

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

Госпитальная терапия, эндокринология

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 Внутренние болезни

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

1. Цели освоения дисциплины.....	3
2. Место дисциплины в структуре образовательной программы.....	3
3. Планируемые результаты обучения по дисциплине	4
4. Структура и содержание дисциплины.....	5
4.1. Объем дисциплины и виды работы.....	5
4.2. Содержани дисциплины.....	6
4.2.1. Разделы (темы) дисциплины, виды деятельности и формы контроля....	6
4.2.2. Лекционный курс	7
4.2.3. Лабораторный практикум.....	20
4.2.4. Практические занятия.....	20
4.3. Самостоятельная работа	24
5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	25
6. Образовательные технологии.....	26
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.....	27
7.1. Перечень основной и дополнительной литературы.....	27
7.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	
7.3. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение.....	29
8. Материально-техническое обеспечение учебной дисциплины	30
8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий.	30
8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся..	30
8.3. Требования к специализированному оборудованию.....	30
9. Особенности реализации дисциплины для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	30

Приложение 1. Фонд оценочных средств

Приложение 2. Аннотация рабочей программы дисциплины

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель освоения дисциплины «Госпитальная терапия, эндокринология» состоит в формировании у обучающихся профессиональных компетенций в соответствии с образовательной программой по внутренним болезням в рамках госпитальной терапии и эндокринологии. Способность и готовность обучающихся осуществлять свою деятельность с учетом моральных и правовых форм, знанием медицинской этики и деонтологии, основных принципов организации терапевтической помощи, выбора рационального метода лечения и профилактики болезней.

При этом **задачами** дисциплины являются:

- приобретение обучающимися знаний в области:

- осуществления мероприятий по формированию мотивированного отношения взрослого населения и подростков к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих,

- оказания врачебной помощи взрослому населению и подросткам при неотложных состояниях.

- ведением учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях,

МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

2.1. Дисциплина «Госпитальная терапия, эндокринология» относится к обязательной части Блока 1. Дисциплины (модули), 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

№ п/п	Предшествующие дисциплины	Последующие дисциплины
1	Медицинская реабилитация Факультетская терапия, профессиональные болезни Офтальмология Дерматовенерология	Фтизиатрия Клиническая аллергология

3. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Планируемые результаты освоения образовательной программы (ОП) – компетенции обучающихся определяются требованиями стандарта 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 достижения компетенций
1	2	3	4
	ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.	ОПК-7.1. Демонстрирует знания лекарственных препаратов. ОПК-7.2. Проводит статистический анализ полученных данных в профессиональной области и интерпретирует его результаты. ОПК-7.3. Назначает и применяет лекарственные препараты и изделия медицинского назначения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.
	ПК-5	Готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.	ПК-5.1 Проводит сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). ПК-5.2 Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента. ПК-5.3. Направляет пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. ПК-5.4 Направляет пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания

			медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.
	ПК-10	<p>Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.</p>	<p>ПК-10.1. Проводит основные лечебные мероприятия при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, показания к госпитализации.</p> <p>ПК- 10.2. Проводит неотложные мероприятия, плановую госпитализацию больных.</p> <p>ПК-10.3.Выявляет клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, навыками оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p>

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

4.1. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Вид учебной работы		Всего часов	Семестры*			
			№ 9 часов	№10 часов	№11 часов	№12 часов
1		2	3	4	5	6
Аудиторная контактная работа (всего)		260	74	46	70	70
В том числе:						
Лекции (Л)		66	18	16	18	14
Практические занятия (ПЗ), В том числе практическая подготовка		194	56	30	52	56
Лабораторные работы (ЛР)			-	-	-	-
Контактная внеаудиторная работа, в том числе:		7,1	1,7	1,7	1,7	2
Индивидуальные и групповые консультации		7,1	1,7	1,7	1,7	2
Самостоятельная работа обучающегося		128	32	24	36	36
<i>Реферат (Реф)</i>		19	5	2	6	6
<i>Написание учебных историй болезней</i>		23	5	6	6	6
<i>Подготовка к занятиям (ПЗ)</i>		23	5	6	6	6
<i>Подготовка к текущему контролю (ПТК)</i>		21	5	4	6	6
<i>Подготовка к промежуточному контролю (ППК)</i>		22	6	4	6	6
<i>Работа с книжными и электронными источниками</i>		20	6	2	6	6
Промежуточная аттестация	зачет (З)	3	3	3	3	-
	Прием зач.	0,9	0,3	0,3	0,3	-
	экзамен (Э) в том числе:	Э (36)	-	-	-	Э (36)
	Прием экз., час.	0,5	-	-	-	0,5
	Консультация, час.	2	-	-	-	2
	СРО, час.	33,5	-	-	-	33,5
ИТОГО: Общая трудоемкость	часов	432	108	72	108	144
	зач. ед.	12	3	2	3	4

4.2. СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

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

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела (темы) дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу обучающихся (в часах)					Формы текущей и промежуточной аттестации
			Л	ЛР	ПЗ	СРО	все го	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	9-12	1. Госпитальная терапия Кардиология Ревматология Пульмонология Гастроэнтерология Нефрология	50		164	104	318	входящий тестовый контроль, ситуационные задачи и контрольные вопросы реферат
2	10	2. Эндокринология Диабетология Тиреоидология Гипоталамо-гипофизарно надпочечниковая патология	16		30	24	70	текущий тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы реферат
3	9-12	Всего	66		194	128	388	
4		Контактная внеаудиторная работа					7,1	Индивидуальные и групповые консультации
5		Промежуточная аттестация					0,9	зачет
6							36	Экзамен
7		ИТОГО:					432	

4.2.2. Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела учебной дисциплины	Наименование темы лекции	Содержание лекции	Всего часов
1	2	3	4	5
Госпитальная терапия				
1	Кардиология	ТЕМА 1.Содержание кардиологии. Перикардиты	Содержание кардиологии, социальная значимость заболеваний сердечно-сосудистой системы.	2

			Перикардиты. Классификация. Этиология. Патогенез. Сухой, экссудативный, адгезивный, констриктивный перикардиты. Тампонада сердца. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к перикардиоцентезу и хирургическому лечению.	
2		ТЕМА 2. Коронарогенная и некоронарогенная патология миокарда . Миокардиты	Миокардиты. эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Алгоритм диагностики. Лабораторные и инструментальные исследования. Структура нарушений ритма и проводимости при миокардитах. Эндокаральная биопсия. Дифференциальная диагностика. Лечение. Признаки ремиссии. Исходы. Прогноз. Профилактика.	2
3		ТЕМА 3. Некоронарогенные заболевания миокарда.	Некоронарогенные заболевания миокарда. Кардиомиопатии. Классификация. Дилатационная кардиомиопатия. Гипертрофическая КМП. Миокардиодистрофия. Морфология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.	2
4		ТЕМА 4. Нарушения сердечного ритма и проводимости	Нарушения сердечного ритма и проводимости. Классификация. Этиология. Патогенез. Основные механизмы аритмий. Клиника. Диагностика. Лечение. Классификация антиаритмических препаратов. Предсердная, желудочковая, групповая экстрасистолия. Синусовая и пароксизмальная тахикардия. Методы купирования наджелудочковой пароксизмальной тахикардии. Мерцательная аритмия. Классификация. лечение. Показания для кардиоверсии, АВ-блокады. Лечение. Показания к имплантации кардиостимулятора.	2

5		<p>ТЕМА 5. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта</p>	<p>Синдром WPW. Определение. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Типы дополнительных АВ-соединений. Аномальные пути распространения электрического импульса. Ортодромная и антидромная реципрокная тахикардия. Клинические проявления. Диагностика. Характерные ЭКГ-признаки. Показания к эндокардиальному электрофизиологическому исследованию. Лечение. Катетерная радиочастотная абляция: показания, эффективность. методика проведения. Синдром Лауна-Генона-Левине.</p>	2
6.		<p>ТЕМА 6. Кардиалгии (боли в грудной клетке)</p>	<p>Кардиалгии. Этиология. Ангинозные и неангинозные боли. Болевой синдром при нейроциркуляторной дистонии. Синдромы легочно-плевральных, мышечно-фасциальных, радикулярных болей. Синдром болей при заболеваниях пищевода. Лабораторная и инструментальная диагностика. Псевдокоронарные изменения на ЭКГ. Функциональные и фармакологические пробы.</p>	2

7.		<p>ТЕМА 7. Дисплазия соединительной ткани Пролапс митрального клапана.</p>	<p>Дисплазия соединительной ткани. Этиологические факторы. Эпидемиология. Диагностика. Фенотипические проявления. Внешние и висцеральные признаки. Костно-скелетные, эктодермальные, мышечные изменения. признаки. Висцеральные сердечно-сосудистые признаки: Дилатация корня аорты, пролапс митрального клапана, трикуспидального, аортального клапанов, эктопическое крепление хорд створок митрального клапана, открытое овальное окно, ранняя варикозная болезнь. Диагностика. Фенотипы ДСТ. Оценка степени тяжести. Лечение. Профилактика</p>	2
8	Ревматология	<p>ТЕМА 8. Содержание ревматологии. Острая ревматическая лихорадка.</p>	<p>Понятие о ревматической патологии, ее распространенность и социальная значимость. Острая ревматическая лихорадка. этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Клиника. Кардит. Полиартрит. Малая хорея. диагностика: большие и малые критерии. лечение. Первичная и вторичная профилактика. Прогноз.</p>	2

9.		<p>ТЕМА 9.Системные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка.</p>	<p>Диффузные заболевания соединительной ткани. Классификация. Системные и органоспецифичные аутоиммунные заболевания. Системная красная волчанка (СКВ). Этиология. Патогенез. Роль наследственных факторов. Механизмы аутоиммунизации. Аутоантитела. Классификация СКВ. Клиника. Поражения кожи, сосудов, суставов, серозных оболочек, почек, сердца, легких. ЦНС, органов ЖКТ. Гематологические синдромы. LE-клетки. Антинуклеарные АТ. Критерии диагностики. Антифосфолипидный синдром. Лекарственный волчаночный синдром, лекарственная волчанка. Диф. диагностика., Лечение. Прогноз. Профилактика.</p>	2
10		<p>ТЕМА 10. Системные васкулиты крупных сосудов.</p>	<p>Системные васкулиты. Классификация. Васкулиты крупных сосудов. Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона). Ревматическая полимиалгия. Артериит Такаясу (неспецифический аортоартериит). Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.</p>	2
11		<p>ТЕМА 11. Системные васкулиты средних и мелких сосудов.</p>	<p>Васкулиты сосудов среднего калибра: узелковый полиартериит, болезнь Кавасаки. Васкулиты сосудов мелкого калибра: АНЦА-васкулиты, гранулематоз Вегенера, эозинофильный гранулематоз с полиангиитом, Иммунокомплексные васкулиты: синдром Гудпасчера, криоглобулинемический васкулит. Клиническая картина. Критерии диагностики. Дифференциальный</p>	2

			диагноз. Лечение.	
12		ТЕМА 12. Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейн-Геноха) Болезнь Бехчета.	Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейн-Геноха) Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Клиника. Особенности сыпи при ГВ. Суставной, абдоминальный, почечный синдром. Осложнения ГВ. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Иммунные комплексы при парапротеинемиях. Моноклональные гаммопатии Лечение. Болезнь Бехчета. Варианты. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.	2
	Пульмонология	ТЕМА 13.Содержание пульмонологии. Пневмонии.	Распространенность и социальная значимость хронических заболеваний бронхо-легочной системы. Пневмонии внебольничные и нозокомиальные. Эпидемиология. классификация. Факторы риска. Клиника. Диагностика. Признаки вирусного поражения легких. Осложнения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к госпитализации. Атипичные пневмонии.	2
		ТЕМА 14. Хроническое легочное сердце.	Хроническое легочное сердце. Определение, механизмы формирования, классификация. Клинические проявления. Диагностика, подходы к лечению. Профилактика прогрессирования.	2

		ТЕМА 15. Синдром бронхиальной обструкции. Астматический статус.	Синдром бронхиальной обструкции-бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит. Диагноз, дифференциальный диагноз. Подходы к лечению. Прогноз. Острая дыхательная недостаточность. Диагноз, неотложные мероприятия.	4
		ТЕМА 16. Интерстициальные болезни легких	Интерстициальные болезни легких. Классификация. Фиброзирующие альвеолиты. Гранулематозы. Васкулиты при коллагеновых заболеваниях. Болезни накопления. Диагностика. Задачи лучевого исследования больных с ИБЛ. Дифференциальная диагностика.	2
	Гастроэнтерология	ТЕМА 17. Содержание гастроэнтерологии. Функциональные заболевания желудка и кишечника.	Содержание гастроэнтерологии. Эпидемиология, медико-социальная значимость заболеваний желудочно-кишечного тракта и гепато-билиарной системы. Функциональные заболевания желудка и кишечника. Синдром раздраженного кишечника. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.	2
		ТЕМА 18. Хронические воспалительные заболевания кишечника. Болезнь Крона.	Хронические воспалительные заболевания кишечника. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. лечение. Прогноз.	2
		ТЕМА 19. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Уиппла.	Неспецифический язвенный колит, болезнь Уиппла. Этиология. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение.	2
		ТЕМА 20. Болезни	Болезни поджелудочной железы.	2

		поджелудочной железы. Хронический панкреатит.	Хронические панкреатиты. Этиология. патогенез. Классификация. Клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение, показания для хирургического вмешательства. Профилактика обострений. Прогноз.	
		ТЕМА 21. Гастродуоденальные язвы. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.	Гастродуоденальные язвы - современные аспекты терапии. Пострезекционные расстройства. Классификация, клиника. Лечение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиника. Диагностика, лечение	2
	Нефрология	ТЕМА 22. Содержание нефрологии. Хронические гломерулонефриты.	Содержание нефрологии. Распространенность и медико-социальная значимость почечной патологии. Хронические гломерулонефриты. Определение. Классификация. Дифференциальный диагноз. Значение современных диагностических методов. Нефротический синдром, патогенез. Клинические особенности. Лечение. Нефритический синдром.	2
		ТЕМА 23. Хроническая болезнь почек	Хроническая болезнь почек. Причины. Факторы риска. Распространенность. Патогенез. Характеристика ХБП. Маркеры повреждения почек. Скорость клубочковой фильтрации, методы оценки. Методы оценки функции почек. Критерии диагноза. Стадии ХБП. Классификация протеинурии. Лечение. Диспансерное наблюдение.	2
		ТЕМА 24. Нефропротективная терапия при хронической болезни почек	Принципы и основные направления нефропротективной стратегии. Этиотропная и патогенетическая терапия. Малобелковая диета. Подавление	2

			активности РАС. Антигипертензивная терапия. Снижение протеинурии. Коррекция нарушений липидного и пуринового обмена. Лечение анемии. Коррекция нарушений фосфорно- кальциевого обмена.	
	Эндокринология			
	Диabetология	ТЕМА 1. Введение в диabetологию. Сахарный диabet.	Введение в диabetологию. Механизмы и роль инсулиновой недостаточности в развитии патологии. Классификация сахарного диабета. Клинические проявления. Диагностический подход. Критерии компенсации.	2
		ТЕМА 2. Поздние (сосудистые) осложнения сахарного диабета.	Механизмы развития микро- и макроангиопатий- метаболические и гемодинамические. Клинические проявления. Диагноз. Подходы к лечению. Профилактика. Прогноз. Особенности коррекции гликемии при далеко зашедших стадиях диабетических ангиопатий.	2
		ТЕМА 3. Острые осложнения сахарного диабета	Острые осложнения сахарного диабета-диабетический кетоацидоз и кетонемическая кома, гипогликемии, гиперосмолярный синдром, лактацидоз. Факторы риска, патогенез, диагноз, дифференциальный диагноз. Неотложные мероприятия, прогноз.	2
		ТЕМА 4. Ожирение.	Ожирение. Распространенность, классификация. Роль ожирения в развитии сахарного диабета 2 типа и другой органной патологии (сердечно-сосудистой и др.). Эндокринная функция жировой ткани. Обследование пациентов с ожирением. Подходы к лечению-принципы диетического	2

			питания, поведенческая терапия, показания для медикаментозной коррекции, группы препаратов. Показания для хирургической коррекции, методы бариатрической хирургии.	
	Тиреоидология	ТЕМА 5. Введение в тиреоидологию.	Введение в тиреоидологию. Роль и место заболеваний щитовидной железы в структуре эндокринной патологии, медико-социальная значимость.	2
		Тема 6. Гипертиреозидизм.	Гипертиреозидизм. Определение понятия, нозологические формы, ассоциированные с развитием гипертиреозидизма. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса). Этиология, патогенез, клиническая презентация. Диагноз, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии, показания для немедикаментозных вмешательств (хирургическая коррекция, использование радиоiodтерапии).	
		ТЕМА 7. Гипотиреоз.	Гипотиреоз. Определение синдрома, патогенез метаболических нарушений. Клиника гипотиреоза. Хронический аутоиммунный тиреоидит (зоб Хашимото). Диагноз, дифференциальный диагноз. Клинические маски гипотиреоза. Лечение. Прогноз.	2
	Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая патология	ТЕМА 8. Гипоталамо-гипофизарная патология.	Гормональная функция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, физиологическая роль гормонов в организме. Нейро-эндокринная регуляция. Гипопитуитаризм. Гиперпитуитаризм. Этиология. Клиника. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение.	2
		Тема. 9. Болезни	Гиперкортицизм (болезнь и	2

		надпочечников.	синдром Иценко-Кушинга). Гипокортицизм (болезнь Аддисона). Определение. Патогенез метаболических расстройств. Клиника. Диагноз, дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Прогноз.	
	ИТОГО часов:			66

4.2.3. Лабораторный практикум *(не предполагается)*

4.2.4. Практические занятия

№ п/п	Наименование раздела учебной дисциплины	Наименование практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
1	2	3	4	5
1	Госпитальная терапия	Перикардиты.	Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.	8
2		Миокардиты и кардиомиопатии.	Клинические проявления и диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение.	12
3		Нарушения ритма и проводимости миокарда	Клиническая картина. Диагностические критерии. Значение зубцов и интервалов ЭКГ. Методика анализа ЭКГ.	12
4		Симптоматические артериальные гипертензии (гипертонии) и коарктация аорты.	Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Разбор клинической ситуации с постановкой синдромального диагноза	12
5		Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ)	Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Дерматомиозит. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Разбор	12

			клинической ситуации с постановкой синдромального диагноза	
6		Системные васкулиты	Клиническая картина. Диагностические критерии. Лечение. Профилактика. Разбор клинической ситуации с постановкой синдромального диагноза	8
7		Бронхообструктивный синдром.	Основные клинические синдромы при заболеваниях системы органов дыхания	12
8		Синдром легочного инфильтрата.	Диагноз, дифференциальный диагноз, осложнения. Лечение. Основные клинические синдромы при заболеваниях системы органов дыхания	8
9		Функциональные заболевания желудка и кишечника, синдромы мальабсорбции и мальдигестии. Послеоперационные заболевания желудка и желчных путей.	Основные клинические синдромы при заболеваниях желудочно-кишечного тракта: -синдром острого живота; -синдром раздраженного кишечника; -синдром пищевода, желудка и кишечного кровотечения; -гипо-и гиперсекреторный; -нарушения эвакуации содержимого из желудка.	8
10		Хронические заболевания кишечника	болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, болезнь Уиппла. Этиология. Клиническая картина. Дифференциальная	8

			диагностика. Лечение.	
11		Хронический гломерулонефрит.	Основные жалобы, особенности физикального обследования больного с заболеваниями мочевыделительной системы. Принципы современной терапии: диета, патогенетическая и симптоматическая терапия.	8
12		Острая и хроническая почечная недостаточность.	Причины Классификация. Клинические синдромы. Лечение. Прогноз	8
13		Хроническая надпочечниковая недостаточность	болезнь Аддисона. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение. Аддисонический криз. Синдром Иценко - Кушинга. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.	12
14		Заболевания суставов.	Ревматоидный артрит. Реактивные артриты. Этиология, патогенез. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Базисная терапия.	8
15		Деформирующий остеоартроз (ДОА).	Микрористаллические артропатии (подагра). Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение, прогноз.	10
16		Тромбоэмболия лёгочной артерии.	Основные жалобы, особенности физикального обследования больного с данным заболеванием	4
17		Симптоматические	Дифференциальная	6

		артериальные гипертензии (гипертонии) и коарктация аорты.	диагностика. Принципы лечения.	
18		Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ)	Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Дерматомиозит. Основные жалобы, особенности физикального обследования больного с данными заболеваниями	8
19	Эндокринология	Сахарный диабет. Осложнения инсулинотерапии. Острые осложнения сахарного диабета	Основные жалобы, особенности физикального обследования больного с данным заболеванием Лабораторная диагностика осложнения. Диетотерапия. Расчёт калорийности рациона при СД. Инсулинотерапия: показания, виды инсулинов, режимы лечения. Пероральные сахароснижающие препараты. Основные группы, механизмы действия, показания, противопоказания, дозировки, осложнения. Гипогликемии у больных СД.	10
		Гипогликемическая кома	Субклинические гипогликемии. Лактоацидоз у больных СД. Провоцирующие факторы	6
		Диффузный токсический зоб Тиреотоксический криз. Эндемический зоб	болезнь Грейвса - Базедова. Этиология. Патогенез. Клиника, диагноз, лечение. Показания для оперативного лечения.	10

			Этиология, патогенез, клиника, лечение. Йоддефицитные заболевания.	
			клиника, диагноз, лечение и профилактика	
		Гипотиреоз.	клиника, диагноз, лечение. Гипотиреоидная кома	4
	ИТОГО часов:			194

4.3. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

№ п/п	Наименование раздела (темы) учебной дисциплины	№ п/п	Виды СРО	Всего часов
1	2	3	4	5
Семестр 9-12				
1.	Раздел 1. Госпитальная терапия (9-12сем)	1.1.	Самостоятельное изучение тем: «Факторы риска, первичная и вторичная профилактика инсультов»; «Выявление железодефицитной анемии у молодежи»; «Внезапная сердечная смерть. Факторы риска»; «Функциональная диагностика печеночной недостаточности»; «Понятие о пневмокониозах, их классификация»; «Трудоустройство профессиональных больных, их социальное обеспечение».	30
		1.2.	Подготовка и написание рефератов	10
		1.3.	Написание учебных историй болезни	20
		1.4.	Подготовка к практическим занятиям, изучение бумажных и электронных носителей информации	20
		1.5.	Подготовка к тестированию	20
		1.6.	Подготовка к промежуточному контролю	18
2.	Раздел 2. Эндокринология (10сем)	2.1.	Самостоятельное изучение темы: «Острые осложнения сахарного диабета. Современные методы лечения, используемые в России»	4
		2.2.	Написание учебных историй болезни	6
		2.3	Подготовка к практическим занятиям, изучение бумажных и электронных	4

		носителей информации	
	2.4	Подготовка к тестированию	5
	2.5	Подготовка к промежуточному контролю	5
ИТОГО часов в семестре:			128

5. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1.1. Методические указания для подготовки обучающихся к лекционным занятиям

Лекция является основной формой обучения в высшем учебном заведении. Записи лекций в конспектах должны быть избирательными, полностью следует записывать только определения. В конспекте рекомендуется применять сокращение слов, что ускоряет запись. Вопросы, возникающие в ходе лекции, рекомендуется записывать на полях и после окончания лекции обратиться за разъяснением к преподавателю. Необходимо активно работать с конспектом лекции: после окончания лекции рекомендуется перечитать свои записи, внести поправки и дополнения на полях.

Работа над конспектом лекции осуществляется по этапам:

- повторить изученный материал по конспекту;
- непонятные положения отметить на полях и уточнить;
- неоконченные фразы, пропущенные слова и другие недочеты в записях устранить, пользуясь материалами из учебника и других источников;
- завершить техническое оформление конспекта (подчеркивания, выделение главного, выделение разделов, подразделов и т.п.).

5.2. Методические указания для подготовки обучающихся к лабораторным занятиям не предусмотрены

5.3. Методические указания для подготовки обучающихся к практическим занятиям

При подготовке к практическим занятиям следует использовать основную литературу из представленного списка рабочей программе, а также руководствоваться приведенными указаниями.

Обучающемуся рекомендуется следующая схема подготовки к семинарскому занятию:

- проработать конспект лекций;
- проанализировать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
- при затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

5.4. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся

Подготовка вопросов для самостоятельного изучения включает: изучение необходимой литературы (обязательной, дополнительной литературы, специальных периодических изданий, интернет-ресурсов), подготовку конспекта ответа и презентации, решение типовых заданий, ответы на контрольные вопросы.

При подготовке вопросов важно:

– использовать достаточно широкий диапазон массива информации, провести обзор периодической литературы и специальных изданий, составить каталог Интернет-ресурсов;

– представить различные подходы, четко и полно определить рассматриваемые понятия, выявить взаимосвязи понятий и явлений, взаимозависимости и связи с другими вопросами;

– грамотно структурировать материал, ясно, четко и логично его излагать, приводить соответствующие примеры из практики, для иллюстрации положений, тезисов и выводов использовать таблицы, схемы, графики, диаграммы;

– отработать решение типовых заданий;

Любой предмет нельзя изучить за несколько дней перед зачетом. Если обучающийся в году работает систематически, то он быстро все вспомнит, восстановит забытое. Если же подготовка шла аврально, то у обучающегося не будет даже общего представления о предмете, он забудет все сданное.

Следует взять за правило: учиться ежедневно, начиная с первого дня семестра. Время, которым располагает обучающийся для выполнения учебного плана, складывается из двух составляющих: одна из них - это аудиторная работа в вузе по расписанию занятий, другая - внеаудиторная самостоятельная работа. Задания и материалы для самостоятельной работы выдаются во время учебных занятий по расписанию, на этих же занятиях преподаватель осуществляет контроль за самостоятельной работой, а также оказывает помощь обучающимся по правильной организации работы.

Обучающимся рекомендуется с самого начала освоения курса работать с литературой и предлагаемыми заданиями в форме подготовки к очередному аудиторному занятию. При этом актуализируются имеющиеся знания, а также создается база для усвоения нового материала, возникают вопросы, ответы на которые обучающийся получает в аудитории.

Методические рекомендации по написанию рефератов

Реферат - один из видов самостоятельной работы обучающихся в вузе, направленный на закрепление, углубление и обобщение знаний по дисциплинам профессиональной подготовки, овладение методами научных исследований, формирование навыков решения творческих задач в ходе научного исследования по определенной теме; документ, представляющий собой форму отчетности по самостоятельной работе обучающихся, содержащий систематизированные требования по определенной теме.

Тема реферата выбирается обучающимся самостоятельно, исходя из тематики практического занятия, и согласовывается с преподавателем. Тематика реферата должна отвечать следующим критериям: актуальность; научная, теоретическая и практическая значимость; проблематика исследуемого вопроса.

Тема реферата выбирается обучающимся самостоятельно, исходя из тематики практического занятия, и согласовывается с преподавателем. Тематика реферата должна отвечать следующим критериям: актуальность; научная, теоретическая и практическая значимость; проблематика исследуемого вопроса.

После утверждения темы реферата обучающийся согласовывает с преподавателем план реферата, порядок и сроки ее выполнения, библиографический список. Содержание работы должно соответствовать избранной теме. Реферат (доклад) состоит из глав и параграфов или только из параграфов. Оглавление включает введение, основной текст, заключение, библиографический список и приложение. Библиографический список состоит из правовой литературы (учебные и научные издания), нормативно-правовых актов и материалов правоприменительной практики.

Методологической основой любого исследования являются научные методы, в том числе общенаучный - диалектический метод познания и научно-научные методы изучения правовых явлений, среди которых: исторический, статистический, логический,

сравнительно-правовой. Язык и стиль изложения должны быть научными.

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:

- 1- й – организационный;
- 2- 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.

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.

Промежуточная аттестация

По итогам 9, 10, 11 семестра проводится зачет, по итогам 12 семестра проводится экзамен.

При подготовке к сдаче экзамена и зачета рекомендуется пользоваться материалами практических, лекционных занятий и материалами, изученными в ходе текущей самостоятельной работы.

Экзамен и зачет проводится в устной форме, включает подготовку и ответы обучающегося на теоретические вопросы.

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.

Обучающийся 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.

Подготовка к тестам

При подготовке к тестам необходимо повторить весь материал по теме, по которой предстоит писать контрольную работу или тест.

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 тесты, составить ответы на вопросы. Рекомендуется начинать подготовку к контрольным работам и тестам заранее, и, в случае возникновения неясных моментов, обращаться за разъяснениями к преподавателю.

Лучшей подготовкой к тестам 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 и тестам, 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.

6. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

№ п/п	№ семестра	Виды учебной работы	Образовательные технологии	Всего часов
1	2	3	4	
1	9	Лекция «Коронарогенная и некоронарогенная патология миокарда»	<i>Лекция презентация</i>	2
2	10	Лекция «Тромбоэмболия лёгочной артерии»	<i>Проблемная лекция</i>	2
3	10	Лекция «Ожирение»	<i>Лекция с ошибками</i>	2
4	11	Лекция «Диффузные заболевания соединительной ткани»	<i>Лекция презентация</i>	2
5	11	Практическое занятие «Заболевания суставов»	Разбор клинической ситуации с постановкой	5

			диагноза	
6	12	Лекция «Астматический статус.	<i>Проблемная лекция</i>	2
7	12	Практическое занятие «Бронхообструктивный синдром»	Ролевая игра: оказание консультации и помощь в постановке диагноза на расстоянии в режиме он-лайн	5

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы Список основной литературы

Список основной литературы	
1.	Мохорт, Т. В. Эндокринология : учебник / Т. В. Мохорт, А. П. Шепелькевич. — Минск : Вышэйшая школа, 2021. — 400 с. — ISBN 978-985-06-3321-7. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/120104.html . — Режим доступа: для авторизир. пользователей - Текст: электронный
2.	Поликлиническая терапия : учебник / М. В. Зюзенков, И. Л. Месникова, Р. В. Хурса, Е. В. Яковлева ; под редакцией М. В. Зюзенкова. — 3-е изд. — Минск : Вышэйшая школа, 2022. — 624 с. — ISBN 978-985-06-3487-0. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/130008.html . — Режим доступа: для авторизир. пользователей - Текст: электронный
Список дополнительной литературы	
1.	Дедов И.И. , Мельниченко Г.А. Эндокринология: учебник.— 2-е изд.,перераб. и доп.—М.: ГЭОТАР- Медиа , 2012.—432с.: ил. ISBN 978-5-9704-2113-0 - Текст: непосредственный

7.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

<https://www.cochrane.org/ru/evidence> - Кокрейновская библиотека
<http://fcior.edu.ru> - Региональное представительство ФЦИОР - СГТУ
<http://elibrary.ru> - Научная электронная библиотека.

7.3. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение

Лицензионное программное обеспечение	Реквизиты лицензий/ договоров
MS Office 2003, 2007, 2010, 2013	Сведения об Open Office: 63143487, 63321452, 64026734, 6416302, 64344172, 64394739, 64468661, 64489816, 64537893, 64563149, 64990070, 65615073 Лицензия бессрочная
Антивирус Dr. Web Desktop Security Suite	Лицензионный сертификат Серийный № 661F-1EQ8-BH73-6A97 Срок действия: с 22.12.2023 до 22.12.2024
Консультант Плюс	Договор № 272-186/С-24-01 от 19.01.2024 г.
Цифровой образовательный ресурс IPRsmart	Лицензионный договор №10423/23П от 30.06.2023 г. Срок действия: 01.07.2023 г. до 30.06.2024 г.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

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

1. Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа

Специализированная мебель:

доска меловая – 1 шт.,

Кафедра настольная -1 шт., парты- 28 шт., стулья – 56 шт., 2 компьютерных стола, 1 кресло.

Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающих тематические иллюстрации: экран переносной, проектор переносной, персональный компьютер – 1шт.

2. Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнение курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации.

Специализированная мебель:

парты- 12 шт., стулья –24 шт., 1 стол преподавательский, 1 мягкий стул, 1 Доска ученическая.

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

Переносной экран рулонный - 1 шт.

Ноутбук - 1 шт.

Мультимедиа –проектор - 1 шт.

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.

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

МФУ – 2 шт.

Читальный зал(БИЦ)

Стол 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 компьютерами с доступом в Интернет, предназначенные для работы в электронной образовательной среде.

8.3. Требования к специализированному оборудованию нет

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, предоставляются места в читальном зале.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ Госпитальная терапия, эндокринология

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Госпитальная терапия, эндокринология

1. Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины

Индекс	Формулировка компетенции
ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
ПК-5	Готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания
ПК-10	Готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи

2. Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины

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

Этапность формирования компетенций связана с местом дисциплины в образовательной программе.

Разделы (темы) дисциплины	Формируемые компетенции (коды)		
	ОПК-7	ПК-5	ПК-10
Раздел 1. Госпитальная терапия	+	+	+
Раздел 2. Эндокринология	+	+	+

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

ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Индикаторы достижения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетв	удовлетв	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
ИДК-ОПК-7-1 Демонстрирует знания о лекарственных препаратах	Не знает основные лекарственные препараты	Демонстрирует частичные знания о лекарственных препаратах	Демонстрирует знания основных лекарственных препаратов	Демонстрирует полные знания основных лекарственных препаратов	тестовый контроль, ситуационные задачи, реферат	зачет экзамен
ИДК-ОПК-7-2 Проводит статистический анализ полученных данных в профессиональной области и интерпретирует его результаты	Не умеет и не готов проводить статистический анализ полученных данных в профессиональной области и интерпретировать его результаты	Умеет устанавливать симптомы заболеваний Выделять синдромы, группировать их по степени важности с точки зрения тяжести прогноза Устанавливать предварительный диагноз Выделять синдромосходные заболевания, наметить план обследования, оценивать результаты исследований, проводить дифф диагноз, но затрудняется в формулировке клинического диагноз в соответствии с принятыми классификациями с учетом консультации других специалистов назначить адекватную терапию	Умеет устанавливать симптомы заболеваний. Выделять синдромы, группировать их по степени важности с точки зрения тяжести прогноза Устанавливать предварительный диагноз Выделять синдромосходные заболевания, наметить план обследования, оценивать результаты исследований, проводить дифференциальный диагноз и не затрудняется в формулировке клинического диагноз в соответствии с принятыми классификациями с учетом консультации других специалистов назначить адекватную терапию больному	Умеет устанавливать симптомы заболеваний Выделять синдромы, группировать их по степени важности с точки зрения тяжести прогноза Устанавливать предварительный диагноз Выделять синдромосходные заболевания, наметить план обследования, оценивать результаты исследований, проводить дифференциальный диагноз и не затрудняется в формулировке клинического диагноз в соответствии с принятыми классификациями с учетом консультации других специалистов назначить адекватную терапию больному.		

		больному				
ИДК-ОПК-7-3 Назначает и применяет лекарственные препараты и изделия медицинского назначения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Не способен и не готов правильно назначать и применять лекарственные препараты и изделия медицинского назначения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Способен и готов назначать и применять лекарственные препараты и изделия медицинского назначения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Способен и готов в целом успешно, но содержащее отдельные пробелы применять и назначать лекарственные препараты и изделия медицинского назначения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Успешно владеет способностью и готовностью правильно назначать и применять лекарственные препараты и изделия медицинского назначения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара		

ПК-5 готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

Индикаторы достижения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетв	удовлетв	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
ИДК- ПК-5-1 Проводит сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Не знает как проводить сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Демонстрирует частичные знания об сборе жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Демонстрирует знания об сборе жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Демонстрирует полные знания об сборе жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	тестовый контроль, ситуационные задачи, реферат	зачет, экзамен
ИДК- ПК-5-2 Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных	Не умеет и не готов устанавливать симптомы заболеваний предварительный диагноз и составляет	Умеет выделять и формулировать предварительный диагноз и частично составляет план лабораторных и	Умеет выделять синдромы, группировать их по степени, устанавливать предварительный	Умеет и готов выделять синдромы, группировать их по степени, устанавливать предварительный		

обследований пациента	план лабораторных и инструментальных обследований пациента	инструментальных обследований пациента	диагноз, составлять план обследования, оценивать результаты исследований, провести дифференциальный диагноз формулировать клинический диагноз, не затрудняется в назначении адекватной терапии больному.	диагноз составлять план обследования, оценивать результаты исследований, проводить дифференциальный диагноз формулировать клинический диагноз и назначать адекватную терапию больному.		
ИДК- ПК-5-3. Направляет пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Не умеет и не готов направлять пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Умеет направлять пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи с помощью преподавателя	Умеет направлять пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	умеет и готов направлять пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи		
ПК-5-4 Направляет пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии	Не умеет и не готов направлять пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии	Умеет направлять пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии	Направляет пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских	Умеет и готов направлять пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии		

медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи	медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи с помощью преподавателя	показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи		
---	---	---	---	---	--	--

ПК-10 готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи

Индикаторы достижения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетв	удовлетв	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
ИДК- ПК 10-1. Проводит основные лечебные мероприятия при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, показания к госпитализации	Не знает объем работы врача-терапевта, врача общей практики и семейного врача; действия врача-терапевта при неотложных состояниях; показания и противопоказания к направлению на различные виды и методов обследования с заболеваниями терапевтического профиля;	Демонстрирует частичные знания об объемах работы врача-терапевта, врача общейпрактики и семейного врача; действия врача-терапевта при неотложных состояниях; показания к направлению на различные и методов обследования с заболеваниями терапевтического профиля;	Демонстрирует знания об объемах работы врача-терапевта, врача общейпрактики и семейного врача; действия врача-терапевта при неотложных состояниях; показания к направлению на различные виды инструментальных, лабораторных, инвазивных методов обследования с заболеваниями терапевтического профиля; правил заполнения	Демонстрирует полные знания об объемах работы врача-терапевта, врача общейпрактики и семейного врача; действия врача-терапевта при неотложных состояниях; показания к направлению на различные и методов обследования с заболеваниями терапевтического профиля; правил заполнения	тестовый контроль, ситуационные задачи, реферат	зачет, экзамен

	правила заполнения медицинской документации, ведущейся в терапевтическом стационаре.	правил заполнения медицинской документации, ведущейся в терапевтическом стационаре	медицинской документации, ведущейся в терапевтическом стационаре	медицинской документации, ведущейся в терапевтическом стационаре		
ИДК- ПК 10-2. Проводит неотложные мероприятия, плановую госпитализацию больных	Не умеет и не готов устанавливать симптомы заболеваний Выделять синдромы, группировать их по степени важности с точки зрения тяжести прогноза Установить предварительный диагноз, выделять синдромосходные заболевания, составлять план обследования, оценивать результаты исследований, проводить дифференциальный диагноз.	Умеет выделять синдромы, группировать их по степени, устанавливать предварительный диагноз, составлять план обследования, оценивать результаты исследований, провести дифференциальный диагноз формулировать клинический диагноз, но затрудняется в назначении адекватной терапии больному.	Умеет выделять синдромы, группировать их по степени, устанавливать предварительный диагноз, составлять план обследования, оценивать результаты исследований, провести дифференциальный диагноз формулировать клинический диагноз, не затрудняется в назначении адекватной терапии больному.	Умеет и готов выделять синдромы, группировать их по степени, устанавливать предварительный диагноз составлять план обследования, оценивать результаты исследований, проводить дифференциальный диагноз и назначать адекватную терапию больному.		
ИДК- ПК 10-3. Выявляет клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, навыками оценки состояния пациента, требующего оказания	Не умеет и не готов установить предварительный диагноз, выделять синдромосходные заболевания, составлять план обследования, оценивать результаты исследований, проводить дифференциальный	Владеет способностью и готовностью правильно формулировать установленный диагноз с учетом МКБ-10 и назначить адекватное лечение; способностью и готовностью выбора режима лечения	Владеет способностью и готовностью правильно формулировать установленный диагноз с учетом МКБ-10 и назначить адекватное лечение; способностью и готовностью выбора режима лечения больного, решения вопросов экспертизы	Владеет способностью и готовностью правильно формулировать установленный диагноз с учетом МКБ-10 и назначить адекватное лечение; способностью и готовностью выбора режима лечения больного, решения		

<p>медицинской помощи в неотложной форме</p>	<p>диагноз.</p>	<p>больного, но не готов к решению вопросов экспертизы нетрудоспособности</p>	<p>нетрудоспособности,но допускает незначительные ошибки в оформлении медицинской документации</p>	<p>вопросов экспертизы нетрудоспособности, оформление медицинской документации</p>		
--	-----------------	---	--	--	--	--

4.Комплект контрольно-оценочных средств по дисциплине

Вопросы к экзамену по дисциплине « Госпитальная терапия, эндокринология»

1. Артериальная гипертензия. Классификация, дифференциальный диагноз эссенциальной и вторичной почечной паренхиматозной и реноваскулярной гипертензии.
2. Вторичные артериальные гипертензии при эндокринных заболеваниях. Диагностический алгоритм. Лечение.
3. Гипертонический криз. Причины, гемодинамические нарушения. Клиника и диагностика.
4. Гипертонический криз Неотложная терапия. Особенности кризов при вторичной гипертензии.
5. Миокардиты и кардиомиопатии. Определение, актуальность, этиология и патогенез, распространенность, классификация.
6. Миокардиты и кардиомиопатии. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
7. Болезни аорты. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
8. Болезни аорты. Показания для хирургической коррекции. Прогноз.
9. Перикардиты. Классификация. Этиология, патогенез. Клинические признаки, диагноз. Терапия.
10. Нейро-циркуляторная дистония, понятие о психосоматической патологии. Дифференциально - диагностический алгоритм. Лечение.
11. Хроническое легочное сердце. Причины, гемодинамические нарушения.
12. Клиника и диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.
13. Жизнеугрожающие аритмии. Критерии диагноза. Патогенез гемодинамических нарушений. Подходы к лечению.
14. Жизнеугрожающие аритмии Показания для немедикаментозной коррекции.
15. Нарушения проводимости сердца. Прогностически опасные брадикардии. Этиология, патогенез, диагностические критерии.
16. Показания для экстренной и плановой кардиостимуляции.
17. Острый коронарный синдром. Определение понятия. Диагноз, дифференциальный диагноз, Лечение.
18. Острая сердечная недостаточность-кардиогенный шок, отек легких. Этиология, патогенез. Клинические признаки, диагноз.
19. Острая сердечная недостаточность. Терапия. Прогноз.
20. Внезапная сердечная смерть. Факторы риска, механизмы, клиника, диагноз, неотложные мероприятия.
21. Астматический статус. Острая дыхательная недостаточность. Диагноз, лечение.
22. Синдром легочного инфильтрата. Диагностический алгоритм, дифференциальный диагноз.
23. Синдром легочного инфильтрата Диагностический поиск и тактика ведения пациента с бактериальной пневмонией.
24. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома при бронхиальной астме и хроническом обструктивном бронхите.
25. Диффузные болезни соединительной ткани. Классификация.
26. Системная красная волчанка. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения.
27. Системные васкулиты. Классификация. Диагностический алгоритм. Дифференциальный диагноз. Подходы к лечению. Прогноз.
28. Показания для хирургической коррекции.
29. Деформирующий остеоартроз. Клинические признаки, диагноз, дифференциальный диагноз. Терапия. Прогноз.

30. Ревматоидный артрит. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Хирургическая коррекция.
31. Хронические болезни кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, болезнь Уиппла). Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение.
32. Современные аспекты терапии гастродуоденальных язв. Пострезекционные расстройства. Классификация, клиника. Лечение
33. Панкреатиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника, диагностика.
34. Хронические гломерулонефриты. Дифференциальный диагноз. Значение современных диагностических методов.
35. Нефротический синдром, патогенез. Клинические особенности, лечение.
36. Острая почечная недостаточность. Клинические признаки, диагноз, дифференциальный диагноз. Терапия. Прогноз.
37. Хроническая почечная недостаточность. Определение. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение.
38. Хроническая болезнь почек. Классификация.
39. Гормоны, физиологическая роль гормонов в организме, нейро-эндокринная регуляция.
40. Болезни гипопаратиреоза. Гипо- и гиперпаратиреоз. Этиология, клиника. Диагноз, лечение.
41. Гиперпаратиреоз. Определение. Диффузный токсический зоб. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение.
42. Гипотиреоз. Определение. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение.
43. Ожирение. Эпидемиология. Подходы к пациенту с ожирением. Лечение. Прогноз.
44. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация, диагностика. Поздние осложнения сахарного диабета.
45. Сахарный диабет. Критерии компенсации. Лечение-инсулин и преоральная терапия.
46. Неотложные состояния при сахарном диабете-диабетический кетоацидоз, гиперосмолярный синдром. Гипогликемии и гипогликемическая кома.
47. Болезни надпочечников. Гиперкортицизм (болезнь Иценко-Кушинга). Определение. Патогенез метаболических расстройств.
48. Болезни надпочечников Клиника. Диагноз. Принципы лечения. Прогноз.
49. Гипокортицизм (болезнь Аддисона). Определение. Патогенез метаболических расстройств.
50. Гипокортицизм. Клиника. Диагноз. Принципы лечения. Прогноз.

СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ

Кафедра Внутренние болезни

20 - 20 учебный год

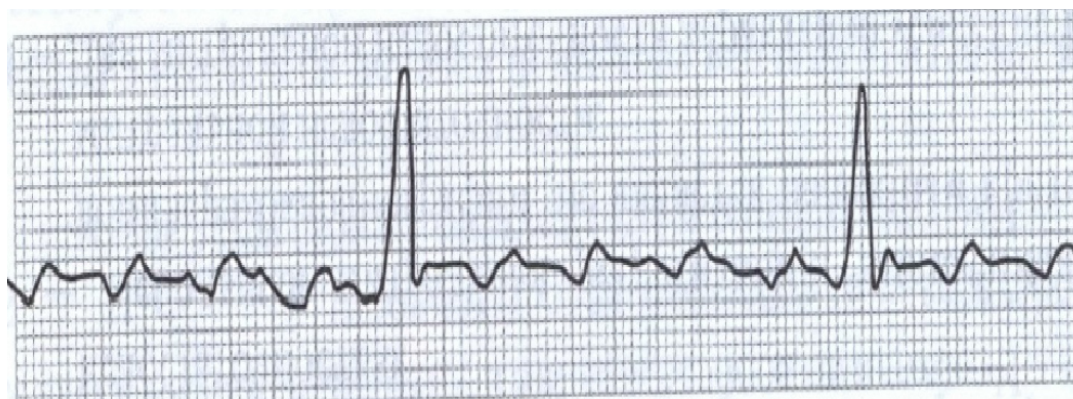
Экзаменационный билет № 1

по дисциплине Госпитальная терапия, эндокринология
для обучающихся специальности 31.05.01 Лечебное дело

1. Бронхиальная астма. Триггеры и индукторы. Клиника. Классификация. Принципы ступенчатой терапии. Профилактика.

2. Дифференциальная диагностика и лечение хронического гломерулонефрита. Осложнения: лечение, профилактика.

3. Больная 68 лет, жалобы на одышку при ходьбе. Оцените ритм по представленному отрезку ЭКГ (отведение aVF). Назначьте план обследования.



Зав. кафедрой профессор, д.м.н.

Б.А. Хапаев

Комплект заданий для зачета

по дисциплине Госпитальная терапия, эндокринология

семестр 9

Вариант 1

Задание 1. 45-летней больной по поводу анемии невыясненной природы был назначен сорбифер Дурулес. Через 2 недели в связи с отсутствием эффекта врач назначает обследование для уточнения причины анемии. Какое исследование в данной ситуации будет неинформативно?

- 1) Анализ кала на скрытую кровь
- 2) Гастроскопия
- 3) Исследование количества ретикулоцитов
- 4) Исследование уровня сывороточного железа
- 5) Консультация гинеколога

Задание 2 Защита учебной истории болезни.

Вариант 2

Задание 1. При каком заболевании наиболее эффективно проведение бронхоскопического лаважа с лечебной целью?

- 1) Бронхиальная астма с высоким уровнем IgE в крови
- 2) Хронический гнойный бронхит с бронхоэктазами
- 3) Прогрессирующая эмфизема легких при дефиците ингибитора α -антитрипсина
- 4) Экзогенный фиброзирующий альвеолит
- 5) Бронхолегочный аспергиллез

Задание 2 Защита учебной истории болезни.

Вариант 3

Задание 1. 40-летняя женщина на протяжении многих лет наблюдается по поводу чистого митрального стеноза, подтвержденного данными эхокардиографии и катетеризации сердца. В течение последних 6 мес нарастающая одышка, невозможность выполнять домашнюю работу, ночная сердечная астма, пароксизмы мерцания предсердий. Признаков застоя в большом круге нет. Какое лечение будет наиболее эффективным?

- 1) Мочегонные
- 2) Преднизолон
- 3) Антиагреганты
- 4) Дигоксин
- 5) Митральная комиссуротомия

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Вариант 4.

Задание 1.

У 56-летнего больного, несмотря на лечение антибиотиками, лихорадка до 38,5°C длится в течение месяца, временами безболевого макрогематурия. АД 140/80 мм рт.ст. Гемоглобин крови 175 г/л, СОЭ 50 мм/ч. Какое предположение наиболее обосновано этими данными?

- 1) Рак почки
- 2) Хронический гломерулонефрит гематурического типа
- 3) Нефролитиаз, осложненный пиелонефритом
- 4) Амилоидоз
- 5) Поликистоз почек

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Семестр 10

Вариант 5

Задание 1. 34-летняя больная системной красной волчанкой с поражением суставов и почек (нефротический синдром) в связи с обострением болезни 3-ю неделю получает преднизолон (60 мг в сутки). Какое из приведенных изменений скорее всего является осложнением лечения?

- 1) Гипергликемия
- 2) Синдром Рейно
- 3) Эритема на щеках и носу
- 4) Содержание белка в крови 55 г/л (5,5 г%)
- 5) Тромбоцитопения

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Вариант 6

Задание 1. Какой признак нехарактерен для диабетического кетоацидоза?

- 1) Глубокое шумное дыхание
- 2) Олигурия
- 3) Артериальная гипотония
- 4) Сухость кожи
- 5) Тошнота, рвота

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Вариант 7

Задание 1. Лимфаденопатия в сочетании с увеличением селезенки может быть при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

1. Системная красная волчанка
2. Ревматоидный полиартрит
3. Дерматомиозит
4. Саркоидоз
5. Хронический активный гепатит

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Вариант 8

Задание 1. Какое изменение нехарактерно для апластической анемии?

1. Гранулоцитопения
2. Повышение содержания железа в крови
3. Нормальный цветовой показатель
4. Повышение количества ретикулоцитов в крови
5. Отсутствие эритробластов в костном мозгу

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Вариант 9

Задание 1. Плевральный выпот может выявляться при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

1. Деструктивный панкреатит
2. Цирроз печени с портальной гипертензией
3. ет Поддиафрагмальный абсцесс
4. Дивертикулез кишечника
5. Опухоль яичников

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Вариант 10

Задание 1. 72-летнему больному ишемической болезнью сердца, распространенным атеросклерозом, стенокардией, гипертонической болезнью II стадии наряду с рекомендациями по диете и режиму дня назначили амбулаторно медикаментозное лечение. В целом состояние больного улучшилось, но появились боли в икроножных мышцах при ходьбе. Какое лекарство могло способствовать этому?

1. Нитроглицерин сублингвально (при приступах стенокардии)
2. Пропранолол
3. Каптоприл
4. Тазепам
5. Нитромазь

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Семестр 11

Вариант 11

Задание 1. Какой из имеющихся гипотензивных препаратов следует выбрать для начального лечения больного артериальной гипертензией (АД 190/100 мм рт.ст., ЧСС 56 в минуту), страдающего подагрическим артритом и получающего аллопуринол (концентрация мочевой кислоты 0,57 ммоль/л)?

1. Гипотиазид
2. Пропранолол
3. Триампур
4. Верапамил
5. Амлодипин

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Вариант 12

Задание 1. 40-летняя больная страдает пароксизмами наджелудочковой тахикардии (без признаков органического поражения сердца) и более 2 лет успешно лечится новокаиномидом. После перенесенного простудного заболевания в течение месяца сохраняются лихорадка, слабость и артралгии. Лечение пенициллином в течение 10 дней без эффекта. Какое исследование позволит установить природу этого синдрома?

1. Исследование крови на волчаночные клетки
2. Рентгенограмма пораженных суставов
3. Электрокардиография
4. Реакция Манту
5. Посев крови

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Вариант 13

Задание 1. У 35-летней больной выявлено увеличение шейных и медиастинальных лимфоузлов. Самочувствие больной удовлетворительное, СОЭ 30 мм/ч. Произведена биопсия шейного лимфоузла. В препарате обнаружены гранулемы из эпителиоидных и гигантских клеток при отсутствии казеозного некроза. Наиболее вероятный диагноз:

1. Туберкулез лимфоузлов
2. Саркоидоз
3. Инфекционный мононуклеоз
4. Лимфогранулематоз
5. Неспецифический лимфаденит

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Семестр 12

Вариант 14

Задание 1. У 38-летней женщины в течение 10 лет наблюдается болезненное побеление пальцев рук на холоде. В течение последнего года оно стало более выраженным, появились признаки артрита мелких суставов кистей и запястий, затруднение при глотании твердой пищи. Анализ крови: СОЭ 40 мм/ч, единичные волчаночные клетки. Какой предположительный диагноз обоснован приводимыми данными?

1. Системная склеродермия
2. Опухоль пищевода
3. Дерматомиозит
4. Ревматоидный артрит
5. Системная красная волчанка

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Вариант 15

Задание 1. У 38-летнего армянина с подросткового возраста отмечались эпизоды болей в животе с одновременным повышением температуры. Боли проходили самостоятельно через сутки. Последний год в анализах мочи отмечается протеинурия до 1,5 г/л. Отец пациента умер от заболевания почек. Какой предварительный диагноз можно поста вить на основании изложенного?

1. Хронический гломерулонефрит
2. Периодическая болезнь с развитием амилоидоза
3. Хронический пиелонефрит
4. Подострый (быстро прогрессирующий) гломерулонефрит
5. Представленных данных недостаточно для предположения о диагнозе

Задание 2. Защита учебной истории болезни.

Темы для рефератов

по дисциплине Госпитальная терапия, эндокринология

Госпитальная терапия

1. Бронхиальная астма
2. Ревматизм
3. Митральные пороки сердца
4. Аортальные пороки сердца
5. Инфекционный эндокардит
6. Гипертоническая болезнь
7. Атеросклероз. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия.
8. Инфаркт миокарда.
9. Аритмии и блокады сердца.

10. Хроническая сердечная недостаточность
11. Болезни пищевода
12. Гломерулонефриты острый и хронический
13. Железодефицитные анемии
14. Хронический лейкоз (миелолейкоз, лимфолейкоз)
15. Хроническое легочное сердце
16. Миокардиты и кардиомиопатии
17. Врожденные пороки сердца у взрослых
18. Симптоматические гипертонии
19. Амилоидоз почек. Нефротический синдром
20. Хронический пиелонефрит
21. Острая и хроническая почечная недостаточность
22. В₁₂-дефицитная анемия
23. Гемолитические анемии
24. Апластическая анемия
25. Острые лейкозы
26. Эритремия. Эритроцитозы
27. Лимфогранулематоз
28. Миеломная болезнь
29. Геморрагические диатезы
30. Агранулоцитозы. Цитостатическая болезнь
31. Ревматоидный артрит
32. Подагра. Остеоартроз
33. Системная красная волчанка
34. Системные васкулиты. Сифилитический аортит
35. Системная склеродермия. Дерматомиозит
36. Противовоспалительная и иммуносупрессивная терапия в клинике внутренних болезней.
37. Антибактериальная терапия в клинике внутренних болезней.

Эндокринология

1. Сахарный диабет 1 типа.
2. Сахарный диабет 2 типа
3. Патогенез клинических синдромов и осложнений сахарного диабета.
4. Микро- и макроангиопатии. Патогенез.
5. Ретинопатия.
6. Диабетическая нефропатия.
7. Синдром диабетической стопы.
8. Лечение сахарного диабета.
9. Сахаропонижающие пероральные препараты.
10. Инсулинотерапия.
11. Гипогликемия. Патогенез, клиника, лечение, профилактика.
12. Школа больного сахарным диабетом.
13. Комы при сахарном диабете.
14. Инсулинома.
15. Диффузный токсический зоб.
16. Гипотиреоз.
17. Тиреоидиты.
18. Иод-дефицитные заболевания.
19. Узловой зоб.
20. Гипопаратиреоз.
21. Гиперпаратиреоз.
22. Заболевания коры надпочечников.

23. Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников (болезнь Аддисона).
24. Вторичная недостаточность коры надпочечников.
25. Острая недостаточность коры надпочечников.
26. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников.
27. Феохромоцитома.
28. Инсиденталомы надпочечников.
29. Первичный и вторичный гипогонадизм.
30. Болезнь Иценко-Кушинга.

Ситуационные задачи

по дисциплине Госпитальная терапия, эндокринология

Компетенции: ОПК-7; ПК-5; ПК-10

Задание 1: - При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар +++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его.
- 2.Составьте план обследования пациента.
3. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой глюкозолнижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Задача 2.

На приеме женщина 27 лет предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, которые усилились, в последние несколько дней появился тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, в том числе на работе (работает экономистом предприятия) и раздражительность, на что обращают внимание ее коллеги. Симптомы нарастали в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела примерно на 4 кг за это время, в течение последнего месяца присоединилась бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Наличие хронических заболеваний отрицает, лекарственные препараты не принимает. Пациентка не замужем, регулярную половую жизнь отрицает, контрацептивами не пользуется. Пациентка не курит, не употребляет наркотики и редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При физикальном

обследовании рост 172 см, масса тела 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9°C.

Имеет место двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа без отчетливо пальпируемых узлов, эластичной консистенции, смещаемая, безболезненная. Перкуторные размеры сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 112 в минуту, АД – 138/84 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, однако отмечается тремор кистей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Каковы принципы лечения данной пациентки?

Задача 3.

Мужчина 56 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу которой получает индапамид 2,5 мг ежедневно. Также он время от времени принимает аспирин в низкой дозе, так как видел рекламу и решил, что ему он будет полезен.

Анамнез жизни без особенностей, наличие иных хронических заболеваний отрицает. Пациент не курит, эпизодически употребляет алкогольные напитки и не занимается физическими упражнениями. Отец умер в возрасте 60 лет от инфаркта миокарда, мать умерла в возрасте 72 лет от злокачественного новообразования, есть две младшие сестры, обе не страдают хроническими заболеваниями.

При физикальном исследовании рост 173 см, масса тела 92 кг, окружность талии 106 см. ЧСС – 75 ударов в минуту, АД – 130/80 мм.рт.ст. По органам и системам без отклонений от нормы.

В лабораторных анализах липидного спектра: общий холестерин 6,23 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 1,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности 4,03 ммоль/л, триглицериды 1,56 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
3. Показан ли прием аспирина в низких дозах данному пациенту? Обоснуйте ответ.
4. Какие уровни липидов крови следует рассматривать в качестве целевых для данного пациента, и какие методы достижения этих целей следует рекомендовать?

Задача 4.

Пациент Н. 52 лет жалуется на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у невролога с диагнозом «межреберная невралгия». Принимал анальгин, диклофенак, физиотерапевтические процедуры – без эффекта.

Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт.ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает.

Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет.

Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 20 сигарет в сутки; алкоголь умеренно употребляет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью легких ясный легочный звук. ЧДД – 17 в мин. Аускультативно: на верхушке сердца ослабление I тона,

над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 170/100 мм рт.ст. ЧСС – 88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3,57 ммоль/л; креатинин – 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 84 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 88 уд/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Задача 5.

Мужчина 46 лет, бухгалтер, обратился к участковому врачу с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие в покое, преимущественно в ночное время и в ранние утренние часы (4-6 часов утра). Приступы проходят самостоятельно в течение 3-4 минут.

Из анамнеза известно, что приступы болей за грудиной беспокоят в течение 3 месяцев. Физическую нагрузку переносит хорошо, может подняться на 5-6 этаж без остановки, болевые приступы при этом не возникают. Появление болей за грудиной связывает с возникшей стрессовой ситуацией на работе. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. В течение последних 2 лет отмечает подъемы артериального давления до 140/90 мм рт. ст. При ощущаемых субъективно подъемах АД принимает (по рекомендации жены) капотен. После длительного перерыва в 10 лет, в последний год вновь стал курить по 10 сигарет в день.

Семейный анамнез: отец и мать пациента живы, отец страдает АГ, мать – стенокардией. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 172 см, вес 66 кг, ИМТ 22,3 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. В легких – дыхание везикулярное. ЧД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС 64 уд.в 1 минуту. АД 127/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. В анализах: глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, общий холестерин – 6,3 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ 28 ед/л, АЛТ 34 ед/л.; ЭКГ в покое: синусовый ритм, 61 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Задача 6.

Больной 25 лет обратился с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больного легкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный легочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.

Задача 7.

Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, теплые на ощупь, периферических отеков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данной больной.

Задача 8.

Больной М. 68 лет два года назад перенес транзиторную ишемическую атаку. К врачам в дальнейшем не обращался. От приема лекарственных препаратов отказывается, мотивируя нежеланием принимать «химию» и хорошим самочувствием. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС - 85 ударов в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Отеков нет. Индекс массы тела в норме.

На ЭКГ синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка.

В биохимическом анализе крови холестерин - 8,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие исследования необходимо назначить больному в первую очередь в данной ситуации?
3. Определите оптимальную тактику лечения данного больного.

Задача 9.

Больной 64 лет обратился с жалобами на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.

Анамнез: страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм.

Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 0,2 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестящая, синевато-багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены.

Мочевая кислота - 780 ммоль/л, холестерин крови - 6,7 ммоль/л, триглицериды – 2,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой будет Ваша тактика лечения в период острого приступа и в межприступный период?
5. Каким препаратам следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии и почему?

Задача 10

Женщина 48 лет, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объема движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 10 часов, похудание.

Больна 11 лет. Постепенно появились боль, припухлость, ограничение подвижности, утренняя скованность в течение 30 мин. во II-III пястно-фаланговых суставах, преимущественно в ночное и утреннее время, периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы, снизилась масса тела, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 38,1°C. За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала Нимесулид с хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, появилась припухлость этих суставов и увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание.

При осмотре: пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. На разгибательной поверхности локтевых суставов - округлые плотные образования d=1-2 см, безболезненные при пальпации. С обеих сторон пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяется припухлость и болезненность при пальпации II-IV пястно-фаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов, переразгибание во II-III дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон. Объем активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без патологии. Лабораторно.

Общий анализ крови: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты – $2,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $8,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 45%, моноциты - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты – $418,1 \times 10^9$ /л.

Биохимическое исследование крови: РФ - 104 МЕ/л (N - до 16 МЕ/л), фибриноген - 6,6 г/л, общий белок – 58 г/л, альбумины – 32%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 16%, β – 19%, γ – 27%, СРБ – 18,6 мг/л (N - 1-6 мг/л). АЦЦП – 74 Ед/мл (N - до 10 Ед/мл).

Рентгенограмма кистей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

Задача 11

Больная У. 24 лет была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отеки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – 100×10^9 /л, лейкоциты - $1,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - $4,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – 210×10^9 /л, лейкоциты - $5,1 \times 10^9$ /л,

глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 12

Больной К. 45 лет обратился с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжелой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние.

Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 уд/мин, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт ст. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в мин.

Периферических отеков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 уд/мин.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Поставьте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Препараты выбора для купирования гипертонического криза у данного больного. Обоснуйте свой выбор.
5. Плановое лечение гипертонической болезни у данного больного.

Задача 13

Больной 35 лет обратился с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раза в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах.

Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, тромбоциты - $350 \times 10^9/л$, СОЭ - 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

Задачи 14

Пациент Е. 23 лет, заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отеков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала темно-красного цвета и уменьшилось ее количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст.

При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту.

Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 10,8×10⁹/л, СОЭ – 70 мм/час;

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения;

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕРІ, титр АСЛ-О – 1:1000.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоев паренхимы нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите план обследования пациента.
4. Назначьте необходимую терапию.

Задача 15

Больная П. 35 лет обратилась с жалобами на сонливость, слабость, пастозность лица, сухость кожных покровов, запоры.

Из анамнеза заболевания: данные симптомы беспокоят в течение последние 5 месяцев. Полгода назад была прооперирована по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ). С этого времени к врачам не обращалась, лечения не получала.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие. Пастозность лица, отпечатки зубов на языке. Отеков, стрий, гирсутизма нет. При перкуссии легких над всеми легочными полями определяется ясный легочной звук. Дыхание везикулярное, в норме. ЧСС 55 ударов в минуту, АД=95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. На коже шеи послеоперационный рубец. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Лактореи нет.

Результаты исследования. Общий анализ крови: эритроциты - 3,3×10¹²/л, гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - 6,4×10⁹/л, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 7%, СОЭ - 10 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 4 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: сахар – 4,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ – 21 Ед/л, Na – 139 ммоль/л, К – 4,2 ммоль/л, Fe – 4,7 мкмоль/л. УЗИ щитовидной железы: V пр. доли – 0 см³, V лев. доли – 1,1 см³, V общ. – 1,1 см³. Нормальной экзогенности. Структура диффузно-неоднородная, узловые образования не определяются. ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 56 в минуту, ЭОС горизонтальная. Умеренные метаболические изменения миокарда. Гормональный профиль и определение антител: ТТГ – 19,8 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 7,0 пкмоль/л

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.

Тестовые задания

по дисциплине Госпитальная терапия, эндокринология

1. Брадикардию можно выявить с помощью:
 - А) рентгенографического исследования;
 - Б) анамнестических данных;
 - В) электрокардиографического исследования;
 - Г) жалоб больного.

2. Повышение артериального давления соответствующее II степени характеризуется следующими цифрами:
 - А) 140–149 / 90–94 мм рт. ст.;
 - Б) 160–179 / 100–109 мм рт. ст.;
 - В) 140–159 / 90–99 мм рт. ст.

3. Органами мишенями действия артериальной гипертензии являются:
 - А) головной мозг;
 - Б) почки;
 - В) периферические сосуды;
 - Г) все перечисленное.

4. Из перечисленных ниже заболеваний фактором риска ИБС является:
 - А) ЖКБ;
 - Б) алкоголизм;
 - В) артериальная гипертензия;
 - Г) туберкулез.

5. В основе вариантной стенокардии лежит:
 - А) стенозирующий атеросклероз коронарных артерий;
 - Б) спазм коронарных артерий;
 - В) тромбоз коронарных артерий;
 - Г) повышение вязкости крови.

6. Характерным признаком ревматизма является:
 - А) преимущественное поражение сердечно – сосудистой системы;
 - Б) преимущественное поражение ЦНС;
 - В) преимущественное поражение кожи;
 - Г) преимущественное поражение почек.

7. Ревматизмом чаще заболевают в возрасте:
 - А) на первом году жизни;
 - Б) 1 – 5 лет;
 - В) 5 – 15 лет;
 - Г) 15 – 25 лет.

8. Наиболее значимым признаком системной красной волчанки является:
 - А) алопеция;
 - Б) гипергаммаглобулинемия;
 - В) LE клетки;
 - Г) анемия.

9. Мониторирование БА с помощью пикфлоуметра позволяет:
- А. Определить ЖЕЛ.
 - Б. Определить пиковую объемную скорость выдоха.
 - В. Определить ФЖЕЛ.
 - Г. Определить индекс Тиффно.
 - Д. Нет правильного ответа.
10. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся:
- А – анализ желудочного сока;
 - Б – рентгеноскопия желудка;
 - В – гастроскопия и морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;
 - Г – ирригоскопия.
11. Характерным клиническим признаком хронического панкреатита является:
- а) развитие сахарного диабета;
 - б) снижение функции внешней секреции (гипоферментемия);
 - в) желтуха;
 - г) гепатомегалия.
12. Обострение хронического холецистита характеризуется
- а) болью;
 - б) рвотой;
 - в) лихорадкой;
 - г) всем перечисленным.
13. Острый гломерулонефрит (ОГН) обычно развивается после перенесенной стрептококковой инфекции через:
- А) 5 – 7 дней;
 - Б) 10 – 14 дней;
 - В) 20 – 30 дней;
 - Г) нет связи.
14. Осложнением острого гломерулонефрита является:
- А) острая сердечная недостаточность;
 - Б) острая почечная недостаточность;
 - В) эклампсия;
 - Г) все перечисленное.
15. Общий анемический синдром характерен для:
- А – постгеморрагической анемии;
 - Б – фолиеводефицитной анемии;
 - В – наследственных гемолитических анемий;
 - Г – гипопластической анемии;
 - Д – для любой из перечисленных.
16. Наличие сидеропенического синдрома обусловлено:
- А – дистрофией органов и тканей вследствие их анемизации;
 - Б – дистрофией органов и тканей вследствие тканевой гипоксии;
 - В – дефицитом витаминов группы В из-за нарушения их всасывания;
 - Г – всеми перечисленными факторами;
 - Д – ни одним из указанных факторов.

17. Развитие хронического миелоидного лейкоза может быть обусловлено:
- А – влиянием ионизирующей радиации;
 - Б – наследственным фактором;
 - В – воздействием химических мутагенов;
 - Г – всеми перечисленными причинами.
18. Наличие в крови клеток Боткина-Гумпрехта характерно для:
- А – острого лейкоза;
 - Б – хронического миелолейкоза;
 - В – хронического лимфолейкоза;
 - Г – эритремии;
 - Д – сублейкемического миелоза.
19. Укажите наиболее характерный для гемофилии А тип кровоточивости:
- А – ангиоматозный;
 - Б – васкулитно-пурпурный;
 - В – петехиально-пятнистый;
 - Г – синячково-гематомный;
 - Д – гематомный.
20. В основу классификации геморрагических диатезов положена:
- А – клиника заболевания;
 - Б – нарушение какого-либо звена гемостаза;
 - В – показатели геморрагического синдрома;
 - Г – этиология;
 - Д – правильного ответа нет.
21. Системная красная волчанка – хроническое _____ заболевание, характеризующееся поражением соединительной ткани и _____ и, как следствие, вовлечением в патологический процесс практически всех органов и систем организма.
22. Пневмония – это _____ воспалительное заболевание _____ легких.
23. Этиологическим фактором развития пневмонии является:
- А – переохлаждение;
 - Б – аспирация секрета ротоглотки;
 - В – бактериальная инфекция
 - Г – нет правильного ответа.
24. Аспириновая астма это псевдоаллергическое хроническое воспаление дыхательных путей, обусловленное:
- А. Гиперчувствительностью к аспирину и др. нестероидным противовоспалительным средствам.
 - Б. БА, сопровождающаяся непереносимостью всех нестероидных противовоспалительных препаратов за исключением аспирина.
 - В. БА, впервые возникшая при передозировке аспирина.
 - Г. БА, сочетающаяся с полипозным синуситом и непереносимостью аспирина.
25. Мониторинг БА с помощью пикфлоуметра позволяет:
- А. Определить ЖЕЛ.
 - Б. Определить пиковую объемную скорость выдоха.
 - В. Определить ФЖЕЛ.
 - Г. Определить индекс Тиффно.
 - Д. Нет правильного ответа.

26. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся:

- А – анализ желудочного сока;
- Б – рентгеноскопия желудка;
- В – фиброгастроудоденоскопия с биопсией слизистой;
- Г – ирригоскопия.

27. В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит :

- А) микробной флоре,
- Б) отечный панкреатит,
- С) действующий панкреатит,
- Д) аутоферментной агрессии

28. Характерным клиническим признаком хронического панкреатита является:

- а) развитие сахарного диабета;
- б) снижение функции внешней секреции (гипоферментемия);
- в) желтуха;
- г) диарея, боль в верхней части живота и левом подреберье , тошнота, изжога, вздутие.

29. Обострение хронического холецистита характеризуется

- а) болью;
- б) рвотой;
- в) лихорадкой;
- г) всем перечисленным.

30. Острый гломерулонефрит (ОГН) обычно развивается после перенесенной стрептококковой инфекции через:

- А) 5 – 7 дней;
- Б) 6-12 дней;
- В) 20 – 30 дней;
- Г) нет связи.

31. Осложнением острого гломерулонефрита являются: острая печеночная недостаточность, острая сердечная недостаточность, энцефалопатия, а при беременности может возникнуть _____.

32. Клинические признаки ХПН появляются при гибели _____ вследствие хронического заболевания почек.

33. Гемодиализ назначается при показателях креатинина (ммоль/л):

- А – 0,18;
- Б – 0,19–0,44;
- В – 0,45–0,71;
- Г – 1,1–1,3.

34. Клиническая картина железодефицитной анемии складывается из двух синдромов – анемического и _____.

35. Наличие сидеропенического синдрома обусловлено:

- А – дистрофией органов и тканей вследствие их анемизации;

- Б – тканевым дефицитом железа;
- В – дефицитом витаминов группы В из-за нарушения их всасывания;
- Г – всеми перечисленными факторами;
- Д – ни одним из указанных факторов.

36. В 95 % случаев подтвержденной причиной хронического миелоидного лейкоза является _____ транслокация, известная как «филадельфийская _____».

37. Наличие в крови клеток Боткина-Гумпрехта характерно для:

- А – острого лейкоза;
- Б – хронического миелолейкоза;
- В – хронического лимфолейкоза;
- Г – эритремии;
- Д – сублейкемического миелоза.

38. Одним из первых лабораторных признаков лимфолейкоза является кратное _____ количества _____ в периферической крови.

39. В основу классификации геморрагических диатезов положена:

- А – клиника заболевания;
- Б – нарушение плазменного звена гемостаза;
- В – показатели геморрагического синдрома;
- Г – этиология;
- Д – правильного ответа нет.

40. Какова минимальная поглощенная доза ионизирующего излучения, способная вызвать развитие острой лучевой болезни (ОЛБ) во времени от 2 до 10 суток:

- А – 0,15 Гр
- Б – 0,25 Гр
- В – 0,7 Гр
- Г – более 1 Гр

41. Наиболее значимым признаком системной красной волчанки специфическим признаком поражения крови является появление _____.

42. Пневмонией следует называть хронический _____ воспалительный процесс в лёгких различной по этиологии и патогенезу.

43. Аспириновая астма - это вариант эндогенной или смешанной БА, при котором одним из факторов, способствующих сужению _____, являются нестероидные противовоспалительные препараты НПВП, в том числе и ацетилсалициловая кислота.

44. Острая лучевая болезнь - заболевание, возникающее при внешнем облучении в дозе более _____.

45. К диффузным заболеваниям соединительной ткани относятся - СКВ, системная склеродермия, дерматомиозит, острая ревматическая _____.

46. Как ещё называют первичную хроническую недостаточность коры надпочечников _____.

47. Синдром диабетической стопы развивается на фоне _____ -

48. В основе развития системных васкулитов лежит _____ и некроз сосудистой стенки.

49. Болезнь Крона обычно поражает _____, но не вовлекает прямую кишку.

50. Феохромоцитома - это (опухоль из ткани надпочечников), которая выделяет _____.

51. Одышка и боль в груди являются наиболее характерными симптомами _____.

Компетенции	ОПК-7	ПК-5	ПК-10
Вопросы	9-15, 21-23, 46-51	14-20, 24,25 , 31-39,	1-8, 26-30, 40-45

5. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания компетенции

Текущий контроль представляет собой проверку усвоения учебного материала теоретического и практического характера, регулярно осуществляемую на протяжении семестра. К основным формам текущего контроля (текущей аттестации) можно отнести устный опрос, письменные задания, контрольные работы. Промежуточная аттестация как правило осуществляется в конце семестра и может завершать изучение как отдельной дисциплины, так и ее раздела (разделов) /модуля (модулей). Промежуточная аттестация помогает оценить более крупные совокупности знаний и умений, в некоторых случаях – даже формирование определенных профессиональных компетенций. Достоинства: помогает оценить более крупные совокупности знаний и умений, в некоторых случаях – даже формирование определенных профессиональных компетенций. Основные формы: зачет и экзамен. Текущий контроль и промежуточная аттестация традиционно служат основным средством обеспечения в учебном процессе «обратной связи» между преподавателем и обучающимся, необходимой для стимулирования работы обучающихся и совершенствования методики преподавания учебных дисциплин. Наконец, итоговая государственная аттестация (ИГА) служит для проверки результатов обучения в целом. Это своего рода «государственная приемка» выпускника при участии внешних экспертов, в том числе работодателей. Лишь она позволяет оценить совокупность приобретенных обучающимся универсальных и профессиональных компетенций. Поэтому ИГА рассматривается как способ комплексной оценки компетенций. Достоинства: служит для проверки результатов обучения в целом и в полной мере позволяет оценить совокупность приобретенных обучающимся общекультурных и профессиональных компетенций. Основные формы: государственный экзамен, дипломная работа, дипломный проект.

Оценивание знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности должно носить комплексный, системный характер – с учетом как места дисциплины в структуре образовательной программы, так и содержательных и смысловых внутренних связей. Связи формируемых компетенций с модулями, разделами (темами) дисциплины обеспечивают возможность реализации для текущего контроля, промежуточной аттестации по дисциплине и итогового контроля наиболее подходящих оценочных средств. Привязка оценочных средств к контролируемым компетенциям, модулям, разделам (темам) дисциплины приведена в таблице. Оценка знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы в рамках учебной дисциплины

Процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности приводятся в табличной форме. Процедуры оценивания самостоятельной.

Тесты являются простейшей формой контроля, направленная на проверку владения терминологическим аппаратом, современными информационными технологиями и конкретными знаниями в области фундаментальных и прикладных дисциплин.

Тест состоит из небольшого количества элементарных задач; может предоставлять возможность выбора из перечня ответов; занимает часть учебного занятия (10–30 минут); правильные решения разбираются на том же или следующем занятии; частота тестирования определяется преподавателем

Зачет служит формой проверки качества выполнения обучающимися лабораторных работ, усвоения учебного материала практических и семинарских занятий, успешного прохождения производственной и преддипломной практик и выполнения в процессе этих практик всех учебных поручений в соответствии с утвержденной программой

Данные формы контроля осуществляются с привлечением разнообразных технических средств. Технические средства контроля могут содержать: программы компьютерного тестирования, учебные задачи, комплексные ситуационные задания. В понятие технических средств контроля может входить оборудование, используемое обучающимся при разных видах работ, требующих практического применения знаний и

навыков в учебно-производственной ситуации, овладения техникой эксперимента. В отличие от производственной практики лабораторные и подобные им виды работ не предполагают отрыва от учебного процесса, представляют собой моделирование производственной ситуации и подразумевают предъявление обучающимся практических результатов индивидуальной или коллективной деятельности.

Однако, контроль с применением технических средств имеет ряд недостатков, т.к. не позволяет отследить индивидуальные способности и креативный потенциал обучающегося. В этом он уступает письменному и устному контролю. Как показывает опыт некоторых вузов - технические средства контроля должны сопровождаться устной беседой с преподавателем. Информационные системы и технологии (ИС) оценивания качества учебных достижений обучающихся являются важным сегментом информационных образовательных систем, которые получают все большее распространение в вузах при совершенствовании (информатизации) образовательных технологий. Программный инструментарий (оболочка) таких систем в режиме оценивания и контроля обычно включает: электронные обучающие тесты, электронные аттестующие тесты, электронный практикум, виртуальные лабораторные работы и др. Электронные обучающие и аттестующие тесты являются эффективным средством контроля результатов образования на уровне знаний и понимания. Режим обучающего, так называемого репетиционного, тестирования служит, прежде всего, для изучения материалов дисциплины и подготовке обучающегося к аттестующему тестированию, он позволяет обучающемуся лучше оценить уровень своих знаний и определить, какие вопросы нуждаются в дополнительной проработке. В обучающем режиме особое внимание должно быть уделено формированию диалога пользователя с системой, путем задания вариантов реакции системы на различные действия обучающегося при прохождении теста. В результате обеспечивается высокая степень интерактивности электронных учебных материалов, при которой система предоставляет обучающемуся возможности активного взаимодействия с модулем, реализуя обучающий диалог с целью выработки у него наиболее полного и адекватного знания сущности изучаемого материала.

5.1. Критерии оценки зачета:

«Зачтено» – работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Написана грамотно, литературным языком, с использованием современной медицинской терминологии. Куратор владеет логикой изложения, выделяет главное, осознанно использует научные понятия, клинические симптомы, диагностические данные, основные методы лечения, допуская не существенные ошибки или неточности.

«Не зачтено» – нарушена структура изложения материала, допущены ошибки в употреблении терминов. Значительные ошибки в анализе и изложении клинической ситуации. Письменное оформление работы требует поправок, коррекции.

В истории болезни обучающийся описывает фрагментарно результаты клинического обследования больного, без осмысления связей между разделами, допускает ошибки в трактовке клинической картины, диагностики и лечении пациента. Содержание истории болезни отражает патологию курируемого больного, но при этом видна низкая степень осмысления и познания сути данной патологии. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного.

5.2.Критерии оценки экзамена:

Отлично	ответы на вопросы четкие, обоснованные и полные, проявлена готовность к дискуссии, обучающийся демонстрирует высокий уровень владения знаниями, умениями и навыками соответствующих компетенций, что позволяет ему решать широкий круг типовых и нетиповых задач, обучающийся проявил высокую эрудицию и свободное владение материалом дисциплины.
Хорошо	ответы на вопросы преимущественно правильные, но недостаточно четкие, обучающийся способен самостоятельно воспроизводить и применять соответствующие знания, умения и навыки для решения типовых задач дисциплины, может выполнять поиск и использование новой информации для выполнения новых профессиональных действий на основе полностью освоенных знаний, умений и навыков соответствующих компетенций
Удовлетворительно	ответы на вопросы не полные, на некоторые ответ не получен, знания, умения, навыки сформированы на базовом уровне, обучающийся частично, с помощью извне (например, с использованием наводящих вопросов, ассоциативного ряда понятий и т.д.) могут воспроизводить и применять соответствующие знания, умения, навыки
Неудовлетворительно	на большую часть вопросов ответы не были получены, либо они показали полную некомпетентность обучающегося в материале дисциплины, обучающийся не способен самостоятельно, без помощи извне, воспроизводить и применять соответствующие знания, умения, навыки или знания, умения и навыки у обучающегося не выявлены

5.3.Критерии оценки тестирования:

- «отлично» выставляется обучающемуся, если выполнено более 90% заданий;
- оценка «хорошо» - если выполнено 80-90% заданий;
- оценка «удовлетворительно» - если выполнено более 60% заданий;
- оценка «неудовлетворительно» -если выполнено менее 60% заданий.

5.4.Критерии оценки ситуационных задач:

«Отлично» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

«Хорошо» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

«Удовлетворительно» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

«Неудовлетворительно» – ответ на вопрос задачи дан не правильный. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

5.5. Критерии оценки реферата:

«Отлично» ставится, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена рассматриваемая проблема и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

«Хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

«Удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

«Неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Обучающийся в составе малых групп самостоятельно проводит полное исследование больного с последующим написанием академической истории болезни

Критерии оценки написания учебной истории болезни.

«ЗАЧТЕНО» - история болезни написана в соответствии с рекомендуемым алгоритмом обследования, представленным в кафедральной учебной схеме истории болезни; содержит достаточно полные результаты непосредственного и дополнительного пропедевтического исследования больного с выставленным клиническим диагнозом и его обоснованием; в истории болезни представлены принципы лечения и принципы профилактики заболевания; работа грамматически выверена.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - история болезни написана небрежно, с нарушениями алгоритма необходимого пропедевтического исследования больного; результаты непосредственного исследования проведены не в полном объеме и не отражают реальную клиническую симптоматику; обоснование клинического диагноза составлено с наличием существенных ошибок в оценке значения нормы и патологии; отсутствуют принципы лечения и профилактики заболевания.

Аннотация дисциплины

Дисциплина	Госпитальная терапия, эндокринология
Реализуемые компетенции	ОПК-7 ПК – 5 ПК- 10
Индикаторы достижения компетенции	<p>ОПК-7.1. Демонстрирует знания о лекарственных препаратах.</p> <p>ОПК-7.2. Проводит статистический анализ полученных данных в профессиональной области и интерпретирует его результаты.</p> <p>ОПК-7.3. Назначает и применяет лекарственные препараты и изделия медицинского назначения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.</p> <p>ПК-5.1 Проводит сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).</p> <p>ПК-5.2 Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.</p> <p>ПК-5.3. Направляет пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ПК-5.4 Направляет пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ПК-10.1. Проводит основные лечебные мероприятия при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, показания к госпитализации</p> <p>ПК- 10.2. Проводит неотложные мероприятия, плановую госпитализацию больных.</p> <p>ПК-10.3.Выявляет клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, навыками оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p>
Трудоемкость, з.е.	432 ч/12 з.е.
Формы отчетности (в т.ч. по семестрам)	9 сем- зачет 10сем зачет 11сем- зачет 12 сем- экзамен