

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

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по учебной работе

 Г.Ю. Нагорная
« 27 » 10 2022 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

Поликлиническая терапия

Уровень образовательной программы ординатура

Специальность 31.08.49 Терапия

Квалификация Врач – терапевт

Нормативный срок обучения 2 года

Форма обучения очная

Институт Медицинский

Кафедра разработчик РПД Пропедевтика внутренних болезней

Выпускающая кафедра Внутренние болезни

Начальник
учебно-методического отдела

 Семенова Л.У.

Директор Института

 Узденов М.Б.

Заведующий выпускающей кафедрой

 Хапаев Б.А.

Черкесск 2026 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цель и задачи освоения дисциплины.....	2
2. Планируемые результаты обучения по дисциплине	2
3. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО программы ординатуры.....	3
4. Структура и содержание дисциплины.....	3
4.1. Объем дисциплины и виды учебной работы	3
4.2. Содержание и структура дисциплины	4
5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	12
5.1. Методические указания для подготовки обучающихся к лекционным занятиям	12
5.3. Методические указания для подготовки обучающихся к практическим (семинарским) занятиям	12
5.4. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся.....	13
6. Образовательные технологии	15
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)	16
7.1. Основная литература:	16
7.2. Дополнительная литература:.....	16
7.3. Периодические (специализированные) издания	16
7.4. Интернет-ресурсы, справочные системы.....	16
7.5. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение	Ошибка! Закладка не определена.
8. Материально-техническое и программное обеспечение дисциплины.	17
8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий:	17
9. Особенности реализации дисциплины для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	18
10. Оценка качества освоения программы	18
Приложение 1. Фонд оценочных средств	
Приложение 2. Аннотация рабочей программы	

1. Цель и задачи освоения дисциплины

Целью освоения дисциплины (модуля) «Поликлиническая терапия» является формирование у обучающихся системы универсальных, профессиональных компетенций врача - терапевта, 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.

Задачи дисциплины (модуля):

формирование знаний, умений и практических навыков, необходимых для:

1. формирование у обучающихся теоретических знаний в области поликлинической терапии.
2. осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
3. определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) в амбулаторно-поликлинических условиях.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Изучение дисциплины «Поликлиническая терапия» направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

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

Код компетенции	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	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 УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	тестовые задания, ситуационные задачи, контрольные вопросы.
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 ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, реферат, контрольные вопросы.

Код компетенции	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	Оценочные средства
ПК-2	Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	тестовые задания, практические задания, ситуационные клинические задачи, контрольные вопросы.

3. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО программы ординатуры

Дисциплина «Поликлиническая терапия» изучается в 3 семестре и входит в часть, формируемую участниками образовательных отношений Блока 1 (Дисциплины).

Предшествующие и последующие дисциплины, направленные на формирование компетенций

№ п/п	Предшествующие дисциплины	Последующие дисциплины
1.	Дисциплины, изученные по программам специалитета	Производственная (клиническая) практика (поликлиника) 4 семестр
2.	Общая и частная терапия(1 семестр).	«Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена» (4 семестр)

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
		3
Аудиторная контактная работа обучающихся с преподавателем, в том числе:	36	36
Лекции (Л)	6	6
Практические занятия (ПЗ), Семинары (С)	30	30
Лабораторные работы (ЛР)		
Самостоятельная работа обучающихся (СР) всего	36	36
<i>Самостоятельное изучение материала</i>	10	10
<i>Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)</i>	6	6

Подготовка к текущему контролю (ПТК)		6	6
Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)		4	4
В том числе: контактная внеаудиторная работа		10	10
Промежуточная аттестация	Зачет в том числе:	Зачет	Зачет
ИТОГО: Общая трудоемкость	часов	72	72
	зач. ед.	2	2

4.2. Содержание и структура дисциплины

4.2.1. Содержание учебной дисциплины

№ п/п	Наименование тем (разделов)	Содержание тем (разделов)	Коды компетенций	Формы контроля
Тема 1.	Практическая деятельность участкового врача-терапевта.	Вопросы диагностики онкологических заболеваний изучаются при разборе синдромов и нозологических форм в плане дифференциальной диагностики, динамического диспансерного наблюдения и при реализации профилактических осмотров. Вероятные и достоверные симптомы, позволяющие заподозрить онкопатологию легких, желудка, кишечника, щитовидной железы, молочной железы. Программа обследования. Роль биохимических, иммуноферментных, эндоскопических, ультразвуковых, лучевых (рентгенологического, томографического, магнитно-резонансного) методов обследования в установлении диагноза.	УК-1 ОПК-5 ПК-2	Устный опрос, прием практических навыков, тестирование, решение и разбор ситуационных задач, реферат, практические задания..
Тема 2.	Поликлиническая терапия сердечно-сосудистых заболеваний.	Инфаркт миокарда. Ранние симптомы инфаркта миокарда. Атипическая форма инфаркта миокарда. Тактика врача-терапевта поликлиники при подозрении на инфаркт миокарда. Лечебные мероприятия до приезда бригады скорой медицинской помощи (СМП) и госпитализации. Тактика ведения больного инфарктом миокарда после выписки из стационара или отделения реабилитации кардиологического санатория. Лечение. Поликлинические этапы реабилитации. Основные методы физической реабилитации в поликлинике, организация контроля за ее проведением. Психологическая и социально-трудовая реабилитация. Временная нетрудоспособность, ее сроки при мелкоочаго-	УК-1 ОПК-5 ПК-2	Устный опрос, прием практических навыков, тестирование, решение и разбор ситуационных задач, реферат, практические задания.

		вом, крупноочаговом, трансмуральном, неосложненном, осложненном инфаркте миокарда. Показания к направлению на МСЭК. Диспансерное наблюдение в первые 6 месяцев после выписки на работу. Вторичная профилактика.		
Тема 3.	Ведущие синдромы и заболевания в поликлинической терапии.	Субфебрилитет и лихорадочный синдром. Причины возможного затяжного повышения температуры тела - инфекции очаговые и генерализованные, болезни соединительной ткани, паранеопластические процессы, системные заболевания крови, лимфопролиферативные процессы, аллергические реакции. Инфекционные заболевания, наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники: тифозно-паратифозная группа, бруцеллез, "детские" инфекции у взрослых, их диагностика. Тактика врача-терапевта при их выявлении. Инфекционный эндокардит, методы диагностики. Клинические проявления заболеваний соединительной ткани, сопровождающиеся лихорадкой. Методы их диагностики. Особенности субфебрилитета и лихорадки при паранеопластических процессах. Объем обследования для установления диагноза. Заболевания крови, сопровождающиеся лихорадкой. Тактика врача-терапевта поликлиники при установлении диагноза ВИЧ-инфекция.	УК-1 ОПК-5 ПК-2	Устный опрос, прием практических навыков, тестирование, решение и разбор ситуационных задач, реферат, практические задания..

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

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела учебной дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу ординатора (в часах)					Формы текущей и промежуточной аттестации
			Л	ЛР	ПЗ	СРО	всего	

1.	3	Практическая деятельность участкового врача-терапевта.	2	-	10	12	24	Устный опрос, прием практических навыков, тестирование, решение и разбор ситуационных задач, реферат, практические задания.
2.	3	Поликлиническая терапия сердечно-сосудистых заболеваний.	2	-	10	12	24	Устный опрос, прием практических навыков, тестирование, решение и разбор ситуационных задач, реферат, практические задания..
3.	3	Ведущие синдромы и заболевания в поликлинической терапии.	2	-	10	12	24	Устный опрос, прием практических навыков, тестирование, решение и разбор ситуационных задач, реферат, практические задания.
		ИТОГО:	6	-	30	36	72	Зачет

4.2.3. Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекции	Содержание лекции	Всего часов
1	3	4	5
Семестр 3			
1.	Тема 1. Практическая деятельность участкового врача-терапевта.	Организационная: нормативные показатели по законодательным и инструктивным документам текущего года, практическая работа с документацией. Организация стационара на дому. Профилактическая: первичная профилактика. Выявление факторов риска. Формирование диспансерных групп Д ₁ – Д ₃ . Оздоровительные мероприятия. Вторичная профилактика. Рекомендации по	2

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекции	Содержание лекции	Всего часов
		профилактике. Эффективность диспансеризации. Лечебно-диагностическая: современные возможности обследования и лечения. Дневной стационар в поликлиниках. Реабилитация в амбулаторных условиях: при ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болезни. Медико-социальная экспертиза: частные вопросы МСЭ при заболеваниях, предусмотренных программой. Причины временной нетрудоспособности, ее длительность, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности. Показания к трудоустройству и его реализация. Выявление признаков инвалидности. Оформление всей документации по медико-социальной экспертизе. Показатели оценки качества работы участкового терапевта по этим разделам.	
	Тема 2. Поликлиническая терапия сердечно-сосудистых заболеваний.	Гипертонический синдром. Причины возможного повышения артериального давления; функциональные заболевания, гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (вазореальные, ренальные, эндокринные, церебральные). Возможности обследования в поликлинике для выявления причины артериальной гипертензии, роль современных неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз нейроциркуляторной дистонии, гипертонической болезни, вазореальной и ренальной гипертензии. Гипертоническая болезнь. Образ жизни и факторы риска. Пограничные артериальные гипертензии. Ранние симптомы гипертонической болезни. План обследования больного в поликлинике.	2

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекции	Содержание лекции	Всего часов
		ке. Клиническая характеристика и обоснование в поликлинике стадий гипертонической болезни. Осложнения гипертонической болезни, показания к госпитализации. Лечение гипертонической болезни в поликлинике в зависимости от стадии болезни. Принципы подбора медикаментозной терапии. Немедикаментозная терапия. Гипертонические кризы. Показания для госпитализации. Купирование гипертонического криза на дому и в поликлинике. Вторичная профилактика при гипертонической болезни. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Временная нетрудоспособность, ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство. Ишемическая болезнь сердца. Варианты ИБС по классификации ВОЗ, наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники.	
	Тема 3. Ведущие синдромы и заболевания в поликлинической терапии.	Синдром болей в левой половине грудной клетки. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза. Основные отличительные признаки коронарных болей - стенокардии. Возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС. Роль и значение ЭКГ, нагрузочных тестов, эхокардиографии (ЭХО-КГ), стресс-эхокардиографии (стресс-ЭХО-КГ) для верификации ИБС. Показания к направлению на коронарографию. Причины болей в грудной клетке некоронарного генеза (кардиальные и некардиальные). Заболевания сердца, сопровождающиеся болями, их дифференциально-диагностические особенности. Экстракардиальные причины болей в грудной клетке: шейно-грудной остеохондроз, заболевания плевры, грыжи диафраг-	2

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекции	Содержание лекции	Всего часов
		мального отверстия, заболевания органов брюшной полости. Синдром болей в животе и диспепсический синдром. Причины, вызывающие боли в животе: воспалительные, функциональные, обтурационные, нарушения гемодинамики, их основные отличительные особенности. Заболевания, ассоциированные с хеликобактерной инфекцией. Содержание понятий желудочная, кишечная и панкреатическая диспепсия. Роль нарушений секреторной и моторной функций желудка, кишечника и поджелудочной железы в возникновении диспепсических расстройств. Заболевания, проявляющиеся диареей или запорами. Методы исследования при наличии диспепсических расстройств и болей в животе: клинические, лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые, цитоморфологические. Дифференциальный диагноз основных заболеваний, сопровождающихся болями в животе и диспепсическими расстройствами.	
ИТОГО часов в семестре:			6

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
1	3	4	5
Семестр 3			
1.	Тема 1. Практическая деятельность	Вопросы диагностики онкологических заболеваний изучаются при разборе синдромов и нозологических форм в плане дифференциальной диагностики, ди-	10

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
	участкового врача-терапевта.	намического диспансерного наблюдения и при реализации профилактических осмотров. Вероятные и достоверные симптомы, позволяющие заподозрить онкопатологию легких, желудка, кишечника, щитовидной железы, молочной железы. Программа обследования. Роль биохимических, иммуноферментных, эндоскопических, ультразвуковых, лучевых (рентгенологического, томографического, магнитно-резонансного) методов обследования в установлении диагноза.	
	Тема 2. Поликлиническая терапия сердечно-сосудистых заболеваний.	Инфаркт миокарда. Ранние симптомы инфаркта миокарда. Атипичная форма инфаркта миокарда. Тактика врача-терапевта поликлиники при подозрении на инфаркт миокарда. Лечебные мероприятия до приезда бригады скорой медицинской помощи (СМП) и госпитализации. Тактика ведения больного инфарктом миокарда после выписки из стационара или отделения реабилитации кардиологического санатория. Лечение. Поликлинические этапы реабилитации. Основные методы физической реабилитации в поликлинике, организация контроля за ее проведением. Психологическая и социально-трудовая реабилитация. Временная нетрудоспособность, ее сроки при мелкоочаговом, крупноочаговом, трансмуральном, неосложненном, осложненном инфаркте миокарда. Показания к направлению на МСЭК. Диспансерное наблюдение в первые 6 месяцев после выписки на работу. Вторичная профилактика.	10
	Тема 3. Ведущие синдромы и заболевания в поликлинической терапии.	Субфебрилитет и лихорадочный синдром. Причины возможного затяжного повышения температуры тела - инфекции очаговые и генерализованные, болезни соединительной ткани, паранеопластические процессы, системные заболевания крови, лимфопролиферативные процессы, аллергические реакции. Инфекционные заболевания, наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники: тифозно-паратифозная группа, бруцеллез, "детские" инфекции у взрослых, их диагностика. Тактика врача-терапевта при их выявлении. Инфекционный эндокардит, методы диагностики. Клинические проявления заболеваний соединительной ткани, сопровождающиеся лихорадкой. Методы их диагностики. Особенности субфебрилитета и лихорадки при паранеопластических процессах. Объем обследования для установления диагноза. Заболевания крови,	10

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		сопровождающиеся лихорадкой. Тактика врача-терапевта поликлиники при установлении диагноза ВИЧ-инфекция.	
ИТОГО часов в семестре:			30

4.3. Самостоятельная работаординатора

№ п/п	Наименование раз-дела (темы) учебной дисциплины	Виды СРО	Всего часов
1	3	4	5
Семестр 3			
1.	Тема 1. Практическая деятельность участкового врача-терапевта.	Самостоятельное изучение материала	2
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	2
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	2
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	-
		Контактная внеаудиторная работа	2
2.	Тема 2. Поликлини-ческая терапия сер-дечно-сосудистых за-болеваний.	Самостоятельное изучение материала	4
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	2
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	2
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	2
		Контактная внеаудиторная работа	4
	Тема 3. Ведущие синдромы и заболевания в поликлинической терапии.	Самостоятельное изучение материала	4
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	2
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	2
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	2
		Контактная внеаудиторная работа	4
ИТОГО часов в семестре:			36

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

5.1. Методические указания для подготовки обучающихся к лекционным занятиям

Приступая к изучению дисциплины, обучающийся должен иметь общие представления об их объекте, предмете, методах, структуре, месте в системе наук и соотношении с другими науками.

Лекция - это форма и метод обучения, представляющий собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем-лектором учебного материала. Лекция является ведущим звеном учебного процесса, так как с нее начинается изучение дисциплины, ее тем. Только после лекции следуют другие, подчиненные ей формы обучения: семинары, практические занятия и т. д. Методологическое значение лекции состоит в том, что в ней раскрываются фундаментальные теоретические основы дисциплины и научные методы, с помощью которых анализируются экономические явления. Цель лекции - организация целенаправленной познавательной деятельности студентов по овладению программным материалом дисциплины. Задачи лекции - обеспечение формирования системы знаний по дисциплине. Лекционное занятие преследует пять основных дидактических целей: информационную - сообщение новых знаний; развивающую - систематизацию и обобщение накопленных знаний; воспитывающую - формирование взглядов, убеждений, мировоззрения; стимулирующую - развитие познавательных и профессиональных интересов; координирующую с другими видами занятий.

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.

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.

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 сначала 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 обучающимися дополнительных материалов по изучаемым дисциплинам и умение выбирать необходимый материал из различных источников;

– воспитание у обучающихся самостоятельности, организованности, самодисциплины, творческой активности, потребности развития познавательных способностей и упорства в достижении поставленных целей.

Формы самостоятельной работы обучающихся 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 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 введение 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 определенным автором.

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

2. 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.

3. 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 напишите 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.

1. е) обязательно оставьте время для проверки ответов, чтобы избежать механических ошибок.

4. Методические рекомендации по подготовке к зачету.

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 зачетом 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 к зачету простым повторением изученного материала. Необходимо углубить и расширить ранее приобретенные знания за счет новых идей и положений.

Результат по сдаче зачета объявляется ординаторам, вносится в экзаменационную ведомость. Незачет проставляется только в ведомости. После чего обучающийся освобождается от дальнейшего присутствия на зачете.

При получении незачета/ 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 литературы, не допускал существенных неточностей, а также правильно применял понятийный аппарат.

6. Образовательные технологии

№ п/п	№ семестра	Виды учебной работы,	Образовательные технологии, используемые при реализации различных видов учебной деятельности	Всего часов
1	3	Лекция Тема 1.. Практическая деятельность участкового врача-терапевта.	Лекция-визуализация	2

2	3	Практическое занятие Тема 2 Застойная сердечная недостаточность.	Разбор клинических случаев	4
3	3	Практическое занятие Атипичная форма инфаркта миокарда.	Разбор клинических случаев	4
		Итого		10

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

7.1. Основная литература:

1. Поликлиническая терапия [Текст]: учебник / Г.И. Сторажаков, И.И. Чукаева, А.А. Александров. - 2-е изд., пер. и доп. - 2013. - 640с.
2. Поликлиническая терапия [Электронный ресурс]: / Г.И. Сторажаков, И.И. Чукаева, А.А. Александров. - 1 электр. опт диск (CD ROM) приложение к учебнику

7.2. Дополнительная литература:

1. Кузнецова, Ю.В. Факультетская терапия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кузнецова Ю.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— 159с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/8188> .— ЭБС «IPRsmart», по паролю
2. Мостовая, О.С. Госпитальная терапия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Мостовая О.С.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— 159с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/8196> .— ЭБС «IPRsmart», по паролю
- 3.Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия". Утвержден приказом Минздрава России от 15.11.2012 N 923н.

7.3. Периодические (специализированные) издания

1. Общественное здоровье и здравоохранение / Б. А. Хапаев, М.Б. Узденов – Черкесск: БИЦ СевКавГА, 2017. – 16 с.

7.4. Интернет-ресурсы, справочные системы

1. Кокрейновская библиотека <https://www.cochrane.org/ru/evidence>
2. Научная электронная библиотека <http://elibrary.ru> .
3. «Электронно-библиотечная система. IPRbooks» <http://www.iprbookshop.ru>
4. «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru/>
5. Англоязычная текстовая база данных медицинских и биологических публикаций (профессиональная база данных) <http://www.pubmed.com>
6. Антибиотики и антибактериальная терапия <http://www.antibiotic.ru/>
7. Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>
8. Государственный реестр лекарственных средств (профессиональная база данных) <https://grls.rosminzdrav.ru>
9. Единая реферативная библиографическая база данных (профессиональная база данных) <http://www.scopus.com>
10. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) <https://mkb10.com/>
11. Ассоциация травматологов-ортопедов России (АТОР) - ator-rf.ru
12. Ассоциация анестезиологов-реаниматологов - <https://association-ar.ru>

7.5. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение

Лицензионное программное обеспечение	Реквизиты лицензий/ договоров
Антивирус Dr.Web Desktop Security Suite	Лицензионный договор № 621 Срок действия: с 25.09.2025 до 24.09.2026

Консультант Плюс	Договор № 7 от 15.01.2026 г.
Цифровой образовательный ресурс IPR SMART	Лицензионный договор № 12873/25П от 02.07.2025 г. Срок действия: с 01.07.2025 г. до 30.06.2026 г.
Бесплатное ПО	
LibreOffice, OpenOffice, МойОфис, Visual Studio Community, Sumatra PDF, 7-Zip, Adobe Acrobat Reader, Visual Studio Code. Учебная версия, Project, STDU Viewer, МКБ-10	

8. Материально-техническое и программное 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 оборудованием 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.

Местонахождение, наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
г. Черкесск, ул. Космонавтов, дом № 100 СевКавГА корпус 11 Лаборатория информатики Помещение № 207 аудитория для самостоятельной работы	комплект учебной мебели, доска, компьютеры с выходом в сеть Интернет, оргтехника (сканер, принтер)
г. Черкесск, ул. Ставропольская, дом № 36 Библиотечно-издательский центр Электронный читальный зал Ауд. 9, 10. аудитория для самостоятельной работы	комплект проекционный, мультимедийный интерактивный IQ Board DVT: интерактивная доска 84" IQ Board DVT T084, проектор TRIUMPH PJ1000 универсальное настенное крепление, Wize WTH140, Ноутбук Lenovo G500 15.6'', персональный компьютер-моноблок MSI AE202072, персональный ком-

	пьютер Samsung, МФУ Canon 3110, OfficeCentr MB 318. Комплект аудиторной мебели. Выход в сеть «Интернет»
г. Черкесск, ул. Ставропольская, дом № 36 СевКавГА корпус 1 Лекционная аудитория Помещение №144	Комплект аудиторной мебели, кафедра, набор демонстрационного оборудования: ноутбук, проектор, экран настенный.
г. Черкесск, ул. Ставропольская, дом № 36 СевКавГА корпус 1 Малый актовый зал Помещение № 121	Кафедра, набор демонстрационного оборудования: ноутбук проектор, экран настенный, выход в сеть «Интернет»

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.

Виды профессиональной деятельности	Профессиональные задачи	Профессиональные компетенции
------------------------------------	-------------------------	------------------------------

Медицинская	A/03.7 оказание специализированной медицинской помощи; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;	ПК-2,
-------------	--	-------

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина
«Поликлиническая терапия»

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «Поликлиническая 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-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
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 ординаторами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение ординаторами необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций ординаторов.

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

Разделы дисциплины	Формируемые компетенции (коды)		
	УК-1	ОПК-5	ПК-2
Практическая деятельность участкового врача-терапевта.	+	+	+
Поликлиническая терапия сердечно-сосудистых заболеваний.	+	+	+
Ведущие синдромы и заболевания в поликлинической терапии	+	+	+

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	Вопросы к зачету
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	Вопросы к зачету даний

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	
	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 паци-	Частично знает показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста,	Знает показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста, умеет разрабатывать	В полной мере знает показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Вопросы к зачету

	ентов с учетом характера заболевания 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	частично умеет разрабатывать план лечения пациентов 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	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	и возраста, умеет разрабатывать 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 и безопасности применения лекарственных	Частично знает принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины, способен оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов, частично владеет навыками оценки эффек-	Знает принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины, способен оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов, владеет навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарствен-	В полной мере знает принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины, способен оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов, владеет навыками оценки	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, ситуационные задачи	Вопросы к зачету даний

	препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»	тивности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»	ных 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»		
--	---	--	---	---	--	--

ПК-2 – Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности 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
ПК-2.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача	Знает основы медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков, не владеет навыками составления плана и отчета о своей работе, а также о работе деятельности медицинской организации	Частично знает основы медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков, частично владеет навыками составления плана и отчета о своей работе, а также о работе деятельности медицинской организации	Знает основы медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков, владеет навыками составления плана и отчета о своей работе, а также о работе деятельности медицинской организации	В полной мере знает основы медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков, владеет навыками составления плана и отчета о своей работе, а также о работе деятельности медицинской организации	Ситуационные задачи	Вопросы к зачету

ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Не организует и не контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Частично организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	В полной мере организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Ситуационные задачи	Вопросы к зачету
--	---	--	---	---	---------------------	------------------

4. Комплект контрольно-оценочных средств по дисциплине

«Поликлиническая терапия»

4.1. Комплект вопросов для подготовки к устному опросу, занятиям практического типа:

Практическое занятие № 1 (6 часов).

Тема 1. Практическая деятельность участкового врача-терапевта.

1. Диагностика онкологических заболеваний, дифференциальная диагностика.
2. Динамическое диспансерное наблюдение и реализации профилактических осмотров.
3. Вероятные и достоверные симптомы, позволяющие заподозрить онкопатологию легких, желудка, кишечника, щитовидной железы, молочной железы.
4. Программа онкологических обследования.
5. Роль биохимических, иммуноферментных, эндоскопических, ультразвуковых, лучевых (рентгенологического, томографического, магнитно-резонансного) методов обследования в установлении диагноза.

Проверяемая компетенция – УК-1, ПК-2,3,4,9,10

Практическое занятие № 2 (10 часов).

Вопросы для обсуждения:

1. Инфаркт миокарда. Ранние симптомы инфаркта миокарда.
2. Атипическая форма инфаркта миокарда.
3. Тактика врача-терапевта поликлиники при подозрении на инфаркт миокарда. Лечебные мероприятия до приезда бригады скорой медицинской помощи (СМП) и госпитализации.
4. Тактика ведения больного инфарктом миокарда после выписки из стационара или отделения реабилитации кардиологического санатория. Лечение. Поликлинические этапы реабилитации.
5. Основные методы физической реабилитации в поликлинике, организация контроля за ее проведением.
6. Психологическая и социально-трудовая реабилитация.
7. Временная нетрудоспособность, ее сроки при мелкоочаговом, крупноочаговом, трансмуральном, неосложненном, осложненном инфаркте миокарда.
8. Показания к направлению на МСЭК.
9. Диспансерное наблюдение в первые 6 месяцев после выписки на работу. Вторичная профилактика.

Проверяемая компетенция –УК-1, ОПК-5, ПК-2

Практическое занятие № 3 (14 часов).

Тема 3. Ведущие синдромы и заболевания в поликлинической терапии.

1. Субфебрилитет и лихорадочный синдром.
2. Причины возможного затяжного повышения температуры тела - инфекции очаговые и генерализованные, болезни соединительной ткани, паранеопластические процессы, системные заболевания крови, лимфопролиферативные процессы, аллергические реакции.
3. Инфекционные заболевания, наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники: тифозно-паратифозная группа, бруцеллез, "детские" инфекции у взрослых, их диагностика.

- Тактика врача-терапевта при их выявлении.
4. Инфекционный эндокардит, методы диагностики. Клинические проявления заболеваний соединительной ткани, сопровождающиеся лихорадкой. Методы их диагностики.
 5. Особенности субфебрилитета и лихорадки при паранеопластических процессах. Объем обследования для установления диагноза.
 6. Заболевания крови, сопровождающиеся лихорадкой.
 7. Тактика врача-терапевта поликлиники при установлении диагноза. ВИЧ-инф.

Проверяемая компетенция – УК-1, ОПК-5, ПК-2

4.2. Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости

Правильный ответ – единственный.

1. В ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО НЕ ВХОДИТ (УК-1,2, ПК-1,5,6,8,9,10)

- а) оказание медицинской помощи
- б) направление на санаторно-курортное лечение
- в) определение группы инвалидности
- г) выдача больничного листа

Правильный ответ - в

2. НОРМАТИВНОЕ КОЛИЧЕСТВО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ (УК-1, ОПК-5, ПК-2)

- а) 1000 человек
- б) 1700 человек
- в) 2500 человек
- г) 5000 человек

Правильный ответ -б

3. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА, ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ОПК-5, ПК-2)

- а) климатические условия.
- б) состояние окружающей среды
- в) организация медицинской помощи
- г) наличие производственных вредностей
- д) все перечисленное

Правильный ответ -д

4. В ПЕРЕЧЕНЬ УЧЁТНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕ ВХОДЯТ (УК-1,2, ПК-1,5,6,8,9,10)

- а) Ф. 025/у
- б) Ф. 030/у
- в) Ф. 131/у
- г) Ф. 095/у

Правильный ответ -в

5. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛИЦ ГРУППЫ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ОПК-5, ПК-2)

- а) учет обращаемости
 - б) учет случаев временной нетрудоспособности
 - в) профосмотр
 - г) все перечисленные
- Правильный ответ -г

6. К ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫМ ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ОПК-5, ПК-2)

- а) хронические больные с частыми обострениями
 - б) лица с факторами риска
 - в) лица с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии в течение 2 лет
 - г) лица с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии в течение 3-5 лет
- Правильный ответ -б

7. В ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ РЕГИСТРАТУРЫ ВХОДИТ (УК-1,2, ПК-1,5,6,8,9,10)

- а) оказание неотложной помощи
 - б) распределение потока больных в поликлинике
 - в) выдача направлений на обследование
 - г) оформление документов по диспансеризации
- Правильный ответ - б

8. ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДОСМОТРА ОТВЕЧАЕТ (УК-1, ОПК-5, ПК-2)

- а) участковый врач
 - б) заведующий отделением профилактики
 - в) главный врач поликлиники
 - г) председатель врачебной комиссии ЛПУ
- Правильный ответ -в

9. ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫЕ ЛИЦА ВХОДЯТ В ГРУППУ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЁТА (УК-1, ОПК-5, ПК-2)

- а) Д I
 - б) Д II
 - в) Д III
 - г) все ответы верны
- Правильный ответ - г

10. ОПРЕДЕЛЯЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДОПУСКА К ПРОФЕССИИ (УК-1, ОПК-5, ПК-2)

- а) Приказ Минздравсоцразвития России № 000н от 12 апреля 2011г
 - б) Приказ Минздравсоцразвития РФ № 000 от 01.01.2001 г.
 - в) Приказ Минздравсоцразвития РФ № 000 от 01.01.2001 г.
- Правильный ответ -в

11. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ОФОРМЛЯЕТСЯ (УК-1,2, ПК-1,5,6,8,9,10)

- а) листок нетрудоспособности
- б) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- в) контрольная карта диспансерного больного

г) карта учёта диспансеризации

Правильный ответ –б

12. К МЕРАМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСЯТСЯ (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**)

а) санаторно-курортное лечение

б) противорецидивное лечение

в) гигиеническое воспитание населения

г) всё перечисленное

Правильный ответ -г

13. НОРМАТИВНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА УЧАСТКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**)

а) 1200 человек

б) 1500 человек

в) 2000 человек

г) 2500 человек

Правильный ответ -б

14. РЕКОНВАЛЕСЦЕНТЫ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**)

а) по Д II 1 год

б) по Д III 6 месяцев

в) по Д III 2 года

г) по Д II 6 месяцев

Правильный ответ -б

15. К КАТЕГОРИИ ЛИЦ, НЕ ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ЛЬГОТЫ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ, ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**)

а) инвалиды и участники ВОВ

б) ветераны боевых действий

в) инвалиды по общему заболеванию

г) дети инвалиды

д) пенсионеры по возрасту

Правильный ответ -д

16. Показателем эффективности работы участкового терапевта является (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**):

1) Снижение заболеваемости

2) Снижение числа посещений

3) Снижение травматизма

Правильный ответ 1

17. К основным показателям деятельности участкового терапевта не относится (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**):

1) Средняя длительность лечения больного

2) Процент совпадения поликлинических и клинических диагнозов

3) Нагрузка на врачебную должность

4) Эффективность диспансеризации

5) Данные социологических опросов

Правильный ответ 5

3. Право на выдачу листов нетрудоспособности имеют врачи (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**):

- 1) Государственной и муниципальной системы здравоохранения
- 2) Станций скорой медицинской помощи
- 3) Учреждений Роспотребнадзора
- 4) Туристических баз

Правильный ответ 1

18. Срок, на который лечащий врач продлевает листок нетрудоспособности единолично составляет до (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**):

- 1) 10 календарных дней
- 2) 15 календарных дней
- 3) 30 календарных дней
- 4) 4 месяцев при неблагоприятном трудовом прогнозе

19. Высокое нормальное АД – это (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**)

- 1) 120-129 и 80-84 мм рт.ст.
- 2) 130-139 и 85-89 мм рт.ст.
- 3) 140-159 и 90-99 мм рт.ст.
- 4) 160-179 и 100-109 мм рт.ст.

Правильный ответ 2

20. Артериальная гипертензия 2 степени – это (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**):

- 1) 140-159 и 90-99 мм рт.ст.
- 2) 160-179 и 100-109 мм рт.ст.
- 3) 130-139 и 85-89 мм рт.ст.
- 4) ≥ 180 и ≥ 110 мм рт.ст.

Правильный ответ 2

21) Артериальная гипертензия 3 степени – это (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**):

- 1) 130-139 и 85-89 мм рт.ст.
- 2) 140-159 и 90-99 мм рт.ст.
- 3) 160-179 и 100-109 мм рт.ст.
- 4) ≥ 180 и ≥ 110 мм рт.ст.

22. При ХОБЛ развиваются следующие воспалительные изменения в проксимальных дыхательных путях (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**):

- 1) Повышается количество макрофагов;
- 2) Повышается количество Т-лимфоцитов CD8+;
- 3) Снижается количество бокаловидных клеток;
- 4) Снижается количество лимфоцитов.

Правильный ответ 1,2,4

13. Показаниями для госпитализации при ХОБЛ являются (**УК-1,2, ПК-1,5,6,8,9,10**):

- 1) Значительное увеличение интенсивности симптомов;
- 2) Повышение температуры тела до 37,5°C;
- 3) Впервые возникшая аритмия;
- 4) Сухой кашель длительностью более 4 нед;
- 5) Невозможность купировать обострение первоначально используемыми лекарственными средствами.

Правильный ответ 1,3,5

24. ЧТО ОТНОСИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ГРУППАМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ: (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**)

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| A. Пробиотики | 1. Бифидумбактерин |
| B. Пребиотики | 2. Бифиформ |
| C. Спазмолитики | 3. Лактулоза |
| | 4. Пинатропиум бромид |

Правильный ответ А -1,2; В-3; С-4

25. СОЭ сильно увеличивается во время воспалительных процессов, потому что в плазме увеличивается количество глобулинов и особенно фибриногена, уменьшающих электрический заряд и способствующих большей скорости оседания эритроцитов **(УК-1, ОПК-5, ПК-2)**

- 1) НВН
- 2) ННН
- 3) ВВН
- 4) ВНН
- 5) ВВВ

Правильный ответ - 5

26. При увеличении концентрации панкреатических ферментов в двенадцатиперстной кишке уменьшается их секреция поджелудочной железой, потому что ферменты тормозят выработку пептидов, стимулирующих образование этих ферментов **(УК-1,2, ПК-1,5,6,8,9,10)**

- 1) ВВН
- 2) ВВВ
- 3) НВН
- 4) ННН
- 5) ВНН

Правильный ответ - 2

27. В ОБЪЕМ ЛАБОРАТОРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕ ВХОДИТ **(УК-1, ОПК-5, ПК-2)**

- а) Клинический анализ крови
- б) Клинический анализ мочи
- в) Исследование уровня холестерина
- г) Исследование сахара крови
- д) Определение протромбинового индекса
- е) ЭКГ

Правильный ответ -д

28. УКАЖИТЕ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН, НУЖДАЮЩИХСЯ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ **(УК-1, ОПК-5, ПК-2)**

- а) I группа
- б) II группа
- в) V группа
- г) IV группа
- д) III группа

Правильный ответ - б

29. В ФУНКЦИИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО НЕ ВХОДИТ **(УК-1, ОПК-5, ПК-2)**

- а) Формирование врачебного участка
- б) Санитарно-гигиеническое воспитание населения
- в) Диспансерное наблюдение пациентов
- г) Перевод в облегченные условия труда нуждающегося в этом пациента

Правильный ответ - г

30. КРИТЕРИЙ, НЕ ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО (УК-1, ОПК-5, ПК-2)

- а) Стабилизация или снижение уровня госпитализации
- б) Снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи
- в) Отсутствие на участке онкологических больных
- г) Увеличение числа посещений с профилактической целью

Правильный ответ - г

31. ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПИСЫВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ (УК-1, ОПК-5, ПК-2)

- а) № 000 от 01.01.2001 г.
- б) № 000 от 01.01.2001
- в) № 000 от 01.01.2001 г.
- г) № 000 от 01.01.2001 г.
- д) № 47 от 17.г.

Правильный ответ - д

32. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ В ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ ПРОВОДИТСЯ

- а) Рентгенография легких
- б) Рентгенография легких и трехкратное микроскопическое исследование мокроты с окраской по Цилю-Нильсену
- в) Томография легких
- г) Бронхоскопия

Правильный ответ - а

33. В МЕДИЦИНСКУЮ ГРУППУ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НЕ ВХОДЯТ (УК-1, ОПК-5, ПК-2)

- а) Пациенты с ХОБЛ
- б) Больные сахарным диабетом
- в) Больные хроническим тонзиллитом
- г) Больные язвенной болезнью
- д) ВИЧ-инфицированные

Правильный ответ -в

34. К УЧЕТНО-ОТЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕ ОТНОСИТСЯ (УК-1,2, ПК-1,5,6,8,9,10)

- а) Учетная форма № 000/у – 04
- б) Учетная форма № 000/у – ДД
- в) Учетная форма № 12 – Д – 1
- г) Учетная форма № 000 – 12/у

Правильный ответ - а

35. В ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ ПО ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО НЕ ВХОДИТ УЧЕТНАЯ ФОРМА (УК-1, ОПК-5, ПК-2)

- а) № 000/у – 04
- б) № 000/у – тер.
- в) № 000/у – 06
- г) № 000/у – 04

Правильный ответ - в

36. РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК ФОРМЫ № 000 – 1У – 88 ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ВЫПИСЫВАНИЯ И ОТПУСКА НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СРЕДСТВ, КРОМЕ **(УК-1, ОПК-5, ПК-2)**

- а) Психотропных веществ списка III
- б) Средств, подлежащих предметно-количественному учету
- в) Анаболических стероидов
- г) Психотропных веществ списка II

Правильный ответ - в

37. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ ЛПУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ В РАМКАХ ОКАЗАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕСПЛАТНО ИЛИ СО СКИДКОЙ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ **(УК-1, ОПК-5, ПК-2)**

- а) Пяти и более средств одновременно одному больному
- б) Наркотических средств
- в) Психотропных средств списка III
- г) Специализированных продуктов питания для детей-инвалидов
- д) Анаболических стероидов

Правильный ответ – д

38. ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВРАЧУ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ **(УК-1, ОПК-5, ПК-2)**

- а) Приказ МЗ РФ № 000 от г.
- б) Приказ МЗ РФ № 000 от г.
- в) Приказ Минздравсоцразвития РФ № 000 от г.
- г) Приказ МЗ РФ № 000 от г.

Правильный ответ - в

39. ИМЕЮТ ПРАВО НА ЛЬГОТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, БОЛЬНЫЕ **(УК-1, ОПК-5, ПК-2)**

- а) Сахарным диабетом
- б) Гипертонической болезнью
- в) Язвенной болезнью
- г) ХОБЛ

Правильный ответ – в

40. ПРИКАЗ, УТВЕРЖДАЮЩИЙ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО **(УК-2, ПК-1,5,6,8,)**

- а) Приказ Минздравсоцразвития РФ № 000 от г.
- б) Приказ Минздравсоцразвития РФ № 000 от г.
- в) Приказ МЗ РФ № 000 от 01.01.2001 г.
- г) Все ответы верны

Правильный ответ - г

41. В СТРУКТУРУ ОТДЕЛЕНИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В СОСТАВЕ ЛПУ НЕ ВХОДИТ (**УК-1, ОПК-5, ПК-2**)

- а) Регистратура
 - б) Кабинет осмотра и консультации больных
 - в) Прививочный/процедурный кабинет
 - г) Манипуляционная/перевязочная
 - д) Дневной стационар
- Правильный ответ - а

4.3. Ситуационные задачи для проведения текущего контроля успеваемости

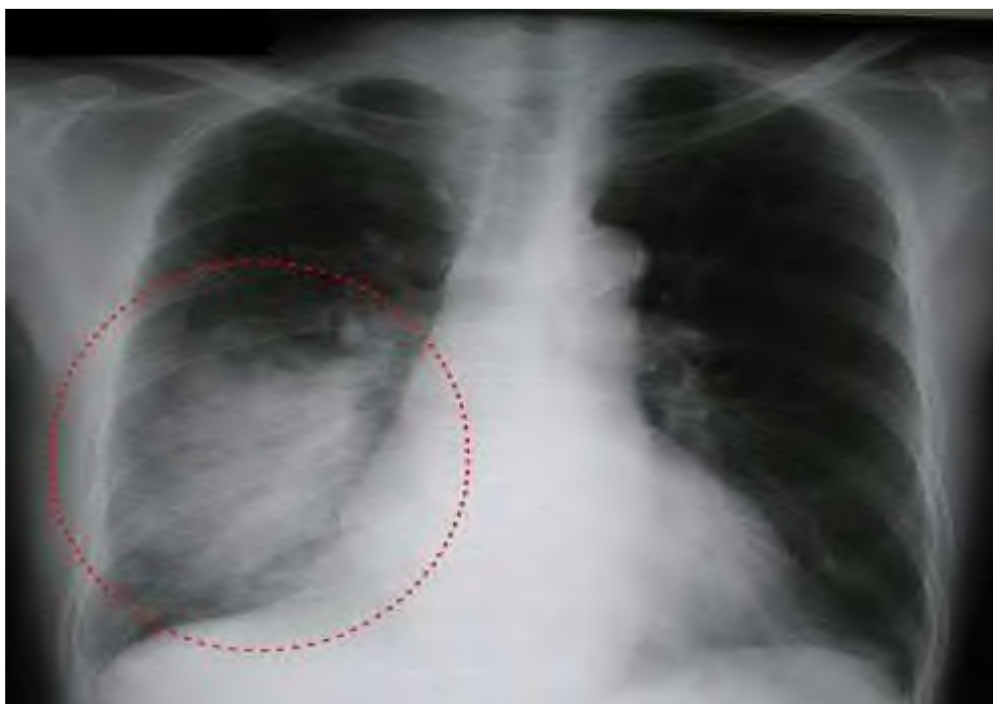
Задача №1

Больная Г., 29 лет, вызвала на дом участкового терапевта с жалобами на выраженную слабость, кашель со слизистой мокротой, повышением температуры до 38,5°C.

Анамнез: Заболела остро, 3 дня назад, когда появилась слабость, насморк, головная боль, озноб, повышение температуры. Лечилась самостоятельно, принимала аспирин. Температура снижалась до 37°C, однако спустя 4-5 ч вновь повышалась. На третий день состояние больной ухудшилось, повысилась температура до 39°C, усилилась слабость, появился кашель с трудно отхаркиваемой мокротой в небольшом количестве.

Объективно: состояние больной относительно удовлетворительное. ЧД 24 в мин. В легких перкуторно справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Пульс 105 в мин., ритмичный. АД=100/60 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный.

Представлена рентгенограмма грудной клетки:



Вопросы:

1. Какой механизм возникновения крепитации? В какую фазу дыхания лучше всего выслушивается?
2. Ваш диагноз?
3. Ваша врачебная тактика?
4. Какие изменения можно выявить при клиническом анализе крови, при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки?
5. Какое лечение необходимо пациенту?

6. Сроки временной нетрудоспособности?

Задача № 2

Больная, 16 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, головокружение, шум в ушах, сердцебиение, одышку при физической нагрузке.

Анамнез: родилась в многодетной семье. С детства была астеничной и бледной. Состояние стало ухудшаться в последние два года. Отмечает длительные и обильные месячные.

Объективно: при осмотре кожные покровы и слизистые бледные, сухие. Ногти ломкие, имеют ложкообразные вдавления, сосочки языка сглажены. При аускультации сердца выслушиваются тахикардия, систолический шум над верхушкой и на крупных сосудах. АД 90/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: эритроциты $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 80 г/л, уровень MCV 70 fl, уровень MCH 24 pg, уровень RDW 18%. Количество тромбоцитов и лейкоцитов в норме, лейкоцитарная формула не изменена, ретикулоциты в норме. СОЭ 12 мм/час.

Сывороточное железо 5,6 мкмоль/л, уровень ферритина сыворотки 10 мкг/л.

Общий анализ мочи: патологии нет.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите наиболее частые причины данного заболевания.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Ваша врачебная тактика?
5. Какое лечение необходимо пациенту?
6. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача № 3

Женщина 52 лет обратилась к участковому терапевту 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. Неделью 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 селезенка 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 ммоль/л; HbA1c - 7,1%. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
4. Дайте больной рекомендации по питанию.

Задача № 4

На приеме у участкового терапевта 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

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 №6

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

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

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

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

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. В 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 № 7

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 № 8

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 № 9

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 № 10

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 бледная, 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 № 11

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 гиперемизированы. 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.

Задача № 12

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 расчёсов. Отёков 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 - $6,2 \times 10^9/\text{л}$. 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. Кальций крови - 7,0 ммоль/л. Размеры почек при УЗИ: правая - $8,0 \times 3,5$ см, левая - $8,2 \times 3,8$ см, корковый слой почек подчеркнут и истончён.

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 № 13

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 прееболела 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 № 14

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. Оётов на нижних конечностях нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9/л$, палочко-ядерные 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, мочеви́на крови – 11 ммоль/л.

В анализах мочи: удельный вес – 1009, белок – 1,1%, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты вышечлочные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) – 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 № 15

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. Оётов 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 $8,9 \times 10^9/л$, СОЭ 36 мм/час, мочеви́на 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.

Задача №16

Больная 18 лет, студентка, живет в общежитии, поступила в больницу на 2-й день болезни с жалобами на общую слабость, чувство зябкости, боли в глазах при движении вверх или в сторону, першение

в горле, царапающие боли за грудиной, сухой кашель, плохой аппетит. Заболевание началось внезапно с потрясающего озноба, резкой слабости, повышения температуры до 39,8°C. На второй день болезни температура снизилась, общее состояние ухудшилось, утром, при попытке встать наступила кратковременная потеря сознания. Вызванный врач скорой помощи доставил заболевшую в инфекционную больницу с диагнозом «Менингит». В анамнезе имелись случаи лихорадочных заболеваний. Больные к врачу не обращались. Состояние тяжелое, температура 39,9°C, адинамичная, сознание ясное. Лицо умеренно гиперемировано, склерит, конъюнктивит. Зев гиперемирован с «росинками» на слизистой мягкого неба. Отмечается сухой кашель. Кожа чистая. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие. Пульс 92 удара в мин., ритмичный. АД 95/50 мм. рт. ст., печень и селезенка не пальпируются. Ригидности мышц затылка нет. Симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные. Кровь - эритроцитов-4300000, гемоглобин- 70%, лейкоцитов- 4100, эозинофилов-0%, сегментоядерных 31%, палочкоядерных-19%, лимфоцитов- 45%, моноцитов-5%, СОЭ- 17 мм/час.

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.С какими заболеваниями следует провести диф. диагноз?
- 3.Исследования, необходимые для уточнения диагноза?
- 4.Назначить лечение /прописи в виде рецептов/.

Задача №17

Больная 28 лет, поступила в клинику в удовлетворительном состоянии. Заболевание началось постепенно неделю назад появились недомогание, слабость, ухудшения аппетита. На 3-й день болезни стала жаловаться на боль в суставах, а на 6-й кожа и склеры приобрели желтушное окрашивание. Моча стала темной. Контакта с больными "желтухой" не имела.

Заболеваниями печени не страдает. За два месяца до болезни оперирована по поводу аппендицита. Температура нормальная. Выражена истеричность кожи и склер. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Пульс 62 удара в мин., ритмичный. Живот мягкий, печень умеренно болезненна при пальпации, выступает на 3 см ниже реберной дуги. Селезенка не прощупывается, моча цвета "пива" кал ахоличный. Лабораторные исследования: кровь-эритроцитов-4450000, гемоглобина-82%,лейкоцитрв-4300,эозинофилов3%,сегментоядерных-44%,палочкоядерных-7%, лимфоцитов 37%, моноцитов - 9%, СОЭ-9 мм/ч. Билирубин крови- свободный 3,3 мг %,связанный-5,5 мг проц. Аланинминотрансфераза-320 ед.альдолааа-36 ед. Сулемова проба-1,1 мл. тимоловая проба-9 ед.- В моче реакция на желчные пигменты и уробилин положительная. Кал светлый, стеркобилин- положительный.

- 1/Предварительный диагноз?
- 2/С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
- 3/Исследования, необходимые для уточнения диагноза?
- 4.Назначить лечение /прописи в виде рецептов/.

Задача №18

Больной 20 лет, студент. Живет в общежитии. Заболел остро днем. Накануне обедал в столовой. В 14 часов отметил сильный озноб, боли схваткообразного характера по всему животу, больше слева. Исчез аппетит, появилась головная боль. С 16 часов жидкий каловый стул, 7 раз, последние порции со слизью. На следующий день стул 18 раз, почти бескаловый, скудный в виде слизисто-гнойного комка, с примесью крови, без запаха. Тянувшие боли в прямой кишке перед и во время дефекации.

При осмотре: состояние средней тяжести. Бледный. Кожа чистая, пульс частый удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. В легких изменений не обнаружено. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. В копрограмме эритроциты и лейкоциты в большом количестве, слизь.

- 1/Предварительный диагноз и его обоснование?
- 2/План обследования и лечения?
- 3/Выписать необходимые лекарственные препараты!

Задача №19

Больной В. ,18 лет, студент техникума. Доставлен в психиатрическую больницу 28 августа с диагнозом:: острый психоз? алкогольный делирий? Болеет 3-й день: появилось беспокойство, раздражительность, боль в ногах температура-37,5°C, плохой сон. Сегодня состояние ухудшилось: появилось затруднение дыхания /"спазмы"/,расстройство глотания, резкая возбудимость, чувство страха .При осмотре: беспокоен, не вполне адекватен, вздрагивает от прикосновений и громких звуков, с развитием спазмов дыхания и глотания. При попытке дать пить воду из стакана спазм мышц шеи. Зрачки расширены, глаза блуждают. АД-100/50 мм-рт.ст.Пульс-130 в мин. ,ЧД-38 в мин. В начале июля на даче набросилась и укусила собственная собака, которая затем убежала и пропала. К врачу не обращался.

1/Ваши предположения о диагнозе?

2/С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

3/Принципы ведения больного?

Задача №20

Женщина 40 лет в течение 2 недель отмечает слабость, потливость, резкое снижение работоспособности, боль в мышцах и суставах рук и ног. В последние дни- тошнота, исчез аппетит, потемнела моча, появилась головная боль и головокружение. Температура не повышалась. Вчера родственники заметили желтушность склер. Сегодня была повторная рвота, головокружение, носовое кровотечение. Госпитализирована по скорой помощи. Объективно: вялая, заторможена. Температура тела-36,6°C. Выраженная желтуха. На коже и слизистых- геморрагии, положительный симптом щипка. Живот мягкий, слегка вздут печень у реберной дуги мягкая. Селезенка не пальпируется.В легких сердце- без особенностей.АД-90/70 мм. рт. ст. Пульс-100 в мин. Моча цвета пива, кал светло-коричневого цвета.

1/Вероятный диагноз?

2/Как объяснить симптомы со стороны ЦНС?

3/Что нужно для подтверждения диагноза?

4/Чем объяснить геморрагии?

5 /Основные лечебные мероприятия.

Задача №21

Женщина 36 лет, заболела остро. Среди ночи появился жидкий водянистый стул, повторная рвота, позже слабость, головокружение.В участковой больнице был поставлен диагноз «острое пищевое отравление». Было сделано промывание желудка, введены кордиамин 2,0 подкожно и внутривенно 500 мл 5% глюкозы с витамином С. Состояние больной ухудшалось: участилась рвота до 15-20 раз, жидкий водянистый стул без счета, резкая слабость. Появились судороги конечностей, сильная жажда. Больная в крайне тяжелом состоянии переводится в ЦРБ. Объективно: отмечаются акроцианоз и цианоз носогубного треугольника, черты лица заостренены, темные круги вокруг глаз, генерализованные судороги. Голос сиплый, тургор кожи снижен /кожная складка расправляется, медленно, температура тела 35,5°C, пульс нитевидный.АД-45/0 мм .рт.ст. Язык сухой, обложен зеленоватым налетом, живот втянут, мягкий, перестальтика усилена. Стул водянистый типа «рисового отвара». Моча не отделяется. Больная в сознании, вялая, в контакт вступает с трудом.

1/Какие сведения отсутствуют в анамнезе?

2/Определите степень обезвоживания.

3/Оцените состояние гемодинамики

4/Вероятный диагноз?

5/Правильно ли лечил больную врач участковой больницы.

Задача №22

Больной студент, 18 лет. 18 сентября отметил появление кашля и насморка, повышение температуры до 37,6°C. В поликлинике поставлен диагноз "ОРЗ", лечился аспирином, этазолом. Однако самочувствие продолжало ухудшаться, исчез аппетит, после приема таблеток этазола была рвота, стал ощущать тошноту, тяжесть в верхнем отделе живота, температура повысилась до 38°C. При повторном осмотре врачом 22 сентября выявлены обложенность языка, вздутие и болезненность живота в верхнем отделе. С диагнозом "пищевая-токсикоинфекция" был госпитализирован. В приемном отделении отмечена небольшая желтушность кожи, цвет мочи темный. Печень выступала из-под края реберной дуги на 2-3 см, чувствительная при пальпации. Селезенка также пальпировалась. Пульс-52 в мин., АД-100/60 мм рт. ст. Из анамнеза выяснилось, что заболел, еще два человека, бывшие вместе с заболевшим туристической поездке.

1/Поставьте предварительный диагноз.

2/Что является против пищевой токсикоинфекции?

3/Какие лабораторные методы следует применить для уточнения диагноза?

4/Дайте рекомендации по лечению данного больного.

Задача №23

В терапевтическое отделение поступила больная 36 лет с диагнозом "пневмония". Больная: 2 недели, появились субфебрильная температура, одышка при ходьбе, сухой кашель. Лечилась самостоятельно эритромицином, бромгексином, ингаляциями. Состояние не улучшалось, температура держалась в пределах 37,5-38,2°C. Обратилась в поликлинику. Госпитализирована. Из анамнеза жизни: в детстве ангины, скарлатина, ОРЗ. Поясывающий лишай 3 года назад. В течение последнего года трижды была интерстициальная пневмония, лечилась в стационаре. Последние 5-6 месяцев часто бывает жидкий стул по 2-3 раза в день. Похудела на 4 кг. Связывает плохое самочувствие с потерей ребенка, который часто болел и умер в 5-месячном возрасте 3 года тому назад от пневмонии. 4 года тому назад работала по контракту, вместе с мужем в Африке, где чувствовала себя хорошо. При осмотре: пониженного питания, бледная, небольшой цианоз губ. Лимфатические узлы шейные и подмышечные размером 0,6-0,8 см, болезненны. На слизистой оболочке полости рта - афты. Частота дыхания до 30 в минут в легких ослабленное везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс-96 в мин., АД-110/70 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Врачом терапевтического отделения поставлен диагноз "хроническая пневмония".

1/Назовите признаки, позволяющие усомниться в поставленном диагнозе?

2/Выскажите мнение о диагнозе на основе всех симптомов и анамнеза.

3/Наметьте план обследования.

Задача №24

Больная, женщина 40 лет, жительница сельской местности, обратилась в сельскую амбулаторию с жалобами на повышение температуры до 39°C, общее недомогание, схваткообразные боли в животе, ложные позывы на низ до 10 раз в сутки. Больна в течении 3-х дней, когда появились боли в животе частый обильный стул до 5 раз в сутки, объем которого постепенно уменьшался. В стуле больная заметила примеси слизи и крови. Объективно: тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс – 92 в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Пальпируется резко спазмированная, болезненная сигмовидная кишка.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Назначьте план обследования и лечения

Задача №25

Больной – житель Пакистана. Вернулся с родины 5 дней назад. Вызвал бригаду скорой помощи в комнату общежития, где и проживает. Жалуется на резкую слабость, судороги в икроножных мышцах, сухость во рту, обильный водянистый стул до 7 раз в сутки. Состояние больного средней тяжести. Температура тела 36,6°C. В сознании. Кожные покровы сухие, имеется акроцианоз кончиков пальцев, мочек ушей, при разговоре голос больного осипший. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 88 в мин., АД 85/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. При пальпации определяется урчание во всех отделах живота. Печень и селезенка не пальпируются. В ОАК: Эр-6,2х10¹²/л, Нб-150г/л, ЦП-1,4; Л-10,9х10⁹/л, СОЭ 27мм/ч.

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Ваши действия?

3.Назначьте обследование и лечение

Задача №26

Больной А., 23 лет, поступил в больницу с жалобами на приступы сердцебиения, сопровождающиеся слабостью.

Из анамнеза: 6 месяцев назад перенес простудное заболевание. За медицинской помощью не обращался. Через 4 месяца после заболевания появились приступы сердцебиения после физической нагрузки, слабость.

Об-но: патологических изменений внутренних органов не обнаружено.

Исследования общего и биохимического анализа крови, показателей гуморального иммунитета изменений не выявили.

На ЭКГ - нарушение процессов реполяризации в виде отрицательного зубца Т в отведениях II, III, AVF и V2 -V4; одиночные желудочковые экстрасистолы.

При Ро-логическом исследовании органов грудной клетки – увеличение левых отделов сердца, эхокардиографии – гипертрофия левого желудочка, снижение сердечного выброса. При сцинтиграфии миокарда с ⁶⁷Ga зарегистрирована горячая зона в передне-верхушечной области миокарда. Результаты велоэргометрической пробы были отрицательны. При суточном мониторинге ЭКГ было зарегистрировано 1380 одиночных желудочковых экстрасистол.

При проведении коронарографии: коронарные артерии не изменены.

При исследовании биоптата миокарда было обращено внимание на диффузный кардиосклероз, на фоне которого имелись фрагменты кардиомиоцитов.

При внутрисердечном электрофизиологическом исследовании было установлено, что функция синусового узла и предсердно-желудочковая проводимость у больного не нарушены. Электростимуляцией из области выносящего тракта правого желудочка был спровоцирован устойчивый приступ тахикардии с частотой сердечных сокращений 235 в 1 минуту, расширенные желудочковые комплексы продолжительностью 0,14 с, зубцы Р не регистрировались.

Подбор антиаритмической терапии проводили с помощью внутрисердечного электрофизиологического исследования. Оценивали действие кордарона после 5-дневного периода насыщения им. Тахикардия не индуцировалась.

ВОПРОСЫ:

1. Какой приступ тахикардии был зарегистрирован в процессе электрокардиостимуляции?
2. Какой синдром является ведущим в клинике данного заболевания?
3. Предполагаемый диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Лечение.

Задача №27

Больной К., 54 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, усиливающиеся при ходьбе, перебои в работе сердца, давящие боли в левой половине грудной клетки при ходьбе и в покое, без эффекта от приема нитроглицерина, увеличение живота, боли в правом подреберье, отеки ног.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 3-х месяцев, когда появились и стали нарастать: одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на ногах. В течение последних 10 лет работал на заводе "Химпром" (контакт с бензолом). Последние 6 месяцев какими-либо инфекционными, аллергическими заболеваниями не болел.

Об-но: Состояние тяжелое, сознание ясное. Акроцианоз, положение - ортопное. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Перкуторно левая граница сердца - в 6 межреберье по переднеподмышечной линии, правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, аритмичны. АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС - 100 в 1 минуту.

Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см. Отеки стоп, голеней, бедер.

Общий анализ крови: Эритроциты- $4,5 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин-152г/л; ЦП-0,9; Лейкоциты- $7,2 \times 10^9/л$; П-4%, С-66%, Л-25%, М-5%; СОЭ- 9 мм/час

Общий белок- 68 г/л: Альбумины-37 г/л, Глобулины-31 г/л. АСТ-24 ед/л, КФК-60 ед/л, ЛДГ-130 ед/л.

На ЭКГ - зубец Р отсутствует, волны f-f, расстояния R-R - различны. Частота сокращений желудочков 100-120 ударов в минуту.

При ЭхоКГ: аорта не изменена, диаметр аорты - 3,1см, открытие аортального клапана - 1,8см, левое предсердие - 4,2см, правое предсердие - 4,5см, конечный диастолический размер - 6,7см, конечный систолический размер - 5,7см, толщина задней стенки левого желудочка 0,8см, фракция выброса 30%. Гипокинезия межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка.

На Ro-грамме ОГК: увеличение всех камер сердца, сердечная талия сглажена, определяется выпуклость и удлинение дуги левого желудочка.

С помощью радионуклидной вентрикулографии обнаружено снижение общей и регионарной сократимости левого желудочка.

ВОПРОСЫ:

1. Ваша интерпретация электрокардиограммы и показателей эхокардиографии.
2. Какие синдромы являются ведущими в клинической картине заболевания?
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Задача №28

У больного А., 53 лет, находившегося в течение 3-х недель на стационарном лечении по поводу инфаркта миокарда, появились болевые ощущения в левой половине грудной клетки. Боль интенсивная, постоянная, усиливается при вдохе. Больной также жалуется на слабость, потливость, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}C$.

Об-но: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Форма грудной клетки астеническая, эпигастральный угол меньше 90° . Тип дыхания - грудной. ЧДД - 20 в минуту. Грудная клетка при пальпации резистентна, безболезненна. Определяется болезненность в области левого плечелопаточного сустава, ограничение его подвижности. При перкуссии легких - ясный легочный звук. Аускультативно- дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая- на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. При аускультации - тоны сердца приглушены, ритмичны. Определяется шум скребущего характера (напоминает хруст снега), который лучше выслушивается у левого края грудины в IV межреберье при надавливании фонендоскопом и не проводится в смежные области, не связан с актом дыхания.

Общий анализ крови: Эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 120 г/л; Лейкоциты - $9,8 \times 10^9/л$: Э - 12%, П - 6%, С - 65%, Л - 12%, М - 5%; СОЭ- 22мм/час.

ЭКГ: комплекс QRS типа Qr в отведениях I, AVL, V2-V4, конкордантный подъем сегмента S-T в стандартных и грудных отведениях с переходом в отрицательный зубец T.

ВОПРОСЫ:

1. Какой синдром является ведущим в клинике заболевания в настоящее время? Его патогенез?
2. Какие структурные образования вовлекаются в патологический процесс при этом осложнении?
3. Проведите дифференциальную диагностику?
4. Укажите группы препаратов для лечения данного осложнения.

Задача №29

Больной С., 42-х лет, был госпитализирован в кардиологическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до $37,5^{\circ}C$ с ознобами, слабость, одышку, загрудинные боли, головокружение при ходьбе. Считает себя больным в течении 1-го месяца после перенесённой ангины. В возрасте 12-и лет лечился по поводу острого полиартрита, был диагностирован ревматизм.

Об-но: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные. На ладонях и стопах определяются болезненные плотные узелки красноватого цвета. Определяется выраженная пульсация сонных артерий. Положительный симптом Мюссе. В задне-нижних отделах лёгких выслушиваются влажные, незвонкие, мелкопузырчатые хрипы. Верхушечный толчок в 5-6 межреберьях, разлитой, высокий, резистентный. При аускультации - I тон ослаблен на верхушке, II тон ослаблен на аорте, диастолический шум убывающего характера во 2-м межреберье справа, распространяющийся вниз по левому краю грудины, а также грубый систолический шум с иррадиацией в шею. АД - 150/40 мм рт. ст. Пульс - 86 в минуту, ритмичный, высокий, скорый. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. Размеры селезёнки: 12 x 16 см .

Общий анализ крови: Эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 102г/л; Лейкоциты - $10,2 \times 10^9/л$: П - 6%, С - 68%, Л - 18%, М - 5%, Э - 3%; СОЭ - 40 мм/час. Токсическая зернистость нейтрофилов.

Посев крови: Зелениющий стрептококк с чувствительностью к пенициллину, стрептомицину.

Биохимический анализ крови: РФ +; Общий белок - 58 г/л; СРБ +++; Альбумины - 28 г/л; ЦИК - 350 ЕД; Глобулины: А₁-5,2%, А₂-10,4%, В-13,6%, Г-22,8%; АСТ - 64ед/л; АЛТ - 33ед/л; Тимоловая проба - 8ед.

При ЭхоКГ: створки аортального клапана сращены по комиссурам, определяются дополнительные эхо-тени, тесно связанные со створками аортального клапана - вегетации.

Осмотр ЛОР-врача: хронический тонзиллит, стадия декомпенсации.

Осмотр окулиста: на глазном дне петехиальная сыпь и пятна Рота.

ЭКГ: R-R=0,65 сек.; RV₄<RV₆; RI + SIII =29 мм.

ВОПРОСЫ:

1. Оцените данные лабораторных и инструментальных методов исследования.
2. Назовите ведущие синдромы заболевания.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Ваша тактика лечения?

Задача №30

Больной К., 35 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на тупые боли в области сердца, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле и поворотах тела, одышку при ходьбе на 20-30 м, сухой кашель. Заболел остро, 2 дня назад, после переохлаждения.

Об-но: состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное - сидит, наклонившись вперед. Лицо одутловатое. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Температура тела 38⁰С. Верхушечный толчок не определяется. Перкуторно: левая граница относительной тупости сердца на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины. Аускультативно: тоны сердца ослаблены. В области III межреберного промежутка слева от грудины выслушивается систоло-диастолический шум поверхностного характера, усиливающийся при надавливании фонендоскопом и при наклоне вперед, в коленно-локтевом положении. Пульс 93 в минуту, частый, малый. При глубоком вдохе наполнение пульса резко уменьшается («парадоксальный пульс»). АД 110/85 мм рт.ст. Частота дыханий 24 в минуту. Размеры печени по Курлову 11 x 10 x 9 см.

На Ro-грамме ОГК: размеры сердца увеличены в обе стороны. Пульсация ослаблена.

На ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, конкордантный подъем RS-T и отрицательные зубцы Т в стандартных и левых грудных отведениях.

На 3-ий день состояние больного резко ухудшилось: появилась одышка в покое, боли в правом подреберье. Отмечен цианоз кожных покровов, набухание шейных вен. АД 100/90 мм рт.ст. Пульс 120 в минуту, мягкий, малый, значительное увеличение печени. Периферические отеки отсутствуют.

Общий анализ крови: Эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л; Гемоглобин - 115г/л; Лейкоциты - $15,0 \times 10^9$ /л: П-12%, Э-8%, Б-2%, С-57%, Л-18%, М-3%. СОЭ-42 мм/час.

Биохимический анализ крови: Фибриноген - 6г/л; Общий белок - 82г/л; Альбумин - 30г/л; А₂-глобулины - 17г/л, А₁-глобулины - 12г/л, В-глобулин - 8г/л; СРБ +++; АСТ - 43ед/л; КФК - 110ед/л; ЛДГ - 450ед/л.

ВОПРОСЫ:

1. Какое информативное обследование можно провести больному?
2. Выделите ведущие синдромы заболевания. Сформулируйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение. Что следует предпринять при ухудшении состояния на 3-ий день?

Задача №31

Больной 42 лет, был доставлен в кардиологическое отделение с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 3 недель назад перенес ОРВИ. 5 дней назад вновь появилась субфебрильная температура, затем появились постоянные боли за грудиной умеренной интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и после приема анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таблетки фуросемида, выделил около 1,5 литров мочи. Состояние ухудшилось, при попытке встать - кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада скорой медицинской помощи.

Об-но: Состояние средней тяжести, в сознании. Вынужденное коленно-локтевое положение. Кожные покровы бледные с выраженным цианозом губ, носа, ушей. Лицо и шея отечны. Набухание шейных вен преимущественно на вдохе. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 32 в минуту. Верхушечный толчок не определяется. Перкуторно: левая граница сердца - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца глухие. Пульс 128 в минуту, малый, ритмичный, наполнение пульса снижается при вдохе. АД 110/90 мм рт.ст. На вдохе систолическое АД снижается на 20 мм рт.ст. Печень выступает из под края реберной дуги на 4 см, болезненная при пальпации.

В общем анализе крови: Эритроциты- $2,0 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин-57г/л; Лейкоциты- $12,0 \times 10^9/л$: П-5%, С-64%, Л-22%, М-8%. СОЭ-36мм/час

Биохимический анализ крови: СРБ+++, Фибриноген-7,2г/л.

Анализ мочи без патологии.

На ЭКГ: Ритм синусовый. Амплитуда желудочковых комплексов во всех отведениях снижена, зубец Т в грудных отведениях сглажен.

При ЭхоКГ: Выпот в полости перикарда. Объем жидкости в полости перикарда более 500 мл. Признаки диастолического коллапса желудочков, сдавления правого предсердия, смещения межжелудочковой перегородки влево во время вдоха.

ВОПРОСЫ:

1. Определите ведущие синдромы заболевания.
2. Какова причина этих нарушений?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какой метод лечения показан больному?

Задача №32

Больной 55 лет в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке. 2 недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной при ходьбе, которые купировались после приема нитроглицерина в течение 1-2 минут или в состоянии покоя. В прошлом курил в течение 25 лет. Сегодня ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки, не купирующиеся приемом нитроглицерина. Через 3 часа был осмотрен врачом скорой помощи.

Об-но: Состояние больного тяжелое, сознание ясное. Беспокоен, боли продолжаются. Кожные покровы цианотичные, конечности холодные и влажные. Шейные вены не набухшие. ЧДД - 24 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: левая граница относительной тупости сердца - по левой среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины. Пульс - 120 в минуту, малый, мягкий. Тоны сердца глухие, ритм галопа, единичные экстрасистолы, шумов нет. АД-75/50 мм рт.ст. Температура тела - $37^{\circ}C$.

Бригадой скорой медицинской помощи произведено: морфий 1%-1,0 подкожно, затем дроперидол и фентанил подкожно, строфантин 0,05%-0,75 мл внутривенно, допамин внутривенно, начиная с 5 мкг/кг через 30 мин. АД повысилось до 95/70 мм рт.ст. и больной был госпитализирован.

Экстренно была снята кардиограмма, на которой определялся зубец Q>0,03 сек, подъем сегмента ST выпуклостью вверх с переходом в зубец Т в отведениях I, AVL, V1-V3, внеочередные деформированные QRS без предшествующего зубца Р.

В биохимическом анализе крови: КФК - 520 ед/л, ЛДГ - 420 ед/л, АСТ - 40 ед/л.

ВОПРОСЫ:

1. Как оценить симптомы, появившиеся 2 недели назад?
2. Выделите основные синдромы, характерные для данного заболевания.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Оцените лечение скорой медицинской помощи.

Задача №33

В приемное отделение больницы поступила больная М., 56 лет, с жалобами на колющую, сжимающую боль в области сердца, одышку при ходьбе, сердцебиение, чувство беспокойства и страха, потливость, похудание, плохую переносимость тепла.

Из анамнеза: Считает себя больной в течение года. Одышка и сердцебиение появились 2 месяца назад, месяц назад заметила отеки на ногах.

Об-но: Общее состояние средней тяжести. Больная возбуждена, эмоционально лабильна. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы влажные, гиперемированы. Подкожная клетчатка развита слабо, отечность голеней и стоп. Отмечается диффузное увеличение щитовидной железы III степени, мелкий тремор пальцев рук, легкий экзофтальм, редкое мигание, припухлость верхних век, симптомы Грефе и Мебиуса. Температура тела $37,1^{\circ}C$. ЧД - 20 в минуту. Над легкими дыхание везикулярное. Пульс на лучевых артериях симметричный, неравномерный, аритмичный, с частотой 120 в минуту. АД 170/95 мм рт.ст. Верхушечный толчок расположен в VI межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя на уровне III ребра, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно: сердечные тоны приглушены, аритмичны. Пульс 92 в минуту, дефицит 48 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Размеры печени по Курлову - 11х10х8 см. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 120г/л; Лейкоциты - $4,0 \times 10^9/л$: Э-1%, П-5%, С-40%, Л-47%, М-7%. СОЭ-15 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес 1023, белок- отриц., сахар-отр., лейкоциты-1-2 в п/зрения, эритроциты 0-1 в п/зрения.

ЭКГ: Зубец Р отсутствует, беспорядочные волны FF, расстояния R-R различны, частота сокращений желудочков - 140 в минуту.

Больной было назначено лечение: постельный режим, дигоксин, антикоагулянты, диуретики. Через 10 дней лечения улучшения отмечено не было.

Больной было назначено дообследование. Определение в крови тироксина, Т3 и белок-связанного йода показало увеличение их содержания.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените лечение, назначенное больной амбулаторно.
4. Каковы принципы лечения данного заболевания?

Задача №34

Больной 60 лет в экстренном порядке был госпитализирован в БИТ с жалобами на интенсивные жгучие боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина.

Из ан-за: В течение 10 лет беспокоят загрудинные боли при ходьбе на 300-500 метров, преимущественно по утрам, купирующиеся после приема нитроглицерина через 1-2 минуты или в состоянии покоя. Лечился нерегулярно. Курит до 10 сигарет в день. Ухудшение отмечает в течение недели, когда участились и усилились загрудинные боли. Несколько часов назад развился болевой приступ, который был купирован лишь наркотическими анальгетиками бригадой скорой помощи.

Об-но: состояние средней тяжести, сознание ясное, повышенного питания. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Периферических отеков нет. Над легкими перкуторно - легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. ЧД -18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 120/75 мм рт.ст. ЧСС - 80 в минуту. Живот безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см.

На ЭКГ №1 (в 16-00 ч.): ритм синусовый, угол A=30, RI>RII>RIII, SIII>RIII. В отведениях I, V₅-V₆ определяется снижение сегмента ST на 1 мм и слабоотрицательный зубец T.

На ЭКГ №2 (в 19-00 ч.): в этих же отведениях сегмент ST на изолинии, зубец T - слабopоложительный.

Общий анализ крови: Эритроциты-4,5x10¹²/л; Гемоглобин-150 г/л; Лейкоциты-4,5x10⁹/л: П-1%, С-72%, Л-22%, М-5%. СОЭ-7мм/час.

АСТ - 22,5ед/л; АЛТ - 18,4ед/л; КФК-75ед/л; ЛДГ-240 ед/л.

При ЭхоКГ: аорта уплотнена, открытие аортального клапана-1,8см, левое предсердие -3,0см, толщина межжелудочковой перегородки-1,1 см, толщина задней стенки левого желудочка-1,1см, правый желудочек-2,3см, левый желудочек: КДР-4,5см, КСР-4,0см, фракция выброса 56%.

ВОПРОСЫ:

1. Ваша интерпретация ЭКГ, ЭхоКГ, лабораторных данных.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какова лечебная тактика?

Задача №35

Больной М., 47 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при быстрой ходьбе, подъеме на 3-7 этажи лестницы. Боли купируются в состоянии покоя в течение 1-2 минут.

Из ан-за: Заболел 2 недели назад, когда впервые появилась давящая боль в области нижней трети грудины при быстром подъеме на 4 этаж, прошедшая в покое. Курит в течение 20 лет.

Об-но: Состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Повышенного питания. Кожные покровы бледно-розовые, отеков нет. Над легкими дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст. ЧСС - 76 в минуту. Живот безболезнен. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см.

Общий анализ крови и мочи - без патологии.

Холестерин - 8,5 ммоль/л; В-липопротеиды - 70ед.; АСТ - 28ед/л; ЛДГ - 320ед/л.

ЭКГ: Ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси сердца. Комплекс QRS-0,11с, в отведении VI - QRS типа rSR, в I и V₆-слегка уширенный зубец S.

При холтеровском мониторировании ЭКГ зарегистрированы единичные внеочередные зубцы Р и следующие за ним неизмененные комплексы QRST с неполной компенсаторной паузой.

Результаты проведения велоэргометрической пробы: при нагрузке мощностью 100 Вт наблюдалась депрессия сегмента ST-T на 2 мм в отведениях V1 -V4.

ВОПРОСЫ:

1. Ваша интерпретация данных инструментального обследования.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Каковы факторы риска заболевания?
4. Назначьте лечение.

Проверяемая компетенция – УК-2, ПК-1,3,5,6,8,10

4.4 Темы рефератов

- 1.Тактика ведения больных с ОРВИ в условиях поликлиники.
- 2.Бронхиальная астма в практике участкового терапевта.
- 3.Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Роль участкового терапевта в тактике ведения больных с данной патологией.
- 4.Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике.
- 5.Дифференциальная диагностика больных с легочным инфильтратом в амбулаторной практике.
- 6.Оптимизация ведения больных с артериальной гипертензией в амбулаторной практике.
- 7.Догоспитальная помощь больным с инфарктом миокарда и острым коронарным синдромом.
- 8.Алгоритм и тактика ведения больных с сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе.
- 9.Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся прекардиальной болью.
- 10.Тактика ведения больных со стабильной стенокардией в условиях поликлиники.
- 11.Диагностика и лечение больных с нарушениями ритма и проводимости в условиях поликлиники.
- 12.Тактика ведения больных с миокардитом на догоспитальном этапе.
- 13.Ревматоидный артрит в амбулаторной практике.
- 14.Тактика ведения больных с подагрой в условиях поликлиники.
- 15.Роль участкового терапевта в диагностике и лечении больных с остеоартритом (остеоартрозом).
- 16.Амбулаторное ведение больных с ревматизмом и пороками сердца.
- 17.Хронический гастрит и язвенная болезнь в практике участкового терапевта.
- 18.Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в амбулаторно-поликлинической практике.
- 19.Тактике ведения больных с заболеваниями билиарной системы в поликлинике.
- 20.Хронический панкреатит в работе врача первичного контакта.
- 21.Тактика ведения больных хроническим гепатитом в условиях поликлиники.
- 22.Железодефицитная анемия как амбулаторно-поликлиническая проблема.
- 23.Тактика ведения больных с заболеваниями почек в поликлинике.
- 24.Сахарный диабет 2 типа как амбулаторно-поликлиническая проблема.
- 25.Ранняя диагностика онкопатологии в поликлинической практике. Методы скрининга и профилактики.
- 26.Диспансеризация -синтез лечебной и профилактической работы.
- 27.Диспансеризация больных с ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда.
- 28.Диспансеризация больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
- 29.Диспансеризация больных ревматоидным артритом.
- 30.Дифференциальная диагностика при суставном синдроме в условиях поликлиники.
- 31.Дифференциальная диагностика по мочевого синдрому в условиях поликлиники.

При оценивании реферата учитывается:

Подготовка реферативного сообщения. Изложенное понимание реферата как целостного авторского текста определяет критерии его оценки: новизна текста; обоснованность выбора источника; степень раскрытия сущности вопроса; соблюдения требований к оформлению.

Новизна текста: а) актуальность темы исследования; б) новизна и самостоятельность в постановке проблемы, формулирование нового аспекта известной проблемы в установлении новых связей (междисциплинарных, интеграционных); в) умение работать с исследованиями, критической ли-

тературой, систематизировать и структурировать материал; г) явленность авторской позиции, самостоятельность оценок и суждений; д) стилевое единство текста.

Степень раскрытия сущности вопроса: а) соответствие плана теме реферата; б) соответствие содержания теме и плану реферата; в) полнота и глубина знаний по теме; г) обоснованность способов и методов работы с материалом; е) умение обобщать, делать выводы, сопоставлять различные точки зрения по одному вопросу (проблеме).

Обоснованность выбора источников: а) оценка использованной литературы: привлечены ли наиболее известные работы по теме исследования (в т.ч. журнальные публикации последних лет, последние статистические данные, сводки, справки и т.д.).

Соблюдение требований к оформлению: а) насколько верно оформлены ссылки на используемую литературу, список литературы; б) оценка грамотности и культуры изложения (в т.ч. орфографической, пунктуационной, стилистической культуры), владение терминологией; в) соблюдение требований к объёму реферата.

4.5. Контрольные вопросы к промежуточной аттестации (зачету).

- 1.Организационная деятельность участкового врача-терапевта.: нормативные показатели по законодательным и инструктивным документам текущего года, практическая работа с документацией.
 - 2.Организация стационара на дому.
 - 3.Профилактическая: первичная профилактика. Выявление факторов риска. Формирование диспансерных групп Д₁ – Д₃. Оздоровительные мероприятия. Вторичная профилактика. Рекомендации по профилактике. Эффективность диспансеризации.
 - 4.Лечебно-диагностическая: современные возможности обследования и лечения.
 - 5.Дневной стационар в поликлиниках.
 - 6.Реабилитация в амбулаторных условиях: при ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болезни.
 - 7.Медико - социальная экспертиза: частные вопросы МСЭ при заболеваниях, предусмотренных программой. Причины временной нетрудоспособности, ее длительность, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности. Показания к трудоустройству и его реализация. Выявление признаков инвалидности. Оформление всей документации по медико - социальной экспертизе. Показатели оценки качества работы участкового терапевта по этим разделам.
 - 8.Диагностика онкологических заболеваний, дифференциальная диагностика.
 - 9.Динамическое диспансерное наблюдение и реализации профилактических осмотров.
 - 10.Вероятные и достоверные симптомы, позволяющие заподозрить онкопатологию легких, желудка, кишечника, щитовидной железы, молочной железы.
 - 11.Программа онкологических обследования.
 - 12.Роль биохимических, иммуноферментных, эндоскопических, ультразвуковых, лучевых (рентгенологического, томографического, магнитно-резонансного) методов обследования в установлении диагноза.
 - 13.Гипертонический синдром. Причины возможного повышения артериального давления; функциональные заболевания, гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (вазореальные, ренальные, эндокринные, церебральные). Возможности обследования в поликлинике для выявления причины артериальной гипертензии, роль современных неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз нейроциркуляторной дистонии, гипертонической болезни, вазореальной и ренальной гипертензии.
- Гипертоническая болезнь. Образ жизни и факторы риска. Пограничные артериальные гипертензии. Ранние симптомы гипертонической болезни. План обследования больного в поликлинике. Клиническая характеристика и обоснование в поликлинике стадий гипертонической болезни. Осложнения гипертонической болезни, показания к госпитализации. Лечение гипертонической болез-

ни в поликлинике в зависимости от стадии болезни. Принципы подбора медикаментозной терапии. Немедикаментозная терапия.

Гипертонические кризы. Показания для госпитализации. Купирование гипертонического криза на дому и в поликлинике. Вторичная профилактика при гипертонической болезни. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Временная нетрудоспособность, ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство.

15. Ишемическая болезнь сердца. Варианты ИБС по классификации ВОЗ, наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники.

Инфаркт миокарда. Ранние симптомы инфаркта миокарда. Атипическая форма инфаркта миокарда. Тактика врача-терапевта поликлиники при подозрении на инфаркт миокарда. Лечебные мероприятия до приезда бригады скорой медицинской помощи (СМП) и госпитализации. Тактика ведения больного инфарктом миокарда после выписки из стационара или отделения реабилитации кардиологического санатория. Лечение. Поликлинические этапы

реабилитации. Основные методы физической реабилитации в поликлинике, организация контроля за ее проведением.

17. Инфаркт миокарда. Ранние симптомы инфаркта миокарда. Атипические формы инфаркта миокарда.

18. Тактика врача-терапевта поликлиники при подозрении на инфаркт миокарда. Лечебные мероприятия до приезда бригады скорой медицинской помощи (СМП) и госпитализации.

Тактика ведения больного инфарктом миокарда после выписки из стационара или отделения реабилитации кардиологического санатория. Лечение. Поликлинические этапы реабилитации.

19. Основные методы физической реабилитации в поликлинике, организация контроля за ее проведением. Психологическая и социально-трудовая реабилитация.

20. Временная нетрудоспособность, ее сроки при мелкоочаговом, крупноочаговом, трансмуральном, неосложненном, осложненном инфаркте миокарда.

21. Показания к направлению на МСЭК. Диспансерное наблюдение в первые 6 месяцев после выписки на работу. Вторичная профилактика.

22. Синдром болей в левой половине грудной клетки. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза. Основные отличительные признаки коронарных болей - стенокардии.

23. Возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС. Роль и значение ЭКГ, нагрузочных тестов, эхокардиографии (ЭХО-КГ), стресс-эхокардиографии (стресс-ЭХО-КГ) для верификации ИБС. Показания к направлению на коронарографию.

24. Причины болей в грудной клетке некоронарного генеза (кардиальные и некардиальные). Экстракардиальные причины болей в грудной клетке: шейно-грудной остеохондроз, заболевания плевры, грыжи диафрагмального отверстия, заболевания органов брюшной полости.

25. Заболевания сердца, сопровождающиеся болями, их дифференциально-диагностические особенности

26. Синдром болей в животе и диспепсический синдром. Причины, вызывающие боли в животе: воспалительные, функциональные, обтурационные, нарушения гемодинамики, их основные отличительные особенности.

27. Заболевания, ассоциированные с хеликобактерной инфекцией.

28. Содержание понятий желудочная, кишечная и панкреатическая диспепсия. 29. Роль нарушений секреторной и моторной функций желудка, кишечника и поджелудочной железы в возникновении диспепсических расстройств.

30. Заболевания, проявляющиеся диареей или запорами.

31. Методы исследования при наличии диспепсических расстройств и болей в животе: клинические, лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые, цитоморфологические.
32. Дифференциальный диагноз основных заболеваний, сопровождающихся болями в животе и диспепсическими расстройствами.
33. Субфебрилитет и лихорадочный синдром.
34. Причины возможного затяжного повышения температуры тела - инфекции очаговые и генерализованные, болезни соединительной ткани, паранеопластические процессы, системные заболевания крови, лимфопролиферативные процессы, аллергические реакции.
35. Инфекционные заболевания, наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники: тифозно-паратифозная группа, бруцеллез, "детские" инфекции у взрослых, их диагностика. Тактика врача-терапевта при их выявлении.
36. Инфекционный эндокардит, методы диагностики. Клинические проявления заболеваний соединительной ткани, сопровождающиеся лихорадкой. Методы их диагностики.
37. Особенности субфебрилитета и лихорадки при паранеопластических процессах. Объем обследования для установления диагноза.
38. Заболевания крови, сопровождающиеся лихорадкой.
39. Тактика врача-терапевта поликлиники при установлении диагноза. ВИЧ-инф.
40. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Отличительные особенности клинических проявлений гриппа и других респираторных инфекций (риновирусной, аденовирусной, респираторно-синтициальной инфекции, парагриппа). Возможности их дифференцирования в поликлинике. Лечение. Показания к госпитализации. Экспертиза временной нетрудоспособности и ее длительность. Критерии выздоровления и восстановления трудоспособности. Первичная профилактика гриппа и ОРВИ.
41. Профилактика хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ).
42. Ангины. Общие симптомы ангины. Местные изменения миндалин (лимфоидных образований ротоглотки), классификация. Отличие клиники ангины от других заболеваний, протекающих с поражением лимфоидных образований ротоглотки, методы диагностики этих заболеваний. Обследование больного ангиной. Лечение медикаментозное и немедикаментозное, общее и местное. Тактика участкового терапевта при подозрении на дифтерию и положительном посеве из зева. Осложнения ангины - ранние и поздние. Временная нетрудоспособность при ангине, ее сроки. Диспансеризация.

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

**Подготовка кадров высшей квалификации
Программа ординатуры**

**Практическая работа ординатора в амбулаторно-поликлинических условиях
ординатор ____ курса специальность _____
ФИО**

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

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

Подпись ординатора _____ ФИО
Руководитель ординатора от медицинского учреждения _____ ФИО
Руководитель ординатора от кафедры _____ ФИО

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»	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»	обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но: 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»	обучающийся обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал.

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 не правильные или отсутствуют.

Критерии оценивания реферата:

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

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

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

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

Критерии оценивания устных ответов на зачете:

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»	обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но: 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»	обучающийся обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал.
------------------------------	---

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

Поликлиническая терапия

Цикл дисциплин – **Блок 1 «Дисциплины (модули)»**

Часть – **формируемая участниками образовательных отношений**

Дисциплина (модуль)	Поликлиническая терапия
Реализуемые компетенции	УК-1, ОПК-5, ПК-2
Результаты освоения дисциплины (модуля)	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
Трудоемкость, з.е.	72/2
Формы отчетности(в т.ч. по семестрам)	зачет в 3-м семестре