

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

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе

« 26 » 03 2025 г.

Г.Ю. Нагорная



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

Общая и частная терапия

Уровень образовательной программы ординатура

Специальность 31.08.49 Терапия

Направленность (профиль) Терапия

Квалификация Врач – терапевт

Нормативный срок обучения 2 года

Формы обучения очная

Институт Медицинский

Кафедра разработчик РПД Внутренние болезни

Выпускающая кафедра Внутренние болезни

Начальник
учебно-методического отдела

Семенова Л.У.

Директор Института

Узденов М.Б.

Заведующий выпускающей кафедрой

Хапаев Б.А.

г. Черкесск, 2025 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цель и задачи освоения дисциплины	2
2. Планируемые результаты обучения по дисциплине	3
3. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО программы ординатуры	5
4. Структура и содержание дисциплины	6
4.1. Объем дисциплины и виды учебной работы	6
4.2. Содержание и структура дисциплины	7
4.3. Самостоятельная работа обучающегося	21
5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	22
5.1. Методические указания для подготовки обучающихся к лекционным занятиям ..	22
5.3. Методические указания для подготовки обучающихся к практическим (семинарским) занятиям	27
5.4. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся	32
6. Образовательные технологии	40
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)	40
7.1. Основная литература:	40
7.2. Дополнительная литература:	40
7.3. Периодические (специализированные) издания	41
7.4. Интернет-ресурсы, справочные системы	41
7.5. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение	Ошибка! Закладка
8. Материально-техническое и программное обеспечение дисциплины	42
8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий	42
9. Особенности реализации дисциплины для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	44
10. Оценка качества освоения программы	44

Приложение 1. Фонд оценочных средств

Приложение 2. Аннотация рабочей программы

1. Цель и задачи освоения дисциплины

Целью освоения дисциплины «Общая и частная терапия» является подготовка квалифицированного врача-терапевта, обладающего системой универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи

Задачи дисциплины:

1. Углубление знаний в этиологии, патогенезе, клиническом течении заболеваний (патологических состояний) и возможных вариантах их исхода у взрослых пациентов с учетом возраста и исходного состояния здоровья;
2. Совершенствование знаний, умений и навыков в методике сбора жалоб и анамнеза, анализа и интерпретации полученной информации;
3. Совершенствование знаний, умений и навыков в методике физикального осмотра, в оценке тяжести состояния по заболеванию, в определении объема манипуляций и их проведения;
4. Приобретение умений и навыков в определении показаний к проведению лабораторных и инструментальных методов исследования, интерпретации и анализа результатов исследований;
5. Приобретение умений и навыков в проведении дифференциальной диагностики заболеваний и состояний, формулировке диагноза в соответствии с общепринятой для данной нозологической формы классификации и действующей МКБ, используя методологию и алгоритм постановки диагноза;
6. Приобретение знаний в методах медикаментозного и немедикаментозного лечения, механизмах действия, лечебных и побочных эффектах лекарственных препаратов, их взаимодействии и эффектах при одновременном назначении нескольких лекарственных средств, а также умений и навыков составления плана лечения, определения медицинских показаний и противопоказаний к назначению медикаментозного и немедикаментозного лечения;
7. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков по осуществлению комплекса профилактических мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, а также, осуществлению комплекса мероприятий, направленных на профилактику инфекционных заболеваний или противоэпидемических мероприятий, в случае возникновения очага инфекции;
8. Приобретение знаний в основах медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, методах медицинской реабилитации, а также умений и навыков определения медицинских показаний и противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, участия в проведении мероприятий по медицинской реабилитации;
9. Приобретение знаний в законодательстве РФ, регламентирующим порядок проведения медицинских экспертиз, выдачи листков временной нетрудоспособности и их продлении, умений и навыков определения медицинских показаний для направления пациентов с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, на медико-социальную экспертизу, определения необходимости ухода за пациентом с заболеванием и (или) состоянием;
10. Приобретение знаний в области медицинского законодательства, регламентирующего оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с неизлечимыми заболеваниями и (или) состояниями, медицинских показаний для оказания пациентам паллиативной помощи, медицинских показаний к направлению пациентов, нуждающихся в

паллиативной медицинской помощи, на консультацию к специалистам, в том числе и по паллиативной помощи, а также умений и навыков разработки индивидуального плана оказания паллиативной медицинской помощи с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов, социального положения, индивидуальных потребностей пациента;

11. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в ведении медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала;

12. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в оценке состояния пациентов, требующих оказания срочной и неотложной медицинской помощи.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Изучение дисциплины «Общая и частная терапия» направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Оценочные средства: тестовые задания, ситуационные клинические задачи, темы докладов, практические навыки, протокол курации амбулаторного пациента, итоговое собеседование.

Код компетенции	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине	Оценочные средства
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	контрольные вопросы.
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
		ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования	
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
		ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	
ОПК-6	Способен проводить и контролировать	ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	тестовые задания, ситуационные клинические задачи.

Код компетенции	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине	Оценочные средства
	<p>ровать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях</p>	<p>нические задачи, контрольные вопросы.</p>
ОПК-7	<p>Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.</p>
ОПК-8	<p>Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарногигиеническому просвещению населения ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.</p>
ОПК-9	<p>Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.</p>

Код компетенции	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине	Оценочные средства
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
		ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	
ПК-1	Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара	<p>ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза</p> <p>ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность</p> <p>ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</p> <p>ПК-1.5 Проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>ПК-1.6 Оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме</p>	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
ПК-2	Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	<p>ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.

3. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО программы ординатуры

Дисциплина «Общая и частная терапия» изучается в 1, 3 семестрах и входит в обязательную часть Блока 1 (Дисциплины).

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.	Дисциплины, изученные по программам специалитета	Б2.1 Производственная (клиническая) практика(стационар) 2,4 семестры, обязательная часть)
2.		Б3.Г.1 «Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена» (4 семестр, обязательная часть).

4. Структура и содержание дисциплины

4.1. Объем дисциплины и виды учебной работы

Вид учебных занятий и самостоятельная работа	Объем дисциплины, час.			
	Всего час, /з.ед.	Семестр		
		1	3	
Аудиторная контактная работа обучающихся с преподавателем, в том числе:				
Лекции (Л)	360	162	198	
Практические занятия (ПЗ), Семинары (С)	24	12	12	
Лабораторные работы (ЛР)	336	150	186	
Самостоятельная работа обучающихся (СР) всего				
<i>Самостоятельное изучение материала</i>	342	135	207	
<i>Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)</i>	75	30	45	
<i>Подготовка к текущему контролю (ПТК)</i>	75	30	45	
<i>Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)</i>	70	30	40	
<i>Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)</i>	70	30	40	
В том числе: контактная вне-аудиторная работа	52	15	37	
Контроль	54ч	27	27	
Промежуточная аттестация	Экзамен	756/21	Экзамен	
ИТОГО:	часов	756	297	405
Общая трудоемкость	зач. ед.	21	9	12

4.2. Содержание и структура дисциплины

4.2.1. Содержание учебной дисциплины

№ п/п	Наименование разделов	Содержание разделов	Коды компетенций	Формы контроля
1.	Раздел 1.Эндокринология	Болезни поджелудочной железы. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Заболевания щитовидной железы. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Заболевания надпочечников. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
2	Раздел 2. Болезни органов пищеварительной системы	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Инфекция <i>Helicobacter pylori</i> Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Предраковые заболевания желудочно-кишечного тракта. Сложные вопросы этиологии гепатитов и циррозов печени	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
3	Раздел 3.Болезни почек	Гломерулонефриты. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Хроническая болезнь почек Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Пиелонефриты. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
4	Раздел 4.Болезни сердечно-сосудистой системы	НЦД. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Кардиомиопатии. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение Пороки сердца. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение Симптоматические АГ. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
5	Раздел 5.Болезни органов дыхания	Плевриты. Нагноительные заболевания легких Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Хроническое легочное сердце. Эмфизема легких Определение. Этиология. Па-	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.

		тогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Бронхиальная астма. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.	ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2	вопросы.
6	Раздел 6.Гематология	Анемии, Лейкозы. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
7	Раздел 7.Ревматология	Ревматизм, васкулиты, сзст. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.

4.2.2. Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы контроля

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу обучающегося (в часах)					Формы текущей и промежуточной аттестации
			Л	ЛР	ПЗ	СР	всего	
1.	1	Раздел 1.Эндокринология	4		50	45	99	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
2.	1	Раздел 2.Болезни органов пищеварительной системы	4		50	45	99	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.

3.	1	Раздел 3.Болезни почек	4		50	45	99	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
4	3	Раздел 4.Болезни сердечно-сосудистой системы	4		61	67	132	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
5	3	Раздел 5.Болезни органов дыхания	4		40	55	99	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
6	3	Раздел 6.Гематология	2		40	40	82	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
7	3	Раздел 7.Ревматология	2		45	50	97	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.
		ИТОГО:	24		336	342	702	Экзамен

4.2.3. Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание лекции	Всего часов
1	3	4	5
Семестр 1			
1.	Раздел 1.Эндокринология Тема 1. Болезни поджелудочной железы.	Сахарный диабет 1 и 2 типов.Определение. Современная классификация сахарного диабета. Эпидемиология. Причины роста заболеваемости. Этиология. Мультифакториальность генеза сахарного диабета 1 и 2 типов. Патогенез клинических синдромов и осложнений	2

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание лекции	Всего часов
		сахарного диабета.	
	Тема 2. Заболевания щитовидной железы.	Диффузный токсический зоб. Этиология. Патогенез(аутоиммунные механизмы). Клиника и патогенез основных симптомов. Диагностика. Осложнения диффузного токсического зоба. Лечение диффузного токсического зоба.Симптоматическая терапия и лечение осложнений. Лечение эндокринной офтальмопатии. Тиреотоксический криз.	2
2	Раздел 2.Болезни органов пищеварительной системы Тема 1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Инфекция Helicobacter pylori	Этиология и патогенез. Значение геликобактерной инфекции в возникновении опухолей, билиарной патологии. Клинические формы патологии, которую вызывает геликобактерная инфекция. Формы. Диагностические тесты на Helicobacter pylori. Патогенные и непатогенные штаммы Helicobacter pylori/ Семейство геликобактеров. Потенциально канцерогенные штаммы. Дифференциальный диагноз. Осложнения и исходы. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. МСЭ.	2
	Тема 2. Сложные вопросы этиологии гепатитов и циррозов печени	Современные представления об этиологии и патогенезе гепатитов и циррозов печени. Значение иммунного звена патогенеза. Морфологическая характеристика. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Клинические формы и варианты течения гепатитов и циррозов печени. Лабораторно-инструментальные показатели функции печени. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Профилактика. Трудовая экспертиза. Принципы лечения.	2
3	Раздел 3.Болезни почек Тема 1 Гломерулонефриты	Определение. Классификация. Этиология и патогенез острого и хронического пиелонефрита. Клинические проявления острого и хронического гломерулонефрита. Дополнительные методы исследования. Принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика. Прогноз. Ост-	2

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание лекции	Всего часов
		рая почечная недостаточность Клиническая картина. Стадии ОПН. Диагностические критерии. Лечебные мероприятия при ОПН. Прогноз	
	Тема 2 Хроническая болезнь почек	Определение ХПН, ХБП. Классификация. Этиология и патогенез ХПН. Клинические проявления. Стадии. Дополнительные методы исследования. Принципы лечения. Программный гемодиализ. Трансплантация почки. Прогноз	2
Итого за семестр			12
Семестр 3			
	Раздел 4. Болезни сердечно-сосудистой системы Тема 2. Заболевания миокарда (миокардиты, кардиомиопатии, миокардиодистрофии). Перикардиты	История представлений о болезнях миокарда. Классификация болезней миокарда ВОЗ (1999) и отечественная классификация Н.Р. Палеева и М.А. Гуревича. 4 группы некоронарогенных болезней миокарда: миокардиодистрофии, миокардиты, кардиомиопатии, опухоли сердца. Причины и патогенез миокардиодистрофий. Кальциевая триада. Подходы к лечению миокардиодистрофий. Основные причины миокардитов. Вирусная инфекция как основная причина миокардитов. Варианты течения и сложности диагностики миокардитов. Дилатационная и гипертрофическая кардиомиопатии, аритмогенная дисплазия правого желудочка. Критерии диагностики, подходы к терапии. Первичные и вторичные опухоли сердца. Клиника и диагностика миксомы левого предсердия. Этиология перикардитов. Классификация. Клиническая картина. Критерии диагностики. Принципы лечения.	2
	Тема 4. Нарушения ритма (аритмии) и проводимости	Классификация аритмий и нарушений проводимости. Механизмы возникновения нарушений ритма и проводимости. Методы диагностики нарушений ритма и проводимости: клиника, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭФИ сердца, ВЭМ, сигнал-усредненная ЭКГ, прекардиальное картирование. Классификация антиаритмических препаратов. Показания к электроимпульсной терапии, кардиостимуляции, хирургическим методам лечения, проведению вагусных проб. Особенности клинической картины, ЭКГ,	2

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание лекции	Всего часов
		других диагностических методик и лечебной тактике при экстрасистолии, пароксизмальных суправентрикулярных тахикардиях (суправентрикулярная тахикардия, фибрилляция и трепетание предсердий), желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков, синдроме слабости синусного узла, атриовентрикулярных блокадах	
5	<p>Раздел 5.Болезни органов дыхания</p> <p>Тема 1. Плевриты. Нагноительные заболевания легких</p>	<p>Этиология и патогенез. Значение туберкулезной инфекции, опухолей, системных васкулитов. Мета- и парапневмонические плевриты. Плевриты сухие и экссудативные. Клиника, течение. Осумкованные плевриты. Диагностическая и лечебная плевральная пункция. Значение исследования характера экссудата. Дифференциальный диагноз. Осложнения и исходы. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. МСЭ. Классификация нагноительных заболеваний легких. Этиология и патогенез. Характеристика абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни, гангрены легкого. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы.</p>	2
	<p>Тема 3. Бронхиальная астма</p>	<p>Современные представления об этиологии и патогенезе бронхиальной астмы. Значение иммунного звена патогенеза. Морфологическая характеристика. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Клинические формы и варианты течения бронхиальной астмы. Лабораторно-инструментальные показатели лёгких. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Профилактика. Трудовая экспертиза. Принципы лечения. .</p>	2
6	<p>Раздел 6.Гематология</p> <p>Тема 1. Анемии.</p>	<p>Анемии. Общие сведения (этиология, классификация, неспецифические и специфические клинико-лабораторные проявления). Постгеморрагические анемии (этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика). Наследственные гемолитические анемии</p>	2

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание лекции	Всего часов
		(этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика). Приобретенные гемолитические анемии (этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика). Железодефицитная и железорезистентная анемии. Этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика. В ₁₂ - и фолиево-дефицитные анемии. Этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика. Гипо- и апластические анемии (этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика). Эритроцитозы.	
7	Раздел 7.Ревматология Тема 1. Ревматизм и диффузные болезни соединительной ткани.	Ревматизм. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматизма, диагностические критерии. Этапы лечения больных ревматизмом. Реабилитация. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ.Ревматические пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез нарушений гемодинамики. Методы диагностика (физикальные, ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенологические). Дифференциальная диагностика. Клиническая и инструментальная диагностика. Особенности клинического течения у подростков, беременных, лиц пожилого возраста. Тактика консервативного лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансеризация и лечение в поликлинике. Профилактика, прогноз, МСЭ.	2
ИТОГО часов в семестре:			12

4.2.4. Лабораторный практикум – учебным планом не предусмотрен

4.2.5. Практические занятия

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
1	3	44	5
Семестр 1			
1.	Раздел 1.Эндокринология Тема 1. Болезни поджелудочной железы.	Лечение сахарного диабета. Методика лечения. Бигуаниды. Механизм действия. . Ингибиторы альфа-глюкозидазы. Сенситайзеры (тиазолидиндионы Прандиальные регуляторы гликемии. Механизм действия. Комбинированные противодиабетические препараты. Инсулинотерапия. Препараты инсулина короткого действия, средней продолжительности и длительного действия. Ультракороткие и пролонгированные аналоги инсулина. Готовые смеси инсулинов. Показания для лечения инсулином. Диета при инсулинотерапии, распределение приема пищи в зависимости от срока действия инсулина. Методика инсулинотерапии. Расчет дозы инсулина. Гликемический профиль. Гипогликемия. Патогенез, клиника, лечение, профилактика. Представление о других осложнениях инсулинотерапии. Кетоацидотическая кома. Стадии развития (легкое кетоацидотическое состояние, выраженное, тяжелое и собственно кома - поверхностная, выраженная, глубокая и терминальная). Клинические варианты течения. Синдромы гипергликемии, ацидоза, дегидратации, гипогликемии. Гиперосмолярная кома. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Лактацидотическая кома. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Гипогликемическая кома. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.	20
	Тема 2. Заболевания щитовидной железы.	Гипотиреоз. Первичный, вторичный, третичный. Этиология. Патогенез. Симптоматика основных синдромов гипотиреоза. Обоснование диагноза гипотиреоза. Заболевания, протекающие с гипотиреозом. Дифференциальный диагноз гипотиреоза. Лечение гипотиреоза. Экспертиза трудоспособности. Узловой зоб. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с узловым зобом. Гипопаратиреоз. Этиология, патогенез, клиника и лечение гипопаратиреоза.	15

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		Гиперпаратиреоз. Клинические формы. Принципы лечения.	
	Тема 3. Заболевания надпочечников.	Заболевания коры надпочечников. Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников (Болезнь Аддисона). Этиология и патогенез. Клинические проявления и данные лабораторных исследований. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Экспертиза трудоспособности. Вторичная недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Клиника. Лечение. Острая недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Клиника. Лечение. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников. Синдромы гиперкортицизма, гиперальдостеронизма, вирильный, феминизации. Принципы диагностики и лечения.	15
	Раздел 2.Болезни органов пищеварительной системы Тема 1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Инфекция <i>Helicobacter pylori</i>	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология и патогенез. Значение геликобактерной инфекции в возникновении опухолей, билиарной патологии. Клинические формы патологии, которую вызывает геликобактерная инфекция. Диагностические тесты на <i>Helicobacter pylori</i> . Классификация синдромов, вызываемых инфекцией. Показания к хирургическому лечению. Исходы. ГЭРБ. Трактовка всех диагностических тестов на <i>Helicobacter pylori</i> . Определения степени активности инфекционного процесса. Сопоставление всех признаков активности инфекции на основе визуально аналоговой шкалы согласно Сиднейской классификации в Хьюстонском пересмотре 1996 года.	15
	Тема 2. Предраковые заболевания желудочно-кишечного тракта	Разбор больного с предраковой патологией. Выделение основных клинических и лабораторно-инструментальных синдромов. Формулировка окончательного диагноза. Принципы лечения: лечение основного заболевания, патогенетическая и симптоматическая терапия. Прогноз. Профилактика. МСЭ.	15
	Тема 3. Сложные вопросы	Разбор клинического случая или демон-	20

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
	этиологии гепатитов и циррозов печени	страция больного с циррозом печени. Характеристика типов течения. Характеристика основных синдромов. Морфологические особенности цирроза печени и особенности клинического течения. Диагностические мероприятия и их оценка. Дифференциальная диагностика. Цели лечения. Характеристика основных групп препаратов. Лечение отдельных клинических форм. Показания к глюкокортикоидной терапии. Осложнения.	
	Раздел 3.Болезни почек Тема 1. Пиелонефриты	Этиология и патогенез. Значение первичных и вторичных пиелонефритов. Пиелонефриты беременных. Клиника, течение. Диагностические методы применяемые для верификации диагноза пиелонефрита. Дифференциальный диагноз. Осложнения и исходы. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Особенности течения пиелонефрита у подростков, беременных, пожилых. Диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ Клинические разборы больных с пиелонефритом. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы.	10
	Тема 2. Острый и хронический гломерулонефрит	Разборы больных с хроническим гломерулонефритом. Выделение основных клинических и лабораторно-инструментальных синдромов. Формулировка окончательного диагноза. Принципы лечения: лечение основного заболевания, патогенетическая и симптоматическая терапия. Прогноз. Профилактика. МСЭ.	20
	Тема 3. Хроническая болезнь почек	Разбор клинических случаев, демонстрация больных с хронической болезнью почек. Характеристика типов течения. Характеристика основных синдромов. Морфологические особенности и особенности клинического течения. Диагностические мероприятия и их оценка. Дифференциальная диагностика. Цели лечения. Характеристика основных групп препаратов. Лечение отдельных амиинии	20

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		ю..дклинических форм. Показания к гемодиализу. Осложнения.	
Семестр 3			
4	Раздел 4.Болезни сердечно-сосудистой системы Тема 1. Нейроциркуляторная дистония	Разбор больных с нейроциркуляторной дистонией. Выделение основных синдромов. Формулировка рабочего диагноза. Назначение диагностических мероприятий, их оценка. Дифференциальная диагностика. Критерии, исключающие НЦД. Формулировка окончательного диагноза. Назначение индивидуализированной терапии. Прогноз. Вопросы трудоустройства. Профилактика.	5
	Тема 2. Заболевания миокарда (миокардиты, кардиомиопатии, миокардиодистрофии). Перикардиты	Содержание: Разбор больных с миокардиодистрофией, миокардитом, кардиомиопатией, перикардитами. Определение синдромов поражения миокарда и перикарда, характеристика синдромов сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца, тромбоэмболического синдрома. Критерии диагностики заболеваний миокарда и перикарда: оценка физикальных данных, рентгенологического исследования (кардиоторакальный индекс). УЗИ сердца, лабораторных тестов воспаления. Назначение дифференцированной терапии. Прогноз. МСЭ.	15
	Тема 3. Симптоматические артериальные гипертензии.	Содержание: Разбор больных с артериальной гипертонией. Диагностические мероприятия 1 этапа. Выделение основных синдромов. Формулировка рабочего диагноза. Назначение диагностических мероприятий 2 этапа, их оценка. Формулировка окончательного диагноза. Медикаментозная терапия артериальной гипертензии. Группы гипотензивных препаратов. Назначение индивидуализированной терапии. Оценка показаний для хирургического лечения. Прогноз. МСЭ.	5
	Тема 4. Нарушения ритма (аритмии) и проводимости	Содержание: Разбор больного с аритмией или нарушениями проводимости. Диагностические мероприятия 1 этапа. Выделение типичных для больного с нарушениями ритма и проводимости жалоб, основных клинических и электрокардиооло-	20

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		гических синдромов, характерных как для нарушений ритма и проводимости, так и для основного заболевания. Формулировка предварительного диагноза. Разработка плана дополнительных исследований 2 этапа и их оценка. Формулировка окончательного диагноза. Выбор лечебной тактики. Выявление противопоказаний к восстановлению синусного ритма. Особенности назначения антиаритмических препаратов, их побочные эффекты. Прогноз. Профилактика. МСЭ.	
	Тема 5. Врожденные и приобретенные пороки сердца	Разбор больных с различными врожденными пороками сердца, дифференциальная диагностика, выбор лечения. Формулировка предварительного и окончательного клинического диагноза. Профилактика. Реабилитация. Медицинская экспертиза.	16
5	Раздел 5.Болезни органов дыхания Тема 1. Плевриты. Нагноительные заболевания легких	Этиология и патогенез. Характеристика абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни, гангрены легкого. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы.	15
	Тема 2. Хроническое легочное сердце. Эмфизема легких	Разбор больного с хроническим легочным сердцем, эмфиземой. Выделение основных клинических и лабораторно-инструментальных синдромов. Формулировка окончательного диагноза. Принципы лечения: лечение основного заболевания, патогенетическая и симптоматическая терапия. Прогноз. Профилактика. МСЭ.	10
	Тема 3. Бронхиальная астма	Разбор клинических случаев или демонстрация больных бронхиальной астмой. Характеристика типов течения. Характеристика основных синдромов. Морфологические особенности бронхиальной астмы и особенности клинического течения. Диагностические мероприятия и их оценка. Дифференциальная диагностика. Цели лечения. Характеристика основных групп препаратов. Лечение отдельных клинических форм. Показания к глюкокортикоидной терапии. Осложнения.	15

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
6	Раздел 6. Гематология Тема 1. Анемии.	Знакомство с аппаратурой, применяемой в гематологии. Правила забора крови у человека и лабораторных животных. Техника подготовки предметных стекол, приготовления, фиксации и окраски мазков периферической крови (практическая работа) Подсчёт эритроцитов. Гемоглобинометрия (контроль знаний, практическая работа) Определение величины гематокрита, индексов эритроцитов. Эритроцитометрия (контроль знаний, практическая работа) Окраска препаратов, подсчёт и изучение морфологии ретикулоцитов (контроль знаний, практическая работа) Определение осмотической резистентности и реакции оседания эритроцитов (контроль знаний, практическая работа)	15
	Тема 2. Лейкозы.	Методы забора костного мозга у человека и лабораторных животных. Подсчёт общего количества миелокарицитов. Приготовление, фиксация и окраска препаратов костного мозга (контроль знаний, практическая работа). Морфологические формы миелокарицитов (контроль знаний, практическая работа). Подсчёт миелограммы. Определение индексов костного мозга (контроль знаний, практическая работа).	15
	Тема 3. Учение о стволовой кроветворной клетке. Теория кроветворения .	Номенклатура клеток крови. Стволовая кроветворная клетка (СКК). Свойства СКК. Доказательства существования стволовых кроветворных клеток в организме. Полустволовые (частично детерминированные) кроветворные клетки, их свойства. Доказательства наличия в организме отдельных родоначальных клеток миелопоэза и лимфопоэза. Характеристика клеток, относящихся к классу коммитированных (унипотентных) клеток-предшественниц гемопоэза, бластных клеток крови, клеток миело- и лимфопоэза, относящихся к классу созревающих клеток. Зрелые клетки крови, их свойства. Виды регуляция гемопоэза. Теории пролиферации и дифференцировки СКК. Роль гемопоэзиндуцирующего микроокружения в регуляции процессов кроветворения. Понятие о гемопоэтинах. Классификация гемопоэтических факторов. Ранние гуморальные активаторы и ингибиторы миело-	10

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		и лимфопоэза. Поздняя позитивная и негативная регуляция грануломоноцитопоэза. Функциональная характеристика грануломоноцито-поэтических факторов. Поздняя позитивная и негативная гуморальная регуляция мегакарицитопоэза. Функциональные свойства ростовых факторов, стимулирующих пролиферацию и дифференцировку мегакарицитов. Поздняя позитивная и негативная гуморальная регуляция эритропоэза.	
7	<p>Раздел 7.Ревматология Тема 1. Ревматизм и диффузные болезни соединительной ткани.</p> <p>Тема 2. Заболевания суставов.</p> <p>Тема 3. Васкулиты.</p>	<p>Диффузные заболевания соединительной ткани.Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений. Диспансеризация, МСЭ.Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.Дерматомиозит. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, варианты течения, лабораторная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.Узелковый периартериит. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, критерии диагностики. Дифференциальный диагноз, лечение, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования используемые для диагностики васкулитов. Современные методы лечения васкулитов</p>	<p>15</p> <p>15</p> <p>15</p>
ИТОГО часов в семестре:			186

4.3. Самостоятельная работа обучающегося.

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Виды СР	Всего часов
1	3	4	5
Семестр 1			
1.	Раздел 1.Эндокринология	Самостоятельное изучение материала	10
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	10
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	10
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	10
		Контактная внеаудиторная работа	5
2.	Раздел 2.Болезни органов пищеварительной системы	Самостоятельное изучение материала	10
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	10
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	10
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	10
		Контактная внеаудиторная работа	5
3	Раздел 3. Болезни почек	Самостоятельное изучение материала	10
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	10
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	10
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	10
		Контактная внеаудиторная работа	5
Семестр 3			
4	Раздел 4.Болезни сердечно-сосудистой системы	Самостоятельное изучение материала	15
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	15
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	15
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	15
		Контактная внеаудиторная работа	7
5	Раздел 5.Болезни органов дыхания	Самостоятельное изучение материала	10
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	10

		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	10
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	10
		Контактная внеаудиторная работа	10
6	Раздел 6.Гематология	Самостоятельное изучение материала	
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	10
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	10
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	5
		Контактная внеаудиторная работа	5
7	Раздел 7.Ревматология	Самостоятельное изучение материала	10
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	10
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	10
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	10
		Контактная внеаудиторная работа	10
ИТОГО часов в семестре:			207

5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

5.1. Методические указания для подготовки обучающихся к лекционным занятиям

В процессе подготовки к лекционным занятиям обучающемуся необходимо перед каждой лекцией просматривать рабочую программу дисциплины, методические разработки по дисциплине, что позволит сэкономить время на записывание темы лекции, ее основных вопросов, рекомендуемой литературы. Следует отметить непонятные термины и положения, подготовить вопросы лектору с целью уточнения правильности понимания. Необходимо приходить на лекцию подготовленным, что будет способствовать повышению эффективности лекционных занятий. Основным средством работы на лекционном занятии является конспектирование. Конспектирование – процесс мысленной переработки и письменной фиксации информации, в виде краткого изложения основного содержания, смысла какого-либо текста. В ходе лекции необходимо зафиксировать в конспекте основные положения темы лекции, категории, формулировки, узловые моменты, выводы, на которые обращается особое внимание. По существу конспект должен представлять собой обзор, содержащий основные мысли текста без подробностей и второстепенных деталей. Для дополнения прослушанного и зафиксированного на лекции материала необходимо оставить в рабочих конспектах поля, на которых впоследствии при подготовке к практическим занятиям можно делать пометки из рекомендованной по дисциплине литературы, дополняющие материал прослушанной лекции, а также подчеркивающие особую важность тех или иных теоретических положений.

Содержание лекций

Раздел 1. Эндокринология

Тема 1. Болезни поджелудочной железы.

Сахарный диабет 1 и 2 типов.

Определение. Современная классификация сахарного диабета. Эпидемиология. Причины роста заболеваемости. Этиология. *Сахарный диабет 1 типа*. Роль вирусной инфекции и аутоиммунных процессов. Наследственность. Другие поражения поджелудочной железы. *Сахарный диабет 2 типа*. Роль резистентности рецепторов к инсулину, наследственности, ожирения, контринсулиновых гормонов, беременности, стресса, инфекции, гнойной инфекции, переизбытка и гиподинамии. «Ятрогенные» факторы генеза сахарного диабета. Понятие о факторах риска. Мультифакториальность генеза сахарного диабета 1 и 2 типов.

Патогенез клинических синдромов и осложнений сахарного диабета. Качественное и количественное определение сахара в моче. Псевдогликозурия. Ренальная глюкозурия. Пероральный глюкозотолерантный тест. Нарушение толерантности к глюкозе. ИРИ. С-пептид. Гликированный гемоглобин. Манифестный диабет. Степени тяжести заболевания. Понятия о компенсации и декомпенсации, ремиссии. Микро- и макроангиопатии. Патогенез. Ретинопатия. Диабетическая нефропатия. Катаракта. Нейропатия. Дермопатия. Остеоартропатия. Синдром диабетической стопы.

Тема 2. Заболевания щитовидной железы.

Диффузный токсический зоб.

Этиология. Патогенез (аутоиммунные механизмы). Клиника и патогенез основных симптомов. Диагностика. Осложнения диффузного токсического зоба. Эндокринная офтальмопатия. Клинические проявления.

Дифференциальный диагноз токсического зоба. Тиреотоксическая аденома.

Лечение диффузного токсического зоба. Тиростатики, механизм действия, побочные эффекты, осложнения. Симптоматическая терапия и лечение осложнений. Лечение эндокринной офтальмопатии. Показания к хирургическому лечению и лечению радиоактивным йодом. Тиреотоксический криз. Клиника. Неотложная помощь. Профилактика. Экспертиза трудоспособности больных токсическим зобом.

Раздел 2. Болезни органов пищеварительной системы

Тема 1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Инфекция *Helicobacter pylori*

Содержание: Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология и патогенез. Значение геликобактерной инфекции в возникновении опухолей, билиарной патологии. Клинические формы патологии, которую вызывает геликобактерная инфекция. Язвенная форма и гастритическая форма. Генерализованная форма. Диагностические тесты на *Helicobacter pylori*. Инвазивные и неинвазивные разновидности дыхательных тестов для диагностики инфекции. Чувствительность и специфичность диагностических тестов. Патогенные и непатогенные штаммы *Helicobacter pylori*/ Семейство геликобактеров. Потенциально канцерогенные штаммы. Дифференциальный диагноз. Осложнения и исходы. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. МСЭ.

Классификация синдромов, вызываемых инфекцией. Этиология и патогенез аналогичных синдромов вызываемых не геликобактером. Характеристика язвы желудка и дуоденальной язвы. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы. ГЭРБ.

Тема 2. Сложные вопросы этиологии гепатитов и циррозов печени

Современные представления об этиологии и патогенезе гепатитов и циррозов печени. Значение иммунного звена патогенеза. Морфологическая характеристика. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Клинические формы и варианты течения гепатитов и циррозов печени. Лабораторно-инструментальные показатели

ли функции печени. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Профилактика. Трудовая экспертиза. Принципы лечения.

Раздел 3.Болезни почек

Тема 1 Гломерулонефриты

Определение гломерулонефриты. Классификация. Этиология и патогенез острого и хронического пиелонефрита. Клинические проявления острого и хронического гломерулонефрита. Дополнительные методы исследования. Принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика. Прогноз. Острая почечная недостаточность Клиническая картина. Стадии ОПН. Диагностические критерии. Лечебные мероприятия необходимые при острой почечной недостаточности. Прогноз.

Тема 2 Хроническая болезнь почек

Современные представления об этиологии и патогенезе хронической болезни почек. Значение иммунного звена патогенеза. Морфологическая характеристика. Классификация. Стадии хронической болезни почек. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Клинические формы и варианты течения хронической болезни почек. Лабораторно-инструментальные показатели. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Профилактика. Трудовая экспертиза. Принципы лечения.

Раздел 4.Болезни сердечно-сосудистой системы

Тема 1. Нейроциркуляторная дистония

НЦД. Определение заболевания. Историческая справка о функциональной патологии сердца. Соотношение функционального и органического начала в патологии. Дискуссионные вопросы терминологии. Этиология и патогенез функциональной висцеральной патологии. Клиническая картина. Классификация, степени тяжести. Диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Возможности лечения. Показания к назначению психотропных средств и бета-адреноблокаторов. Прогноз. Трудоустройство.

Тема 2. Заболевания миокарда (миокардиты, кардиомиопатии, миокардиодистрофии). Перикардиты

История представлений о болезнях миокарда. Классификация болезней миокарда ВОЗ (1999) и отечественная классификация Н.Р. Палеева и М.А. Гуревича. 4 группы некоронарогенных болезней миокарда: миокардиодистрофии, миокардиты, кардиомиопатии, опухоли сердца. Причины и патогенез миокардиодистрофий. Кальциевая триада. Подходы к лечению миокардиодистрофий. Основные причины миокардитов. Вирусная инфекция как основная причина миокардитов. Варианты течения и сложности диагностики миокардитов. Дилатационная и гипертрофическая кардиомиопатии, аритмогенная дисплазия правого желудочка. Критерии диагностики, подходы к терапии. Первичные и вторичные опухоли сердца. Клиника и диагностика миксомы левого предсердия. Этиология перикардитов. Классификация. Клиническая картина. Критерии диагностики. Принципы лечения.

Тема 3. Симптоматические артериальные гипертензии.

Механизмы регуляции АД. Органы, ответственные за прессорную реакцию АД. Представление о гипертонической болезни как о первичной артериальной гипертензии. Моносиндромность гипертонической болезни и полисиндромность вторичных артериальных гипертензий. Основные группы симптоматических гипертензий: нефрогенные, эндокринопатические, гемодинамические, центрогенные, лекарственные, при беременности, в периоперационном периоде. Основной принцип диагностики: оценка полисиндромности. Характеристика основных заболеваний, приводящих к вторичной артериальной гипертензии: гломерулонефрит, пиелонефрит, вазоренальная артериальная гипертензия, феохромоцитома, синдром Конна, болезнь Иценко-Кушинга, коарктация аорты. Представления о двухэтапной схеме обследования.

Тема 4. Нарушения ритма (аритмии) и проводимости

Классификация аритмий и нарушений проводимости. Механизмы возникновения нарушений ритма и проводимости. Методы диагностики нарушений ритма и проводимости: клиника, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭФИ сердца, ВЭМ, сигнал-усредненная ЭКГ, прекардиальное картирование. Классификация антиаритмических препаратов. Показания к электроимпульсной терапии, кардиостимуляции, хирургическим методам лечения, проведению вагусных проб. Особенности клинической картины, ЭКГ, других диагностических методик и лечебной тактике при экстрасистолии, пароксизмальных суправентрикулярных тахикардиях (суправентрикулярная тахикардия, фибрилляция и трепетание предсердий), желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков, синдроме слабости синусного узла, атриовентрикулярных блокадах

Тема 5. Врожденные и приобретенные пороки сердца

Эмбриогенез сердца. Предпосылки формирования порока сердца. Этиология. Классификация пороков сердца. Нарушение внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика открытого артериального протока, дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородки, триады Фалло, тетрады Фалло. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Классификация пороков сердца. Нарушение внутрисердечной гемодинамики, клиника, Лечение. Показания к оперативному лечению.

Раздел 5.Болезни органов дыхания

Тема 1. Плевриты. Нагноительные заболевания легких

Этиология и патогенез. Значение туберкулезной инфекции, опухолей, системных васкулитов. Мета- и парапневмонические плевриты. Плевриты сухие и экссудативные. Клиника, течение. Осумкованные плевриты. Диагностическая и лечебная плевральная пункция. Значение исследования характера экссудата. Дифференциальный диагноз. Осложнения и исходы. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. МСЭ.

Тема 2. Хроническое легочное сердце. Эмфизема легких

Классификация нагноительных заболеваний легких. Этиология и патогенез. Характеристика абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни, гангрены легкого. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы. Определение легочного сердца. Классификация. Этиология и патогенез хронического легочного сердца. Клинические проявления компенсированного и декомпенсированного хронического легочного сердца. Дополнительные методы исследования. Принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика. Прогноз. Определение эмфиземы легких. Эпидемиология. Классификация. Первичная и вторичная эмфизема. Клиническая картина. Значение инструментальных методов диагностики. Течение, осложнения. Лечение, профилактика

Тема 3. Бронхиальная астма

Современные представления об этиологии и патогенезе бронхиальной астмы. Значение иммунного звена патогенеза. Морфологическая характеристика. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Клинические формы и варианты течения бронхиальной астмы. Лабораторно-инструментальные показатели лёгких. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Профилактика. Трудовая экспертиза. Принципы лечения. .

Раздел 6.Гематология

Тема 1. Анемии.

Анемии. Общие сведения (этиология, классификация, неспецифические и специфические клинико-лабораторные проявления). Постгеморрагические анемии (этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика). Наследственные гемолитические анемии (этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика). Приобретенные гемолитические анемии (этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика). Железодефицитная и железорезистентная анемии. Этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика. В12- и фолиево-дефицитные анемии. Этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика. Гипо- и апластические анемии (этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика). Эритроцитозы.

Тема 2. Лейкозы.

Патологические формы лейкоцитов Лейкоцитозы. Лейкемоидные реакции. Лейкопении. Аномалия Пельгера-Хьюета. Лейкоз. Общие сведения (этиология, патогенез, клинико-гематологическая картина, принципы лабораторной диагностики). Классификация, дифференциальная клинико-гематологическая характеристика и лечение острых лейкозов. Классификация хронических лейкозов. Дифференциальная клинико-гематологическая характеристика, диагностика и лечение лимфопролиферативных хронических лейкозов. Дифференциальная клинико-гематологическая характеристика, диагностика и лечение миелолипролиферативных хронических лейкозов.

Тема 3. Учение о стволовой кроветворной клетке. Теория кроветворения. Основные этапы истории развития учения о кроветворении. Теории кроветворения (полифелитическая, триалистическая, дуалистическая, умеренно-унитарная, унитарная). Структурная организация кроветворной системы. Современная схема кроветворения.

Раздел 7.Ревматология

Тема 1. Ревматизм и диффузные болезни соединительной ткани. Ревматизм. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматизма, диагностические критерии. Этапы лечения больных ревматизмом. Реабилитация. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ.Ревматические пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез нарушений гемодинамики. Методы диагностика (физикальные, ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенологические). Дифференциальная диагностика. Клиническая и инструментальная диагностика. Особенности клинического течения у подростков, беременных, лиц пожилого возраста. Тактика консервативного лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансеризация и лечение в поликлинике. Профилактика, прогноз, МСЭ.

Тема 2. Заболевания суставов.

Заболевания суставов. Классификация. Методы исследования. Функция опорно-двигательного аппарата. Диагностика, дифференциальная диагностика. Ревматоидный артрит (РА). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы этапной терапии РА. Диспансеризация больных РА, МСЭ. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

Тема 3. Васкулиты.

Васкулиты. Этиология. Патогенез. Современная классификация. Клиническая картина, Диагностика, лечение.

5.2. Методические указания для подготовки обучающихся к лабораторным занятиям

Лабораторный практикум – учебным планом не предусмотрен.

5.3. Методические указания для подготовки обучающихся к практическим (семинарским) занятиям

Практическое занятие - это форма организации учебного процесса, предполагающая выполнение студентами по заданию и под руководством преподавателя одной или нескольких практических работ. Главной целью практических занятий является усвоение метода использования теории, приобретение профессиональных умений, а также практических умений, необходимых для изучения последующих дисциплин. Практические методы обучения охватывают весьма широкий диапазон различных видов деятельности обучаемых. Во время использования практических методов обучения применяются приемы: постановки задания, планирования его выполнения, оперативного стимулирования, регулирования и контроля, анализа итогов практической работы, выявления причин недостатков, корректирования обучения для полного достижения цели. Во время использования практических методов обучения применяются приемы: постановки задания, планирования его выполнения, оперативного стимулирования, регулирования и контроля, анализа итогов практической работы, выявления причин недостатков, корректирования обучения для полного достижения цели.

К практическим методам относятся письменные упражнения, где в ходе упражнения обучаемый применяет на практике полученные им знания.

К практическим методам относятся также упражнения, выполняемые обучаемыми со звукозаписывающей, звуковоспроизводящей аппаратурой, сюда же относятся компьютеры.

Желательно при подготовке к занятиям придерживаться следующих рекомендаций:

1. При изучении нормативной литературы, учебников, учебных пособий, конспектов лекций, интернет-ресурсов и других материалов необходима его собственная интерпретация. Не следует жёстко придерживаться терминологии лектора, а правильно уяснить сущность и передать её в наиболее удобной форме.

2. При изучении основной рекомендуемой литературы следует сопоставить учебный материал темы с конспектом, дать ему критическую оценку и сформулировать собственное умозаключение и научную позицию. При этом нет необходимости составлять дополнительный конспект, достаточно в основном конспекте сделать пояснительные записи (желательно другим цветом).

3. Кроме рекомендуемой к изучению основной и дополнительной литературы, студенты должны регулярно (не реже одного раза в месяц) просматривать специальные журналы, а также интернет-ресурсы. Ряд вопросов учебного материала рассматриваются на практических занятиях в виде подготовленных студентами сообщений, с последующим оппонированием и обсуждением всей группой.

На практических занятиях студенты оперируют экономическими и социально-экономическими показателями, характеризующими деятельность хозяйствующих субъектов, учатся использовать их в планировании и управлении, получают практику формулировки задач принятия решений, обоснованного выбора математического метода их решения, учатся привлекать интерес аудитории к результатам своей работы.

Выбор тем практических занятий обосновывается методической взаимосвязью с программой курса и строится на узловых темах.

План практических занятий

Раздел 1. Эндокринология

Тема 1. Болезни поджелудочной железы.

1. Лечение сахарного диабета. Методика лечения. Бигуаниды. Механизм действия. Ингибиторы альфа-глюкозидазы. Сенситайзеры (тиазолидиндионы) Прандиальные регуляторы гликемии. Механизм действия. Комбинированные противодиабетические препараты.
2. Инсулинотерапия. Препараты инсулина короткого действия, средней продолжительности и длительного действия. Ультракороткие и пролонгированные аналоги инсулина. Готовые смеси инсулинов. Показания для лечения инсулином. Диета при инсулинотерапии, распределение приема пищи в зависимости от срока действия инсулина. Методика инсулинотерапии. Расчет дозы инсулина.
3. Гликемический профиль. Гипогликемия. Патогенез, клиника, лечение, профилактика. Представление о других осложнениях инсулинотерапии.
4. Кетоацидотическая кома. Стадии развития (легкое кетоацидотическое состояние, выраженное, тяжелое и собственно кома - поверхностная, выраженная, глубокая и терминальная). Клинические варианты течения.
5. Синдромы гипергликемии, ацидоза, дегидратации, гипогликемии.
6. Гиперосмолярная кома. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Лактацидотическая кома. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Гипогликемическая кома. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

Тема 2. Заболевания щитовидной железы.

1. Гипотиреоз. Первичный, вторичный, третичный. Этиология. Патогенез. Симптоматика основных синдромов гипотиреоза. Обоснование диагноза гипотиреоза.
2. Заболевания, протекающие с гипотиреозом. Дифференциальный диагноз гипотиреоза. Лечение гипотиреоза. Экспертиза трудоспособности.
3. Узловой зоб. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с узловым зобом.
4. Гипопаратиреоз. Этиология, патогенез, клиника и лечение гипопаратиреоза.
5. Гиперпаратиреоз. Клинические формы. Принципы лечения.

Тема 3. Заболевания надпочечников.

1. Заболевания коры надпочечников. Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников (Болезнь Аддисона). Этиология и патогенез. Клинические проявления и данные лабораторных исследований. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Экспертиза трудоспособности.
2. Вторичная недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Клиника. Лечение.
3. Острая недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Клиника. Лечение.
4. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников.
5. Синдромы гиперкортицизма, гиперальдостеронизма, вирильный, феминизации. Принципы диагностики и лечения.

Раздел 2. Болезни органов пищеварительной системы

Тема 1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Инфекция *Helicobacter pylori*

1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология и патогенез. Значение геликобактерной инфекции в возникновении опухолей, билиарной патологии. Клинические формы патологии, которую вызывает геликобактерная инфекция. Диагностические тесты на *Helicobacter pylori*.
2. Классификация синдромов, вызываемых инфекцией. Показания к хирургическому лечению. Исходы. ГЭРБ.

3. Трактовка всех диагностических тестов на *Helicobacter pylori*. Определения степени активности инфекционного процесса.
4. Сопоставление всех признаков активности инфекции на основе визуальной аналоговой шкалы согласно Сиднейской классификации в Хьюстонском пересмотре 1996 года.

Тема 2. Предраковые заболевания желудочно-кишечного тракта

1. Определение предраковых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Классификация. Этиология и патогенез предраковых заболеваний пищеварительной системы. Клинические проявления предрака желудка, пищевода, печени, поджелудочной железы и кишечника. Дополнительные методы исследования. Принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика. Прогноз.
2. Определение предраковых заболеваний, изменений и состояний организма человека. Эпидемиология. Классификация. Первичная и вторичная характеристика этих изменений. Клиническая картина. Значение инструментальных методов диагностики. Течение, осложнения. Лечение, профилактика.
3. Разбор больного с предраковой патологией. Выделение основных клинических и лабораторно-инструментальных синдромов. Формулировка окончательного диагноза. Принципы лечения: лечение основного заболевания, патогенетическая и симптоматическая терапия. Прогноз. Профилактика. МСЭ.

Тема 3. Сложные вопросы этиологии гепатитов и циррозов печени

1. Разбор клинического случая или демонстрация больного с циррозом печени.
2. Характеристика типов течения. Характеристика основных синдромов. Морфологические особенности цирроза печени и особенности клинического течения.
3. Диагностические мероприятия и их оценка. Дифференциальная диагностика. Цели лечения.
4. Характеристика основных групп препаратов. Лечение отдельных клинических форм. Показания к глюкокортикоидной терапии. Осложнения.

Раздел 3. Болезни почек

Тема 1. Пиелонефриты

1. Этиология и патогенез. Значение первичных и вторичных пиелонефритов. Пиелонефриты беременных. Клиника, течение.
2. Диагностические методы применяемые для верификации диагноза пиелонефрита. Дифференциальный диагноз. Осложнения и исходы.
3. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению.
4. Особенности течения пиелонефрита у подростков, беременных, пожилых. Диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ
5. Клинические разборы больных с пиелонефритом. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы.

Тема 2. Острый и хронический гломерулонефрит

1. Разборы больных с хроническим гломерулонефритом.
2. Выделение основных клинических и лабораторно-инструментальных синдромов.
3. Формулировка окончательного диагноза.
4. Принципы лечения: лечение основного заболевания, патогенетическая и симптоматическая терапия. Прогноз. Профилактика. МСЭ.

Тема 3. Хроническая болезнь почек

1. Разбор клинических случаев, демонстрация больных с хронической болезнью почек.

2. Характеристика типов течения. Характеристика основных синдромов. Морфологические особенности и особенности клинического течения.
3. Диагностические мероприятия и их оценка. Дифференциальная диагностика.
4. Цели лечения. Характеристика основных групп препаратов. Лечение отдельных клинических форм.
5. Показания к гемодиализу. Осложнения.

Раздел 4. Болезни сердечно-сосудистой системы

Тема 1. Нейроциркуляторная дистония

1. Разбор больных с нейроциркуляторной дистонией.
2. Выделение основных синдромов. Формулировка рабочего диагноза.
3. Назначение диагностических мероприятий, их оценка.
4. Дифференциальная диагностика. Критерии, исключающие НЦД.
5. Формулировка окончательного диагноза.
6. Назначение индивидуализированной терапии. Прогноз.
7. Вопросы трудоустройства. Профилактика.

Тема 2. Заболевания миокарда (миокардиты, кардиомиопатии, миокардиодистрофии).

Перикардиты

1. Разбор больных с миокардиодистрофией, миокардитом, кардиомиопатией, перикардитами.
2. Определение синдромов поражения миокарда и перикарда, характеристика синдромов сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца, тромбоэмболического синдрома.
3. Критерии диагностики заболеваний миокарда и перикарда: оценка физикальных данных, рентгенологического исследования (кардиоторакальный индекс).
4. УЗИ сердца, лабораторных тестов воспаления.
5. Назначение дифференцированной терапии. Прогноз. МСЭ

Тема 3. Симптоматические артериальные гипертензии.

1. Разбор больных с артериальной гипертонией. Диагностические мероприятия 1 этапа.
2. Выделение основных синдромов. Формулировка рабочего диагноза.
3. Назначение диагностических мероприятий 2 этапа, их оценка. Формулировка окончательного диагноза.
4. Медикаментозная терапия артериальной гипертензии. Группы гипотензивных препаратов.
5. Назначение индивидуализированной терапии.
6. Оценка показаний для хирургического лечения. Прогноз. МСЭ.

Тема 4. Нарушения ритма (аритмии) и проводимости

1. Разбор больного с аритмиями или нарушениями проводимости. Диагностические мероприятия 1 этапа.
2. Выделение типичных для больного с нарушениями ритма и проводимости жалоб, основных клинических и электрокардиологических синдромов, характерных как для нарушений ритма и проводимости, так и для основного заболевания.
3. Формулировка предварительного диагноза.
4. Разработка плана дополнительных исследований 2 этапа и их оценка. Формулировка окончательного диагноза.
5. Выбор лечебной тактики.
6. Выявление противопоказаний к восстановлению синусного ритма.

7. Особенности назначения антиаритмических препаратов, их побочные эффекты. Прогноз. Профилактика. МСЭ.

Тема 5. Врожденные и приобретенные пороки сердца

1. Разбор больных с различными врожденными пороками сердца, дифференциальная диагностика, выбор лечения.
2. Формулировка предварительного и окончательного клинического диагноза.
3. Профилактика. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

Раздел 5.Болезни органов дыхания

Тема 1. Плевриты. Нагноительные заболевания легких

1. Этиология и патогенез.
2. Характеристика абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни, гангрены легкого.
3. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз.
4. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы.

Тема 2. Хроническое легочное сердце. Эмфизема легких

1. Разбор больного с хроническим легочным сердцем, эмфиземой.
2. Выделение основных клинических и лабораторно-инструментальных синдромов.
3. Формулировка окончательного диагноза. Принципы лечения: лечение основного заболевания, патогенетическая и симптоматическая терапия.
4. Прогноз. Профилактика. МСЭ.

Тема 3. Бронхиальная астма

1. Разбор клинических случаев или демонстрация больных бронхиальной астмой.
2. Характеристика типов течения. Характеристика основных синдромов.
3. Морфологические особенности бронхиальной астмы и особенности клинического течения. Диагностические мероприятия и их оценка. Дифференциальная диагностика.
4. Цели лечения. Характеристика основных групп препаратов. Лечение отдельных клинических форм.
5. Показания к глюкокортикоидной терапии. Осложнения.

Раздел 6.Гематология

Тема 1. Анемии.

1. Знакомство с аппаратурой, применяемой в гематологии. Правила забора крови у человека и лабораторных животных. Техника подготовки предметных стекол, приготовления, фиксации и окраски мазков периферической крови (практическая работа)
2. Подсчёт эритроцитов. Гемоглобинометрия (контроль знаний, практическая работа) Определение величины гематокрита, индексов эритроцитов.
3. Эритроцитометрия (контроль знаний, практическая работа) Окраска препаратов, подсчёт и изучение морфологии ретикулоцитов (контроль знаний, практическая работа)
4. Определение осмотической резистентности и реакции оседания эритроцитов (контроль знаний, практическая работа)

Тема 2. Лейкозы.

1. Методы забора костного мозга у человека и лабораторных животных.
2. Подсчёт общего количества миелокариоцитов.
3. Приготовление, фиксация и окраска препаратов костного мозга (контроль знаний, практическая работа).
4. Морфологические формы миелокариоцитов (контроль знаний, практическая работа).
5. Подсчёт миелограммы. Определение индексов костного мозга (контроль знаний,

практическая работа).

Тема 3. Учение о стволовой кроветворной клетке. Теория кроветворения .

1. Номенклатура клеток крови. Стволовая кроветворная клетка (СКК). Свойства СКК. Доказательства существования стволовых кроветворных клеток в организме.
2. Полустволовые (частично детерминированные) кроветворные клетки, их свойства. Доказательства наличия в организме отдельных родоначальных клеток миелопоэза и лимфопоэза.
3. Характеристика клеток, относящихся к классу коммитированных (унипотентных) клеток-предшественниц гемопоэза, бластных клеток крови, клеток миело- и лимфопоэза, относящихся к классу созревающих клеток.
4. Зрелые клетки крови, их свойства. Виды регуляция гемопоэза. Теории пролиферации и дифференцировки СКК. Роль гемопоэзиндуцирующего микроокружения в регуляции процессов кроветворения.
5. Понятие о гемопоэтинах. Классификация гемопоэтических факторов. Ранние гуморальные активаторы и ингибиторы миело- и лимфопоэза. Поздняя позитивная и негативная регуляция грануломоноцитопоэза. Функциональная характеристика грануломоноцито-поэтических факторов. Поздняя позитивная и негативная гуморальная регуляция мегакариоцитопоэза.
6. Функциональные свойства ростовых факторов, стимулирующих пролиферацию и дифференцировку мегакариоцитов. Поздняя позитивная и негативная гуморальная регуляция эритропоэза.

Раздел 7.Ревматология

Тема 1. Ревматизм и диффузные болезни соединительной ткани.

1. Диффузные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений. Диспансеризация, МСЭ.
2. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
3. Дерматомиозит. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, варианты течения, лабораторная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.

Тема 2. Заболевания суставов.

1. Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
2. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, критерии диагностики. Дифференциальный диагноз, лечение, диспансеризация, МСЭ.

Тема 3. Васкулиты.

1. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования используемые для диагностики васкулитов. Современные методы лечения васкулитов
2. Узелковый периартериит. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.

5.4. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся

Основная задача программы ординатуры заключается в формировании квалифицированного специалиста, способного к саморазвитию, самообразованию, инновационной деятельности. В этом плане следует признать, что самостоятельная работа обучающихся

(СР) является не просто важной формой образовательного процесса, а должна стать его основой.

Усиление роли самостоятельной работы обучающихся означает принципиальный пересмотр организации учебно–воспитательного процесса в вузе, который должен строиться так, чтобы развивать умение учиться, формировать у обучающихся способности к саморазвитию, практическому применению полученных знаний, способам адаптации к профессиональной деятельности в современном мире.

Глубокое понимание изучаемой дисциплины во многом зависит от самостоятельной работы обучающихся, изучение основной и дополнительной литературы. Эффективность самостоятельной работы во многом зависит от того, насколько она является самостоятельной и каким образом преподаватель может ее контролировать. Когда обучающийся изучает рекомендуемую литературу эпизодически, он не получает глубоких знаний.

Целью самостоятельной работы обучающихся является:

- умение самостоятельно работать с начала с учебным материалом, затем с информацией, заложить основы самоорганизации и самовоспитания с тем, чтобы привить умение в дальнейшем непрерывно повышать свою квалификацию;
- закрепление, расширение и углубление знаний, умений и практических навыков, полученных ординаторами на аудиторных занятиях под руководством преподавателей;
- изучение ординаторами дополнительных материалов по изучаемым дисциплинам и умение выбирать необходимый материал из различных источников;
- воспитание у ординатора самостоятельности, организованности, самодисциплины, творческой активности, потребности развития познавательных способностей и упорства в достижении поставленных целей.

Формы самостоятельной работы ординаторов разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов – законов, постановлений, справочных материалов с использованием информационно – поисковых систем «Консультант – плюс», компьютерной сети «Интернет»;
- изучение учебной, научной и другой литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- участие в работе практически и научных конференций.

Самостоятельная работа включает следующие виды деятельности:

- проработку лекционного материала;
- изучение по учебникам программного материала, не изложенного на лекциях.

1.Методические указания по подготовке вопросов для самостоятельного изучения.

Подготовка вопросов для самостоятельного изучения включает: изучение необходимой литературы (обязательной, дополнительной литературы, специальных периодических изданий, интернет-ресурсов), подготовку конспекта ответа и разбор ситуационных задач, практических 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.

2.Методические указания по написанию реферата.

Реферат является результатом индивидуальной самостоятельной письменной работы студента на одну из предложенных тем. Цель написания реферата – развитие навыков самостоятельного творческого мышления и письменного изложения собственных мыслей. В реферате важны чёткость, ясность и грамотность формулировок; умение структурировать информацию, выделять причинно-следственные связи, применять аналитический инструментарий, иллюстрировать суждения соответствующими примерами, аргументировать свои выводы.

Написание реферата – это ответ на вопрос, который основан на классической системе доказательств. Для написания реферата рекомендуется использовать учебную, научную и специальную научно-практическую литературу.

Реферат состоит из следующих частей: Введение; Основная часть; Заключение.

Во введении дается обоснование выбора данной темы и направления ее детализации, что достигается правильно сформулированными задачами, которые целесообразно раскрыть при построении реферата.

В основной части раскрываются теоретические основы изучаемой проблемы, и дается ответ на основной вопрос реферата. Подготовка этой части реферата предполагает развитие навыков аргументации и анализа, обоснование выводов и положений, исходя из имеющихся данных, других аргументов и позиций по изучаемому вопросу. В этом состоит основное содержание реферата и это представляет собой главную трудность. Для четкости и формализации основной части реферата следует использовать подзаголовки (разделы аргументации), т.к. именно структура основной части является обоснованием предлагаемой системы аргументации, иллюстрирует применяемые методы анализа. При необходимости в качестве аналитического инструмента можно использовать графики, диаграммы и таблицы.

Большую часть реферата должен составлять самостоятельный авторский текст, опирающийся на изученную литературу и его собственное видение проблемы. В то же время, при написании реферата бывает целесообразно приводить соответствующие цитаты из используемых публикаций. Цитаты обычно применяются при необходимости подчеркнуть оценку той или иной проблемы определённым автором.

В заключении обобщаются выводы по теме с указанием области ее применения.

Общий объем реферата: максимально - 15 страниц машинописного текста формата А-4.

картинки должны быть достаточно крупными и четкими (лучше с цифровой камерой).

3. Методические указания по решению ситуационных задач.

Составление и решение ситуационных задач (кейсов) – это вид самостоятельной работы студента по систематизации информации в рамках постановки или решения конкретных проблем. Решение ситуационных задач – чуть менее сложное действие, чем их создание. И в первом, и во втором случае требуется самостоятельный мыслительный поиск самой проблемы её решения. Такой вид самостоятельной работы направлен на развитие мышления, творческих умений, усвоение знаний, добытых в ходе активного поиска и самостоятельного решения проблем. Следует отметить, что 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. Продумывая систему проблемных вопросов, студент должен опираться на уже имеющуюся базу данных, но не повторять вопросы уже содержащиеся в прежних заданиях по теме. Проблемные вопросы должны отражать интеллектуальные затруднения и вызывать целенаправленный мыслительный поиск. Решения ситуационных задач относятся к частично поисковому методу, и предполагает третий (применение) и четвертый (творчество) уровень знаний.

4. Методические рекомендации по подготовке к тестированию.

Тесты – это вопросы или задания, предусматривающие конкретный, краткий, четкий ответ на имеющиеся эталоны ответов. При самостоятельной подготовке к тестированию студенту необходимо:

а) готовясь к тестированию, проработайте информационный материал по дисциплине.

- б) четко выясните все условия тестирования заранее. Вы должны знать, сколько тестов Вам будет предложено, сколько времени отводится на тестирование, какова система оценки результатов и т.д.
- в) приступая к работе с тестами, внимательно и до конца прочтите вопрос и предлагаемые варианты ответов. Выберите правильные (их может быть несколько). На отдельном листке ответов выпишите цифру вопроса и буквы, соответствующие правильным ответам;
- г) в процессе решения желательно применять несколько подходов в решении задания. Это позволяет максимально гибко оперировать методами решения, находя каждый раз оптимальный вариант.
- д) если Вы встретили чрезвычайно трудный для Вас вопрос, не тратьте много времени на него. Переходите к другим тестам. Вернитесь к трудному вопросу в конце.
- е) обязательно оставьте время для проверки ответов, чтобы избежать механических ошибок.

5. Методические рекомендации по подготовке к сдаче практических навыков.

Перечень практических навыков ординатора разрабатывается в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта и профессионального стандарта. Набор практических навыков для каждого обучающегося включает в себя: сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование больного, умение составить план обследования, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить лечение, заполнить историю болезни, выполнение манипуляций, интерпретация предложенных лабораторных, электрофизиологических, ультразвуковых и функциональных методов обследования.

При подготовке к сдаче практических навыков ординатор должен изучить перечень обязательных практических навыков по дисциплине. Для положительной оценки ординатор должен правильно выполнить все предложенные навыки и правильно их интерпретировать.

6. Методические рекомендации по подготовке к экзамену.

Готовиться к зачету необходимо последовательно, с учетом контрольных вопросов, разработанных ведущим преподавателем кафедры. Сначала следует определить место каждого контрольного вопроса в соответствующем разделе темы учебной программы, а затем внимательно прочитать и осмыслить рекомендованные научные работы, соответствующие разделы рекомендованных учебников. При этом полезно делать хотя бы самые краткие выписки и заметки. Работу над темой можно считать завершенной, если вы сможете ответить на все контрольные вопросы и дать определение понятий по изучаемой теме.

Для обеспечения полноты ответа на контрольные вопросы и лучшего запоминания теоретического материала рекомендуется составлять план ответа на контрольный вопрос.

Это позволит сэкономить время для подготовки непосредственно перед экзаменом за счет обращения не к литературе, а к своим записям. При подготовке необходимо выявлять наиболее сложные, дискуссионные вопросы, с тем, чтобы обсудить их с преподавателем на обзорных лекциях и консультациях. Нельзя ограничивать подготовку экзамену простым повторением изученного материала. Необходимо углубить и расширить ранее приобретенные знания за счет новых идей и положений.

Результат по сдаче экзамена объявляется ординаторам, вносится в экзаменационную ведомость. При не сдаче экзамен проставляется только в ведомости. После чего обучающийся освобождается от дальнейшего присутствия на экзамене.

При получении не сдаче экзамена повторная сдача осуществляется в другие установленные дни.

Положительные оценки выставляются, если ординатор усвоил учебный материал, исчерпывающе, логически, грамотно изложив его, показал знания специальной литера-

туры, не допускал существенных неточностей, а также правильно применял понятийный аппарат.

Задания для самостоятельной работы

Раздел 1. Эндокринология

Тема 1. Болезни поджелудочной железы.

1. Синдромы «утренней зари» и хронической передозировки инсулина.
2. Понятие об инсулинорезистентности.
3. Искусственная поджелудочная железа. Пересадка бета-клеток.
4. Обучение больных и самоконтроль, «Школа больного сахарным диабетом».
5. Принципы лечения осложнений сахарного диабета.
6. Экспертиза трудоспособности больных сахарным диабетом. Санаторно-курортное лечение.

Тема 2. Заболевания щитовидной железы.

1. Тиреоидиты. Хронический аутоиммунный тиреоидит. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагноз. Принципы лечения.
2. Подострый тиреоидит. Этиология, патогенез, клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.
3. Иод-дефицитные заболевания. Дефицит йода и другие факторы как причина и условия развития зоба. Наследственность. Профилактика эндемического зоба: массовая, групповая, индивидуальная. Лечение эндемического зоба.
4. Изменения щитовидной железы в связи с аварией на Чернобыльской АЭС.

Тема 3. Заболевания надпочечников.

1. Заболевания мозгового вещества надпочечников.
2. Феохромоцитома. Клиническая картина. Клинические формы заболевания (пароксизмальная, постоянная, бессимптомная). Диагноз. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение.
3. Инсиденталома надпочечников. Определение. Методы обследования. Тактика ведения.

Раздел 2. Болезни органов пищеварительной системы

Тема 1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Инфекция *Helicobacter pylori*

1. Классификация антибактериальных препаратов, критерии отмены.
2. Рациональные комбинации антибактериальных препаратов, в соответствии с Маастрихтскими соглашениями 2010 года № 4

Тема 2. Предраковые заболевания желудочно-кишечного тракта

1. Составление программ по скринингу, мониторингу предраковых заболеваний.
2. Составление программ по лечению таких пациентов.

Тема 3. Сложные вопросы этиологии гепатитов и циррозов печени

1. Печёночная энцефалопатия. Клиническая картина.
2. Основные симптомы и проявления печеночной энцефалопатии.
3. Интенсивная терапия печеночной энцефалопатии.

Раздел 3. Болезни почек

Тема 1. Пиелонефриты

1. Просмотр и трактовка лабораторных, инструментальных методов исследования пациентов с пиелонефритом.

2. Классификация антибактериальных препаратов, критерии отмены.
3. Рациональные комбинации антибактериальных препаратов.

Тема 2. Острый и хронический гломерулонефрит

1. Нефротический синдром, амилоидоз почек. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз на основе лабораторных и инструментальных данных.

Тема 3. Хроническая болезнь почек

1. Формулировка диагноза хронической болезни почек.
2. Интенсивная терапия.
3. Показания к трансплантации почек.

Раздел 4. Болезни сердечно-сосудистой системы

Тема 1. Нейроциркуляторная дистония

1. Курация больных с нейроциркуляторной дистонией. Схема нейро-гормонально-метаболической регуляции внутренних органов.
2. Методы изучения состояния ВНС, психического статуса.
3. Методики проведения и оценки функциональных тестов при НЦД.
4. Клиническая фармакология психотропных препаратов, бета-адреноблокаторов, М-холиноблокаторов.
5. Купирование вегетативных кризов.

Тема 2. Заболевания миокарда (миокардиты, кардиомиопатии, миокардиодистрофии).

Перикардиты

1. Курация больных с заболеваниями миокарда.
2. Оценка физикальных данных: размеры сердца, тоны, шумы.
3. Характеристика ЭКГ, УЗИ, мониторинга ЭКГ, параклинических тестов

Тема 3. Симптоматические артериальные гипертензии.

1. Классификация гипертонической болезни.
2. Правила измерения артериального давления.
3. Формулировка диагноза гипертонической болезни.
4. Курация больных с симптоматической артериальной гипертонией.

Тема 4. Нарушения ритма (аритмии) и проводимости

1. Физикальное обследование больных с аритмиями и блокадами.
2. Определение «венного» пульса.
3. Оценка дефицита пульса при мерцательной аритмии.
4. Снятие и оценка ЭКГ.
5. Освоение навыков проведения электроимпульсной терапии.
6. Формулировка диагноза.
7. Курация больных с нарушениями ритма и проводимости. Разбор ЭКГ.

Тема 5. Врожденные и приобретенные пороки сердца

1. Кровообращение плода.
2. Особенности предоперационной подготовки больного.
3. Виды оперативного лечения.

Раздел 5. Болезни органов дыхания

Тема 1. Плевриты. Нагноительные заболевания легких

1. Просмотр рентгенограмм органов грудной клетки и бронхограмм.
2. Классификация антибактериальных препаратов, критерии отмены,
3. Рациональные комбинации антибактериальных препаратов.

Тема 2. Хроническое легочное сердце. Эмфизема легких

1. Острое и подострое легочное сердце.
2. Понятие о первичной легочной гипертензии.
3. Просмотр рентгенограмм, ЭКГ, спирограмм.

Тема 3. Бронхиальная астма

1. Астматический статус. Клиническая картина.
2. Основные симптомы и проявления астматического статуса.
3. Интенсивная терапия астматического статуса.

Раздел 6. Гематология

Тема 1. Анемии.

1. Учение о стволовой кроветворной клетке.
2. Теории кроветворения. Регуляция гемопоэза. Номенклатура клеток крови.
3. Свёртывающая и противосвёртывающая системы крови.
4. Методы оценки функционального состояния гемостаза.
5. Патология гемостаза
6. Физико-химические показатели крови.
7. Эмбриональное кроветворение (характеристика основных периодов)
8. Органы кроветворения у человека в постнатальном периоде развития.
9. Органы кроверазрушения, понятие о ретикулоэндотелиальной системе.
10. Особенности крови лабораторных животных.

Тема 2. Лейкозы.

1. Определение общего количества лейкоцитов.
2. Изучение морфологии лейкоцитов периферической крови

3. Подсчёт лейкоцитарной формулы.
4. Подсчёт и изучение морфологии тромбоцитов.
5. Злокачественные лимфомы. Этиология, классификация.
6. Неходжкинские лимфомы
7. Лимфогранулематоз.
8. Переливание крови.
9. Препараты крови и кровезаменяющие растворы.
10. Осложнения при переливании крови.
11. Лабораторная диагностика в трансфузиологии.

Тема 3. Учение о стволовой кроветворной клетке. Теория кроветворения.

1. Эритропоэтин, механизмы его действия.
2. Причины и последствия гипо- и гиперпродукции эритропоэтина в организме.
3. Поздняя позитивная и негативная гуморальная регуляция Т- и В-лимфопоэза.
4. Факторы дифференцировки нулевых (ни Т-, ни В-) лимфоцитов.

Раздел 7.Ревматология

Тема 1. Ревматизм и диффузные болезни соединительной ткани.

1. Общие вопросы ревматических болезней. Международная классификация.
2. Эпидемиология. Типы наследования. Патоморфология.
3. Методы обследования больных ревматическими болезнями.

Тема 2. Заболевания суставов.

1. Реактивные артриты.
2. Первично-деформирующий остеоартроз.
3. Подагра.

Тема 3. Васкулиты.

1. Дифференциальная диагностика васкулитов.

6. Образовательные технологии

№ п/п	№ семестра	Виды учебной работы,	Образовательные технологии, используемые при реализации различных видов учебной деятельности	Всего часов
1	1	Лекция Сахарный диабет 1 и 2 типов	Лекция-визуализация	2
2	1	Нарушения ритма (аритмии) и проводимости	Разбор клинических случаев	2
3	3	Подагра.	Подготовка и разбор истории болезни	2
		Итого		6

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

7.1. Основная литература:

1. Маршалко О.В. Терапия. Часть 1. Пульмонология [Электронный ресурс] : учебное пособие / О.В. Маршалко, А.И. Карпович. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 204 с. — 978-985-503-635-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67745.html>

2. Маршалко О.В. Терапия. Часть 2. Кардиология [Электронный ресурс] : учебное пособие / О.В. Маршалко, А.И. Карпович. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 368 с. — 978-985-503-636-5. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67746.html>

3. Маршалко О.В. Терапия. Часть 3. Гастроэнтерология. Нефрология. Гематология. Эндокринология. Заболевания суставов. Аллергозы [Электронный ресурс] : учебное пособие / О.В. Маршалко, А.И. Карпович. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016. — 344 с. — 978-985-503-637-2. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/67747.html>

4. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] / В.И. Беляков [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — Самара: РЕАВИЗ, 2013. — 324 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/64877.html>

7.2. Дополнительная литература:

1. Пименов Ю.С. Внутренние болезни. Том 1 (2-е издание) [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ю.С. Пименов, И.В. Роганова, В.Ф. Роганов. — Электрон. текстовые данные. — Самара: РЕАВИЗ, 2012. — 312 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/18398.html>

2. Пименов Ю.С. Внутренние болезни. Том 2 (2-е изд.) [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ю.С. Пименов, И.В. Роганова, В.Ф. Роганов. — Электрон. текстовые данные. — Самара: РЕАВИЗ, 2012. — 268 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/18399.html>

3. Трухан Д.И. Болезни печени [Электронный ресурс] : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / Д.И. Трухан, И.А. Викторова, А.Д. Сафонов. — Электрон. текстовые данные. — СПб. : Фолиант, 2010. — 260 с. — 978-5-93929-199-6. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/60913.html>

4. Малышенко О.С. Клинические задачи по гастроэнтерологии, эндокринологии и гематологии [Электронный ресурс] : учебное пособие / О.С. Малышенко, Т.В. Протасова, Т.А. Раскина. — Электрон. текстовые данные. — Кемерово: Кемеровская государственная медицинская академия, 2011. — 140 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6052.html>

5. Хапаева А.Б. Нарушения липидного обмена: диагностика, лечение, профилактика. Учебно-методическое пособие/А.Б. Хапаева, А.Н. Лобжанидзе – Черкесск: БИЦ СевКавГГТА, 2015. – 64 с.

6. Хапаев, Б. А. Лечение аритмий сердца: Учебно-методическое пособие. / Б. А. Хапаев, А.Б. Хапаева – Черкесск: БИЦ СевКавГГТА, 2015. – 83 с.

7.3. Периодические (специализированные) издания

1. Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей Казахский медицинский университет непрерывного образования

<http://www.iprbookshop.ru/66958.html>

2. Российский кардиологический журнал <http://www.iprbookshop.ru/32164.html>

3. Вестник Российского университета дружбы народов журнал

<http://www.iprbookshop.ru/32537.html>

4. Экстренная медицина журнал <http://www.iprbookshop.ru/36682.html>

5. Практическая пульмонология журнал <http://www.iprbookshop.ru/37283.html>

6. Медицинская визуализация журнал <http://www.iprbookshop.ru/7262.html>

7. Астма и аллергия Атмосфера журнал <http://www.iprbookshop.ru/13590.html>

8. Атмосфера. Новости кардиологии журнал <http://www.iprbookshop.ru/13584.html>

9. Ультразвуковая и функциональная диагностика журнал

<http://www.iprbookshop.ru/7260.html>

7.4. Интернет-ресурсы, справочные системы

1. ООО «Ай Пи Ар Медиа». Доступ к Цифровому образовательному ресурсу IPRsmart (ЭБС) Договор №10423/23П от 30.06.2023 г.

2. <http://window.edu.ru> - Единое окно доступа к образовательным ресурсам;

3. <http://fcior.edu.ru> - Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов;

4. <http://elibrary.ru> - Научная электронная библиотека.

7.5. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение

Лицензионное программное обеспечение	Реквизиты лицензий/ договоров
Microsoft Azure Dev Tools for Teaching 1. Windows 7, 8, 8.1, 10 2. Visual Studio 2008, 2010, 2013, 2019 5. Visio 2007, 2010, 2013 6. Project 2008, 2010, 2013 7. Access 2007, 2010, 2013 и т. д.	Идентификатор подписчика: 1203743421 Срок действия: 30.06.2022 (продление подписки)
MS Office 2003, 2007, 2010, 2013	Сведения об Open Office: 63143487, 63321452, 64026734, 6416302, 64344172, 64394739, 64468661, 64489816, 64537893,

	64563149, 64990070, 65615073 Лицензия бессрочная
Антивирус Dr.Web Desktop Security Suite	Лицензионный сертификат Серийный № 8DVG-V96F-H8S7-NRBC Срок действия: с 20.10.2022 до 22.10.2023
Консультант Плюс	Договор № 272-186/С-23-01 от 20.12.2022 г.
Цифровой образовательный ресурс IPRsmart	Лицензионный договор №10423/23П от 30.06.2023 Срок действия: с 01.07.2023 до 30.06.2024
Бесплатное ПО	
Sumatra PDF, 7-Zip	

8. Материально-техническое и программное обеспечение дисциплины

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

1. Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа. Ауд. № 12.

Технические средства обучения, служащие для представления информации большой аудитории: Настенный экран. Системный блок .

Специализированная мебель: Доска ученическая. Стол компьютерный. Стол двухтумбовый. Стол ученический. Стул мягкий. Стул ученический

2. Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации. Ауд. № 8

Технические средства обучения, служащие для представления информации большой аудитории: Переносной напольный экран. Монитор . Системный блок

Специализированная мебель: Доска ученическая. Стол компьютерный. Стол ученический. Стул мягкий. Стул ученический

Ауд. № 15.

Специализированная мебель: Доска ученическая. Стол компьютерный. Стол ученический. Стул мягкий. Стул ученический

Ауд. № 11

Специализированная мебель: Доска ученическая. Стол компьютерный. Стол ученический. Стул мягкий. Стул ученический

3. Помещения для самостоятельной работы. Ауд. №9 Библиотека

Компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ФГБОУ ВО «Сев-КавГА»: персональный компьютер, сканер, МФУ, комплект учебной мебели – компьютерные столы, стулья ученические , парты ученические , стулья.

Специализированная мебель: рабочие столы на 1 место, стулья.

Технические средства обучения, служащие для представления информации большой аудитории:

Персональный компьютер (Системный блок (Intel Celeron (R) D CPU 3.6 GHz/HDD 80 Gb/480 Mb) + монитор Flatron E1911).

Комплект учебной мебели – компьютерные столы, стулья ученические , парты ученические , стулья.

4. Помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования - Ауд.№113вн

Специализированная мебель: Стеллажи, тумбы, платяной шкаф, книжные шкаф малый, книжный шкаф большой, металлический шкаф, стол с металлическим покрытием.

Профилактическое обслуживание: перфоратор, аккумуляторная дрель-шуруповерт Интерскол , наборы отверток, пылесос, клещи обжимные, тестер блоков питания, мультиметр, фен термовоздушный паяльный, паяльник, учебное пособие (персональный компьютер в комплекте), пассатижи, бокорезы, коммутатор, внешний DVD привод, внешний жесткий диск.

Ауд №115вн

Специализированная мебель: Стол с пластиковым покрытием, шкаф книжный малый, стеллаж, стулья, шкаф платяной, тумба подстеллажная, психрометр аспирационный, барометр –анероид контрольный М67.

Профилактическое обслуживание: перфоратор, аккумуляторная дрель-шуруповерт Интерскол , наборы отверток, пылесос, клещи обжимные, тестер блоков питания, мультиметр, фен термовоздушный паяльный, паяльник, учебное пособие (персональный компьютер в комплекте), пассатижи, бокорезы, коммутатор, внешний DVD привод, внешний жесткий диск.

8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся

1. рабочее место преподавателя, оснащенное компьютером
2. рабочие места обучающихся.

8.3. Требования к специализированному оборудованию.

8. Материально-техническое обеспечение дисциплины.

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

1. Лекционные занятия - аудитория, оснащенная презентационной техникой (проектор, экран, компьютер/ноутбук), комплект учебной мебели, доска.

2. Практические занятия (семинарского типа) – помещения, оснащенные комплектом учебной мебели, доска.

3. Практические занятия (семинарского типа) - помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные медицинскими устройствами и медицинскими изделиями

(тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий), расходный материал

4. Практические занятия - аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований.

5. Аудитории для самостоятельной работы - комплект учебной мебели, компьютеры с выходом в сеть Интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду, оргтехника (сканер, принтер).

8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся.

Рабочее место преподавателя, оснащенное компьютером.

8.3. Требования к специализированному оборудованию.

Медицинское оборудование и медицинские изделия (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий), расходный материал. Симуляционные технологии с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований.

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.

10. Оценка качества освоения программы

Оценка качества освоения программы обучающимися включает текущий контроль, промежуточную аттестацию и государственную итоговую аттестацию.

Структура, последовательность и количество этапов текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов регламентируются учебным планом, графиком учебного процесса, расписаниями учебных занятий. Текущий контроль сформированности компетенций осуществляется на лекциях, семинарах, во время прохождения практик, а также при самостоятельной работе под руководством преподавателя в формах, предусмотренных программой. Результаты текущего контроля успеваемости фиксируются преподавателями в журналах посещаемости и успеваемости. Текущий контроль осуществляется кафедрой, реализующей программу.

Промежуточная аттестация проводится с использованием фонда оценочных средств, представленного в приложении к настоящей программе.

Основные результаты освоения образовательной программы высшего образования с учетом вида профессиональной деятельности, профессиональных задач и профессиональных компетенций приведены в следующей таблице.

Результаты освоения образовательной программы высшего образования

Виды профессиональной деятельности	Профессиональные задачи	Профессиональные компетенции
Медицинская	А/02.7 Проведение обследования пациентов с заболеваниями и/или патологическими состояниями с целью установления диагноза А/03.7 Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности А/01.7 Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	ПК-1
Организационно-управленческая	А/06.7 Ведение медицинской документации и организация деятельности, находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала	ПК-2

Фонд оценочных средств
по дисциплине **Общая и частная терапия**

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Общая и частная терапия»

1. Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины

Индекс	Формулировка компетенции
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и
ОПК-9	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
ПК-1	Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара
ПК-2	Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

2. Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины

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

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

Разделы (темы) дисциплины	Формируемые компетенции (коды)									
	УК-1	ОПК-4	ОПК-5	ОПК-6	ОПК-7	ОПК-8	ОПК-9	ОПК-10	ПК-1	ПК-2
Раздел 1.	+		+	+				+	+	
Раздел 2.	+	+			+	+	+	+		
Раздел 3.	+	+	+		+	+	+		+	

Раздел 4	+	+		+				+	+	
Раздел 5	+		+	+		+		+		
Раздел 6	+	+		+	+		+		+	
Раздел 7	+	+	+		+	+		+		

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

УК-1 – Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Не достаточно анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Частично анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	В полной мере анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Не оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Частично оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	В полной мере оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен

				тексте		
--	--	--	--	--------	--	--

ОПК- 4 – Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Не знает стандарты первичной специализированной медикосанитарной помощи, стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи при заболеваниях терапевтического профиля, клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи, не способен провести клиническое обследование, не владеет навыками постановки предварительного диагноза на основании собранного анамнеза, жалоб, физикального обследования	Частично знает стандарты первичной специализированной медикосанитарной помощи, стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи при заболеваниях терапевтического профиля, клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи, частично способен провести клиническое обследование, частично владеет навыками постановки предварительно-	Знает стандарты первичной специализированной медикосанитарной помощи, стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи при заболеваниях терапевтического профиля, клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи, способен провести клиническое обследование, владеет навыками постановки предварительного диагноза на основании собранного анамнеза,	В полной мере знает стандарты первичной специализированной медикосанитарной помощи, стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи при заболеваниях терапевтического профиля, клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи, способен провести клиническое обследование, владеет навыками постановки пред-	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания и ситуационные задачи для проведения текущего контроля успеваемости	Экзамен

<p>ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования</p>	<p>Не знает возможности и значение лабораторных и инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики заболеваний, не умеет определять показания и назначать лабораторные и инструментальные исследования у пациентов, не владеет методикой составления плана проведения лабораторных и инструментальных обследований в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи</p>	<p>Частично знает возможности и значение лабораторных и инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики заболеваний, частично умеет определять показания и назначать лабораторные и инструментальные исследования у пациентов, частично владеет методикой составления плана проведения лабораторных и инструментальных</p>	<p>жалоб, физикального обследования</p> <p>Знает возможности и значение лабораторных и инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики заболеваний, умеет определять показания и назначать лабораторные и инструментальные исследования у пациентов, владеет методикой составления плана проведения лабораторных и инструментальных обследований в соответствии с</p>	<p>вариантного диагноза на основании собранного анамнеза, жалоб, физикального обследования</p> <p>В полной мере знает возможности и значение лабораторных и инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики заболеваний, умеет определять показания и назначать лабораторные и инструментальные исследования у пациентов, владеет методикой составления</p>	<p>Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания и ситуационные задачи для проведения текущего контроля успеваемости</p>	<p>Экзамен</p>
---	--	---	--	--	--	----------------

	щи	ных обследований в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	ствии с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	проведения лабораторных и инструментальных обследований в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи		
--	----	--	--	---	--	--

ОПК-5 – Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения должно соответствовать разделу 4 (см.ниже)	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Не знает показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста, не умеет разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания	Частично знает показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста, частично умеет разрабатывать план лечения пациен-	Знает показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста, умеет разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени	В полной мере знает показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста, умеет разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания и ситуационные задачи для проведения текущего контроля успеваемости	Экзамен

	и степени тяжести клинического состояния, не владеет навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	тов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния, частично владеет навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	тяжести клинического состояния, владеет навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	тывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния, владеет навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи		
ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	Не знает принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины, не способен оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов, не владеет навыками оценки эффективности	Частично знает принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины, частично способен оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов, ча-	Знает принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины, способен оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов, владеет навыками оценки	В полной мере знает принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины, способен оценить эффективность и безопасность назначения	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания и ситуационные задачи для проведения текущего контроля успеваемости	Экзамен

	и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»	стично владеет навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»	эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»	ния лекарственных препаратов, владеет навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»	
--	---	--	---	---	--

ОПК-6–Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Не знает порядок организации медицинской реабилитации, не умеет разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Частично знает порядок организации медицинской реабилитации, частично умеет разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов	Знает порядок организации медицинской реабилитации, умеет разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) со-	В полной мере знает порядок организации медицинской реабилитации, в полной мере умеет разрабатывать план реабилитации	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен

	терапевтического профиля;	с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля;	состояниями терапевтического профиля;	ных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля ;		
ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Не знает методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов терапевтического профиля, не владеет методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации	Частично знает методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов терапевтического профиля, частично владеет методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации	Знает методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов терапевтического профиля, владеет методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации	В полной мере знает методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов терапевтического профиля, не владеет методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу	Не знает заболевания или состояния, приводящие к стойкому нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности, требующие проведения медицинской экспертизы, не умеет определять медицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу, не владеет навыками оформления медицинской документации, необходимой для направления пациентов на медико-социальную экспертизу	Частично знает заболевания или состояния, приводящие к стойкому нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности, требующие проведения медицинской экспертизы, частично умеет определять медицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу, частично владеет навыками оформления медицинской документации, необходимой для направления пациентов на	Знает заболевания или состояния, приводящие к стойкому нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности, требующие проведения медицинской экспертизы, умеет определять медицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу, владеет навыками оформления медицинской документации, необходимой для направления пациентов на	В полной мере знает заболевания или состояния, приводящие к стойкому нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности, требующие проведения медицинской экспертизы, умеет определять медицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу, владеет навыками оформления медицинской документации, необходимой для направления пациентов на	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен

		медико-социальную экспертизу				
ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу	Не знает порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности, не умеет интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения, не владеет навыками оформления медицинской документации	Частично знает порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности, частично умеет интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения, частично владеет навыками оформления медицинской документации	Знает порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности, частично умеет интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения, частично владеет навыками оформления медицинской документации	В полной мере знает порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности, частично умеет интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения, частично владеет навыками оформления медицинской документации	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен

ОПК-8 – Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения	Средства оценивания результатов обучения
---------------------------------	--	--

	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Не знает современные подходы, научно-обоснованные программы профилактики заболеваний, ожирения, аллергических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания, не проводит санитарно-гигиеническое просвещение населения по формированию здорового образа жизни и борьбе с вредными привычками	Частично знает современные подходы, научно-обоснованные программы профилактики заболеваний, ожирения, аллергических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания, частично проводит санитарно-гигиеническое просвещение населения по формированию здорового образа жизни и борьбе с вредными привычками	Знает современные подходы, научно-обоснованные программы профилактики заболеваний, ожирения, аллергических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания, проводит санитарно-гигиеническое просвещение населения по формированию здорового образа жизни и борьбе с вредными привычками	В полной мере знает современные подходы, научно-обоснованные программы профилактики заболеваний, ожирения, аллергических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания, проводит санитарно-гигиеническое просвещение населения по формированию здорового образа жизни и борьбе с вредными привычками	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен
ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением	Не знает и не владеет способами оценки эффективности профилактической работы с населением; навыками оценки и контроля оздоровительных мероприятий для пациентов с хроническими заболеваниями	Частично знает и владеет способами оценки эффективности профилактической работы с населением; – навыками оценки и контроля оздоровительных мероприятий для пациентов с хроническими заболеваниями	Знает и владеет способами оценки эффективности профилактической работы с населением; – навыками оценки и контроля оздоровительных мероприятий для пациентов с хроническими заболеваниями	В полной мере знает и владеет способами оценки эффективности профилактической работы с населением; – навыками оценки и контроля оздоровительных мероприятий для пациентов с хроническими заболеваниями	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен

				болеваниями		
--	--	--	--	-------------	--	--

ОПК-9 – Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Не знает принципы организации деятельности медицинского персонала, не владеет навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала и использования в работе персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Частично знает принципы организации деятельности медицинского персонала, частично владеет навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала и использования в работе персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Знает принципы организации деятельности медицинского персонала, владеет навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала и использования в работе персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	В полной мере знает принципы организации деятельности медицинского персонала, владеет навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала и использования в работе персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен

				ну		
--	--	--	--	----	--	--

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов	Не знает клинические признаки состояний, требующих срочного медицинского вмешательства, включая остановку дыхания и сердцебиения, не умеет диагностировать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме на догоспитальном этапе, не владеет навыками оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме	Частично знает клинические признаки состояний, требующих срочного медицинского вмешательства, включая остановку дыхания и сердцебиения, частично умеет диагностировать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме на догоспитальном этапе, владеет навыками оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме	Знает клинические признаки состояний, требующих срочного медицинского вмешательства, включая остановку дыхания и сердцебиения, умеет диагностировать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме на догоспитальном этапе, владеет навыками оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме	В полной мере знает клинические признаки состояний, требующих срочного медицинского вмешательства, включая остановку дыхания и сердцебиения, умеет диагностировать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме на догоспитальном этапе, владеет навыками оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен

				ки состояния, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме		
ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Не знает и не проводит интенсивную терапию состояний, не владеет навыками маршрутизации пациентов для оказания высокоспециализированной медицинской помощи на госпитальный этап и оформление необходимой сопроводительной медицинской документации	Частично знает и проводит интенсивную терапию состояний, частично владеет навыками маршрутизации пациентов для оказания высокоспециализированной медицинской помощи на госпитальный этап и оформление необходимой сопроводительной медицинской документации	Знает и проводит интенсивную терапию состояний, владеет навыками маршрутизации пациентов для оказания высокоспециализированной медицинской помощи на госпитальный этап и оформление необходимой сопроводительной медицинской документации	В полной мере знает и не проводит интенсивную терапию состояний, владеет навыками маршрутизации пациентов для оказания высокоспециализированной медицинской помощи на госпитальный этап и оформление необходимой сопроводительной медицинской документации	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен

ПК-1 Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ПК-1.1 Проводит диагностику забо-	Не проводит диагностику	Частично проводит	Проводит диагностику	В полной мере прово-	Комплект вопросов к	Экзамен

леваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза	заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза	диагностику заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза	заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза	дит диагностику заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза	устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	
ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность	Затрудняется в назначении лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность	Частично назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность	Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность	В полной мере назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен
ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов	Не проводит и не контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов	Частично проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов	Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов	В полной мере проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен
ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Не проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Частично проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	В полной мере проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) со-	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуаци-	Экзамен

				стояниями	ционные задачи	
ПК-1.5 Проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Не проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Частично проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	В полной мере Проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен
ПК-1.6 Оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме	Не оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме	Частично оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме	Оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме	В полной оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Экзамен

4. Комплект контрольно-оценочных средств по дисциплине

«Общая и частная терапия»

4.1. Комплект вопросов к устному опросу, занятиям практического типа

Раздел 1. Эндокринология

Практическое занятие № 1 (20 часов).

Тема 1. Болезни поджелудочной железы.

1. Лечение сахарного диабета. Методика лечения. Бигуаниды. Механизм действия. Ингибиторы альфа-глюкозидазы. Сенситайзеры (тиазолидиндионы). Прандиальные регуляторы гликемии. Механизм действия. Комбинированные противодиабетические препараты.
2. Инсулинотерапия. Препараты инсулина короткого действия, средней продолжительности и длительного действия. Ультракороткие и пролонгированные аналоги инсулина. Готовые смеси инсулинов. Показания для лечения инсулином. Диета при инсулинотерапии, распределение приема пищи в зависимости от срока действия инсулина. Методика инсулинотерапии. Расчет дозы инсулина.
3. Гликемический профиль. Гипогликемия. Патогенез, клиника, лечение, профилактика. Представление о других осложнениях инсулинотерапии.
4. Кетоацидотическая кома. Стадии развития (легкое кетоацидотическое состояние, выраженное, тяжелое и собственно кома - поверхностная, выраженная, глубокая и терминальная). Клинические варианты течения.
5. Синдромы гипергликемии, ацидоза, дегидратации, гипогликемии.
6. Гиперосмолярная кома. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Лактацидотическая кома. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Гипогликемическая кома. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

Практическое занятие № 2 (15 часов).

Тема 2. Заболевания щитовидной железы.

1. Гипотиреоз. Первичный, вторичный, третичный. Этиология. Патогенез. Симптоматика основных синдромов гипотиреоза. Обоснование диагноза гипотиреоза.
2. Заболевания, протекающие с гипотиреозом. Дифференциальный диагноз гипотиреоза. Лечение гипотиреоза. Экспертиза трудоспособности.
3. Узловой зоб. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с узловым зобом.
4. Гипопаратиреоз. Этиология, патогенез, клиника и лечение гипопаратиреоза.
5. Гиперпаратиреоз. Клинические формы. Принципы лечения.

Практическое занятие № 3 (15 часов).

Тема 3. Заболевания надпочечников.

1. Заболевания коры надпочечников. Первичная хроническая недостаточность

коры надпочечников

(Болезнь Аддисона). Этиология и патогенез. Клинические проявления и данные лабораторных исследований. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Экспертиза трудоспособности.

2. Вторичная недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Клиника. Лечение.
3. Острая недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Клиника. Лечение.
4. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников.
5. Синдромы гиперкортицизма, гиперальдостеронизма, вирильный, феминизации. Принципы диагностики и лечения.

Раздел 2. Болезни органов пищеварительной системы

Практическое занятие № 1 (15 часов).

Тема 1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Инфекция *Helicobacter pylori*

1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология и патогенез. Значение геликобактерной инфекции в возникновении опухолей, билиарной патологии. Клинические формы патологии, которую вызывает геликобактерная инфекция. Диагностические тесты на *Helicobacter pylori*.
2. Классификация синдромов, вызываемых инфекцией. Показания к хирургическому лечению. Исходы. ГЭРБ.
3. Трактовка всех диагностических тестов на *Helicobacter pylori*. Определения степени активности инфекционного процесса.
4. Сопоставление всех признаков активности инфекции на основе визуальной аналоговой шкалы согласно Сиднейской классификации в Хьюстонском пересмотре 1996 года.

Практическое занятие № 2 (15 часов).

Тема 2. Предраковые заболевания желудочно-кишечного тракта

1. Определение предраковых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Классификация. Этиология и патогенез предраковых заболеваний пищеварительной системы. Клинические проявления предрака желудка, пищевода, печени, поджелудочной железы и кишечника. Дополнительные методы исследования. Принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика. Прогноз.
2. Определение предраковых заболеваний, изменений и состояний организма человека. Эпидемиология. Классификация. Первичная и вторичная характеристика этих изменений. Клиническая картина. Значение инструментальных методов диагностики. Течение, осложнения. Лечение, профилактика.
3. Разбор больного с предраковой патологией. Выделение основных клинических и лабораторно-инструментальных синдромов. Формулировка окончательного диагноза. Принципы лечения: лечение основного заболевания, патогенетическая и симптоматическая терапия. Прогноз. Профилактика. МСЭ.

Практическое занятие № 3 (20 часа).

Тема 3. Сложные вопросы этиологии гепатитов и циррозов печени

Вопросы для обсуждения:

1. Разбор клинического случая или демонстрация больного с циррозом печени.
2. Характеристика типов течения. Характеристика основных синдромов. Морфологические особенности цирроза печени и особенности клинического течения.
3. Диагностические мероприятия и их оценка. Дифференциальная диагностика. Цели лечения.
4. Характеристика основных групп препаратов. Лечение отдельных клинических форм. Показания к глюкокортикоидной терапии. Осложнения.

Раздел 3.Болезни почек

Практическое занятие № 1 (10 часов).

Тема 1. Пиелонефриты

1. Этиология и патогенез. Значение первичных и вторичных пиелонефритов. Пиелонефриты беременных. Клиника, течение.
2. Диагностические методы применяемые для верификации диагноза пиелонефрита. Дифференциальный диагноз. Осложнения и исходы.
3. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению.
4. Особенности течения пиелонефрита у подростков, беременных, пожилых. Диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ
5. Клинические разборы больных с пиелонефритом. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы.

Практическое занятие № 2 (20 часов).

Тема 2. Острый и хронический гломерулонефрит

1. Разборы больных с хроническим гломерулонефритом.
2. Выделение основных клинических и лабораторно-инструментальных синдромов.
3. Формулировка окончательного диагноза.
4. Принципы лечения: лечение основного заболевания, патогенетическая и симптоматическая терапия. Прогноз. Профилактика. МСЭ.

Практическое занятие № 3 (20 часов).

Тема 3. Хроническая болезнь почек

6. Разбор клинических случаев, демонстрация больных с хронической болезнью почек.
7. Характеристика типов течения. Характеристика основных синдромов. Морфологические особенности и особенности клинического течения.
8. Диагностические мероприятия и их оценка. Дифференциальная диагностика.
9. Цели лечения. Характеристика основных групп препаратов. Лечение отдельных клинических форм.

10. Показания к гемодиализу. Осложнения.

Раздел 4. Болезни сердечно-сосудистой системы

Практическое занятие № 1 (5 часов).

Тема 1. Нейроциркуляторная дистония

8. Разбор больных с нейроциркуляторной дистонией.
9. Выделение основных синдромов. Формулировка рабочего диагноза.
10. Назначение диагностических мероприятий, их оценка.
11. Дифференциальная диагностика. Критерии, исключаяющие НЦД.
12. Формулировка окончательного диагноза.
13. Назначение индивидуализированной терапии. Прогноз.
14. Вопросы трудоустройства. Профилактика.

Практическое занятие № 2 (15 часов).

Тема 2. Заболевания миокарда (миокардиты, кардиомиопатии, миокардиодистрофии). Перикардиты

6. Разбор больных с миокардиодистрофией, миокардитом, кардиомиопатией, перикардитами.
7. Определение синдромов поражения миокарда и перикарда, характеристика синдромов сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца, тромбоэмболического синдрома.
8. Критерии диагностики заболеваний миокарда и перикарда: оценка физикальных данных, рентгенологического исследования (кардиоторакальный индекс).
9. УЗИ сердца, лабораторных тестов воспаления.
10. Назначение дифференцированной терапии. Прогноз. МСЭ

Практическое занятие № 3 (5 часов).

Тема 3. Симптоматические артериальные гипертензии.

7. Разбор больных с артериальной гипертензией. Диагностические мероприятия 1 этапа.
8. Выделение основных синдромов. Формулировка рабочего диагноза.
9. Назначение диагностических мероприятий 2 этапа, их оценка. Формулировка окончательного диагноза.
10. Медикаментозная терапия артериальной гипертензии. Группы гипотензивных препаратов.
11. Назначение индивидуализированной терапии.
12. Оценка показаний для хирургического лечения. Прогноз. МСЭ.

Практическое занятие № 4 (20 часов).

Тема 4. Нарушения ритма (аритмии) и проводимости

:

8. Разбор больного с аритмиями или нарушениями проводимости. Диагностические мероприятия 1 этапа.
9. Выделение типичных для больного с нарушениями ритма и проводимости жалоб, основных клинических и электрокардиологических синдромов, характерных как для нарушений ритма и проводимости, так и для основного заболевания.
10. Формулировка предварительного диагноза.
11. Разработка плана дополнительных исследований 2 этапа и их оценка. Формулировка окончательного диагноза.
12. Выбор лечебной тактики.
13. Выявление противопоказаний к восстановлению синусного ритма.
14. Особенности назначения антиаритмических препаратов, их побочные эффекты. Прогноз. Профилактика. МСЭ.

Практическое занятие № 5 (16 часов).

Тема 5. Врожденные и приобретенные пороки сердца

4. Разбор больных с различными врожденными пороками сердца, дифференциальная диагностика, выбор лечения.
5. Формулировка предварительного и окончательного клинического диагноза.
6. Профилактика. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

Раздел 5. Болезни органов дыхания

Практическое занятие № 1 (15 часов).

Тема 1. Плевриты. Нагноительные заболевания легких

5. Этиология и патогенез.
6. Характеристика абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни, гангрены легкого.
7. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз.
8. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы.

Практическое занятие № 2 (10 часов).

Тема 2. Хроническое легочное сердце. Эмфизема легких

5. Разбор больного с хроническим легочным сердцем, эмфиземой.
6. Выделение основных клинических и лабораторно-инструментальных синдромов.
7. Формулировка окончательного диагноза. Принципы лечения: лечение основного заболевания, патогенетическая и симптоматическая терапия.
8. Прогноз. Профилактика. МСЭ.

Практическое занятие № 3 (15 часов).

Тема 3. Бронхиальная астма

6. Разбор клинических случаев или демонстрация больных бронхиальной астмой.
7. Характеристика типов течения. Характеристика основных синдромов.
8. Морфологические особенности бронхиальной астмы и особенности клинического течения. Диагностические мероприятия и их оценка. Дифференциальная диагностика.
9. Цели лечения. Характеристика основных групп препаратов. Лечение отдельных клинических форм.
10. Показания к глюкокортикоидной терапии. Осложнения.

Раздел 6. Гематология

Практическое занятие № 1 (15 часов).

Тема 1. Анемии.

5. Знакомство с аппаратурой, применяемой в гематологии. Правила забора крови у человека и лабораторных животных. Техника подготовки предметных стекол, приготовления, фиксации и окраски мазков периферической крови (практическая работа)
6. Подсчёт эритроцитов. Гемоглобинометрия (контроль знаний, практическая работа) Определение величины гематокрита, индексов эритроцитов.
7. Эритроцитометрия (контроль знаний, практическая работа) Окраска препаратов, подсчёт и изучение морфологии ретикулоцитов (контроль знаний, практическая работа)
8. Определение осмотической резистентности и реакции оседания эритроцитов (контроль знаний, практическая работа)

Практическое занятие № 2 (15 часов).

Тема 2. Лейкозы.

6. Методы забора костного мозга у человека и лабораторных животных.
7. Подсчёт общего количества миелокариоцитов.
8. Приготовление, фиксация и окраска препаратов костного мозга (контроль знаний, практическая работа).
9. Морфологические формы миелокариоцитов (контроль знаний, практическая работа).
10. Подсчёт миелограммы. Определение индексов костного мозга (контроль знаний, практическая работа).
- 11.

Практическое занятие № 3 (10 часов).

Тема 3. Учение о стволовой кроветворной клетке. Теория кроветворения.

7. Номенклатура клеток крови. Стволовая кроветворная клетка (СКК). Свойства СКК. Доказательства существования стволовых кроветворных клеток в организме.
8. Полустволовые (частично детерминированные) кроветворные клетки, их свойства. Доказательства наличия в организме отдельных родоначальных клеток миелопоэза и лимфопоэза.
9. Характеристика клеток, относящихся к классу коммитированных (унипотентных)

клеток-предшественниц гемопоэза, бластных клеток крови, клеток миело- и лимфопоэза, относящихся к классу созревающих клеток.

10. Зрелые клетки крови, их свойства. Виды регуляция гемопоэза. Теории пролиферации и дифференцировки СКК. Роль гемопоэзиндуцирующего микроокружения в регуляции процессов кроветворения.
11. Понятие о гемопоэтинах. Классификация гемопоэтических факторов. Ранние гуморальные активаторы и ингибиторы миело- и лимфопоэза. Поздняя позитивная и негативная регуляция грануломоноцитопоэза. Функциональная характеристика грануломоноцито-поэтических факторов. Поздняя позитивная и негативная гуморальная регуляция мегакариоцитопоэза.
12. Функциональные свойства ростовых факторов, стимулирующих пролиферацию и дифференцировку мегакариоцитов. Поздняя позитивная и негативная гуморальная регуляция эритропоэза.

Раздел 7.Ревматология

Практическое занятие № 1 (15 часов).

Тема 1. Ревматизм и диффузные болезни соединительной ткани.

4. Диффузные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений. Диспансеризация, МСЭ.
5. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
6. Дерматомиозит. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, варианты течения, лабораторная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.

Практическое занятие № 2 (15 часов).

Тема 2. Заболевания суставов.

3. Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
4. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, критерии диагностики. Дифференциальный диагноз, лечение, диспансеризация, МСЭ.

Практическое занятие № 3 (15 часов).

Тема 3. Васкулиты.

3. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования используемые для диагностики васкулитов. Современные методы лечения васкулитов
4. Узелковый периартериит. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.

Проверяемая компетенция – УК-1 , ОПК-4,5,6,7,8,9,10, ПК-1,2

4.3. Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости

Правильный ответ – единственный.

Раздел 1.Эндокринология.

- 1) Гипогликемия у больного сахарным диабетом может быть вызвана:
- А Введением неадекватно большой дозы инсулина
 - Б Приемом алкоголя
 - В Приемом препаратов сульфонилмочевины
 - Г Приемом бигуанидов
- 2) Показаниями для проведения теста на толерантность к глюкозе являются наличие у пациента:
- А Жажды и полиурии
 - Б Рецидивирующего фурункулеза
 - В Дислипидемии
 - Г Уровня глюкозы в крови натощак более 10 ммоль/л
 - Д Ожирения
- 3) Из перечисленных препаратов ухудшение течения сахарного диабета не вызывают:
- А Аспирин
 - Б Дексаметазон
 - В Каптоприл
 - Г Тиазидовые диуретики
 - Д Пероральные контрацептивы
- 4) Характерными клиническими проявлениями тиреотоксикоза являются:
- А Снижение массы тела
 - Б Повышенная раздражительность
 - В Сонливость
 - Г Запоры
 - Д Стойкая тахикардия
- 5) Сцинтиграфия служит основным способом выявления:
- А Подострого тиреоидита
 - Б Зоба Хашимото
 - В Диффузного токсического зоба
 - Г Рака щитовидной железы
 - Д Токсической аденомы щитовидной железы
- 6) Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:
- А Сцинтиграфия щитовидной железы
 - Б Пальпаторное исследование
 - В Ультразвуковое исследование щитовидной железы
 - Г Компьютерная томография щитовидной железы
 - Д Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы
- 7) Характерным осложнением после применения мерказолила в лечении тиреотоксикоза является:
- А Гипокалиемия
 - Б Повышение уровня креатинина и мочевины в крови
 - В Снижение числа нейтрофилов и развитие агранулоцитоза

- Г Гипергликемия
- Д Гипокальциемия

8) У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной:

- А Психогенная полидипсия
- Б Несахарный диабет
- В Сахарный диабет
- Г Хронический пиелонефрит

9) Тиреотоксический синдром может встречаться:

- А При диффузном токсическом зобе
- Б При зобе Хашимото
- В При подостром тиреоидите
- Г При первичной атрофии щитовидной железы
- Д При ТТГ-секретирующей опухоли гипофиза

10) Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:

- А Глаукома
- Б Катаракта
- В Пролиферирующая ретинопатия
- Г Атрофия зрительных нервов
- Д Автономная нейропатия

11) Все утверждения в отношении тиреотоксического криза являются верными, за исключением следующего:

- А Хирургическое вмешательство и инфекции могут спровоцировать тиреотоксический криз
- Б Развитие криза связано с внезапным резким подъемом уровня тиреоидных гормонов в крови
- В При тиреотоксическом кризе эффективно назначение радиоактивного йода
- Г В лечении криза целесообразно использование бета-адреноблокаторов
- Д В терапии криза целесообразно применение препаратов неорганического йода

12) Больная 40 лет жалуется на зябкость, сонливость, запоры. При объективном исследовании обнаружено увеличение щитовидной железы и заподозрен первичный гипотиреоз. Для подтверждения данного диагноза наиболее информативно:

- А Проведение сцинтиграфии щитовидной железы
- Б Определение уровня ТТГ
- В Определение уровня Ca^{2+} в крови
- Г Определение Т3
- Д Определение Т4

13) Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?

- А Снять ЭКГ
- Б Ввести 5%-ный раствор глюкозы
- В Ввести инсулин (10-20 ЕД)
- Г Исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови
- Д Ввести 20 мл 40%-ного раствора глюкозы

- 14) При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо:
- А Определить уровень глюкозы в крови натощак
 - Б Провести глюкозотолерантный тест
 - В Назначить препараты сульфонилмочевины
 - Г Ограничить употребление углеводов
 - Д Определить уровень базального инсулина

- 15) Относительно сахарного диабета I типа справедливо:
- А Диабет требует постоянного лечения инсулином
 - Б Диабет чаще возникает в молодом возрасте
 - В Течение диабета сопровождается склонностью к кетоацидозу
 - Г Диабет обычно возникает на фоне ожирения
 - Д Диабет часто сопровождает рак поджелудочной железы

Раздел 2. Заболевания органов пищеварительной системы.

1. Какой признак подтверждает перфорацию язвы желудка?
 - а. боли в животе
 - б. кровавая рвота
 - в. свободный газ в брюшной полости
 - г. вздутие живота
 - д. падение артериального давления
2. Из числа перечисленных укажите правильные формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ):
 - а. ГЭРБ эндоскопический позитивная
 - б. ГЭРБ эндоскопический негативная
 - в. Неэрозивная рефлюксная болезнь
 - г. Язвенная рефлюксная болезнь
 - д. правильные ответы а), б), в)
 - е. правильные ответы б), в), г).
3. Из числа перечисленных факторов укажите наиболее частый механизм развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:
 - а. нарушение перистальтики желудка
 - б. нарушение барьерной функции нижнего пищеводного сфинктера
 - в. Геликобактер пилори
 - г. нарушение функции верхнего пищеводного сфинктера
 - д. все перечисленное
4. Для постановки диагноза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни используются следующие методы исследования, кроме:
 - а. рН-метрия:
 - б. определение активности протеолитических ферментов в желудочном соке
 - в. R-диагностика
 - г. ЭФГДС:
 - д. проба Бернштейна
5. Какой из перечисленных признаков не характерен для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?

- а. наличие эрозий на слизистой оболочке дистального отдела пищевода.
- б. гиперемия слизистой оболочки дистального отдела пищевода.
- в. регургитация желудочного содержимого в пищевод при рентгенологическом г. исследовании с контрастированием пищевода в положении Тренделенбурга
- д. укорочение длины пищевода, выявляемое при эндоскопическом исследовании
- е. зияние или неполное смыкание кардиального жома.

6. При проведении пробы Бернштейна и Бейкера для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни используется раствор:

- а. серной кислоты
- б. уксусной кислоты
- в. соляной кислоты
- г. яблочной кислоты
- д. пищевой соды

7. При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни I степени проводится лечение в течение 4 недель с использованием следующих препаратов:

- а. ингибитор протонной помпы (ИПП).
- б. ИПП + прокинетическое средство + антацидный препарат
- в. ИПП + антацидный препарат
- г. ИПП + прокинетическое средство
- д. прокинетическое средство + антацидный препарат

8. При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни II и III степени проводится фармакотерапия с использованием следующих препаратов:

- а. ИПП + прокинетическое средство + антацидный препарат
- б. ИПП + прокинетическое средство + мукоцитопротектор
- в. ИПП + антацидный препарат
- г. ИПП + прокинетическое средство
- д. ни одна из этих схем.

9. Язва какой локализации наиболее часто дает малигнизацию?

- а. язва луковицы
- б. внелуковичные язвы
- в. язвы кардиального отдела желудка
- г. язвы малой кривизны
- д. язвы большой кривизны

10. Лечение больных НР-негативной язвенной болезнью должно включать:

- а. монотерапию каким-либо одним препаратом
- б. только 7-10-дневную эрадикационную терапию
- в. одно антисекреторное средство
- г. один репарат
- д. комплексную терапию

11. Какая из приведенных ниже схем первой линии является предпочтительной при проведении эрадикационной терапии НР-позитивной язвенной болезнью?

- а. ИПП х 2 раза + амоксицилин по 1,0 х 2 раза + кларитромицин по 0,5 х 2 раза в течение 7-10 дней
- б. ИПП х 2 раза + трихопол 0,25 х 4 раза + кларитромицин 0,25 х 2 раза в течение 7-10 дней
- в. ИПП х 2 раза + амоксицилин 0,5 х 3 раза + трихопол 0,25 х 4 раза в течение 7-10 дней.

г. ни одна из них

12. Какое из перечисленных лечебных мер Вы предпримете при неэффективности эрадикационной терапии первой линии при язвенной болезни?

- а. повторное использование той же схемы в удвоенной дозе
- б. антибактериальных средств
- в. повторное использование той же схемы в течение 14 дней
- г. назначение эрадикационной терапии второй линии.
- д. назначение четырехкомпонентной эрадикационной терапии (квадротерапия).
- е. назначение другой схемы первой линии в течение 14 дней.
- ж. правильные ответы в) и г)
- з. правильные ответы а), б) и д).

13. Какая из этих схем, рекомендуемых Маастрихтом-3 для "терапии спасения" НР-позитивной язвенной болезни, предпочтительна в условиях нашей страны?

- а. ИПП + амоксициллин 3 грамма в сутки в течение 10-14 дней
- б. ИПП + амоксициллин + рифабутин (или левофлоксацин) в течение 7-10 дней
- в. ИПП + препарат висмута + тетрациклин + фуразолидон в течение 7 суток
- г. назначение терапии после определения чувствительности НР к антибактериальным средствам
- д. правильные ответы в) и г)
- е. правильные ответы а) и б).

14. Механическое щажение желудочно-кишечного тракта обеспечивается исключением:

- а. клеточных мембран
- б. соединительной ткани
- в. неизмельченной пищи
- г. всего перечисленного
- д. правильные ответы а) и б).

15. Курсы лечения, проводимые при Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни называются:

- а. основной курс
- б. поддерживающий курс
- в. прерывистый курс
- г. пролонгированный курс
- д. правильные ответы а) и б)
- е. правильные ответы в) и г)

16. Из нижеперечисленных сроков выберите длительность основного курса лечения Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни III степени:

- а. 4 недели
- б. 6 недель
- в. 8 недель
- г. 10 недель
- д. 12 недель

17. Какой из нижеперечисленных методов лечения не используется при проведении поддерживающего курса терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

- а. непрерывное лечение в течение 26 недель
- б. непрерывное лечение в течение 52 недель
- в. непрерывное лечение в течение 96 недель

- г. метод "терапии по требованию".
- д. метод "терапии по необходимости".
- е. правильные ответы а), б) и в)
- ж. правильные ответы г) и д).

18. Химическое щажение желудочно-кишечного тракта обеспечивается исключением:

- а. органических кислот
- б. экстрактивных веществ
- в. эфирных масел
- г. пряностей и специй
- д. всего перечисленного

19. К числу пищевых антацидов относятся все, кроме молока.

- а. отварного мяса
- б. мясного бульона
- в. свежего творога
- г. маринованных огурцов
- д. правильный ответ в) и д)

20. Какой из нижеприведенных синдромов относится к числу постгастрорезекционных расстройств?

- а. синдром Жильбера
- б. синдром Ротора
- в. синдром Баррета
- г. синдром приводящей петли
- д. синдром Лериша

21. Повышение уровня ?-амилазы (диастазы) в крови при обострении хронического панкреатита связано:

- а. с усилением выработки этого фермента в поджелудочной железе.
- б. с феноменом уклонения панкреатических ферментов в кровь
- в. с повышением выработки панкреатических ферментов в других органах и тканях.
- г. с наличием препятствия оттоку панкреатического сока.
- д. правильные ответы а) и в).
- е. правильные ответы б) и г)

22. Синдром желтухи является проявлением следующей формы хронического панкреатита:

- а. рецидивирующей
- б. псевдотуморозной
- в. латентной.
- г. болевой.
- д. паренхиматозной

23. К нехарактерному копрологическому признаку хронического панкреатита относится:

- а. амилорея.
- б. стеаторея.
- в. креаторея.
- г. йодофильная флора
- д. единичные эпителиальные клетки

24. Специфический фермент для хронического панкреатита, дефицит которого наблюдается в первую очередь:

- а. супероксиддисмутаза
- б. липаза
- в. фосфолипаза.
- г. аланинаминотрансаминаза
- д. 5-нуклеотидаза

25. Какой из лекарственных препаратов является самым сильным ингибитором панкреатической секреции:

- а. фамотидин
- б. пантопразол
- в. сандостатин
- г. гастрोцепин
- д. атропин

26. Для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите используются все перечисленные лекарственные препараты, кроме:

- а. пирензепина
- б. низатидина
- в. новокаина
- г. морфина
- д. кваматела

27. Наибольшее количество экстрактивных веществ содержит:

- а. мясной бульон
- б. мясо-костный бульон
- в. костный бульон
- г. овощной отвар
- д. грибной отвар

28. При остром панкреатите и обострении хронического панкреатита из нижеперечисленных блюд разрешается:

- а. бульоны мясные, рыбные, грибные и крепкие овощные
- б. жареное мясо
- в. жареная рыба
- г. салат из свежей капусты
- д. паровые котлеты из говядины или курицы

29. К водорастворимым витаминам относятся все следующие, кроме:

- а. ретинола
- б. тиамина
- в. никотиновой кислоты
- г. пиридоксина
- д. аскорбиновой кислоты

30. Физиологическая роль витамина С связана с его участием:

- а. в кроветворении
- б. в регуляции перекисного окисления липидов
- в. в поддержании устойчивости к инфекциям
- г. во всех перечисленных процессах
- д. правильные ответы а) и б).

Раздел 3. Заболевания почек.

1. Какой показатель общего анализа мочи может свидетельствовать о почечной недостаточности:

1. белка более 3 г/л
2. белка менее 1 г/л
3. относительная плотность менее 1005
4. большое количество уратов

2. Сочетание язвенно-некротического поражения верхних дыхательных путей и поражения почек характерно для:

1. Лекарственного нефрита
2. Хронического нефрита
3. Гранулематоза Вегенера
4. Геморрагического васкулита
5. Амилоидоза

3. Назовите заболевание встречающееся у мужчин и характеризующееся гематурией в сочетании с кожными высыпаниями и абдоминалгиями:

1. Геморрагический васкулит
2. Острый нефрит
3. Узелковый периартериит
4. Смешанная криоглобулинемия
5. СКВ

4. Для хронического пиелонефрита не характерно:

1. дизурия
2. бактериурия более 100 000 в мл
3. деформация лоханок и чашечек почек
4. снижение клубочковой фильтрации
5. снижение канальцевой реабсорбции

5. Сочетание синдрома злокачественной гипертонии с прогрессирующим снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для:

1. Хронического нефрита гипертонического типа
2. СКВ
3. Узелкового периартериита
4. Амилоидоза с поражением почек
5. Геморрагического васкулита

6. Самым достоверным признаком ХПН является:

1. артериальная гипертензия
2. гиперкалиемия
3. повышение уровня креатинина крови
4. олигурия
5. анемия

7. О каком заболевании Вы подумаете прежде всего, если у молодой женщины отмечается грубый систолический шум над правой сонной артерией, отсутствует пульс на правой лучевой артерии и выявляется выраженный гипертонический синдром?

1. СКВ
2. Неспецифический аортоартериит

3. Фибромускулярная гиперплазия
4. Лекарственная болезнь
5. Узелковый периартериит

8. Протеинурия Бенс-Джонса характерна для:

1. Хронический нефрит
2. Хронический пиелонефрит
3. Множественная миелома
4. Поликистоз почек
5. Рак паренхимы почек

9. Выраженная протеинурия (более 4гр/сутки) без формирования нефротического синдрома в сочетании с гиперпротеинемией заставит подумать прежде всего о: (

1. Циррозе печени
2. Хроническом нефрите латентного течения
3. Туберкулезе почек
4. СКВ
5. Парапротеинемических гемобластозах

10. Острая почечная недостаточность после экскреторной урографии наиболее часто возникает у больных, страдающих:

1. Раком паренхимы почки
2. Поликистозом почки
3. Множественной миеломой
4. Хроническим нефритом нефротического типа
5. Узелковым периартериитом

11. Протеинурия переполнения встречается при:

1. Лекарственном нефрите
2. Миеломной болезни
3. Поликистозе почек
4. Амилоидозе с поражением почек
5. Мочекаменной болезни

12. Быстро прогрессирующий волчаночный нефрит не характеризуется следующим клиническим признаком:

1. Протеинурией до 1 гр/л
2. Нефротическим синдромом
3. Гипертонией
4. Быстрым снижением функции почек

13. Терапия волчаночного нефрита стероидами может осложниться:

1. Асептическим некрозом костей
2. Гипертензией
3. Гипотонией
4. Гиповолюмическим шоком
5. Выраженным остеопорозом
6. Туберкулезом
7. Всеми перечисленными признаками
8. Ни одним из названных состояний

14. Острая мочекислая нефропатия может развиваться при:

1. Распаде опухолей

2. Лечении опухолей цитостатиками
3. Радиационной терапии
4. При все перечисленных состояниях
5. Ни одним из названных состояний

15. Наиболее частый морфологическим вариант поражения почек при подагре:

1. Интерстициальный нефрит
2. Мезангиокапиллярный нефрит
3. Фокально-сегментарный гиалиноз
4. Мембранозный нефрит

16. Лечения подагрической нефропатии используется:

1. Бенемид
2. Аллопуринол
3. Курантил
4. Тиазидные мочегонные

17. Аллопуринол назначается в дозе:

1. 0,3-0,5 г/сутки, на 1-1,5 года
2. 0,3-0,5 г/сутки, на 1-2 месяца
3. 1,0 г/сутки, на 5-6 месяцев
4. 0,1 г/сутки на 1 год

18. Больному с подагрической нефропатией рекомендуется:

1. Обильное питье
2. Прием ощелачивающих средств
3. Диета с исключением пуринов
4. Все перечисленные мероприятия
5. Ни одно из названных мероприятий

19. Основным признаком нефрогенной гипертензии является:

1. уменьшение размеров почек
2. дистопия почек
3. нарушение функции почек
4. сужение почечной артерии на 20%
5. наличие признаков конкрементов в лоханке

20. Острый гломерулонефрит - острое иммуновоспалительное, иммунокомплексное заболевание почек с преимущественным поражением:

1. интерстиция
2. канальцев
3. клубочков
4. чашечно-лоханочной системы почек
5. все ответы верны

21. Ведущий критерий нефротического синдрома:

1. протеинурия $< 3,5$ г/сут.
2. наличие в моче белка Бенс - Джонса
3. наличие зернистых и восковидных цилиндров
4. протеинурия $> 3,5$ г/сут. в сочетании с гиперпротеинемией
5. протеинурия $> 3,5$ г/сут. в сочетании с гипоальбуминемией < 30 г/л

22. У 56-летнего больного, несмотря на лечение антибиотиками, лихорадка до 38,5°C длится в течение месяца, временами безболевая 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.

23. У больной с анемией, СОЭ 70 мм/ч, протеинурией врач заподозрил гипернефрому, но не исключает полностью миеломную болезнь. Какой метод при дальнейшем обследовании противопоказан?

- 1 – Биопсия почек.
- 2 – Стернальная пункция.
- 3 – Экскреторная урография
- 4 – Сканирование почек.
- 5 – Компьютерная томография органов брюшной полости.

24. Какое суждение относительно клинических проявлений амилоидоза неверно?

- 1 – Синдром недостаточности всасывания может быть проявлением амилоидоза желудочно-кишечного тракта.
- 2 – Нефротический синдром характерен для амилоидоза почек.
- 3 – Аритмии характерны для амилоидной кардиомиопатии.
- 4 – Артериальная гипертензия практически не развивается при вторичном амилоидозе
- 5 – Гепатоспленомегалия свойственна вторичному амилоидозу.

25. Следующие суждения относительно хронической почечной недостаточности верны, кроме:

- 1 – Уровень креатинина в крови наиболее информативен при оценке выраженности ХПН.
- 2 – Нормальные размеры обеих почек (УЗИ) исключают ХПН
- 3 – Выраженная гипертензия способствует прогрессированию ХПН.
- 4 – Гипотония способствует прогрессированию ХПН.
- 5 – Нефротический синдром становится менее выраженным у больных с хроническим гломерулонефритом при развитии ХПН.

26. Какое суждение относительно хронической почечной недостаточности (ХПН) неверно?

- 1 – Лабораторные признаки ХПН возникают раньше, чем клинические.
- 2 – Содержание калия в крови более 7 ммоль/л является абсолютным показанием для направления больного на гемодиализ.
- 3 – При адекватном лечении гемодиализом АД у большинства больных ХПН снижается.
- 4 – Снижение содержания гемоглобина менее 60 г/л является показанием для лечения гемодиализом
- 5 – Полинейропатия является характерным осложнением ХПН.

Раздел 4. Кардиология.

1. Бета-адреноблокаторы назначают при синусовой тахикардии любого генеза, кроме:

1. Тахикардии при интоксикации сердечными гликозидами
2. При тахикардии на фоне инфаркта миокарда

3. При тахикардии на фоне сердечной недостаточности
4. При тахикардии с повышением АД

2. Назовите антагонист Ca^{++} третьего поколения:

1. Верапамил
2. Амлодипин
3. Нифедипин - ретард
4. Дилтиазем

3. Что происходит с молсидоминном в процессе метаболизма?

1. Превращение в нитроглицерин
2. Превращение в NO
3. Превращение в активный метаболит
4. Превращение в неактивный метаболит

4. Наиболее выраженный мочегонный эффект дают:

1. Петлевые и осмотические диуретики
2. Тиазидные диуретики
3. Негиазидные диуретики
4. Калийсберегающие диуретики

5. Какое из нижеперечисленных противопоказаний к тромболитической терапии является абсолютным.

1. диабетическая ретинопатия
2. острый панкреатит
3. варикозное расширение вен пищевода
4. расслоение аорты
5. все вышеперечисленное

6. Для аортального стеноза не характерно:

1. интенсивный грубый систолический шум
2. проведение шума на сосуды шеи
3. уменьшение пульсового АД до 10-15 мм рт.ст.
4. диастолическое дрожание
5. усиленный верхушечный толчок

7. Для острой стадии инфаркта миокарда не характерно:

1. увеличение уровня миоглобина
2. увеличение активности аспарагиновой трансминазы
3. увеличение С-реактивного белка
4. увеличение активности щелочной фосфатазы
5. увеличение МВ фракции креатинфосфокиназы

8. Клиническая картина при дилатационной кардиомиопатии включает все признаки, кроме:

1. признаки недостаточности кровообращения
2. нарушения ритма и проводимости сердца
3. тромбоэмболический синдром
4. изменения острофазовых показателей в крови
5. кардиомегалия

9. Ваких отведениях ЭКГ выявляется инфаркт задне-боковой локализации?

1. aVL, V₅₋₆
2. II, III, aVF

3. V₁₋₃
4. II, III, aVF, V₅₋₆
5. V₁₋₆

10. Что из перечисленного не соответствует стенокардии:

1. иррадиация болей в нижнюю челюсть
2. возникновение болей при выполнении физической нагрузки
3. длительность болей более 30 минут
4. выявление стеноза коронарной артерии
5. боли сопровождаются чувством нехватки воздуха

11. Для задне-диафрагмальной локализации острого трансмурального инфаркта миокарда наиболее типично проявление изменений в следующих отведениях на ЭКГ:

1. I, II, AVL
2. II, III, AVF
3. I, V₅₋₆
4. AVL, V₁₋₄
5. только AVL

12. Какой препарат наиболее предпочтителен при пароксизмальной желудочковой тахикардии:

1. β-адреноблокаторы
2. строфантин
3. лидокаин
4. изоптин

13. При митральном стенозе наблюдается один из следующих гемодинамических признаков:

1. увеличение сердечного выброса
2. уменьшение давления в правом желудочке
3. увеличение давления в левом предсердии
4. увеличение пульсового давления

14. Какой препарат является препаратом выбора для купирования пароксизма мерцательной аритмии продолжительностью до 7 дней (при отсутствии у пациента недостаточности кровообращения)?

1. Верапамил
2. Прокаинамид
3. Пропафенон
4. Кордарон

15. Укажите показания для применения кордарона?

1. При ИБС с нарушениями ритма
2. При нарушениях ритма на фоне сердечной недостаточности
3. При аритмиях в стадии восстановления после инфаркта миокарда
4. Все верно

16. Каким больным показано лечение празозином?

1. Больным мягкой формой артериальной гипертензии
2. С кризовым течением заболевания
3. Больным артериальной гипертензией, сочетающейся с аденомой предстательной железы
4. С тяжелой формой заболевания

17. Назовите побочный эффект нифедипина в зоне ишемии миокарда:

1. Синдром рикошета

2. Синдром обкрадывания
3. Синдром ССУ
4. Проаритмический эффект

18. Назовите показание к назначению сердечных гликозидов:

1. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия
2. Стеноз устья аорты
3. Сердечная недостаточность
4. Легочная гипертензия.

20. Какой из нижеперечисленных симптомов характерен для вариантной стенокардии?

1. депрессия сегмента ST на ЭКГ
2. четкая связь приступов стенокардии с физической нагрузкой
3. длительность болевого синдрома несколько часов
4. подъем сегмента ST
5. наибольшая частота приступов в дневные часы

21. Какой из перечисленных показателей не изменяется в первые сутки развития инфаркта миокарда.

1. аспаратаминотрансфераза
2. лактатдегидрогеназа
3. креатинфосфокиназа
4. тропонин T
5. миоглобин

22. Какое из положений верно для вариантной стенокардии?

1. депрессия S-T на ЭКГ
2. появление болей при физической нагрузке
3. обычно развивается инфаркт миокарда
4. причиной болей является коронароспазм

23. Фактором риска ИБС не является:

1. сахарный диабет
2. увеличение уровня липопротеинов высокой плотности
3. артериальная гипертензия
4. наследственность
5. курение

24. Перикардит не развивается при:

1. инфаркте миокарда
2. злокачественных опухолях
3. системной красной волчанке
4. гипертрофической кардиомиопатии
5. уремии

25. При каком заболевании нитраты ухудшают гемодинамику и могут быть опасны?

1. гипертоническая болезнь
2. дилатационная кардиомиопатия
3. гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия
4. аортальная недостаточность
5. митральная недостаточность

Раздел 5. Пульмонология.

1. Объясните цель назначения стабилизаторов мембран тучных клеток:

1. Для снятия приступа удушья при бронхиальной астме.
2. Для улучшения функции мерцательного эпителия.
3. Для профилактики приступов удушья.
4. Для улучшения отхождения мокроты.

2. Какая основная цель применения ингаляционных глюкокортикостероидов при бронхиальной астме?

1. Купирование остро возникшего бронхоспазма
2. Стабилизация мембран тучных клеток
3. Уменьшение аллергического воспаления в бронхиальном дереве
4. Улучшение функции мерцательного эпителия и улучшение отхождения мокроты.

3. Какой препарат не относится к ингаляционным глюкокортикоидам?

1. Беродуал
2. Будесонид
3. Флунизолид
4. Флутиказон

4. При хронических обструктивных заболеваниях легких характерно развитие осложнений, кроме:

1. дыхательной недостаточности
2. правожелудочковой недостаточности
3. левожелудочковой недостаточности
4. эритроцитоза

5. У больных с выраженным пневмосклерозом и эмфиземой легких имеется увеличение:

1. жизненной емкости легких
2. дыхательного объема
3. минутного объема легких
4. остаточного объема легких
5. кислорода в альвеолярном воздухе

6. Острое течение заболевания, влажные хрипы, мягкие мелкоочаговые тени в средне-нижних отделах легкого, быстрая положительная динамика характерны для:

1. милиарного туберкулеза
2. очаговой пневмонии
3. саркоидоза
4. фиброзирующего альвеолита

7. Для какого заболевания характерно сочетание кровохарканья и гематурии:

1. острый гломерулонефрит
2. узелковый полиартериит
3. диссеминированный туберкулез
4. синдром Гудпасчера
5. дерматомиозит

8. Наиболее частым неврологическим осложнением пневмоний является:

1. астенический синдром;
2. менингит;
3. абсцесс мозга;
4. энцефалит.

9. При какой патологии обычно выслушивается крепитация:

1. пневмоторакс
2. фиброзирующий альвеолит
3. плевральный выпот
4. рак легкого
5. эмфизема легких

10. Какой из элементов мокроты свидетельствует о деструкции ткани легкого?

1. кристаллы Шарко-Лейдена
2. лейкоциты
3. эластические волокна
4. спирали Куршмана
5. эритроциты

11. Двухстороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов может быть при:

1. пневмонии
2. застойном легком
3. альвеолите
4. саркоидозе
5. актиномикозе

12. Укажите основной рентгенологический признак абсцесса легкого:

1. округлые затемнения с четкими контурами
2. тонкостенная полость, содержащая воздух
3. полость с горизонтальным уровнем жидкости
4. множественные полости на фоне массивного затемнения
5. округлое затемнение с нечеткими контурами, неомогенное

13. Рестриктивная дыхательная недостаточность может быть вызвана следующими заболеваниями, кроме:

1. кифосколиоз
2. фиброзирующий альвеолит
3. ожирение
4. стеноз гортани
5. экссудативный плеврит

14. Назовите селективный стимулятор β_2 -адренергических рецепторов.

1. Астмопент.
2. Серетид.
3. Сальбутамол.
4. Спирива.

15. Действие каких лекарственных средств потенцирует теofilлин?

1. Диуретиков.
2. Антиангинальных.
3. Антиаритмических.
4. Антигипертензивных.

16. Если после вдыхания интала появляется кашель, как его лучше устранять?

1. Ровным спокойным дыханием
2. Приемом стакана воды сразу после ингаляции
3. Ингаляцией глюкокортикостероида
4. Приемом эуфиллина

17. Не является осложнением бронхоэктатической болезни:

1. пневмоторакс
2. амилоидоз почек
3. тромбоэмболия легочной артерии
4. кровохарканье
5. эмпиема плевры

18. Каков механизм действия сальбутамола?

1. снижение тонуса вагуса
2. стимуляция β_2 -адренорецепторов
3. блокада α -рецепторов
4. блокада гистамино-рецепторов
5. непосредственное влияние на гладкую мускулатуру бронхов

19. При спонтанном пневмотораксе со смещением средостения необходимо срочное проведение:

1. оксигенотерапии
2. вспомогательного дыхания
3. бронхоскопии
4. плевральной пункции с удалением воздуха
5. наложение давящей повязки

20. Для чего необходимо рекомендовать использовать спейсер пациенту с бронхиальной астмой?

1. Для более глубокого проникновения лекарственных препаратов в бронхиальное дерево
2. Для уменьшения попадания ингаляционных препаратов в желудок
3. Для снижения риска кандидоза полости рта при использовании гормональных ингаляторов
4. Все верно

Раздел 6. Гематология.

1. Больной 68 лет жалуется на слабость, потливость, похудание на 10 кг за 2 года. Увеличены печень, селезенка и все группы лимфоузлов. Анализ крови: Нв - 85 г/л, Эр - $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $135,0 \times 10^9/л$, П - 3%, лимф. - 96 %, мон. - 1 %, СОЭ - 28 мм/час. Общий билирубин 45 мкмоль/л, прямой - 11 мкмоль/л. Железо сыворотки - 28 ммоль/л, проба Кумбса положительна. Метод исследования, достаточный в данном случае для подтверждения основного диагноза:

1. анализ периферической крови
2. стерильная пункция
3. трепанобиопсия
4. биопсия лимфоузла
5. пункция селезенки

2. Больной 68 лет жалуется на слабость, потливость, похудание на 10 кг за 2 года. Увеличены печень, селезенка и все группы лимфоузлов. Анализ крови: Нв - 85 г/л, Эр - $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $135,0 \times 10^9/л$, П - 3%, лимф. - 96 %, мон. - 1 %, СОЭ - 28 мм/час. Общий билирубин 45 мкмоль/л, прямой - 11 мкмоль/л. Железо сыворотки - 28 ммоль/л, проба Кумбса положительна. Какова причина ухудшения состояния больного?

1. бластный криз
2. желудочно-кишечное кровотечение
3. аутоиммунный гемолиз
4. острый гепатит
5. агранулоцитоз

3. Больной 68 лет жалуется на слабость, потливость, похудание на 10 кг за 2 года. Увеличены печень, селезенка и все группы лимфоузлов. Анализ крови: Нв - 85 г/л, Эр - $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $135,0 \times 10^9/л$, П - 3%, лимф. - 96 %, мон. - 1 %, СОЭ - 28 мм/час. Общий билирубин 45 мкмоль/л, прямой - 11 мкмоль/л. Железо сыворотки - 28 ммоль/л, проба Кумбса положительна. Ваш диагноз:

1. острый лейкоз
2. хронический лимфолейкоз
3. миелофиброз
4. хронический миелолейкоз
5. лимфосаркома

4. У больного 20 лет периодически возникает желтушность кожных покровов. При осмотре: "башенный череп", "готическое небо". Селезенка +3,0 см. Анализ крови: Нв - 106 г/л, Эр - $3,3 \times 10^{12}/л$. Для уточнения диагноза необходимо:

- 1) определение уровня общего и связанного билирубина
- 2) осмотическая стойкость эритроцитов
- 3) морфология эритроцитов
- 4) число ретикулоцитов
- 5) все вышеперечисленное

5. 26-летнюю больную беспокоит слабость, одышка, носовые кровотечения, обильные месячные (в последнее время). При обследовании - петехиально-пятнистый тип кровоточивости. Анализ крови: Нв - 86 г/л, ретикулоциты - 1 %, лейкоциты $1,8 \times 10^9/л$, лейкоформула не определена. Наиболее вероятный диагноз (диагнозы?):

1. тромбоцитопеническая пурпура
2. апластическая анемия или острый лейкоз
3. гемолитическая анемия
4. гемофилия

6. Больной 30 лет госпитализирован по поводу болей в эпигастральной области с выраженным циркуляторно-гипоксическим синдромом. В анамнезе - язвенная болезнь желудка. Кожные покровы бледные. Анализ крови: Нв - 90 г/л, Э - $3,5 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,7, тромбоциты - $180,0 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 0,5 %. Билирубин - 12 мкмоль/л, сывороточное железо - 4,6 ммоль/л. Реакция Грегерсена положительна. Какой вид анемии предполагается у данного пациента?

- a) апластическая анемия
- b) гемолитическая анемия
- c) острая постгеморрагическая анемия
- d) железодефицитная анемия
- e) В12-дефицитная анемия

7. Больной 30 лет госпитализирован по поводу выраженного циркуляторно-гипоксического синдрома. В анамнезе - хронический геморрой. Кожные покровы бледные. Анализ крови: Нв - 80 г/л, Эр. - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. - 0,7, тромбоциты - $180,0 \times 10^9$ /л, ретикулоциты - 0,5 %. Билирубин - 12 мкмоль/л, железо сывороточное - 4,6 ммоль/л. Реакция Грегерсена положительна.

Выберите препараты для лечения:

1. парентеральные препараты железа
2. пероральные препараты железа
3. преднизолон
4. вливание эритроцитарной массы
5. витамин В₁₂

8. Больной 3. 58 лет, поступил в клинику с переломом плечевой кости. СОЭ - 55 мм/час, гиперпротеинемия с М-градиентом, в миелограмме - плазматическая инфильтрация 38%. О каком заболевании подумаете:

1. острый лейкоз
2. хронический гепатит
3. миеломная болезнь
4. миелофиброз
5. хронический миелолейкоз

9. Больной 3. 58 лет, поступил в клинику с переломом плечевой кости. СОЭ - 55 мм/час, гиперпротеинемия с М-градиентом, в миелограмме - плазматическая инфильтрация 38%.

Выберите препараты для урегулирования кальциевого обмена:

- a) панангин
- b) бонифос и миакальцик
- c) токоферол
- d) глюконат кальция
- e) рибоксин

10. Больная несколько лет страдает аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой (АИТП) с частыми рецидивами. Кортикостероиды неэффективны. Какой метод лечения АИТП в настоящее время может быть альтернативным методом спленэктомии?

1. трансплантация костного мозга
2. цитостатическая терапия
3. β -интерфероны
4. иммуноглобулины
5. переливание тромбоцитарной массы

11. Больная 53 лет обратилась к врачу по поводу чувства тяжести в левом подреберье. При обследовании - гиперспленомегалия. Анализ крови: Эр - $3,1 \times 10^{12}$ /л, Нв - 104 г/л, Л - 126×10^9 /л, промиелоциты - 3 %, миелоциты - 5 %, юные - 9 %, п/я - 17 %, с/я - 48 %, эоз. - 7 %, баз. - 3 %, лимф. - 8 %, тромбоциты - 580×10^9 /л, СОЭ - 24 мм/час. О чем можно думать?

1. острый миелолейкоз
2. хронический миелолейкоз
3. хронический лимфолейкоз
4. лимфоцитома селезенки
5. эритремия

12. Больная 53 лет обратилась к врачу по поводу чувства тяжести в левом подреберье. При обследовании - гиперспленомегалия. Анализ крови: Эр - $3,1 \times 10^{12}$ /л, Нв - 104 г/л, Л -

126 x10⁹ /л, промиелоциты - 3 %, миелоциты - 5 % , юные - 9 %, п/я - 17 %, с/я - 48 %, эоз. - 7 %, баз. - 3 %, лимф. - 8 %, тромбоциты - 580x10⁹ /л, СОЭ - 24 мм/час.

Какие изменения обнаружите в костном мозге:

1. опустошение костного мозга
2. трехростковая гиперплазия
3. бластоз свыше 30 %
4. плазмоклеточная инфильтрация
5. богатый костный мозг за счет клеток миелоидного ряда

13. Больная 53 лет обратилась к врачу по поводу чувства тяжести в левом подреберье. При обследовании - гиперспленомегалия. Анализ крови: Эр - 3,1x10¹² /л, Нв - 104 г/л, Л - 126 x10⁹ /л, промиелоциты - 3 %, миелоциты - 5 % , юные - 9 %, п/я - 17 %, с/я - 48 %, эоз. - 7 %, баз. - 3 %, лимф. - 8 %, тромбоциты - 580x10⁹ /л, СОЭ - 24 мм/час.

Какое дополнительное исследование поможет установить диагноз?

1. электрофорез белковых фракций
2. осмотическая резистентность эритроцитов
3. цитогенетические исследования
4. биопсия лимфоузла
5. коагулограмма

14. Больная 53 лет обратилась к врачу по поводу чувства тяжести в левом подреберье. При обследовании - гиперспленомегалия. Анализ крови: Эр - 3,1x10¹² /л, Нв - 104 г/л, Л - 126 x10⁹ /л, промиелоциты - 3 %, миелоциты - 5 % , юные - 9 %, п/я - 17 %, с/я - 48 %, эоз. - 7 %, баз. - 3 %, лимф. - 8 %, тромбоциты - 580x10⁹ /л, СОЭ - 24 мм/час.

Какие препараты или методы лечения этого заболевания являются первой линией терапии на современном этапе:

- a) гидреа
- b) б-интерферон
- c) гливек и трансплантация костного мозга
- d) рентгенотерапия селезенки

15. Больной В. 16 лет, с детства страдает повышенной кровоточивостью, иногда с образованием обширных гематом. При осмотре - гемартрозы коленных суставов. Дядя по материнской линии болен наследственным заболеванием крови. Общий анализ крови в норме. Ваш предварительный диагноз:

1. геморрагический васкулит
2. тромбоцитопеническая пурпура
3. гемофилия
4. болезнь Рандю-Ослера
5. острый лейкоз

16. Больной В. 16 лет, с детства страдает повышенной кровоточивостью, иногда с образованием обширных гематом. При осмотре - гемартрозы коленных суставов. Дядя по материнской линии болен наследственным заболеванием крови. Общий анализ крови в норме. Какой показатель коагулограммы нарушается при данном заболевании:

1. уровень фибриногена
2. АПТВ
3. протромбиновое время
4. тромбиновое время
5. количество тромбоцитов

17. Больной В. 16 лет, с детства страдает повышенной кровоточивостью, иногда с образованием обширных гематом. При осмотре - гемартрозы коленных суставов. Дядя по

материнской линии болен наследственным заболеванием крови. Общий анализ крови в норме. Какой метод лечения соответствует патогенетической терапии:

- 1.криопреципитат
- 2.преднизолон
- 3.тромбоцитарная масса
- 4.дицинон
- 5.медикаментозного лечения нет, только соблюдение диеты

18. Больная Е., 74 г., поступила с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку, боли в эпигастрии, тяжесть после приема пищи, отрыжку тухлым. Объективно: выявлены умеренная спленомегалия, снижение тактильной чувствительности на правой нижней конечности по типу "чулок". В ОАКр.: Эр. $2,5 \times 10^{12}$ /л, Нв = 88 г/л, ЦП = 1,1, лейкоц. = $3,2 \times 10^9$ /л, тр. = 150×10^9 /л, ретикулоциты - 0,2%, билирубин = 42 ммоль/л (непрямая фракция 33 ммоль/л). Ваш диагноз:

- 1.железодефицитная анемия
- 2.витамин В12-дефицитная анемия
- 3.гипопластическая анемия
- 4.гемолитическая анемия
- 5.вирусный гепатит

19. Больная Е., 74 г., поступила с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку, боли в эпигастрии, тяжесть после приема пищи, отрыжку тухлым. Объективно: выявлены умеренная спленомегалия, снижение тактильной чувствительности на правой нижней конечности по типу "чулок". В ОАКр.: Эр. $2,5 \times 10^{12}$ /л, Нв = 88 г/л, ЦП = 1,1, лейкоц. = $3,2 \times 10^9$ /л, тр. = 150×10^9 /л, ретикулоциты - 0,2%, билирубин = 42 ммоль/л (непрямая фракция 33 ммоль/л). Какие изменения лабораторно-инструментальных показателей можно ожидать у этой больной:

- а) эндоскопически - атрофический гастрит
- б) в миелограмме - мегалобластоидное кроветворение
- д) полисегментированные нейтрофилы в периферической крови
- е) все перечисленное

20. Больная Е., 74 г., поступила с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку, боли в эпигастрии, тяжесть после приема пищи, отрыжку тухлым. Объективно: выявлены умеренная спленомегалия, снижение тактильной чувствительности на правой нижней конечности по типу "чулок". В ОАКр.: Эр. $2,5 \times 10^{12}$ /л, Нв = 88 г/л, ЦП = 1,1, лейкоц. = $3,2 \times 10^9$ /л, тр. = 150×10^9 /л, ретикулоциты - 0,2%, билирубин = 42 ммоль/л (непрямая фракция 33 ммоль/л). Лечение:

- а) тардиферон
- б) цианкобаламин и фестал
- с) эритроцитарная масса
- е) преднизолон

21. Больной Б., 16 лет, поступил с лимфоаденопатией, выраженной слабостью. В ОАКр.: Эр. $2,5 \times 10^{12}$ /л, Нв = 79 г/л, ЦП = 0,8, лейкоц. = $6,1 \times 10^9$ /л, в лейкограмме - бласты - 85 %, лимфоциты - 10 %, с/я - 5 %, тромбоциты - 100×10^9 /л. Ваш диагноз:

- 1.апластическая анемия
- 2.острый лейкоз
- 3.лимфогранулематоз
- 4.хронический лимфолейкоз
- 5.инфекционный мононуклеоз

22. Больной Б., 16 лет, поступил с лимфоаденопатией, выраженной слабостью. В ОАКр.: Эр. $2,5 \times 10^{12}$ /л, Нв = 79 г/л, ЦП = 0,8, лейкоц. = $6,1 \times 10^9$ /л, в лейкограмме - бласты - 85 %, лимфоциты - 10 %, с/я - 5 %, тромбоциты - 100×10^9 /л. Цитохимия на миелопероксидазу и липиды - отрицательная, а ШИК-реакция - положительная в виде гранул. Ваш диагноз:

1. острый миелобластный лейкоз
2. острый лимфобластный лейкоз
3. острый эритромиелоз
4. лимфогранулематоз
5. лимфосаркома

23. Больной А., 53 г., по профессии ветеринар, поступил с выраженной спленомегалией. В ОАКр.: Эр. $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв = 98 г/л, ЦП = 0,9, лейкоциты 120×10^9 /л, промиелоциты = 12%, миелоциты - 10 %, п/я - 12 %, с/я - 32 %, лимф. - 19 %, баз. - 7 %, эоз. - 8%. СОЭ - 42 мм/ч. Реакции Райта и Хеддельсона - отрицательные. Ваш диагноз:

1. острый лейкоз
2. хронический лимфолейкоз
3. хронический миелолейкоз
4. хронический бруцеллез
5. эритремия

24. Больной А., 53 г., по профессии ветеринар, поступил с выраженной спленомегалией. В ОАКр.: Эр. $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв = 98 г/л, ЦП = 0,9, лейкоциты 120×10^9 /л, промиелоциты = 12%, миелоциты - 10 %, п/я - 12 %, с/я - 32 %, лимф. - 19 %, баз. - 7 %, эоз. - 8%. СОЭ - 42 мм/ч. Реакции Райта и Хеддельсона - отрицательные. Какие изменения в костном мозге Вы ожидаете при этом заболевании:

1. лимфоцитов свыше 30 %
2. плазматические клетки более 15 %
3. опустошение костного мозга
4. трехростковая гиперплазия
5. ничего из перечисленного

Раздел 7. Ревматология.

1. Какие суставы поражаются в начальный период ревматоидного артрита?

1. Лучезапястные.
2. Пястно-фаланговые.
3. Проксимальные межфаланговые.
4. Ни один из перечисленных.
5. Все перечисленные.

2. Чему способствует аллопуринол?

1. Выведению мочевой кислоты из организма.
2. Уменьшению образования мочевой кислоты.
3. Уменьшению активности воспалительного процесса.
4. Все перечисленное верно.
5. Все перечисленное неверно.

3. Какие поражения легких возникают у больных системной красной волчанкой?

1. Пневмонит.
2. Легочный васкулит.
3. Инфаркты легких.
4. Все перечисленные.

5. Ни одно из перечисленных.

4. Для какого синдрома, возникающего при системной красной волчанке, характерна артропатия со стойкими деформациями суставов за счет поражения сухожилий, связок, но без эрозивного артрита?

1. Антифосфолипидный синдром.
2. Синдром Шегрена.
3. Синдром Рейно.
4. Синдром Верльгофа.
5. Синдром Жакку.

5. Как называется синдром, при котором выявляются кальцинаты в тканях у больных системной склеродермией?

1. Синдром Жакку.
2. Синдром Тибьерже-Вайссенбаха.
3. Синдром Фелти.
4. Синдром Рейно.
5. Синдром Шегрена.

6. Какие критерии Вы отнесете в пользу диагноза неспецифического аортоартериита?

1. Разница давления на плечевых артериях больше 10 мм.рт.ст.
2. Систолический шум над подключичными артериями и/или над аортой.
3. Ангиографические признаки стеноза аорты и/или проксимальных участков ее крупных ветвей.
4. Ни один из приведенных.
5. Все приведенные критерии.

7. Укажите, для какой из диффузных болезней соединительной ткани или системного васкулита характерно поражение пищевода?

1. синдром Бехчета
2. полимиозит
3. системная склеродермия
4. узелковый полиартериит
5. системная красная волчанка

8. Острый приступ подагры может быть спровоцирован:

1. переохлаждением
2. легкой травмой
3. злоупотреблением алкоголем и мясной пищей
4. длительной ходьбой

9. Для подагры не характерно:

1. «штампованные» дефекты эпифизов костей
2. аннулярная эритема в области пораженных суставов
3. гиперурикемия
4. развитие интерстициального нефрита
5. почечнокаменная болезнь

10. Какие из перечисленных вариантов ревматоидного артрита могут сопровождаться спленомегалией?

1. Синдром Фелти.
2. Болезнь Стилла у взрослых.
3. Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем.

4. Ни один из перечисленных.
5. Все перечисленные.

11. Чем сопровождаются боли в суставах у больных остеоартрозом?

1. Внезапным припуханием околоуставных тканей.
2. Покраснением кожи вокруг сустава.
3. Кожа над суставом становится горячей.
4. Все перечисленное верно.
5. Все перечисленное не верно.

12. Какие поражения определяют классическую клиническую картину развернутой стадии системной красной волчанки?

1. Дерматит, полисерозит, гломерулонефрит
2. Дерматит, полисерозит, артрит
3. Дерматит, эзофагит, пульмонит.
4. Артрит, спленомегалия, лихорадка.
5. Васкулит, дерматит, нефрит.

13. Для какого синдрома, возникающего при системной красной волчанке, характерна патологическая склонность к тромбозам?

1. Антифосфолипидный синдром.
2. Синдром Шегрена.
3. Синдром Рейно.
4. Синдром Верльгофа.
5. Синдром Жакку.

14. Что не относится к определению CREST-синдрома?

1. Сопровождается появлением кальциатов вблизи мест повышенной травматизации - кончики пальцев, локти, колени.
2. Сопровождается синдромом Рейно.
3. Сопровождается поражением пищевода.
4. Сопровождается поражением селезенки и периферических лимфоузлов.
5. Сопровождается телеангиоэктазиями.

15. Что является причиной повышения артериального давления у больных неспецифическим аортоартериитом?

1. Гломерулонефрит.
2. Пиелонефрит.
3. Нефросклероз.
4. Стеноз почечных артерий.
5. Поражение мозговых артерий.

16. Какое поражение почек формируется у больных с геморрагическим васкулитом?

1. Пиелонефрит.
2. Гломерулонефрит.
3. Тубулоинтестинальный нефрит.
4. Все перечисленное верно.
5. Все перечисленное не верно.

17. Укажите наиболее характерный физикальный симптом митрального стеноза:

1. пульсирующая печень
2. громкий 1 тон

3. ослабление 1 тона
4. уменьшение пульсового давления
5. снижение диастолического давления

18. Какой приведенных критериев позволяет дифференцировать ревматоидный артрит и болезнь Рейтера в пользу ревматоидного артрита?

1. Сочетание артрита с уретритом, конъюнктивитом.
2. Асимметричное поражение пястно-фалангового сустава первого пальца стопы, голеностопного, коленного суставов.
3. Симметричное поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей рук.
4. Сакроилеит.
5. Подошвенный фасциит.

19. Что можно обнаружить при эхокардиографическом исследовании у больных системной красной волчанкой?

1. Выпот в полости перикарда.
2. Дилатацию камер сердца.
3. Недостаточность митрального клапана и/или клапанов устья аорты.
4. Уменьшение фракции выброса левого желудочка.
5. Любое отклонение из перечисленных.

20. Какой васкулит не является гранулематозным?

1. Гранулематоз Вегенера.
2. Узелковый полиартериит.
3. Ангиит Чарга-Стросса.
4. Гигантоклеточный височный артериит Хортона.
5. Аортоартериит Такаясу.

Проверяемые компетенции - УК-1 , ОПК-4,5,6,7,8,9,10, ПК-1,2

4.5. Ситуационные задачи для проведения текущего контроля успеваемости

Раздел 1. Эндокринология

Задача 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 глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Задача 2.

В к врачу-терапевту обратилась женщина 36 лет с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ =27,2), отсутствие менструации. Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась. При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык с отпечатками зубов. АД 105/60 мм.рт.ст..

Лабораторные исследования: Нв- 102 г/л; ХС-7,8 ммоль /л ;ТГ-4,7 ммоль/л; глюкоза -3,4 ммоль/л.

ЭКГ: ЧСС-54 уд./мин., низкий вольтаж зубцов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки.
3. Консультации каких специалистов следует включить в план обследования?
4. Какова тактика лечения данного пациента?
5. Какова длительность назначения патогенетической терапии?

Задача 3.

Женщина 52 лет обратилась с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд.

Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу.

Работает поваром в детском учреждении. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит. Мама страдала сахарным диабетом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м². Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчёсов. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет

В анализах: глюкоза крови натощак - 5,8 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. В результате проведенного исследования было выявлено, что у пациентки глюкоза крови натощак - 6,1 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 11,1 ммол/л; НвА1с - 7,1%. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
4. Дайте больной рекомендации по питанию.

Задача 4.

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 5.

Больная В. 45 лет поступила в стационар по направлению врача-терапевта участкового. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, резкая слабость, изменение внешности. Из анамнеза: за последние 5 лет после прекращения менструаций заметно изменилась внешность: покраснело и округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объеме живот, стала сухой кожа, поредели волосы на голове, появились усы. Наблюдалась невропатологом в течение 3 лет в связи с болями в пояснице, которые трактовались как остеохондроз. В течение 2 лет наблюдалась терапевтом по поводу АГ (максимальное АД - 170/100 мм рт. ст.) Объективно: рост-175см, масса тела-110 кг. Отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки, её избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена, множество геморрагий; на локтях, животе, в подмышечных впадинах - гиперпигментация. На бедрах - багрово-красные широкие стрии. Дыхание везик., ЧДД-17 в мин. сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС -92, АД-190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. ОАК: эритроциты – $5,3 \times 10^9$ /л, гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты – $10,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 76%, лимфоциты - 12%, моноциты - 2%, эозинофилы – 0%, СОЭ - 3 мм/ч. БАК: глюкоза - 7,7 ммоль/л, К⁺ - 2,5 ммоль/л, Na – 170 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Са - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 42 МЕ, общий белок - 57 г/л. ОАм: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,25, лейкоциты ++. ЭКГ: Син.ритм. ЭОС горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. Дистроф. изменения миокарда ЛЖ. При рентгенологическом обследовании черепа и позвоночника выявлены выраженный остеопороз спинки турецкого седла, остеопороз костей позвоночника. При МРТ отмечается диффузное увеличение обоих надпочечников.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Составьте и обоснуйте план лечения. Оцените прогноз.

Задача 6

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. Отёков, стрий, гирсутизма нет. При перкуссии лёгких над всеми лёгочными полями определяется ясный лёгочной звук. Дыхание везикулярное, в норме. ЧСС 55 ударов в минуту, АД=95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезёнка 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 - $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 7%, СОЭ - 10 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, 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, K - 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.

Раздел 2. Гастроэнтерология**Задача 7.**

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел - 40 сек. Рост - 178 см, вес - 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки

стоп и нижней трети голени. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв – 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

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

Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.
4. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Задача 8

Больная М. 50 лет обратилась к врачу-терапевту с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приёма пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно чёрный «дегтеобразный» стул. Лечится по поводу ревматоидного артрита, длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин по 1 таблетке 3 раза в день. Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пониженного питания. Язык обложен белым налётом, влажный. В лёгких дыхание везикулярное, ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 уд в мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот напряжённый, резко болезненный локально в зоне Шофара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул чёрный «дегтеобразный». Мочеиспускание не нарушено. Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л; эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $8,4 \times 10^9/л$; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 61%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 30%; моноциты – 4%; СОЭ – 20 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой группы противоязвенных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в стартовой терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 недели терапии Эзомепразолом выявлены признаки рубцевания язвы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 9

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем.

Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звёздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объёме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рёберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Какие группы препаратов следует назначить больному?

Задача 10

Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение.

Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 60 уд/мин, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом.

Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27, моноциты - 5.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Край дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Показания к госпитализации.
4. Осложнения данного заболевания.
5. Назначьте лечение.

Задача 11

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Доставлен в приёмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отёчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $12,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеются неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз при данном заболевании?

Задача 12

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомецетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств.

При осмотре: состояние удовлетворительное, $t - 36,8^{\circ}\text{C}$, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрёберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 10x8x7 см и 6x4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} = 103 \text{ г/л}$, $\text{MCH} = 23\text{p/g}$, $\text{MCHC} = 300 \text{ г/л}$, лейкоциты = $12,6 \times 10^9/\text{л}$. $\text{СОЭ} = 38 \text{ мм/час}$.

Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

Задача 13

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась.

При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ 24,9 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 72 в 1 мин; АД – 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; НЬ – 141 г/л; тромбоциты – $215 \times 10^9/л$; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция.

Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токساкароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

Вопросы:

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

5. При повторном обращении к врачу через 1 месяц после лечения пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение общей слабости, болей в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжки воздухом, нормализацию стула. Объективно: язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа – отрицательные. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови - в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Раздел 3. Нефрология

Задача 14

Больного 38 лет беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 300 мл/сут, тошнота, однократная рвота при поступлении. В течение 10 лет повышение цифр артериального давления до 200/110 мм рт. ст. При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, сухие, следы расчесов. Отеков нет. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. Частота сердечных сокращений - 90 в минуту. Артериальное давление - 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин - 72 г/л, лейкоциты - $6,2 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ - 22 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты - 3-5 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения. Креатинин сыворотки крови - 1160 мкмоль/л. Калий крови - 7,0 ммоль/л. Размеры почек при УЗИ: правая – 8,0×3,5 см, левая – 8,2×3,8 см, корковый слой почек подчеркнут и истончен.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача 15

Больной М. 24 лет обратился с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отёки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у педиатра около года «от нефрита», получал Преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отёков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт. ст. и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза.

При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отёки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отеков на нижних конечностях нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, моноциты – 5%, лимфоциты – 23%, СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимические исследования крови: общий холестерин – 7 ммоль/л, креатинин крови – 170 мкмоль/л, мочевины крови – 11 ммоль/л.

В анализах мочи: удельный вес – 1009, белок – 1,1%, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле СКД-ЕП) – 55 мл/мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза?
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?
5. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Задача 16

Больная 30 лет. Обратилась в поликлинику с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6°C.

Из анамнеза: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды – без осложнений. В последующем обострения заболевания не отмечались. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

Анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - $200,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 24 мм/час.

Биохимические показатели крови: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

Вопросы:

1. Какой можно поставить диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза? Обоснуйте.
3. Можно ли проводить лечение больной в амбулаторных условиях? Показания для госпитализации.
4. Перечислите препараты для этиотропной терапии, длительность лечения и контроль эффективности лечения.
5. Какую фитотерапию можно рекомендовать в период ремиссии заболевания?

Задача 17

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту с жалобами на отеки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы.

При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в мин.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Вопросы:

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

Задача 18

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 отёков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тёмно-красного цвета и уменьшилось её 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 лёгких 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 печёночной тупости по Курлову – $11 \times 9 \times 8$ см. Диурез – 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование.

ОАК: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – $10,8 \times 10^9/л$, СОЭ – 70 мм/час;

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

БАК: 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 слоёв паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
2. Назовите план обследования пациента.
3. Назначьте необходимую терапию.

4. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия

Задача 19

Женщина 24 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение.

В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты.

Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39°C, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты 8,9x10⁹/л, СОЭ 36 мм/час, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м².

Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия.

Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

Задача 20

Больная И. 34 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, перебои в области сердца, тошноту, сухость во рту, зуд кожных покровов.

Считает себя больной около 15 лет, когда появились отёки под глазами, при амбулаторном обследовании было выявлено наличие белка и эритроцитов в моче, по поводу чего в дальнейшем несколько лет находилась под наблюдением терапевта, диагноз не помнит. После переезда в сельскую местность (5 лет назад) в поликлинику не обращалась. В течение последнего года стала замечать головные боли, головокружение, которые больная связывала с повышением АД до 180/110 мм рт. ст. (измеряла самостоятельно; адаптирована к 140-160/90 мм рт. ст.). По совету фельдшера при повышении АД принимала Эналаприл по 20 мг/сут. с удовлетворительным эффектом; постоянной гипотензивной терапии не получала. В течение последних 6 месяцев отмечает отсутствие эффекта от

приема Эналаприла, АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм рт. ст., эпизодически - 240/140 мм рт. ст., неоднократно вызывала бригаду скорой помощи, от госпитализации отказывалась по семейным обстоятельствам. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад присоединился зуд кожных покровов. При осмотре: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчёсов, в подмышечных областях как бы припудрены белой пудрой.

Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, голосовое дрожание проводится с обеих сторон. При перкуссии над всеми отделами лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 220/120 мм рт. ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный (5-7 экстрасистол в минуту), I тон ослаблен над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; слева от грудины в V межреберье выслушивается шум трения перикарда. Язык сухой, живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Катетером получено 150 мл мочи. Общий анализ крови: эритроциты - $2,6 \times 10^{12}/л$, НЬ - 72 г/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $5,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%; СОЭ - 40 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, рН нейтральная, удельный вес - 1005, белок - 3,8 г/л, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 10-12, цилиндры зернистые - 3-4 в поле зрения, восковидные - 2-3 в поле зрения. Биохимическое исследование крови: АСТ - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевины - 38,2 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, единичные желудочковые экстрасистолы, гипертрофия и систолическая перегрузка миокарда левого желудочка.

УЗИ почек: правая почка - 80×36 мм, подвижна, контуры ровные, нечёткие, толщина паренхимы - 11 мм; левая почка - 84×44 мм, контуры ровные, нечёткие, толщина паренхимы - 9 мм. Паренхима обеих почек «неоднородна», с гиперэхогенными включениями.

Конкременты, объёмные образования не выявлены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте диагноз
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
4. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению.

Раздел 4. Кардиология.

Задача 21.

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 22.

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. Гипертеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью лёгких ясный лёгочный 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 СКD-EPI) = 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 23.

Мужчина 46 лет обратился 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 подъёмы 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 лёгких – 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 селезёнка 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 24.

Больной М. 68 лет два года назад перенёс транзиторную ишемическую атаку. К врачам в дальнейшем не обращался. От приёма лекарственных препаратов отказывается, мотивируя нежеланием принимать «химию» и хорошим самочувствием. В лёгких 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. Отёков 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 25

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 тяжёлой 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 лёгких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в мин.

Периферических отёков 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.

Раздел 5. Пульмонология

Задача 26.

Больной 25 лет, водитель, 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 отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой 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 лёгочный 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: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

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

Задача 27

Больная 33 л., предъявляет жалобы на резкую одышку смешанного типа, кашель с отделением незначительного количества слизистой вязкой мокроты, резкую общую слабость. Страдает приступами удушья 4 года. Многократно лечилась в стационаре. В процессе лечения неоднократно применялись короткие курсы кортикостероидной терапии. Приступы обычно купировались ингаляциями Беротека, таблетками Теофиллина. Неделю назад преоболела острой респираторной вирусной инфекцией. Лечилась домашними средствами. На этом фоне приступы стали повторяться по 5–6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляции Беротека уменьшали одышку на короткое время, в связи с чем больная пользовалась препаратом 6–8 раз в день. Объективно: состояние тяжёлое. Больная не может лежать из-за одышки. Кожа бледная, небольшой цианоз. Грудная клетка эмфизематозна, перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено, местами определяется с трудом. Выход удлинён, на выходе высокотональные свистящие хрипы. ЧДД – 26 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 120 уд/мин., ритмичный. Артериальное давление (АД) – 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Госпитализирована в стационар.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача 28

Больной 35 лет госпитализирован в стационар после осмотра на дому врачом-терапевтом участковым. Жалобы на мучительный сухой кашель с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, одышку, боль в левом боку при глубоком дыхании и кашле, резкую общую слабость.

Заболел 3 дня назад. Днём переохладился, вечером внезапно почувствовал озноб, общую слабость. Температура тела повысилась до 39,6 °С, ознобы не повторялись, температура оставалась на высоких цифрах, присоединился кашель, одышка и затем боль в боку при дыхании.

Объективно: состояние тяжёлое. Акроцианоз. Крылья носа раздуваются при дыхании. Гиперемия щёк, больше слева, небольшой цианоз слизистых, на губах герпес. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, в верхних отделах её усиление голосового дрожания. При перкуссии притупление слева в верхних отделах, здесь же определяется бронхиальное дыхание высокого тембра, шум трения плевры спереди, хрипов не слышно. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 32 в минуту. Над остальной поверхностью лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 112 в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача 29

К участковому терапевту обратился больной 52 лет с жалобами на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, снижение массы тела.

Курит с 20 лет (30 сигарет в день), работает наборщиком в типографии. В течение предшествующих 5 лет беспокоит хронический кашель, в последние 2 года присоединились прогрессирующая одышка при ходьбе, которая значительно ограничивает физическую работоспособность и снижение массы тела. Два месяца назад перенёс простудное заболевание, на фоне которого отметил значительное усиление кашля и одышки, амбулаторно принимал азитромицин. Самочувствие улучшилось, но сохраняется выраженная одышка, в связи с чем обратился в поликлинику. В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось.

Перенесённые заболевания: правосторонняя пневмония в 40-летнем возрасте, аппендэктомия в детском возрасте. Аллергоanamнез не отягощён.

Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания, рост 178 см, вес 56 кг. Кожные покровы обычной окраски, отёков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лёгких – коробочный звук, при аускультации – диффузно ослабленное везикулярное дыхание, частота дыханий – 18 в минуту, SpO₂96%. Тоны сердца ритмич-

ные, пульс 88 в минуту, акцент II тона над лёгочной артерией. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 4 см.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача 30

Больной В. 56 лет поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшем физическом напряжении (из-за одышки больной не мог выходить из дома), кашель с гнойной мокротой, отёки голеней, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе: 20 лет назад перенёс пневмонию. С тех пор беспокоит кашель с мокротой, преимущественно по утрам, кашель усиливался в осеннее и зимнее время. Периодически при повышении температуры до 37-39°C принимал антибиотики и сульфаниламиды. В последние 3 года стала беспокоить одышка. Ухудшение состояния наступило в последние 4 месяца, когда после простуды и повышения температуры (до 38°C) впервые появились отёки, боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. Анамнез жизни. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Работает на вредном производстве – в литейном цехе. Туберкулёзом ранее не болел, контакт с больными туберкулёзом отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей.

Состояние тяжёлое, выражен диффузный цианоз, цианоз губ. Снижение мышечной массы верхнего плечевого пояса. Конечности на ощупь тёплые, отёки голеней, бёдер. Положение в постели горизонтальное. Грудная клетка бочкообразной формы. Надключичные пространства выбухают. Экскурсия грудной клетки ограничена. При перкуссии над лёгкими - коробочный звук и опущение нижних границ лёгких. Дыхание ослабленное, на некоторых участках с бронхиальным оттенком. С обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы и рассеянные сухие хрипы на выдохе. ЧД - 36 в минуту. Границы сердца в норме. Эпигастральная пульсация, тоны сердца глухие, акцент II тона на лёгочной артерии. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен. АД - 100/70 мм рт. ст. Шейные вены набухшие, особенно на выдохе. Живот увеличен в объёме из-за асцита. Печень выступает из-под рёберной дуги на 4-5 см, эластичная, болезненная при пальпации. Рентгенограмма – диффузное усиление лёгочного рисунка, горизонтальный ход рёбер, признаки эмфиземы лёгких, уплощение купола диафрагмы и ограничение подвижности диафрагмы при дыхательных движениях.

ЭКГ: синусовая тахикардия, правограмма. Признаки перегрузки правого предсердия и правого желудочка. Смещение переходной зоны влево до V4.

Анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 174 г/л, цветовой показатель - 1, полихроматофилия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты - 3%, лейкоциты - $12,5 \times 10^9/л$, базофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 34%, тромбоциты – $33 \times 10^9/л$, моноциты - 9%, СОЭ - 2 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Раздел 6. Гематология

Задача 31

Больная 36 лет направлена врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при физической нагрузке, периодически возникающие колющие боли в области сердца, склонность к употреблению мела, теста.

В анамнезе: слабость и быстрая утомляемость отмечаются около 6 лет, к врачу не обращалась. Во время беременности 2 года назад в гемограмме выявлялась анемия лёгкой степени, препараты железа не получала. Ухудшение состояния около 2-х недель, когда появилась одышка и боли в области сердца. Акушерско-гинекологический анамнез: гиперполименоррея с 12 лет, беременностей – 5, роды – 2, медицинских аборт – 3. Из перенесенных заболеваний: простудные, язвенная болезнь 12-перстной кишки, хронический пиелонефрит.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 92 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, сосочки сглажены. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин – 82 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,7, ретикулоциты - 13%, тромбоциты - $180 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, СОЭ – 18 мм/ч; анизоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Содержание железа в сыворотке крови – 4,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки – 86,4 мкмоль/л, насыщение трансферрина – 5,0%, сывороточный ферритин - 10 мкг/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Чем может быть обусловлен систолический шум на верхушке сердца?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение. Обоснуйте выбор терапии.
5. Какие рекомендации Вы могли бы дать пациентке по вторичной профилактике заболевания?

Задача 32

Больная 65 лет, пенсионерка, обратилась в поликлинику с жалобами на общую слабость, утомляемость, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, тошноту, отрыжку, тяжесть в эпигастрии. Признаки желудочной диспепсии около 15 лет. В последние полгода появились слабость, сердцебиения, одышка при нагрузке, онемение нижних конечностей. К врачам не обращалась.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, лёгкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка. Лицо одутловато. Рост - 160 см, масса тела - 68 кг. В лёгких везикулярное дыхание. Границы сердца смещены влево на 1 см, тоны немного приглушены, ЧСС - 90 в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Язык малинового цвета, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 70 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 1,3, ретикулоциты – 0,1%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 30 мм/час, MCV – 70 фл. В мазке крови обнаружены гиперсегментированные нейтрофилы, тельца Жолли и кольца Кебота.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Укажите вероятные причины данного заболевания.

Задача 33

Больной 44 лет обратился в поликлинику с жалобами на беспокоит слабость, утомляемость, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, жжение в языке, чувство онемения в подошвах стоп. Кожа и слизистые бледные с желтушным оттенком. Лицо отёчное, бледное, волосы седые. Язык чистый, малиновый, блестящий, сосочки атрофированы. Тоны сердца глухие, слабый систолический шум на верхушке, на лёгочном стволе. Пальпируется печень на 2 см ниже правой рёберной дуги, перкуторные размеры - 15×10×8 см. Пальпируется селезёнка, перкуторные размеры - 13×10 см. Усилены рефлексy, снижена чувствительность на стопах и кистях рук.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 63 г/л, эритроциты – $2,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитарная формула - без особенностей, MCV - 110 фл, тельца Жолли и кольца Кебота, пойкилоцитоз. Билирубин – 55 мкмоль/л, непрямой – 45 мкмоль/л. Результаты стеральной пункции: эритроидная гиперплазия костного мозга, мегалобластный тип кроветворения, соотношение эритроидных и миелоидных элементов - 1:1, снижено количество мегакариоцитов, определяются гигантские метамиелоциты.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Назовите критерии эффективности лечения заболевания.

Задача 34

Больной 20 лет при обращении в поликлинику предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, желтушное окрашивание кожи и склер. Неделю назад после переохлаждения повысилась температура до 38°C, были катаральные явления в течение 3 дней, по поводу чего принимал Парацетамол. Температура нормализовалась, но появилось желтушное окрашивание кожи и склер, нарастающая слабость. В прошлом также были эпизоды желтухи.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожа бледно-желтушной окраски с лимонным оттенком, склеры иктеричны. Пульс - 90 в минуту, ритмичный, АД - 110/80 мм рт. ст. В лёгких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка +3 см. Клинический анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,9, ретикулоциты – 3%, лейкоцитарная формула - без особенностей, СОЭ – 10 мм/час. Билирубин крови – 33 мкмоль/л, реакция непрямая.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Какие осложнения заболевания могут развиваться у больного?

Задача 35

Больная А. 18 лет, студентка. Поступила на 12 день болезни в тяжёлом состоянии. Заболела остро. Повысилась температура до 39°C, появились боли в горле при глотании. Тогда же заметила увеличение шейных лимфоузлов. Лечилась амбулаторно, однако состояние не улучшалось, нарастала слабость. Кожные покровы и слизистые бледные, говорит с трудом. Температура тела до 40°C. Шейные, заднешейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены в размерах (3×6, 4×8 мм), болезненные. На коже геморрагические пятна. Десна разрыхлены. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, отечны, покрыты гнойным налетом, имеются некротические язвы. Легкие - перкуторно лёгочный звук, дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. Систолический шум на верхушке, тоны громкие. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Язык красный. Живот мягкий, безболезненный. Селезёнка и печень не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 83 г/л, ретикулоциты - 0,1%, цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - $5,0 \times 10^9/л$; лейкоциты - $0,8 \times 10^9/л$; эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 7%, ю. - 90%, моноциты - 2%, СОЭ - 72 мм/час. Стерильный пунктат: общее количество миелокариоцитов - $6,8 \times 10^9/л$. Гранулоцитов нет. Группы бластных клеток составляют 70%.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте план дополнительных методов обследования.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Раздел 7. Ревматология

Задача 36.

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 блестит, 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 37

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). АЦЩП – 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 38

Больная А. 24 лет жалуется на головную боль, слабость, боли в суставах. Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Получала нерегулярно Преднизолон 30 мг в сутки, но в дальнейшем от лечения отказалась. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфоузлов. При обследовании был выявлен перикардит, плеврит. Настоящее ухудшение в течение 2 месяцев.

Объективно: состояние тяжёлое. Питание пониженное. Кожные покровы сухие, отмечаются участки эритематозной сыпи на коже спины. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Отмечается скованность, отёчность в межфаланговых суставах кистей. Деформаций нет. Дыхание ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же притупление при перкуссии. Сердце расширено в поперечнике (14,5 см), тоны глухие. Пульс – 108 уд/мин., ритм правильный. Артериальное давление – 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см. Селезёнка не пальпируется. Отёчность голеней.

Анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – $1,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 180×10^9 /л, лейкоциты – $4,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/ч.

Анализ мочи: удельный вес – 1010, белок – 1,2%, в осадке до 40 эритроцитов в поле зрения, холестерин сыворотки крови – 6,4 ммоль/л, креатинин сыворотки крови – 124 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови – 51 г/л, альбумин – 25 г/л.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Предложите план дополнительного обследования больного?
3. Чем обусловлены изменения лабораторных показателей?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложите план лечения.

Задача 39

Женщина 44 лет, программист, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на нарастающую общую слабость, боль, ограничение движений и онемение, преимущественно пальцев, в обеих кистях, незначительный сухой кашель, сердцебиение при физической нагрузке, снижение аппетита, сухость во рту, затруднение жевания и глотания. Считает себя больной с 32 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Одновременно появилась повышенная потливость обеих ладоней. Постепенно в течение 6 месяцев присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства. Было сделано исследование общего анализа крови, рентгенография органов грудной клетки, ФГДС, однако причина астенизации не была выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита, и больной назначили Преднизолон по 20 мг/сут, с помощью которого боли были купированы, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила принимать Преднизолон. В 42 года после инсоляции больная стала отмечать затруднение глотания, присоединение сухого кашля и сердцебиения при ходьбе. В последние 6 месяцев резко усилились боли в ногтевых фалангах при попытке работы на клавиатуре компьютера.

При осмотре: внешний вид больной представлен на рисунке. Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берётся в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объём пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Выявлено уменьшение экскурсии легких и симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, 88 в минуту, единичные экстрасистолы; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.

Лабораторно.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 95 г/л, цветовой показатель - 0,85; лейкоциты - $15,3 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 1%; СОЭ - 27 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л; альбумины - 40%, глобулины - 60%, 1 - 3,8%, 2 – 12%; – 12%; – 32,2%; фибриноген – 6,6 г/л; СРБ (++)

Повторные исследования LE клеток в крови отрицательны.

Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» лёгкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах.

Рентгенография кистей: остеолит дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз болезни и трудоспособность пациента.

Задача 40

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 отёки 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 рёберной 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 – $100 \times 10^9/л$, 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 – $210 \times 10^9/л$, 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-ЕПІ) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Проверяемые компетенции - УК-1 , ОПК-4,5,6,7,8,9,10, ПК-1,2

Темы докладов

1. Показатели функции внешнего дыхания. Эластические свойства легких. Бронхиальная проходимость. Современные методы оценки респираторной функции легких.
2. Дыхательная недостаточность. Классификация дыхательной недостаточности, патогенетические механизмы. Современные методы диагностики дыхательной недостаточности.
3. ХОБЛ. Определение, этиологические факторы, патогенез, диагностика, роль спирометрии в диагностике обструктивного синдрома.
4. Особенности лечения ХОБЛ: бронхолитическая, муколитическая терапия, глюкокортикостероиды, антибиотики, коррекция дыхательной недостаточности, методы немедикаментозной терапии, профилактика
5. Пневмония. Этиология, патогенез. Классификация пневмоний. Клиническая картина. Осложнения. Критерии тяжести течения. Принципы лечения.
6. Лечение домашней пневмонии. Эмпирическая антибактериальная терапия, патогенетическая и симптоматическая терапия. Методы немедикаментозной терапии, диспансеризация, профилактика.
7. Бронхиальная астма. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая симптоматика и диагностика. Диагностические критерии бронхиальной астмы и степени тяжести бронхиальной астмы.
8. Астматический статус, предрасполагающие факторы. Варианты течения. Критерии диагноза и стадии течения. Лечение обострения бронхиальной астмы.
9. Лечение бронхиальной астмы в межприступном периоде. Базисная ступенчатая терапия с учетом степени тяжести. Профилактика. Реабилитация больных.
10. Заболевания с преимущественным поражением плевры: плевриты, гидроторакс, спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика, лечение.
11. Альвеолиты (идиопатический фиброзирующий альвеолит, экзогенный аллергический альвеолит, токсический фиброзирующий альвеолит)
12. Гранулематозы (саркоидоз легких, гранулематоз Вегенера, гистиоцитоз X);
13. Диссеминация опухолевой природы (бронхоальвеолярный рак, карциноматозный лимфангоит, карциноматоз легких);
14. Патологические состояния, связанные с нарушением кровообращения: тромбоэмболия легочной артерии, первичная легочная гипертензия. Хроническое легочное сердце.

15. Рак и другие опухоли легких. Метастатическое поражение легких. Современные методы диагностики. Хирургические и консервативные методы лечения.
16. Патология дыхания во сне. Синдром ночного апноэ. Диагностика, лечение.
17. Дифференциальная диагностика при легочном инфильтрате. Составление индивидуализированной программы обследования больного. Критерии достоверного диагноза нозологических форм.
18. Дифференциальная диагностика при выпоте в плевру. Составление индивидуализированной программы обследования больного. Критерии достоверного диагноза нозологических форм.
19. Дифференциальная диагностика при лихорадке неясного генеза. Составление индивидуализированной программы обследования больного.
20. Дифференциальная диагностика при бронхообструктивном синдроме. Составление индивидуализированной программы обследования больного.
21. Атеросклероз, этиология, патогенез, факторы риска, нарушение липидного спектра. Диагностика атеросклероза, особенности клинических проявлений в зависимости от области поражения. Лечение.
22. ИБС. Факторы риска, патогенез. Стабильная стенокардия. Классификация, диагностика. Антиангинальные препараты. Базисная терапия, симптоматическое лечение. Хирургические методы лечения
23. ИБС. Острый коронарный синдром, основные факторы патогенеза. Клинические варианты течения и прогноз при ИС. Основные методы диагностики для выявления ишемии миокарда у больных с синдромом ИС.
24. Этиологические факторы и звенья патогенеза острого инфаркта миокарда (ОИМ), роль повреждения интимы и тромбоцитов. Электрофизиологические и патолого-анатомические изменения после прекращения коронарного кровотока
25. Тактика ведения больных с неосложненным ИМ, виды обезболивания, профилактика нарушений ритма сердца. Особенности диагностики и ведения больных ОИМ на догоспитальном и госпитальном этапа
26. Понятие об ограничении очага поражения. Тромболитическая терапия, баллонная ангиопластика.
27. Патогенез и клиника острой сердечной недостаточности; кардиогенный шок, отек легких. Основные варианты гемодинамики, значение выделения типов гемодинамики для прогноза и терапии. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения.
28. Нарушения ритма и проводимости – как осложнения острого периода ИМ. Механизмы развития аритмий при ОИМ. Профилактика и лечение аритмий при ОИМ. Особенности нарушения проводимости и их лечение.
29. Классификация АГ: по стадиям, уровню АД, степени риска. Рефрактерная АГ, гипертония «белого халата». Алгоритм обследования больных АГ.
30. Симптоматические АГ: почечные (паренхиматозные, реноваскулярные), эндокринные, коарктация аорты. Этиопатогенез, клинические проявления, методы диагностики и лечения.
31. Основные группы современных антигипертензивных препаратов, фармакодинамика и фармакокинетика. Тактика выбора антигипертензивных средств у больных АГ.
32. Хроническая сердечная недостаточность. Роль нейро-гормональной регуляции в патогенезе НК, классификация. Принципиальные медикаментозные особенности в терапии систолической и диастолической сердечной недостаточности.
33. Современные патогенетические направления в лечебной тактике СН. Современные принципы лечения больных ХСН, группы применяемых препаратов.
34. Первичная и вторичная легочная гипертензия, этиопатогенез, особенности клиники и диагностики. Хроническая легочная гипертензия. Легочное сердце.

35. Тромбоэмболии легочной артерии, этиология, патогенез, классификация, особенности клинического течения, методы диагностики, тактика ведения. Основные группы препаратов, применяемых при лечении ТЭЛА.
36. Инфекционные эндокардиты, новые формы, особенности современного течения, прогноз. Клинические варианты течения инфекционных эндокардитов, методы диагностики, осложнения, фармакотерапевтические подходы к лечению инфекционных эндокардитов.
37. Миокардиты. Поражения миокарда при острых инфекционных заболеваниях. Современные представления патогенеза и классификации миокардитов, методы диагностики и верификации. Особенности клинического течения, принципы лечения.
38. Гипертрофическая КМП, этиопатогенез, особенности гипертрофии миокарда при ГКМП, методы диагностики, особенности лечения, дифференциальный диагноз с гипертоническим сердцем.
39. Дилатационная КМП (ДКМП), этиопатогенез, дифференциальная диагностика ДКМП и ишемической КМП, постинфарктным кардиосклерозом. Механизм развития ХСН. Методы диагностики, лечения.
40. Экстрасистолия, классификация, градации желудочковых экстрасистол по Лауну и Вольфу, методы диагностики. Атипичные варианты экстрасистолии. Парасистолия, дифференциальная диагностика с экстрасистолией. Подходы к лечению.
41. Пароксизмальные формы мерцания и трепетания предсердий, гемодинамика, Методы диагностики для определения прогноза и особенностей клинического течения мерцания и трепетания предсердий. Современные методы лечения.
42. Особенности развития и клиники мерцания предсердий при СССУ и синдроме предвозбуждения желудочков. Прогноз, тактика ведения в амбулаторных и стационарных условиях при хронической форме мерцания предсердий.
43. Атрио-вентрикулярные тахикардии, классификация, диагностические критерии, лечение. Особенности при синдроме ВПУ, диагностика, дифференциальная диагностика. Преимущества катетерных методов лечения (абляция).
44. Желудочковые тахикардии (ЖТ), этиология, патогенез, клиника, диагностика, распространенность. Мономорфные, полиморфные, двунаправленные ЖТ. Стандарт лечения и прогноз.
45. Алкогольное поражение сердца – патогенез, клиника, лечение. Данные инвазивных методов в диагностике алкогольного поражения сердца. НРС при алкогольном поражении сердца.
46. Функциональная диспепсия: понятие, этиология, классификация, диагностика, лечение больных.
47. Ахалазия кардии. Этиология. Морфология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагноз, осложнения. Лечение. Консервативное лечение и пневмокардиодилатация. Показания и противопоказания.
48. ГЭРБ: этиология, патогенез, диагностика, лечение больных.
49. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Параэзофагеальные грыжи
50. Язвенное кровотечение. Методы ранней диагностики. Методы интенсивной терапии и ведения больных с язвенным кровотечением. Хирургическое лечение.
51. Пенетрирующая язва. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.
52. Острый геморрагический гастрит. Острый гастрит с кровотечением. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
53. Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
54. Хронический панкреатит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

55. Токсическая болезнь печени. Лекарства и поражения печени. Физиологическая роль печени в метаболизме лекарств. Нарушение фармакокинетики лекарств при болезнях печени. Гепатотоксичность лекарств.
56. Алкогольная болезнь печени. Метаболизм этанола в печени. Системные проявления воздействия алкоголя на печень и другие органы. Алкогольное жировое перерождение печени.
57. Печеночная кома. Прогноз. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные принципы и методы неотложной терапии осложнений. Консервативное лечение.
58. Постхолецистэктомический синдром. Причины развития. Патогенез. Классификация. Клинические варианты течения. Методы диагностики. Меры профилактики. Показания к липотропно-жировой диете. Консервативная терапия.
59. Хронические сосудистые заболевания тонкой кишки. Хронический ишемический энтерит. Ишемическая стриктура кишечника. Клиника. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
60. Синдром раздраженного кишечника (с диареей, без диареи). Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
61. Опухоли толстой кишки. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак толстой кишки. Клинические варианты течения. Современные возможности диагностики и лечения.
62. Острая почечная недостаточность, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.
63. Хроническая болезнь почек, распространенность, патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение.
64. Хронический гломерулонефрит, этиология, патогенез, принципы диагностики, лечение.
65. Острый гломерулонефрит, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.
66. Хронический пиелонефрит, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
67. Сахарный диабет, этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение.
68. Метаболический синдром, определение, диагностика, особенности лечения, немедикаментозная и медикаментозная терапия.
69. Общая семиотика заболеваний органов кроветворения, клинические методы исследования, исследование крови, цитологические и другие дополнительные методы исследования.
70. Острые лейкозы. Этиопатогенез, классификация лейкозов, клинические проявления, методы исследований. Лечение острых лейкозов.
71. Хронические лейкозы, этиопатогенез, классификация, клинические проявления, методы исследования больных, лечение.
72. Анемии, классификация, особенности патогенеза различных форм анемий, клинические проявления, диагностика, лечение.
73. Физиология гемостаза, методы исследования. Геморрагические диатезы при заболеваниях крови и при заболеваниях внутренних органов.

Контрольные вопросы к промежуточной аттестации (экзамену) в первом семестре.

1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология и патогенез. Значение геликобактерной инфекции в возникновении опухолей, билиарной патологии. Клинические формы патологии, которую вызывает геликобактерная инфекция. Язвенная форма и гастритическая форма. Генерализованная форма.
2. Диагностические тесты на *Helicobacter pylori*. Инвазивные и неинвазивные

- разновидности дыхательных тестов для диагностики инфекции. Чувствительность и специфичность диагностических тестов. Патогенные и непатогенные штаммы *Helicobacter pylori*/ Семейство геликобактеров. Потенциально канцерогенные штаммы. Дифференциальный диагноз. Осложнения и исходы. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. МСЭ.
3. Классификация синдромов, вызываемых инфекцией. Этиология и патогенез аналогичных синдромов вызываемых не геликобактером. Характеристика язвы желудка и дуоденальной язвы. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы.
 4. Определение предраковых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Классификация. Этиология и патогенез предраковых заболеваний пищеварительной системы. Клинические проявления предрака желудка, пищевода, печени, поджелудочной железы и кишечника. Дополнительные методы исследования. Принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика. Прогноз.
 5. Определение предраковых заболеваний, изменений и состояний организма человека. Эпидемиология. Классификация. Первичная и вторичная характеристика этих изменений. Клиническая картина. Значение инструментальных методов диагностики. Течение, осложнения. Лечение, профилактика.
 6. Современные представления об этиологии и патогенезе гепатитов и циррозов печени. Значение иммунного звена патогенеза. Морфологическая характеристика. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Клинические формы и варианты течения гепатитов и циррозов печени. Лабораторно-инструментальные показатели функции печени. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Профилактика. Трудовая экспертиза. Принципы лечения.
 7. Лечение язвенной болезни. Классификация антибактериальных препаратов, критерии отмены, рациональные комбинации антибактериальных препаратов, в соответствии с последними Маастрихтскими соглашениями.
 8. Составление программ по скринингу, мониторингу предраковых заболеваний, составление программ по лечению таких пациентов.
 9. Печёночная энцефалопатия. Клиническая картина. Основные симптомы и проявления печеночной энцефалопатии. Интенсивная терапия печеночной энцефалопатии.
 10. Характеристика основных групп препаратов для лечения циррозов печени. Лечение отдельных клинических форм. Показания к глюкокортикоидной терапии. Осложнения.
 11. Болезнь Крона. Определение. Этиология и патогенез, классификация, клиника, критерии диагноза, дифференциальная диагностика. Принципы терапии.
 12. ЯК. Болезнь Крона. Определение. Этиология и патогенез, классификация, клиника, критерии диагноза, дифференциальная диагностика. Принципы терапии.
 13. Хронический бескаменный холецистит
 14. Пиелонефрит. Этиология и патогенез. Значение первичных и вторичных пиелонефритов. Пиелонефриты беременных. Клиника, течение. Диагностические методы применяемые для верификации диагноза пиелонефрита. Дифференциальный диагноз. Осложнения и исходы. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению.
 15. Особенности течения пиелонефрита у подростков, беременных, пожилых. Диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
 16. Просмотр и трактовка лабораторных, инструментальных методов исследования пациентов с пиелонефритом.

17. Классификация антибактериальных препаратов, критерии отмены, рациональные комбинации антибактериальных препаратов.
18. Определение гломерулонефритов. Классификация. Этиология и патогенез
Клинические проявления острого и хронического гломерулонефрита.
Дополнительные методы исследования. Принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика. Прогноз.
19. Острая почечная недостаточность Клиническая картина. Стадии ОПН.
Диагностические критерии. Лечебные мероприятия необходимые при острой почечной недостаточности. Прогноз.
20. Нефротический синдром, амилоидоз почек. Диагностические критерии.
Дифференциальный диагноз на основе лабораторных и инструментальных данных.
21. Современные представления об этиологии и патогенезе хронической болезни почек.
Значение иммунного звена патогенеза. Морфологическая характеристика.
Классификация. Стадии хронической болезни почек. Клиническая картина.
Основные клинические синдромы. Клинические формы и варианты течения хронической болезни почек. Лабораторно-инструментальные показатели. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Профилактика. Трудовая экспертиза.
Принципы лечения.
22. Формулировка диагноза хронической болезни почек. Принципы лечения.
Интенсивная терапия. Показания к трансплантации почек.
23. Сахарный диабет 1 и 2 типов. Определение. Современная классификация сахарного диабета. Эпидемиология. Причины роста заболеваемости. Этиология.
24. Сахарный диабет 1 типа. Роль вирусной инфекции и аутоиммунных процессов.
Наследственность. Другие поражения поджелудочной железы.
25. Сахарный диабет 2 типа. Роль резистентности рецепторов к инсулину, наследственности, ожирения, контринсулиновых гормонов, беременности, стресса, инфекции, гнойной инфекции, переедания и гиподинамии. «Ятрогенные» факторы генеза сахарного диабета. Понятие о факторах риска. Мультифакториальность генеза сахарного диабета 1 и 2 типов.
26. Патогенез клинических синдромов и осложнений сахарного диабета. Качественное и количественное определение сахара в моче. Псевдогликозурия. Ренальная гликозурия. Пероральный глюкозотолерантный тест. Нарушение толерантности к глюкозе. ИРИ. С-пептид. Гликированный гемоглобин. Манифестный диабет. Степени тяжести заболевания. Понятия о компенсации и декомпенсации, ремиссии.
27. Поздние осложнения сахарного диабета. Микро- и макроангиопатии. Патогенез.
Ретинопатия. Диабетическая нефропатия. Катаракта. Нейропатия. Дермопатия.
Остеоартропатия. Синдром диабетической стопы.
28. Синдромы «утренней зари» и хронической передозировки инсулина. Понятие об инсулинорезистентности.
29. Искусственная поджелудочная железа. Пересадка бета-клеток.
30. Обучение больных и самоконтроль, «Школа больного сахарным диабетом».
31. Принципы лечения осложнений сахарного диабета. Экспертиза трудоспособности больных сахарным диабетом. Санаторно-курортное лечение.
32. Диффузный токсический зоб. Этиология. Патогенез (аутоиммунные механизмы).
Клиника и патогенез основных симптомов. Диагностика. Осложнения диффузного токсического зоба. Эндокринная офтальмопатия. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз токсического зоба. Тиреотоксическая аденома.
33. Лечение диффузного токсического зоба. Тиростатики, механизм действия, побочные эффекты, осложнения. Симптоматическая терапия и лечение осложнений. Лечение эндокринной офтальмопатии. Показания к хирургическому лечению и лечению радиоактивным йодом. Тиреотоксический криз. Клиника. Неотложная помощь. Профилактика. Экспертиза трудоспособности больных токсическим зобом.

34. Тиреоидиты. Хронический аутоиммунный тиреоидит. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагноз. Принципы лечения.
35. Подострый тиреоидит. Этиология, патогенез, клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.
36. Иод-дефицитные заболевания. Дефицит йода и другие факторы как причина и условия развития зоба. Наследственность. Профилактика эндемического зоба: массовая, групповая, индивидуальная. Лечение эндемического зоба. Изменения щитовидной железы в связи с аварией на Чернобыльской АЭС.
37. Заболевания коры надпочечников. Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников (Болезнь Аддисона). Этиология и патогенез. Клинические проявления и данные лабораторных исследований. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Экспертиза трудоспособности.
38. Заболевания мозгового вещества надпочечников.
39. Феохромоцитома. Клиническая картина. Клинические формы заболевания (пароксизмальная, постоянная, бессимптомная). Диагноз. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение.
40. Инсиденталомы надпочечников. Определение. Методы обследования. Тактика ведения.

4.7 Контрольные вопросы к промежуточной аттестации (экзамену) в третьем семестре.

1. Плевриты. Нагноительные заболевания легких. Этиология и патогенез. Значение туберкулезной инфекции, опухолей, системных васкулитов. Мета- и парапневмонические плевриты. Плевриты сухие и экссудативные. Осумкованные плевриты. Клиника, течение. Диагностическая и лечебная плевральная пункция. Значение исследования характера экссудата. Дифференциальный диагноз. Осложнения и исходы. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. МСЭ.
2. Классификация нагноительных заболеваний легких. Этиология и патогенез. Характеристика абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни, гангрены легкого. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы.
3. Характеристика абсцесса легкого, бронхоэктатической болезни, гангрены легкого. Особенности клинической картины, осложнения. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Классификация антибактериальных препаратов, критерии отмены, рациональные комбинации антибактериальных препаратов. Показания к хирургическому лечению. Исходы.
4. Хроническое легочное сердце. Эмфизема легких. Определение легочного сердца. Классификация. Этиология и патогенез хронического легочного сердца. Клинические проявления компенсированного и декомпенсированного хронического легочного сердца. Дополнительные методы исследования. Принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика. Прогноз.
5. Определение эмфиземы легких. Эпидемиология. Классификация. Первичная и вторичная эмфизема. Клиническая картина. Выделение основных клинических и лабораторно-инструментальных синдромов. Значение инструментальных методов диагностики. Течение, осложнения. Лечение, профилактика. Принципы лечения: лечение основного заболевания, патогенетическая и симптоматическая терапия.
6. Острое и подострое легочное сердце. Понятие о первичной легочной

- гипертензии. Просмотр рентгенограмм, ЭКГ, спирограмм.
7. Бронхиальная астма. Современные представления об этиологии и патогенезе бронхиальной астмы. Значение иммунного звена патогенеза. Морфологическая характеристика. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Клинические формы и варианты течения бронхиальной астмы. Лабораторно-инструментальные показатели лёгких. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Профилактика. Трудовая экспертиза. Принципы лечения. Показания к глюкокортикоидной терапии. Осложнения.
 8. Астматический статус. Клиническая картина. Основные симптомы и проявления астматического статуса. Интенсивная терапия астматического статуса.
 9. Нейроциркуляторная дистония. Определение заболевания. Классификация, степени тяжести. Диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Возможности лечения. Показания к назначению психотропных средств и бета-адреноблокаторов. Прогноз. Трудоустройство.
 10. Схема нейро-гормонально-метаболической регуляции внутренних органов. Методы изучения состояния ВНС, психического статуса. Методики проведения и оценки функциональных тестов при НЦД. Клиническая фармакология психотропных препаратов, бета-адреноблокаторов, М-холиноблокаторов. Купирование вегетативных кризов.
 11. Классификация болезней миокарда ВОЗ (1999) и отечественная классификация Н.Р. Палеева и М.А. Гуревича. 4 группы некоронарогенных болезней миокарда: миокардиодистрофии, миокардиты, кардиомиопатии, опухоли сердца.
 12. Причины и патогенез миокардиодистрофий. Кальциевая триада. Подходы к лечению миокардиодистрофий.
 13. Дилатационная и гипертрофическая кардиомиопатии, аритмогенная дисплазия правого желудочка. Критерии диагностики, подходы к терапии.
 14. Основные причины миокардитов. Вирусная инфекция как основная причина миокардитов. Варианты течения и сложности диагностики миокардитов.
 15. Первичные и вторичные опухоли сердца. Клиника и диагностика миксомы левого предсердия.
 16. Этиология перикардитов. Классификация. Клиническая картина. Критерии диагностики. Принципы лечения.
 17. Симптоматические артериальные гипертензии. Механизмы регуляции АД. Органы, ответственные за прессорную реакцию АД. Представление о гипертонической болезни как о первичной артериальной гипертензии. Моносиндромность гипертонической болезни и полисиндромность вторичных артериальных гипертензий.
 18. Основные группы симптоматических гипертензий: нефрогенные, эндокринопатические, гемодинамические, центрогенные, лекарственные, при беременности, в периоперационном периоде. Основной принцип диагностики: оценка полисиндромности. Характеристика основных заболеваний, приводящих к вторичной артериальной гипертензии: гломерулонефрит, пиелонефрит, вазоренальная артериальная гипертензия, феохромоцитома, синдром Конна, болезнь Иценко-Кушинга, коарктация аорты. Представления о двухэтапной схеме обследования.
 19. Классификация гипертонической болезни. Правила измерения артериального давления. Формулировка диагноза гипертонической болезни. Курация больных с симптоматической артериальной гипертензией, написание курационного листа.
 20. Классификация аритмий и нарушений проводимости. Механизмы возникновения нарушений ритма и проводимости. Методы диагностики нарушений ритма и проводимости: клиника, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭФИ сердца, ВЭМ, сигнал-усредненная ЭКГ, прекардиальное картирование. Классификация антиаритмических препаратов. Показания к электроимпульсной терапии,

- кардиостимуляции, хирургическим методам лечения, проведению вагусных проб.
21. Особенности клинической картины, ЭКГ, других диагностических методик и лечебной тактике при экстрасистолии, пароксизмальных суправентрикулярных тахикардиях (суправентрикулярная тахикардия, фибрилляция и трепетание предсердий), желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков, синдроме слабости синусного узла, атриовентрикулярных блокадах
 22. Выделение типичных для больного с нарушениями ритма и проводимости жалоб, основных клинических и электрокардиологических синдромов, характерных как для нарушений ритма и проводимости, так и для основного заболевания.
 23. Выявление противопоказаний к восстановлению синусного ритма. Особенности назначения антиаритмических препаратов, их побочные эффекты.
 24. Врожденные пороки сердца. Эмбриогенез сердца. Предпосылки формирования порока сердца. Этиология. Классификация пороков сердца. Нарушение внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика открытого артериального протока, дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок, триады Фалло, тетрады Фалло.
 25. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Классификация пороков сердца. Нарушение внутрисердечной гемодинамики, клиника, Лечение. Показания к оперативному лечению.
 26. Врожденные и приобретенные пороки сердца. Особенности предоперационной подготовки больного. Виды оперативного лечения.
 27. Анемии. Общие сведения (этиология, классификация, неспецифические и специфические клинико-лабораторные проявления).
 28. Постгеморрагические анемии (этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика).
 29. Наследственные гемолитические анемии (этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика). Приобретенные гемолитические анемии (этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика).
 30. Железодефицитная и железорезервированная анемии. Этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика.
 31. В12- и фолиево-дефицитные анемии. Этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика.
 32. Гипо- и апластические анемии (этиология, классификация, патогенез, клинико-гематологическая картина, лабораторная диагностика).
 33. Эритроцитозы.
 34. Лейкоцитозы. Лейкемоидные реакции.
 35. Лейкопении. Аномалия Пельгера-Хьюета.
 36. Лейкоз. Общие сведения (этиология, патогенез, клинико-гематологическая картина, принципы лабораторной диагностики).
 37. Классификация, дифференциальная клинико-гематологическая характеристика и лечение острых лейкозов.
 38. Классификация хронических лейкозов. Дифференциальная клинико-гематологическая характеристика, диагностика и лечение лимфопролиферативных хронических лейкозов.
 39. Дифференциальная клинико-гематологическая характеристика, диагностика и лечение миелолифферативных хронических лейкозов.
 40. Теории кроветворения (полифелитическая, триалистическая, дуалистическая, умеренно-унитарная, унитарная). Структурная организация кроветворной системы. Современная схема кроветворения.
 41. Ревматические пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез нарушений гемодинамики. Методы диагностика (физикальные, ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенологические). Дифференциальная диагностика. Клиническая и

- инструментальная диагностика. Тактика консервативного лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансеризация и лечение в поликлинике. Профилактика, прогноз, МСЭ.
42. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений. Диспансеризация, МСЭ.
 43. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
 44. Дерматомиозит. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, варианты течения, лабораторная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
 45. Узелковый периартериит. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз,
 46. Заболевания суставов. Классификация. Методы исследования. Функция опорно-двигательного аппарата. Диагностика, дифференциальная диагностика.
 47. Ревматоидный артрит (РА). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы этапной терапии РА. Диспансеризация больных РА, МСЭ.
 48. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
 49. Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
 50. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, критерии диагностики. Дифференциальный диагноз, лечение, диспансеризация, МСЭ.
 51. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
 52. Первично-деформирующий остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, особенности течения, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
 53. Подагра. Этиология и патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение подагры. Профилактика
 54. Васкулиты. Этиология. Патогенез. Современная классификация. Клиническая картина, Диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика васкулитов.

Проверяемые компетенции - УК-1 , ОПК-4,5,6,7,8,9,10, ПК-1,2

5. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Критерии оценивания устных ответов на занятиях:

Шкала оценивания	Показатели
-------------------------	-------------------

«Отлично»	<p>1) обучающийся полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий;</p> <p>2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные;</p> <p>3) излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка.</p> <p>всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии.</p>
«Хорошо»	<p>обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для отметки «5», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении излагаемого. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p>
«Удовлетворительно»	<p>обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но:</p> <p>1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;</p> <p>2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;</p> <p>3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.</p>
«Неудовлетворительно»	<p>обучающийся обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал.</p>

Критерии оценивания тестовых заданий (с оценкой):

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Критерии, показатели и шкала оценивания ситуационной задачи.

«Отлично» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями на анатомических препаратах, с правильным и свободным владением анатомической 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), в схематических изображениях и демонстрациях на анатомических препаратах, 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), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрациях на анатомических препаратах, 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), без умения схематических изображений и демонстраций на анатомических препаратах или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

Описание шкалы оценивания доклада:

«Отлично» ставится, если выполнены все требования к написанию и защите доклада: 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 докладу и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём доклада; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

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

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

Критерии оценивания устных ответов на экзамене:

Шкала оценивания	Показатели
«Отлично»	1) обучающийся полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка. всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии.
«Хорошо»	обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для отметки «5», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении излагаемого. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно»	<p>обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.
«Неудовлетворительно»	<p>обучающийся обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал.</p>

Критерии, показатели и шкала оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

Практические навыки оцениваются по умению обучающегося собрать жалобы, анамнез, составить план профилактических и реабилитационных мероприятий по заболеванию.

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено", "не зачтено" или по пятибалльной шкале.

Критерии оценки (зачтено/не зачтено):

«Зачтено» - выставляется при условии, если обучающийся показывает хорошие знания учебного материала по теме, знает методику проведения практического навыка, умеет осуществить практические навыки и умения. При этом ординатор логично и последовательно осуществляет практические навыки и умения, дает удовлетворительные ответы на дополнительные вопросы.

«Не зачтено» - выставляется при условии, если обучающийся владеет отрывочными знаниями по практическим навыкам и умениям, затрудняется в умении их осуществить, дает неполные ответы на вопросы из программы практики.

Критерии оценки (по пятибалльной шкале):

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - обучающийся выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - обучающийся правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по

началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

Классификация ошибок

При оценке знаний, умений и навыков обучающихся следует учитывать все ошибки (грубые и негрубые) и недочеты.

Грубыми считаются следующие ошибки:

- незнание определения основных понятий, законов, правил, основных положений теории, незнание формул, общепринятых символов обозначений величин, единиц их измерения;
- незнание наименований единиц измерения;
- неумение выделить в ответе главное;
- неумение применять знания для решения задач и объяснения явлений;
- неумение делать выводы и обобщения;
- неумение читать и интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования;
- неумение пользоваться первоисточниками, учебником и справочниками;
- нарушение техники безопасности;
- небрежное отношение к оборудованию, приборам, материалам.

Негрубыми считаются следующие ошибки:

- неточность формулировок, определений, понятий, законов, теорий, вызванная неполнотой охвата основных признаков определяемого понятия или заменой 1-2 из этих признаков второстепенными;
- ошибки, вызванные несоблюдением условий проведения методики, наблюдения, условий работы прибора, оборудования;
- ошибки в условных обозначениях;
- нерациональный метод выполнения навыка или недостаточно продуманный план устного ответа (нарушение логики, подмена отдельных основных вопросов второстепенными);
- нерациональные методы работы со справочной и другой литературой.

Недочетами являются:

- нерациональные приемы, выполнения алгоритмов, наблюдений, заданий;
- ошибки в вычислениях (арифметические);
- небрежное выполнение записей;
- орфографические и пунктуационные ошибки.

Критерии, показатели и шкала оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

Практические навыки оцениваются по умению обучающегося собрать жалобы, анамнез, составить план профилактических и реабилитационных мероприятий по заболеванию.

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено", "не зачтено" или по пятибалльной шкале.

Критерии оценки (зачтено/не зачтено):

«Зачтено» - выставляется при условии, если обучающийся показывает хорошие знания учебного материала по теме, знает методику проведения практического навыка, умеет осуществить практические навыки и умения. При этом ординатор логично и последовательно осуществляет практические навыки и умения, дает удовлетворительные ответы на дополнительные вопросы.

«Не зачтено» - выставляется при условии, если обучающийся владеет отрывочными знаниями по практическим навыкам и умениям, затрудняется в умении их осуществить, дает неполные ответы на вопросы из программы практики.

Критерии оценки (по пятибалльной шкале):

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - обучающийся выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - обучающийся правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

Классификация ошибок

При оценке знаний, умений и навыков обучающихся следует учитывать все ошибки (грубые и негрубые) и недочеты.

Грубыми считаются следующие ошибки:

- незнание определения основных понятий, законов, правил, основных положений теории, незнание формул, общепринятых символов обозначений величин, единиц их измерения;
- незнание наименований единиц измерения;
- неумение выделить в ответе главное;
- неумение применять знания для решения задач и объяснения явлений;
- неумение делать выводы и обобщения;
- неумение читать и интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования;
- неумение пользоваться первоисточниками, учебником и справочниками;
- нарушение техники безопасности;
- небрежное отношение к оборудованию, приборам, материалам.

Негрубыми считаются следующие ошибки:

- неточность формулировок, определений, понятий, законов, теорий, вызванная неполнотой охвата основных признаков определяемого понятия или заменой 1-2 из этих признаков второстепенными;
- ошибки, вызванные несоблюдением условий проведения методики, наблюдения, условий работы прибора, оборудования;
- ошибки в условных обозначениях;
- нерациональный метод выполнения навыка или недостаточно продуманный план устного ответа (нарушение логики, подмена отдельных основных вопросов второстепенными);
- нерациональные методы работы со справочной и другой литературой.

Недочетами являются:

- нерациональные приемы, выполнения алгоритмов, наблюдений, заданий;
- ошибки в вычислениях (арифметические);
- небрежное выполнение записей;
- орфографические и пунктуационные ошибки.

Организация проведения экзаменов.

Форма проведения экзамена – устный по билетам. Билет для проведения экзамена предполагает три задания: 2 теоретических вопроса и практическое задание.

Преподаватели кафедры разрабатывают билеты для проведения экзаменов, количество которых должно превышать число экзаменуемых в учебной группе.

Материалы для проведения экзамена (билеты, практические задания, материальное обеспечение, необходимое для проведения экзамена, справочные пособия, разрешенные для использования на экзамене и т. п.) обсуждаются на заседании кафедры, подписываются заведующим кафедрой.

Предварительное ознакомление обучающихся с практическими заданиями экзаменационных билетов не допускается.

Экзамен принимается преподавателем, ведущим данную дисциплину в учебной группе. По решению кафедры экзамен может приниматься экзаменационной комиссией.

Порядок проведения экзамена.

Перед началом экзамена преподаватель проверяет присутствующих ординаторов.

В аудитории, где проводится экзамен, должны быть в наличии:

- рабочие программы учебной дисциплины;
- зачетно-экзаменационная ведомость;
- комплект билетов в разрезанном виде – для обучающихся, второй – для экзаменатора;

- необходимые справочные материалы, не содержащие прямого ответа на вопросы билетов;
- экзаменационные листы бумаги, заверенные печатью отдела подготовки кадров высшей квалификации для записей ответа на билет.

В аудитории могут одновременно находиться не более шести обучающихся. На подготовку ответа по билету отводится 40 минут.

Обучающийся выбирает билет, называет его номер, получает практическое задание к билету и приступает к подготовке ответа. Обучающийся при сдаче экзамена может брать только один билет.

После завершения подготовки ответа или по истечении отведенного для этого времени обучающийся докладывает преподавателю о готовности и с его разрешения или по его вызову отвечает на поставленные в билете вопросы. Не рекомендуется прерывать обучающегося во время ответа (исключение – ответ не по существу вопроса).

Обучающемуся необходимо в течение 5-15 минут изложить суть излагаемого вопроса, стремясь делать это максимально полно и последовательно. Выступление должно строиться свободно, убедительно и аргументировано. Необходимо, чтобы выступающий проявлял собственное отношение к тому, о чем он говорит, высказывал свое личное мнение, понимание, обосновывал его и мог сделать правильные выводы из сказанного. При этом обучающийся может обращаться фактам и наблюдениям современной жизни и т. д.

По окончании ответа на вопросы билета преподаватель может задавать обучающемуся дополнительные и уточняющие вопросы в пределах учебного материала, вынесенного на экзамен.

После завершения ответа обучающийся сдает преподавателю билет и экзаменационный лист с тезисами ответа. Преподаватель объявляет обучающемуся оценку по результатам экзамена, а также вносит эту оценку в зачетную ведомость, зачетную книжку.

Если обучающийся отказался от ответа на вопросы билета, ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

Выход обучающегося из аудитории во время подготовки к ответу по билету может быть разрешен преподавателем в исключительном случае не более одного раза. При этом обучающийся обязан перед выходом из аудитории сдать материалы ответа преподавателю.

По решению преподавателя обучающийся, пользующийся на экзамене неразрешенными материалами и записями, электронными средствами, а также нарушающему установленные правила поведения на зачете (экзамене) может быть удален с экзамена с оценкой «не зачтено», «неудовлетворительно».

Место выполнения задания: в учебном кабинете.

Максимальное время выполнения задания: 40 мин – для экзамена.

Необходимые ресурсы: контрольные вопросы, практические задания, необходимые для проведения промежуточной аттестации

В первом семестре

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

Программа ординатуры

20____-20____ уч.г.

Кафедра «Внутренние болезни»
Дисциплина «Общая и частная терапия»
Специальность 31.08.49 Терапия

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1

1. Современные представления об этиологии и патогенезе хронической болезни почек. Значение иммунного звена патогенеза. Морфологическая характеристика. Классификация. Стадии хронической болезни почек. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Клинические формы и варианты течения хронической болезни почек. Лабораторно-инструментальные показатели. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Профилактика. Трудовая экспертиза. Принципы лечения.
2. Неотложная помощь при тиреотоксическом кризе
3. Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.
Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочевыделение свободное, безболезненное, моча

тёмно-жёлтая.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв – 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

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

Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм.

Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка Расположена обычно ,структура однородная ,паренхима средней эхогенности .Площадь селезенки – 36,1 см².Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.
4. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Заведующий кафедрой

Хапаев Б.А

В третьем семестре

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

Программа ординатуры

20____-20____ уч.г.

Кафедра «Внутренние болезни»
Дисциплина «Общая и частная терапия»
Специальность 31.08.49 Терапия

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1

1. Этиология перикардитов. Классификация. Клиническая картина. Критерии диагностики. Принципы лечения.
2. Неотложная помощь при трансфузионном шоке
3. 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 отёки 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 рёберной 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 – $100 \times 10^9/л$, 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-ЕПІ) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Заведующий кафедрой _____

Хапаев Б.А

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

**Подготовка кадров высшей квалификации
Программа ординатуры**

**Протокол ночного дежурства
ординатора ___ курса специальность _____
ФИО**

**От « ___ » _____ 20__ г.
Отделение _____ РГБ ЛПУ КЧРКБ**

Ф.И.О., возраст поступившего больного	Клинический диагноз	План обследования	План лечения

Подпись ординатора _____ ФИО

Подпись дежурного врача _____ ФИО

Руководитель ординатора от медицинского учреждения _____ ФИО

**Аннотация рабочей программы дисциплины
Подготовка кадров высшей квалификации
Ординатура
31.08.49 Терапия**

Общая и частная терапия

Цикл дисциплин – Блок 1 «Дисциплины»

Часть – **обязательная**

Дисциплина (модуль)	Общая и частная терапия
Реализуемые компетенции	УК-1 , ОПК-4,ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2
Результаты освоения дисциплины (модуля)	<p>УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</p> <p>ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования</p> <p>ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p>ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения</p> <p>ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p>ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p>ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарногигиеническому просвещению населения</p> <p>ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением</p> <p>ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов</p>

	<p>ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза</p> <p>ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность</p> <p>ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</p> <p>ПК-1.5 Проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>ПК-1.6 Оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме</p> <p>ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>
Грудоемкость, з.е.	756/21
Формы отчетности(в т.ч. по семестрам)	экзамен в 1-м и в 3-м семестре