громкий или ясный легочный, в норме получаемый при выстукивании грудной клетки над лёгкими, тихий или тупой, выслушиваемый при перкуссии мягких, безвоздушных неупругих органов, и тимпанический, напоминающий звук от удара в барабан, который получают при выстукивании содержащих воздух гладкостенных полостей и полых органов, содержащих

воздух. Тупой перкуторный звук, означает наличие звука.

- a. тихого
- b. высокого
- c. продолжительного
- d. короткого
- e. громкого

2. Осматривая больного, врач отметил некоторое увеличение грудной клетки в области сердца, верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определялся.

Тишайшая перкуссия применяется для определения:

- a. границ абсолютной сердечной тупости
- b. границ печени
- c. границ легких
- d. границ относительной сердечной тупости

e. очага воспаления

3. Осматривая больного, врач отметил некоторое увеличение грудной клетки в области сердца, верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определялся .

Тихая перкуссия применяется для определения:

- a. границ относительной сердечной тупости
- b. проведения сравнения
- c. выявления глубоко расположенной полости
- d. границ органа
- e. очага воспаления

4. Тихая, слабая перкуссия вызывает колебаний перкутируемой ткани на глубину:

- a. 2 -4см
- b. до10 см
- c. 3-5 см
- d. 10-12 см
- e. более 12 см

5. Отдел образующий правую границу относительной тупости сердца:

- a. правое предсердие
- b. правым желудочком
- c. левым предсердием
- d. левым желудочком
- e. правым предсердием и желудочком
- b. Отдел образующий левую границу

относительной тупости сердца:

- a. левый желудочек
 - b. правым желудочком
 - c. левым предсердием
 - d. правым предсердием
 - e. левым предсердием и желудочком
7. Отдел образующий верхнюю

границу сердца:

- a. левое предсердие
 - b. правым желудочком
 - c. правым предсердием
 - d. левым желудочком
 - e. левым предсердием и желудочком
8. Отдел образующий абсолютную

тупость сердца:

- a. левый желудочек
 - b. левым предсердием и желудочком
 - c. правым желудочком
 - d. правым предсердием
 - e. правым предсердием и желудочком
9. Истинные размеры сердца отражает:

- a. относительная тупость сердца
- b. относительная тупость сердца с

обязательным определением абсолютной тупости

- c. границы сосудистого пучка
- d. абсолютная тупость сердца
- e. конфигурация сердца

10. Нормальная граница относительной сердечной тупости справа располагается:

- a. на 1 – 2 см кнаружи от правого края грудины в 4межреберье
- b. на 2,5 см кнаружи от правого края грудины в 4межреберье
- c. на правому краю грудины
- d. по левому краю грудины в 4межреберье
- e. на 3,5 см кнаружи от правого края грудины в 4межреберье

1. Тема № 6. Аускультация сердца и сосудов в норме. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями органов сердечно – сосудистой системы (аускультация сердца).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

1. Кровеносные сосуды.
2. Физиологические свойства сердечной мышцы.
3. Сердечный цикл.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней» Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 () 13 стр. из 28

Студент должен уметь:

1. Правила и порядок аускультации.
2. Установить доверительное отношение с пациентами.
3. Отличать звуковые явления, возникающие в точках выслушивания сердца.

4. Основные вопросы темы:

1. В каком положении больного проводится аускультация сердца?
2. Какова последовательность аускультации клапанов сердца?
3. Как возникает 1 и 2 тон сердца?
4. Какие знаете причины усиления 2 тона над легочной артерией?
5. Какие еще дополнительные тоны выслушиваются у астеников?
6. Когда возникает физиологическое раздвоение 1 тона?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия. Прослушивание аудиодисков

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице syllabus

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Какие отличительные признаки 1 и 2 тонов сердца знаете?
2. Какие причины ослабления тонов сердца знаете?
3. При каких патологиях возникает патологическое раздвоение 2 тона?
4. От чего зависит звучность сердечных тонов?
5. Когда возникает тон открытия митрального клапана?

Тесты:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Продолжительность первого тона: <ol style="list-style-type: none"> a. 0,09 – 0,12 сек b. 0,08 – 0,01 сек c. 0,11 – 0,14 сек d. 0,14 – 0,16 сек e. 0,17 – 0,20 сек 2. Продолжительность второго тона: <ol style="list-style-type: none"> a. 0,05 – 0,07 сек b. 0,08 – 0,01 сек c. до 0,05 сек d. 0,11 – 0,14 сек e. 0,16 – 0,20 сек 3. Продолжительность систолической паузы: <ol style="list-style-type: none"> a. 0,2 – 0,25 сек b. 0,14 – 0,18 сек c. 0,05 – 0,07 сек d. до 0,42 сек e. более 0,11 сек 4. Продолжительность диастолической паузы: <ol style="list-style-type: none"> a. 0,42 – 0,46 сек b. 0,14 – 0,18 сек | <ol style="list-style-type: none"> c. 0,07 – 0,11 сек d. 0,18 – 0,2 сек e. 0,05 – 0,07 сек 5. Третий тон образуется: <ol style="list-style-type: none"> a. в диастолу в фазе быстрого пассивного наполнения желудочков и колебания их стенок b. в систолу предсердия c. в диастолу желудочков во время гемодинамического удара в закрывшиеся полулунные клапаны d. в диастолу желудочков из-за усиления звуковых колебаний открывающегося митрального клапана e. в систолу желудочков б. IV тон образуется: <ol style="list-style-type: none"> a. в диастолу желудочков из-за колебания полулунных клапанов b. в систолу желудочков c. в диастолу желудочков из-за колебания мышечных стенок в фазу быстрого пассивного заполнения d. в диастолу желудочков в фазу |
|---|--|

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакхстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 ()
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		14 стр. из 28

быстрого активного их наполнения (систола предсердий

е. из-за раздвоения 1 тон в систолу

7. Проекция митрального клапана на переднюю грудную стенку:

а. верхушка сердца

б. во втором межреберье слева у грудины

с. на середине грудины на уровне 3 ребер

д. место прикрепления к груди хряща 3 ребра

е. 2 межреберье справа

8. Проекция клапана аорты на переднюю грудную стенку:

а. 2 межреберье справа

б. место прикрепления к груди хряща 3 ребра

с. на груди посередине мест прикрепления хрящей 3 ребра слева и 5 ребра справа

д. во втором межреберье слева у грудины

е. на середине грудины на уровне 3 ребер

9. Проекция клапана легочной артерии на переднюю грудную стенку:

а. во втором межреберье слева у грудины

б. на середине грудины на уровне 3 ребер

с. на груди посередине мест прикрепления хрящей 3 ребра слева и 5 ребра справа

д. 2 межреберье справа

е. место прикрепления к груди хряща 3 ребра

10. Место аускультации 3-х створчатого клапана:

а. у основания мечевидного отростка справа

б. у верхушки сердца

с. на середине грудины на уровне 3 ребер

д. во 2-ом межреберье справа у края грудины

е. во 2-ом межреберье слева у края грудины

1. Тема № 7. Аускультация сердца и сосудов при патологии. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями органов сердечно – сосудистой системы (аускультация сердца при патологии).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

1. Клапаны сердца.

2. Возрастные особенности кровеносных сосудов.

3. Гистологию сердца.

Студент должен уметь:

1. Установить доверительное отношение с пациентами.

2. Отличать звуковые явления в точках выслушивания сердца в норме и патологии.

3. Дифференцировать шумы сердца.

4. Основные вопросы темы:

1. Что такое ритм перепела?

2. При каких патологиях возникает ритм галопа?

3. Какой шум выслушивается при недостаточности митрального клапана?

4. Какие знаете причины возникновения диастолического шума?

5. Как проводится аускультация сосудов?

6. Когда возникает шум Виноградова - Дюрозье?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия. Обучение практическим навыкам в симуляционном кабинете ЦПН.

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице силлабуса

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Какие отличительные признаки систолического и диастолического шума знаете?
2. Какие причины возникновения диастолического шума знаете?
3. При каких патологиях возникает диастолический шум Стилла?
4. Какие шумы относятся к внесердечным?
5. Какой шум выслушивается при недостаточности аортального клапана?

Тесты:

1. Порок, для которого характерен обусловленное турбулентным током крови хлопающий I тон, диастолический шум, в особенности пресистолический
 - a. митрального стеноза
 - b. митральной недостаточности
 - c. трикуспидального стеноза
 - d. аортальной недостаточности
 - e. аортального стеноза
2. Порок, для которого характерно выявление грубого систолического шума во II межреберье справа у грудины
 - a. аортального стеноза
 - b. стеноза легочной артерии
 - c. дефекта межпредсердной перегородки
 - d. дефекта межжелудочковой перегородки
 - e. митральной недостаточности
3. Систолическое “кошачье мурлыканье” во II межреберье справа встречается при:
 - a. Стенозе устья аорты
 - b. Недостаточности аортального клапана
 - c. Митрального стеноза
 - d. Митральной недостаточности
 - e. Коарктация аорты
4. Мягкий дующий диастолический шум у больного с длительно существующим митральным стенозом над легочной артерией выслушивается из-за .
 - a. относительной недостаточностью клапана легочной из-за высокой легочной гипертензий
 - b. стеноз митрального отверстия
 - c. дефектом межпредсердной перегородки
 - d. стеноз устья легочной артерии
 - e. стеноз аортального отверстия
5. Диастолическое дрожание — пальпаторно определяемое дрожание грудной клетки в прекардиальной области в фазе диастолы при некоторых пороках сердца, обусловленное турбулентным током крови через пораженные клапаны или аномальные отверстия. Диастолическое дрожание на верхушке обусловлено:
 - a. митральным стенозом
 - b. аортальной недостаточностью
 - c. аортальным стенозом
 - d. трехстворчатой недостаточностью
 - e. митральной недостаточностью
6. Митральный стеноз – сужение площади левого атриовентрикулярного устья, приводящее к затруднению физиологического тока крови из левого предсердия в левый желудочек. Диастолическое дрожание у больных митральным стенозом на верхушке объясняется теми же причинами, что и:
 - a. хлопающий I тон
 - b. ритм перепела
 - c. акцент 2 тона на легочной артерий
 - d. диастолический шум на верхушке
 - e. раздвоение 2 тона на верхушке
7. При аортальном стенозе определяется:
 - a. систолическое дрожание на верхушке
 - b. диастолическое дрожание на верхушке
 - c. диастолическое дрожание на аорте (во 2 точке аускультации)
 - d. систолическое дрожание на аорте
 - e. систолическое дрожание в 3 – 4 межреберье у левого края грудины
8. Систолическое дрожание - пальпаторно определяемое в фазе систолы дрожание грудной клетки в прекардиальной области; наблюдается при выраженных пороках сердца, сопровождаемых грубым систолическим шумом. Систолическое дрожание объясняется теми же причинами, что и ...
 - a. систолический шум на аорте
 - b. усиленный I тон на верхушке
 - c. ослабленный 2 тон на аорте
 - d. акцент 2 тона на аорте

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 ()
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		16 стр. из 28

- е. раздвоение 2 тона на аорте
9. Женщина 25 лет осмотрена врачом для оценки сердечного шума. В анамнезе нет указаний на ревматизм и ранее выслушиваемый шум. I и II тоны нормальные, кардиомегалия отсутствует. Во втором межреберье справа от грудины выслушивается систолический шум изгнания. При аускультации сердца и сосудов два тона в норме не выслушивается :
- на бедренной артерии
 - на сонных артериях
 - на подключичных артериях
 - эпигастральных точках
 - во всех точках аускультаций сердца
10. Больной жалуется на частые обмороки, боли в области сердца, отдышку. При аускультации двойной тон Траубевыслушивается при:
- аортальном стенозе
 - аортальной недостаточности
 - митральном стенозе
 - митральной недостаточности
 - трехстворчатой недостаточности

1. Тема № 8. Методы исследования больных с патологией пищеварительной системы. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварительной системы (расспрос, осмотр и пальпация живота).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

- Морфофункциональную характеристику глотки, пищевода, желудка и кишечника.
- Физиологию пищеварения.
- Состав и свойства желудочного сока.

Студент должен уметь:

- Правильно сформулировать вопросы при сборе жалоб и анамнез.
- Установить доверительное отношение с пациентами.
- Оценить особенности общего состояния больного с патологией ЖКТ.

4. Основные вопросы темы:

- Какие знаете основные жалобы больных с заболеваниями органов пищеварительной системы?
- Что такое асцит?
- Какие виды пальпации живота знаете?
- Как проводится глубокая пальпация живота?
- Какую информацию дает глубокая пальпация живота?
- Какую информацию дает перкуссия желудка и кишечника?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия, усвоения практических навыков.

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице силлабуса

8. Контроль: (вопросы, тесты)

- Какие виды диспепсии знаете?
- Что такое дисфагия?
- Какие изменения выявляет аускультация живота?
- Каким методом определяется асцит?
- С чем связана появление рвоты?

Тесты:

- Фактор, имеющий наименьшее значение при сборе анамнеза жизни больного: а. погодные условия
б. предрасположенность

- b. перенесенные заболевания
c. семейное положение и наследственная
d. вредные привычки
e. условия труда и быта
2. В больницу поступил больной с жалобами на боли в области пищевода. Наиболее серьезная по прогнозу жалоба больных с заболеваниями пищевода:
- a. дисфагия
b. рвота
c. боль
d. слюнотечение
e. изжога
3. Женщина в возрасте 48 лет жалуется на боли в области пищевода и желудка, на вздутие живота, жидкий стул, повышенную утомляемость в последние 15 мес. За этот период она похудела на 18 кг. Наиболее грозная причина дисфагии:
- a. новообразование пищевода
b. ожоговый стеноз пищевода
c. вдавление пищевода из вне
d. дивертикул пищевода
e. воспаление пищевода
4. В больницу поступила женщина 25 лет, с жалобами на отрыжки, боли в области пищевода. Дисфагия чаще устанавливаемая по анамнезу в прошлом:
- a. рубцовые стенозы пищевода
b. новообразование пищевода
c. дивертикул пищевода
d. хронический атрофический эзофагит
e. ценность анамнестических данных равнозначна
5. Зондирование желудка – это одна из самых часто проводимых диагностических процедур, обязательная при подозрении на гастрит, язвенную болезнь и множестве других заболеваний желудочно-кишечного тракта. Ученый предложивший метод желудочного зондирования:
- a. Куссмауль
b. Г.А. Захарьин
c. Р.Лаеннек
d. Л. Ауэнбруггер
e. Эйтховен
b. Пальпация основана на осязательном ощущении, возникающем при движении и

- давлении пальцев или ладони ощупывающей руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа. Метод пальпации существенно усовершенствован:
- a. В.П.Образцовым – Н.Д.Стражеско
b. С.П.Боткиным
c. Куссмаульем
d. М.Я.Мудровым
e. Г.А.Захарьиним
7. Женщина 40 лет жалуется на нарастающую слабость, боли в эпигастрии, особенно натощак и по ночам, запоры, головокружения, сухость кожи, боли в области сердца, не связанные с нагрузкой. Раньше ничем не болела, недавно был неприятный конфликт на работе. Для подтверждения диагноза необходимо диагностическое исследование:
- a. Фиброгастродуоденоскопия
b. Электрокардиография
c. Сигмоидоскопия
d. Консультация невропатолога
e. Клинический анализ крови
8. Больной К., 46 лет на приеме у семейного врача с жалобами на рвоту кислым содержимым, отрыжку воздухом после приема пищи, дискомфорт в эпигастрии, вздутие живота. При пальпации выявлена болезненность в эпигастриальной области. Инструментальное исследование, которое необходимо провести больному
- a. Фиброгастродуоденоскопию
b. Анализ кала на скрытую кровь
c. Контрастную рентгеноскопию с барием
d. Ультразвуковое исследование
e. Радионуклидное исследование
9. Больной в течение 15 лет страдает хроническим панкреатитом. Простейший способ обнаружения кальциноза поджелудочной железы:
- a. рентгенография
b. лапаротомия
c. лапароскопия
d. ирригоскопия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 ()
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		18 стр. из 28

- е. холангиография
10. Больному К., 40 лет, семейный врач выставил диагноз "Впервые выявленная язва луковицы 12-перстной кишки". Ведущий метод обследования больного:
- а. ФГДС с биопсией
 б. общий анализ крови
 в. анализ желудочного сока
 г. анализ кала на скрытую кровь
 е. дуоденальное зондирование

1. Тема № 9. Методы исследования больных с патологией гепатобилиарной системы. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы (расспрос, осмотр и физикальное обследование).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

1. Морфофункциональную характеристику гепатобилиарной системы.
2. Физиологию и гистологию печени.
3. Желчеобразование.

Студент должен уметь:

1. Правильно сформулировать вопросы при сборе жалоб и анамнез.
2. Установить доверительное отношение с пациентами.
3. Оценить особенности общего состояния больного с патологией гепатобилиарной системы.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие знаете основные жалобы больных с заболеваниями гепатобилиарной системы?
2. Что такое желтуха?
3. Какие изменения определяются при осмотре кожных покровов?
4. Как проводится пальпация печени?
5. В чем заключается внешнесекреторная деятельность поджелудочной железы?
6. Как определяется размер печени по Курлову?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия, усвоения практических навыков.

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице силлабуса

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Какие виды желтухи знаете?
2. Что такое гинекомастия?
3. Какую информацию дает перкуссия печени?
4. Каким методам определяется асцит?
5. Как исследуется пигментный обмен печени?

Тесты:

1. Перкуторные размеры печени у здоровых лиц нормостенического телосложения:
 - a. 9 x 8 x 7 см
 - b. 10 x 9 x 8 см
 - c. 7 x 8 x 9 см
 - d. 12 x 10 x 8 см
- е. 8 x 6 x 4 см
2. Перкуторные размеры печени при атрофическом циррозе печени:
 - a. 8 x 6 x 4 см
 - b. 9 x 8 x 7 см
 - c. 9 x 8 x 9 см
 - d. 12 x 10 x 8 см

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакхстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней» Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 () 19 стр. из 28

- е. 10 x 9 x 8 см
3. Перкуторные размеры печени при гепатомегалиях:
- 15 x 12 x 10 см
 - 9 x 8 x 7 см
 - 7 x 8 x 9 см
 - 8 x 6 x 4 см
 - 12 x 10 x 8 см
4. Аускультация печени ценна при наличии:
- гемангиом печени
 - цирроза печени
 - холецистита
 - абсцесса печени
 - кист печени
5. Для определения функции печени при синтезе белка применяют:
- Проба Сулема ,лента Вельтман
 - Основная фосфатаза
 - Холестерин, беталиппротеид
 - Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
 - Проба Квыка-Пытель
 - Для определения экскреторной функции печени применяют:
- Основная фосфатаза
 - Проба Сулема ,лента Вельтман
 - Холестерин, беталиппротеид
 - Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
 - Проба Квыка-Пытель
7. Для определения ферментной функции печени применяют:
- Основная фосфатаза
 - Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
 - Проба Сулема ,лента Вельтман
 - Холестерин, беталиппротеид
 - Проба Квыка-Пытель
 - Показатель, отражающий жиरोлипоидную функцию печени:
- холестерина, беталиппротеиды
 - щелочная фосфатаза
 - сулемовая проба, лента Вельтмана
 - трансаминазы, альдолазы, лактатдегидрогеназы
 - проба с бензойнокислыми натрием (Квика – Пытеля)
9. Метод исследования печени позволяющий определить морфологические изменения в ней:
- пункционная биопсия
 - лапароскопия
 - УЗИ печени
 - радиоизотопные
 - обзорная рентгенограмма
10. Более информативный метод исследования печени при наличии в ней диффузных или очаговых поражений:
- радиоизотопные
 - пункционная биопсия
 - УЗИ печени
 - лапароскопия
 - обзорная рентгенограмма

1. Тема № 10. Методы исследования больных с патологией мочеполовой системы. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями органов мочеполовой системы (расспрос, осмотр и физикальное обследование).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

1. Морфофункциональную характеристику мочеполовой системы.
2. Гистофизиологию нефрона.
3. Мочеобразование.

Студент должен уметь:

1. Правильно сформулировать вопросы при сборе жалоб и анамнез.
2. Установить доверительное отношение с пациентами.
3. Оценить особенности общего состояния больного с патологией мочеполовой системы.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие знаете основные жалобы больных с заболеваниями мочеполовой системы?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней» Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 () 20 стр. из 28

2. Что такое дизурия?
3. Какие основные причины болевого синдрома знаете?
4. Как проводится пальпация почек?
5. Чем отличается почечные отеки от сердечных?
6. Какую информацию дает аускультация почечных артерий?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия, усвоения практических навыков.

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины:

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице syllabus

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Какие виды дизурии знаете?
2. С чем связана изменение кожных покровов?
3. Какие факторы риска развитие заболевание почек знаете?
4. На что необходимо обратить внимание при сборе анамнеза?
5. Какие знаете основные причины развития болевого синдрома?

Тесты:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Приступы головных болей, сердцебиение, дрожь в теле, резкое повышение уровня АД, провоцируемые физической нагрузкой, тряской – это: <ol style="list-style-type: none"> a. признаки почечной эклампсии b. проявления симптоматической артериальной гипертонии при феохромоцитоме c. признаки острой левожелудочковой недостаточности (отека легких) d. криз при гипертонической болезни e. признаки почечной артериальной гипертонии 2. Для нефроптоза 1 степени характерно: <ol style="list-style-type: none"> a. пальпируется нижний полюс почки b. пальпируется вся почка в положении стоя c. пальпируется вся почка в положении лежа d. почка пальпируется в любом месте брюшной полости e. пальпируется верхний полюс почки 3. Для нефроптоза 2 степени характерно: <ol style="list-style-type: none"> a. пальпируется вся почка в положении стоя b. пальпируется половина почки c. пальпируется вся почка в положении лежа d. почка пальпируется в любом месте | <ol style="list-style-type: none"> брюшной полости e. пальпируется верхний полюс почки 4. Для нефроптоза 3 степени характерно: <ol style="list-style-type: none"> a. пальпируется вся почка в положении стоя и лежа b. пальпируется нижний полюс почки c. почка пальпируется только при обострении патологического процесса d. пальпируется половина почки e. почка не ощущается 5. Степень нефроптоза определяют: <ol style="list-style-type: none"> a. при пальпации по Образцову - Стражеско b. симптомом Пастернацкого c. в положении лежа d. в положении по Боткину e. только по УЗИ почек 6. Симптом Пастернацкого определяется: <ol style="list-style-type: none"> a. методом перкуссии b. методом осмотра c. методом пальпации d. измерениями А/Д e. методом аускультации 7. Симптом Пастернацкого бывает резко положительным при: <ol style="list-style-type: none"> a. паранефрите b. пиелонефрите c. мочекаменной болезни d. гломерулонефрите |
|---|---|

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 ()
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		21 стр. из 28

- е. радикулите
 8. Объем суточного диуреза у здоровых лиц:
 а. около 1500 мл
 б. 600 – 800 мл
 в. 500 – 600 мл
 г. 2000 мл и более
 д. 800 – 1000 мл
 9. Пальпацией почек не возможно определить:
 а. степень нарушения функции почек
- б. подвижность
 в. конфигурацию почек
 г. степень нефроптоза
 д. плотность
 10. Почки при пальпации не выявляются при:
 а. гломерулонефрите
 б. нефроптозе 2 степени
 в. наличии больших кист
 г. пиелонефрите
 д. увеличении почек

1. Тема № 11. Методы лабораторных исследований больных с патологией мочевыделительной системы. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам лабораторного исследования пациентов с заболеваниями органов мочевыделительной системы.

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

1. Клубочковую фильтрацию.
2. Образование вторичной мочи.
3. Состав конечной мочи.

Студент должен уметь:

1. Установить доверительное отношение с пациентами.
2. Правильный сбор мочи для лабораторного исследования.
3. Оценить функциональное состояние почек.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие показатели определяются при общем анализе мочи?
2. Какие знаете методы количественной оценки мочевого осадка?
3. Как проводится проба Зимницкого?
4. Как определяется скорость клубочковой фильтрации?
5. Какие виды нарушения концентрационной функции знаете?
6. Какие показатели биохимического анализа имеют диагностическое значение?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия, ТЫ

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице syllabus

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Какие патологические объемы мочи знаете?
2. Какую информацию дает микроскопическое исследование мочи?
3. Реакция мочи в норме?
4. Какие изменения химического состава мочи знаете?
5. Что такое кетонурия?

Тесты:

1. Колебания удельного веса мочи в норме:
 а. 1005 – 1028
 б. 1025 – 1040

- c. 1000 – 1008
d. 1005 – 1010
e. 1000 – 1040
2. Проба Реберга используется для определения:
- величин клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции
 - концентрационной функции почек
 - размаха удельного веса мочи
 - соотношение дневного диуреза к ночному
 - дневного диуреза
3. Нормальные параметры пробы Аддиса – Каковского:
- эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000
 - эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 3 млн, цилиндров 10000
 - эритроцитов 500000, лейкоцитов 4 млн
 - эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000
 - эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 70000
4. Данные пробы Реберга при нефритах:
- КФ–50 мл\ мин, Р– 99%, МД – 0,6 мл
 - КФ–100 мл\ мин, Р– 98%, МД – 2 мл
 - КФ–120 мл\ мин, Р– 60%, МД – 2 мл
 - КФ – 110 мл\ мин, Р – 98%,
 - КФ – 150 мл\ мин, Р – 78%,
5. Данные пробы Реберга при пиелонефритах:
- КФ–120 мл\ мин, Р – 60%, МД – 2 мл
 - КФ–100 мл\ мин, Р – 98%, МД– 2 мл
 - КФ–50 мл\ мин, Р–99%, МД – 0,6 мл
 - КФ – 110 мл\ мин, Р – 98%,
 - КФ – 150 мл\ мин, Р – 78%,
 - Для проведения пробы Нечипоренко моча берется:
- средняя порция мочи
 - за полсутки
 - вся порция разовой мочи
- за сутки
 - последняя порция мочи
7. Изменение пробы Аддиса – Каковского при нефритах:
- эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000 млн
 - эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 1 млн, цилиндров 10000
 - эритроцитов 500000 млн, лейкоцитов 4 млн
 - эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000
 - эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 80000 млн
8. Изменения пробы Аддиса – Каковского при пиелонефритах:
- эритроцитов 500000 млн, лейкоцитов 4 млн
 - эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 1 млн, цилиндров 10000
 - эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000
 - эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000 млн
 - эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 80000 млн
9. Величина СОЭ у здоровых лиц мм/час:
- 5-15
 - 1-5
 - 5-20
 - 1-20
 - более 20
10. Количество лейкоцитов в норме:
- 3,2 – 11,3 x 10⁹ \л
 - 3,0 – 5,0 x 10⁹ \л
 - 3,0 – 10,0 x 10⁹ \л
 - 2,0 – 9,0 x 10⁹ \л
 - 1,0 – 8,0 x 10⁹ \л

1. Тема № 12. Методы исследования больных с патологией кроветворной системы. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями органов кроветворной системы (расспрос, осмотр и физикальное обследование).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

- Анатомо – физиологическое строение кроветворной системы.
- Гистофизиологию системы крови.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 ()
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		23 стр. из 28

3. Основные физико – химические свойства крови.

Студент должен уметь:

1. Правильно сформулировать вопросы при сборе жалоб и анамнез.
2. Установить доверительное отношение с пациентами.
3. Оценить особенности общего состояния больного с патологией кроветворной системы.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие знаете основные жалобы больных с заболеваниями кроветворной системы?
2. Какие основные объективные изменения при заболеваниях кроветворной системы знаете?
3. Какую информацию дает пальпация и перкуссия селезенки?
4. Как проводится пальпация лимфатических узлов?
5. Какие лабораторные исследования используются для диагностики?
6. Какую информацию дает ультразвуковое исследование лимфатических узлов?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия, ТЫ

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины:

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице силлабуса

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Как происходит процесс свертывания крови?
2. С чем связана кровоточивость десен, носа и кишечника?
3. Какую информацию дает пальпация лимфатических узлов?
4. На что необходимо обратить внимание при общем осмотре больных?
5. Какие знаете основные причины снижения показателей красной крови?

Тесты:

1. Правильные определения цветного показателя:

- a. степень насыщения эритроцитов гемоглобином
- b. увеличение или уменьшения уровня гемоглобина

c. увеличение или уменьшения лейкоцитов

d. увеличение или уменьшения эритроцитов

e. увеличение эритроцитов, снижение уровня гемоглобина

2. При заболевании органов кроветворения не обязательна пальпация:

- a. мышц
- b. лимфоузлов
- c. печени
- d. позвоночника и плоских костей
- e. селезенки

3. Размеры селезенки по Курлову:

- a. 6-8 смх 4-6 см

b. 3-5 смх 2-4 см

c. 4-6 смх 2-4 см

d. 8-10 ммх 6-8мм6

e. 10-12 мм х 8-10мм

4. Содержание эритроцитов в норме эритроцитов у женщин:

a. 3,4 – 5,0 x 10¹² \л

b. 1,0 – 3,0 x 10¹² \л

c. 2,0 – 5,0 x 10¹² \л

d. 1,0 – 2,5 x 10¹² \л

e. 2,5 – 5,5 x 10¹² \л

5. Содержание эритроцитов в норме у мужчин:

a. 4,0 – 5,6 x 10¹² \л

b. 3,0 – 4,8 x 10¹² \л

c. 1,0 – 3,0 x 10¹² \л

d. 1,0 – 2,5 x 10¹² \л

e. 2,5 – 5,5 x 10¹² \л

6. Количество тромбоцитов в норме:

a. 180 – 320 x 10⁹ \л

b. 50,0 – 180,0 x 10⁹ \л

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней» Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 () 24 стр. из 28

- | | |
|---|---|
| с. 250,0 – 400,0 x 10 ⁹ \л
d. 350,0 – 450,0 x 10 ⁹ \л
e. 150,0 – 200 x 10 ⁹ \л
7. Увеличение количества тромбоцитов
это:
a. тромбоцитоз
b. тромбопатия
c. тромбопения
d. трмбоэмболия
e. тромбоцитопеническая пурпура
8. Уменьшение количества тромбоцитов
это:
a. тромбопения
b. тромбопатия
c. тромбоцитоз | d. трмбоэмболия
e. тромбоцитопеническая пурпура
9. «Тромбоцитопения» это:
a. уменьшение количества тромбоцитов
b. гипофункция тромбоцитов
c. увеличение количества тромбоцитов
d. гиперфункция тромбоцитов
e. уменьшение количества тромбоцитов и эритроцитов
10. Повышенное количество лейкоцитов:
a. лейкоцитоз
b. лейкопения
c. цитопения
d. панцитопения
e. цитопения, лейкоплакия |
|---|---|

1. Тема № 13. Методы исследования больных с патологией эндокринной системы.

Диагностическое значение

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями органов эндокринной системы (расспрос, осмотр и физикальное обследование).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

1. Анатомо – физиологическое строение органов эндокринной системы.
2. Гистофизиологию органов эндокринной системы.
3. Основные функции желез эндокринной системы.

Студент должен уметь:

1. Правильно сформулировать вопросы при сборе жалоб и анамнез.
2. Установить доверительное отношение с пациентами.
3. Оценить особенности общего состояния больного с патологией эндокринной системы.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие знаете основные жалобы больных с заболеваниями эндокринной системы?
2. Какие основные объективные изменения при заболеваниях эндокринной системы знаете?
3. Какую информацию дает пальпация щитовидной железы?
4. Как проводится пальпация щитовидной железы?
5. Какие лабораторные исследования используются для диагностики?
6. Что такое гипоталамо – гипофизарная система?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия, усвоения практических навыков.

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице силлабуса

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Как вы знаете причины развития основных видов патологии половых желез?
2. Какую функцию выполняют надпочечники?
3. Какую функцию выполняет эндокринная часть поджелудочной железы?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней» Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 () 25 стр. из 28

4. Какие лабораторно – инструментальные методы исследования используются для диагностики патологии эндокринной системы?

5. Какие знаете факторы риска развития гипо - гипергликемии?

Тесты:

- | | |
|---|--|
| <p>1. Распространенные способы пальпации щитовидной железы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3 способа 1 способа 4 способа 2 способа не пальпируется <p>2. При зобе перкуссия над рукояткой отмечает:</p> <ol style="list-style-type: none"> укорочение перкуторного звука ослабление перкуторного звука притупление перкуторного звука тупой перкуторный звук ясный перкуторный звук <p>3. К эндокринным заболеваниям поджелудочной железы относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> сахарный диабет Иценко-Кушинга гипотиреоз, гипертиреоз хронический панкреатит ожирения <p>4. Какова ежедневная потребность человека в йоде:</p> <ol style="list-style-type: none"> 100 мкг 50 мкг 150 мкг 250 мкг 1000 мкг <p>5. Железы, не относящиеся к эндокринной системе:</p> <ol style="list-style-type: none"> железы желудка и кишечника щитовидная железа гипофиз железы половых органов поджелудочная железа | <p>6. Эндокринными железами вырабатываются:</p> <ol style="list-style-type: none"> гормоны холинолитики симпатолитики бета – блокаторы ингибиторы АПФ <p>7. Секрции эндокринных желез выделяются в:</p> <ol style="list-style-type: none"> кровь и лимфу желчь желудок поджелудочную железу потовые железы <p>8. Дисбаланс жирового обмена:</p> <ol style="list-style-type: none"> болезнь Иценко-Кушинга гипофункция половых желез болезнь Симондса злоупотребление продуктами богатыми жирами дистрофия генитальных органов <p>9. Уровень сахара в крови у здорового человека ммоль/л:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5,6-7,5 3,3-5,5 4,4-6,0 2,2-3,2 6,0-8,0 <p>10. Щитовидная железа вырабатывает:</p> <ol style="list-style-type: none"> T₃T₄ТТГ ферменты 17-ОКСД7-КС инсулин АКТГ |
|---|--|

1. Тема № 14. Методы исследования больных с патологией опорно – двигательного аппарата. Диагностическое значение

2. Цель: Обучить студентов принципам обследования пациентов с заболеваниями опорно – двигательного аппарата (расспрос, осмотр и физикальное обследование).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

- Морфофункциональная характеристика опорно – двигательной системы.
- Роль спинного мозга в регуляции движений. Регуляция мышечного тонуса.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 ()
Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		26 стр. из 28

3. Регуляция произвольных движений.

Студент должен уметь:

1. Правильно сформулировать вопросы при сборе жалоб и анамнез.
2. Установить доверительное отношение с пациентами.
3. Оценить особенности общего состояния больного с патологией опорно – двигательного аппарата.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие знаете основные жалобы больных с заболеваниями опорно – двигательного аппарата?
2. Какие основные объективные изменения при заболеваниях опорно – двигательного аппарата знаете?
3. Какую информацию дает пальпация крупных суставов?
4. Какие патологические искривление позвоночного столба знаете?
5. Какие лабораторные исследования используются для диагностики?
6. Что такое «поза просителя»?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия, усвоения практических навыков.

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице syllabus

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Как вы знаете причины развития основных видов патологии опорно – двигательного аппарата?
2. Что такое контрактный тонус мышц?
3. Какую функцию выполняет эндокринная часть поджелудочной железы?
4. Какие лабораторно – инструментальные методы исследования используются для диагностики патологии опорно – двигательного аппарата?
5. Какие вы знаете причины развития мышечной гипертонии?

Тесты:

1. Искривление позвоночника выпуклостью назад называется:
 - a. кифозом
 - b. сколиозом
 - c. кифосколиозом
 - d. горбом
 - e. лордозом
2. Искривление позвоночника в боковую сторону называется:
 - a. сколиозом
 - b. лордозом
 - c. кифосколиозом
 - d. горбом
 - e. кифозом
3. Искривление позвоночника выпуклостью вперед называется:
 - a. лордозом
 - b. сколиозом
 - c. кифозом
 - d. кифосколиозом
 - e. горбом
4. Искривление позвоночника:
 - a. в боковую сторону и назад
 - b. в боковую сторону
 - c. назад
 - d. в боковую сторону и вперед
 - e. вперед
5. Больная 42 лет в стационаре с жалобами на боли в области кистей, пальцев стоп, локтевых, коленных суставов, утреннюю скованность в суставах, слабость. Из анамнеза: больна около 2х лет, к врачам не обращалась. При осмотре: ульнарная девиация

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней» Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 () 27 стр. из 28

кистей, локтевые, коленные без деформации, стопы в виде halux valgus. Ваш предварительный диагноз:

- a. Ревматоидный артрит
- b. Болезнь Бехтерева
- c. Ревматический артрит
- d. Хондроматоз суставов
- e. Подагра
- б. Температура воды горячей ванны составляет (в градусах Цельсия)

- a. 40-42
- b. 34-36
- c. 37-39
- d. 50-60
- e. 45-49

7. РФ представляет собой:
- a. макроглобулин;
 - b. антитело к Fc-фрагменту агрегированного IgM;
 - c. антитело к агрегированному альбумину;
 - d. простагландин.

е. фрагменту агрегированного IgM;

8. К генетическим факторам развития РА относятся:

- a. хромосомные аномалии;
- b. молекулярные нарушения в генном аппарате;
- c. факторы HLA.
- d. молекулярные нарушения
- e. факторы

9. Боли при РА носят характер:

- a. «летучих»;
- b. периодических;
- c. постоянных.
- d. не периодических;
- e. не постоянных.

10. При РА в процесс вовлечены преимущественно:

- a. крупные суставы конечностей;
- b. мелкие суставы конечностей;
- c. суставы позвоночника.
- d. суставы конечностей;
- e. крупные суставы

1. Тема № 15. Схема заполнения неврологического статуса.

2. Цель: Обучить студентов принципам заполнения неврологического статуса (расспрос, осмотр и физикальное обследование).

3. Задачи обучения:

Студент должен знать:

1. Морфофункциональная характеристика нервной системы.
2. Гистология нервной системы.
3. Физиология нервной системы.

Студент должен уметь:

1. Правильно сформулировать вопросы при сборе жалоб и анамнез.
2. Установить доверительное отношение с пациентами.
3. Оценить особенности общего состояния больного с патологией нервной системы.

4. Основные вопросы темы:

1. Какие знаете основные жалобы больных с заболеваниями нервной системы?
2. Какие основные объективные изменения при заболеваниях нервной системы знаете?
3. Сколько черепно – мозговых нервов знаете?
4. Что такое атаксия?
5. Какие инструментальные методы исследования используются для диагностики?
6. Какие причины развития афазии знаете?

5. Основные формы/методы/технологии обучения для достижения конечных РО дисциплины:

- Обсуждение темы занятия, усвоения практических навыков.

6. Формы контроля для оценивания уровня достижения конечных РО дисциплины.

- АКС/немая формула, тестирование.

7. Литература (основная и дополнительная): указана в последней странице syllabus

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней» Методические указания для практических занятий по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 11 () 28 стр. из 28

8. Контроль: (вопросы, тесты)

Вопросы:

1. Что такое рефлекс?
2. Какие причины развития нарушения памяти знаете?
3. Какие сгибательные патологические рефлексы на верхних конечностях знаете?
4. Какие разгибательные патологические рефлексы на нижних конечностях знаете?
5. Какие виды расстройств чувствительности знаете?

Тесты:

1. При геморрагическом инсульте ликвор содержит в большом количестве:
 - а. лейкоциты
 - б. эритроциты
 - в. тромбоциты
 - г. моноциты
 - д. эозинофилы
2. Центром координации движений является:
 - а. мозжечок
 - б. продолговатый мозг
 - в. черепно-мозговые нервы
 - г. средний мозг
 - д. гипоталамус
3. Основной причиной острого нарушения мозгового кровообращения является:
 - а. гипертоническая болезнь;
 - б. сахарный диабет;
 - в. язвенная болезнь желудка;
 - г. невроз
 - д. тиреотоксикоз
4. Спинальная пункция с целью диагностики проводится при:
 - а. все ответы верны
 - б. геморрагическом инсульте
 - в. менингите
 - г. опухоли мозга
 - д. ригидность затылочных мышц
5. Препаратом выбора при эпилептическом статусе является:
 - а. седуксен
 - б. димедрол
 - в. папаверин
 - г. эуфиллин
 - д. нитроглицерин
6. Поза Вернике – Мана наблюдается у пациентов перенесших:
 - а. геморрагический инсульт
 - б. ишемический инсульт
 - в. клещевой энцефалит
 - г. гнойный менингит
 - д. опухоли мозга
7. При обострении поясничного остеохондроза основной симптом это:
 - а. боль в пояснице
 - б. боль в верхних конечностях
 - в. судороги в ногах
 - г. онемение в стопах
 - д. недержание мочи
8. К поражениям глазодвигательных нервов относится:
 - а. выпадение зрения;
 - б. сходящееся косоглазие;
 - в. нистагм;
 - г. слепота
 - д. слезотечение
 - е. экзофтальм
9. Параличи это:
 - а. полное отсутствие движений
 - б. неполное отсутствие движений
 - в. насильственные движения;
 - г. дрожание конечностей
 - д. онемение в стопах
10. К расстройствам чувствительности относится:
 - а. парестезии
 - б. гиперкинез
 - в. нарушение речи
 - г. нарушение памяти
 - д. затруднение поворота головы