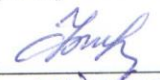



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Самарский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра госпитальной терапии с курсами поликлинической терапии и трансфузиологии

СОГЛАСОВАНО  
Проректор по учебно-  
методической работе и связям с  
общественностью  
профессор Т.А. Федорина

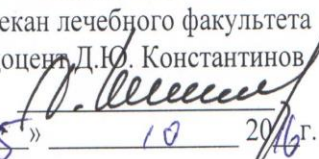
  
«18» октября 2016 г.

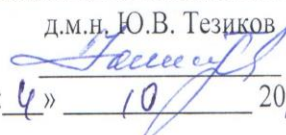
УТВЕРЖДАЮ  
Председатель ЦКМС  
Первый проректор -  
проректор по учебно-  
воспитательной  
и социальной работе  
профессор Ю.В. Щукин

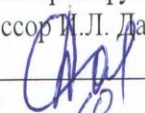
  
«19» октября 2016 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**  
ДИСЦИПЛИНЫ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»  
Шифр Б.1.Б.43

Рекомендуется для направления подготовки по специальности  
31.05.01 – «Лечебное дело»  
Квалификация специалист  
Лечебный факультет  
Очная форма обучения

СОГЛАСОВАНО  
Декан лечебного факультета  
доцент Д.Ю. Константинов  
  
«5» октября 2016 г.

СОГЛАСОВАНО  
Председатель методической  
комиссии по специальности  
д.м.н. Ю.В. Тезиков  
  
«4» октября 2016 г.

Программа рассмотрена и  
одобрена на заседании  
кафедры госпитальной  
терапии с курсами  
поликлинической терапии и  
трансфузиологии (протокол  
№ 1 от «26» августа 2016 г.)  
Заведующий кафедрой  
госпитальной терапии с  
курсами поликлинической  
терапии и трансфузиологии  
профессор И.Л. Давыдкин  
  
«4» октября 2016 г.

Рабочая программа по дисциплине «Госпитальная терапия» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.05.01 "Лечебное дело" (квалификация «Специалист»), утвержденным приказом Министерства науки и образования № 95 от 9 февраля 2016 года.

**Составитель рабочей программы:**

Осадчук Алексей Михайлович – профессор кафедры госпитальной терапии с курсами поликлинической терапии и трансфузиологии, доктор медицинских наук профессор

**Рецензенты:**

Сафуанова Гузьяль Шагбановна - заведующая кафедрой терапии и ОВП с курсом гериатрии ИПО ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России доктор медицинских наук профессор

Агранович Надежда Владимировна - заведующая кафедрой поликлинической терапии Ставропольского государственного медицинского университета доктор медицинских наук профессор

## 1. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Целью госпитальной терапии является обучение принципам и методам дифференциальной диагностики и лечения основных синдромов и заболеваний внутренних органов, формирование у студентов необходимого объема знаний и практических умений для самостоятельной работы в учреждениях госпитальной помощи, развитие у студентов клинического мышления с целью формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций, необходимых для деятельности врача общей практики.

### *Задачи «Госпитальной терапии»*

- Сформировать у студентов готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач.
- Развить у студентов способность к определению основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра;
- Развить у студентов способность к определению тактики ведения больного с различными нозологическими формами;
- Выработать готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- Привить навыки готовности к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
- Сформировать навыки анализа и публичного представления медицинской информации на основе доказательной медицины.

*Изучение «Госпитальной терапии» направлено на формирование у выпускника общепрофессиональных компетенций (ОПК) и их частей:*

- ОПК-8 – готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач.

Изучение «Госпитальной терапии» направлено на формирование у выпускника профессиональных компетенций (ПК).

В медицинской деятельности:

- ПК-6 - способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра;
- ПК-8 - способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами;

- ПК-11 - готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

- ПК-13 - готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

В научно-исследовательской деятельности:

- ПК-20 - готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины.

В результате освоения госпитальной терапии студент должен:

*Знать:*

- специфику осуществления диагностической и лечебной помощи в стационарном и поликлиническом звене здравоохранения;

- основные патологические симптомы и клинико-лабораторные синдромы в клинике внутренних болезней, спектр заболеваний и состояний, способных их вызвать, и специфические проявления различных заболеваний внутренних органов;

- этиологию, основные вопросы патогенеза и патоморфологии различных заболеваний внутренних органов;

- основные принципы лечения больных с различными терапевтическими нозологиями, рациональный выбор лекарственных средств;

- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний внутренних органов, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп больных;

- основные методы лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые в клинике внутренних болезней (показания к применению, трактовка результатов), правила забора патологических материалов от больного;

- критерии диагноза заболеваний в клинике внутренних болезней;

- современную классификацию заболеваний в терапевтической клинике, правила формулировки диагноза;

- показания к госпитализации больных с болезнями внутренних органов;

- структуру национального проекта «Здравоохранение»;

- задачи и результаты федерального проекта «борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

*Уметь:*

- провести расспрос пациента и/или родственников/сопровождающих лиц с целью сбора анамнеза (в том числе: анамнеза настоящего заболевания, жизни, эпидемиологического анамнеза);

- обследовать больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- составить план лабораторного и инструментального обследования;
- интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования больного;
- выделить ведущие клинические и клинико-лабораторные синдромы;
- оценить дифференциально-диагностическую значимость имеющихся симптомов и синдромов;
- провести дифференциальный диагноз между болезнями со схожей клинической симптоматикой;
- оценить тяжесть течения болезни;
- прогнозировать течение и исход болезни;
- определить медицинскую тактику при угрожающих состояниях;
- определить показания к госпитализации больного;
- определить показания к консультации других специалистов;
- сформулировать и обосновать диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10.

*Владеть:*

- алгоритмом общеклинического обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при заболеваниях внутренних органов;
- алгоритмом лабораторного и инструментального обследования при подозрении на предполагаемую патологию внутренних органов;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и морфологических методов диагностики при заболеваниях внутренних органов;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза больному с подозрением на патологию внутренних органов;
- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза при болезнях внутренних органов;
- техникой оформления медицинской карты стационарного больного с изложением в ней всех разделов, описание клинического обследования, предварительный диагноз, план обследования и лечения, обоснования окончательного диагноза, написание дневника, оформления этапных, выписных эпикризов, эпикризов на клинико-экспертную комиссию.

## 2. Место «Госпитальной терапии» в структуре основных образовательных программ высшего профессионального образования

Дисциплина «Госпитальная терапия» относится к профессиональному циклу Б.1 базовой части.

*Основные знания, необходимые для изучения «Госпитальной терапии» формируются:*

- при изучении философии; биоэтики; истории медицины; психологии и педагогики; латинского языка; филология и лингвистика профессионального медицинского общения; физики, математики, информатики; медицинской информатики; химии; биохимии; биологии; анатомии; гистологии, эмбриологии, цитологии; нормальной физиологии; микробиологии, вирусологии; иммунологии; фармакологии; патологической анатомии; топографической анатомии и оперативной хирургии; патофизиологии; физиологии здоровья и здорового образа жизни; гигиены; общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения; эпидемиологии; медицинской реабилитации; дерматовенерологии; неврологии, медицинской генетики, нейрохирургии; оториноларингологии; офтальмологии; безопасности жизнедеятельности, медицине катастроф; акушерства и гинекологии; педиатрии; пропедевтики внутренних болезней; факультетской терапии; общей хирургии; лучевой терапии; профессиональных болезней; лабораторной диагностики; медицинских изображений; инновационных технологий в медицине, доказательной медицины.

## 3. Объем дисциплины и виды учебной нагрузки

Общая трудоемкость дисциплины составляет 11 зачетных единицы

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		9	10	11	12
<b>Аудиторные занятия: контактная работа с преподавателем</b>	<b>240</b>	<b>72</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>72</b>
<b>В том числе:</b>					
Лекции	58	16	14	14	14
Практические занятия (ПЗ)	182	56	34	34	58
Семинары (С)	нет	нет	нет	нет	нет
Лабораторные занятия (ЛР)	нет	нет	нет	нет	нет
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>	<b>120</b>	<b>36</b>	<b>24</b>	<b>36</b>	<b>24</b>
<b>В том числе:</b>					
Написание медицинской карты стационарного больного	10	нет	10	нет	нет
Написание рецептов	16	12	4	нет	нет

Работа с учебной литературой	47	12	5	18	12
Работа с электронными образовательными ресурсами	47	12	5	18	12
<b>Вид промежуточной аттестации (экзамен)</b>	<b>36</b>	<b>нет</b>	<b>нет</b>	<b>нет</b>	<b>36</b>
<b>Общая трудоемкость</b>	<b>396</b>	<b>108</b>	<b>72</b>	<b>84</b>	<b>132</b>
<b>Зачетных единиц</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2,33</b>	<b>3,67</b>

#### 4. Содержание дисциплины

##### 4.1. Содержание разделов дисциплин

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела	Коды компетенций
1	<b>Военно-полевая терапия</b>	<p>Вклад отечественных и советских ученых в изучении радиационных поражений. Основные виды ионизирующих облучений ядерного взрыва. Единицы доз облучений. Понятие о предельно допустимых дозах ионизирующих излучений. Основы патогенеза острой лучевой болезни (ОЛБ). Клиническая характеристика радиационных поражений. Современная классификация. Костно-мозговая форма ОЛБ, ее периоды, степень тяжести и ранняя диагностика. Особенности клиники ОЛБ при внешнем резко неравномерном облучении и нейтронных поражениях. Комбинированные, острые местные поражения радиоактивными веществами (РВ). Лучевая болезнь от попадания РВ внутрь. Ранняя диагностика форм ОЛБ, медицинская сортировка и этапное лечение больных в мед. роте бригады и в отдельном мед. отряде. Сроки госпитализации больных.</p> <p>Хроническая лучевая болезнь. Клиника, диагностика, классификация, профилактика, лечение (в мед. роте бригады и в отдельном мед. отряде).</p> <p>Заболевания внутренних органов у раненых. Особенности ведения, сортировки.</p>	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.

2	<b>Пульмонология</b>	<p>Определение классификация дыхательной недостаточности. Основные факторы, приводящие к острой или хронической легочной недостаточности (скопление жидкости в плевре, пневмоторакс, поражение позвоночника, ребер, легочной ткани, сосудов легких, альвеолярного аппарата и др.). Основные показатели газового состава артериальной крови и вентиляции. Методы оценки общей емкости легких. Комплексное лечение острой и хронической дыхательной недостаточности. Неотложная помощь.</p> <p>Тактика ведения больных с острой дыхательной недостаточностью. Значение основных показателей функции дыхания в определении трудоспособности. Особенности лечения дыхательной недостаточности.</p> <p>Легочное сердце. Определение. Классификация. Принципы диагностики и лечения. Прогноз. Профилактика.</p> <p>Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение. Эпидемиология. Этиология. Классификация. Клиника. Обострения и осложнения. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.</p> <p>Бронхиальная астма. Определение. Эпидемиология. Этиология. Классификация. Клиника. Обострение бронхиальной астмы. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Оказание неотложной помощи при тяжелом обострении бронхиальной астмы. Прогноз.</p>	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.
3	<b>Пульмонология 1</b>	<p>Диффузные заболевания легких. Определение. Инфекционные и неинфекционные заболевания легких. Фиброзирующие альвеолиты. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.</p> <p>Заболевания с синдромом инфильтрата в клинической практике терапевта. Пневмония. Эпидемиология. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика с туберкулезом легких, раком</p>	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.



		<p>легких, диффузными заболеваниями легких. Особенности лечения различных заболеваний с ведущим синдромом легочного инфильтрата. Дифференциальный диагноз при плеврите. Транссудация, экссудация в плевральной полости, гемоторакс и хилоторакс. Выпот в плевральной полости при сердечной недостаточности, нефротическом синдроме, опухолевых заболеваниях, пневмонии, туберкулезе легких. Рассматриваются различные формы плевритов и принципы оказания терапевтической помощи при плеврите. Прогноз.</p>	
4.	<b>Кардиология</b>	<p>Инфекционный эндокардит. Факторы риска. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.</p> <p>Синдром шума в сердце. Врожденные пороки сердца: дефект межжелудочковой и межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток, тетрада Фалло, коарктация аорты, транспозиция магистральных артерий. Приобретенные пороки: аортальный стеноз, недостаточность аортального клапана, недостаточность и стеноз митрального клапана. Дифференциальный диагноз при пороках сердца. Лечение врожденных и приобретенных пороков сердца. Вопросы диспансерного наблюдения и экспертизы.</p>	<p>ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.</p>

5.	<b>Кардиология 1</b>	<p>Острый коронарный синдром. Острый коронарный синдром с подъемом и без подъема сегмента ST. Нестабильная стенокардия. Инфаркт миокарда. Инфаркт миокарда с зубцом Q и без Q. Атипические формы инфаркта миокарда. Стадии инфаркта миокарда. Ранние и поздние осложнения. Патогенез, клиника, неотложные мероприятия при внезапной смерти, кардиогенном шоке, тромбоэмболических осложнениях, нарушениях ритма и проводимости. Понятие о рецидивирующем и повторном инфаркте миокарда. Организация и объем помощи больным в отделении интенсивной терапии при остром коронарном синдроме с подъемом и без подъема сегмента ST. Комплексное лечение больного в стационаре, медико-социальная адаптация, профилактика поздних осложнений. Показания к переводу больных на амбулаторно-поликлиническое лечение.</p> <p>Дифференциальная диагностика и лечение некоронарогенных заболеваний миокарда. Миокардиты. Клиническая характеристика миокардитов различной этиологии и степени тяжести. Критерии диагноза. Варианты течения: болевой, с нарушениями ритма и проводимости, сердечной недостаточностью, смешанный и бессимптомный. Дифференциальная диагностика миокардита и ИБС, кардиомиопатии, вегетососудистой дистонии, тиреотоксикоза. Значение анамнестических сведений, лабораторных и инструментальных данных. Дифференциальная диагностика между ревматическим и неревматическим миокардитом. Осложнения. Лечение миокардитов в зависимости от этиологии, патогенеза, степени тяжести. Исходы. Первичная и вторичная профилактика. Медико-социальная адаптация.</p> <p>Кардиомиопатия. Классификация. Первичная и вторичная КМП. Симптоматика различных клинических форм (дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная). Критерии диагностики. Значение эхокардиографии, рентгенографии, ЭКГ, ФКГ. Дифференциальная диагностика с миокардитом, миокардиодистрофией. Дифференциальная диагностика</p>	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.
----	----------------------	---	---

		<p>между дилатационной КМП и ИБС. Отличие гипертрофической КМП от гипертрофии миокарда другого происхождения (врожденные и приобретенные пороки сердца, артериальная гипертензия). Осложнения (тромбозы, тромбоэмболии). Принципы лечения различных вариантов КМП. Прогноз. Медико-социальная адаптация.</p> <p>Сердечная недостаточность. Классификация сердечной недостаточности. Патогенез острой сердечной недостаточности, ее основных вариантов: кардиогенного шока, кардиальной астмы (интерстициального отека легких), альвеолярного отека легких.</p> <p>Дифференциальная диагностика вариантов острой сердечной недостаточности. Принципы лечения острой недостаточности сердца: снижение гидростатического давления в сосудах малого круга кровообращения, борьба с перераздражением дыхательного центра, борьба с развитием патологических ваготропных реакций при введении наркотических анальгетиков, борьба с пенообразованием в дыхательных путях и др. Тактика ведения больных после ликвидации острой сердечной недостаточности.</p> <p>Патогенез хронической сердечной недостаточности, стадии недостаточности. Дифференциальная диагностика стадий. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности: улучшение функционального состояния пораженного миокарда, восстановление сосудистого тонуса, нормализация микроциркуляции, рациональный режим и диетотерапия, нормализация водно-солевого обмена, кислотно-основного обмена, борьба с факторами, способствующими поражению миокарда. Показания к медикаментозному лечению в зависимости от стадии, основного заболевания. Немедикаментозные способы борьбы с хронической сердечной недостаточностью. Медико-социальная адаптация больных.</p> <p>Классификация основных нарушений ритма и проводимости (нарушения образования импульса, нарушения и аномалии проведения импульса, комбинированные нарушения образования и проведения импульса). Клиническая диагностика нарушений ритма сердца.</p>	
--	--	---	--

		<p>Роль ЭКГ в диагностике аритмий. Показания и противопоказания к применению современных антиаритмических средств, их фармакокинетика и фармакодинамика. Осложнения. Поддерживающая терапия медикаментами при ведении больных различными аритмиями.</p> <p>Неотложная помощь при пароксизмальных нарушениях сердечного ритма. Показания к электроимпульсной терапии. Ведение больных после восстановления ритма.</p> <p>Фибрилляция желудочков. Клиника. Реанимационные мероприятия. Синоатриальная, внутрипредсердная, частичная, полная атриовентрикулярная блокада. Этиология. Патогенез. Клиника. Влияние на гемодинамику. Прогноз. Лечение. Реанимационные мероприятия при синдроме Морганьи-Эдемса-Стокса. Показания к имплантации искусственного водителя ритма. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. Этиология, патогенез, клиника. Прогноз. Лечение. Показания к хирургическому лечению при наличии дополнительных путей прохождения импульса.</p> <p>Тромбоэмболия легочной артерии. Определение. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Алгоритмы оказания неотложной помощи. Профилактика и прогноз.</p> <p>Структура национального проекта «Здравоохранение».</p> <p>Задачи и результаты федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».</p>	<p>ПК-5 (5), ПК-12 (1,3,5), ПК-16, ПК-19, ПК-20 (1), ПК-21 (1,4), ПК-22, ПК-26 (1,2), ПК-27, ПК-30, ПК-31</p>
6	<b>Нефрология</b>	<p>Хроническая болезнь почек. Определение. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение в зависимости от стадии заболевания. Прогноз. Показания к гемодиализу и трансплантации почек. Нефротический синдром. Принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения. Дифференциальный диагноз по мочевоmu синдрому. Понятие об остром и хроническом нефритическом синдроме. Дифференциальный диагноз. Лечение. Дифференциальный диагноз при гематурии и терапевтическая</p>	<p>ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.</p>

		тактика.	
7	<b>Гастроэнтерология</b>	<p>Язвенный колит. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.</p> <p>Болезнь Крона. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.</p>	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.
8	<b>Гастроэнтерология 1</b>	<p>Заболевания с синдромом гепатоспленомегалией и желтухой. Хронические гепатиты. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика. Циррозы печени. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.</p> <p>Сравнительная характеристика клинических проявлений и диагностическая ценность общеклинических, биохимических, иммунологических, электронно-микроскопических исследований, ультразвукового, радионуклидного исследования при гепатитах, опухолях печени, гемобластозах, эхинококкозе, гемохроматозе, застойной печени, гепатозах, циррозах печени. Клинико-лабораторные синдромы. Печеночная кома. Неотложная помощь. Комплексное лечение больных при поражениях печени различного генеза. Спонтанный бактериальный перитонит. Неотложная помощь и профилактика. Прогноз. Дифференциальный диагноз и лечение при синдроме желтухи.</p> <p>...Отечно-асцитический синдром. Этиология. Патогенез. Классификация Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.</p> <p>Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики при синдроме диспепсии. Показания для стационарного обследования и лечения пациентов с синдромом диспепсии</p>	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.

		<p>(осложнения язвенной болезни, гастроэзофагеальные рефлюксной болезни, исключение злокачественных новообразований и т.д.).</p> <p>Вторичные заболевания ЖКТ инфекционной и неинфекционной природы. Диагностика, дифференциальный диагноз и лечение. Профилактика. Прогноз.</p>	
9	<b>Ревматология</b>	<p>Системные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка, системная склеродермия, антифосфолипидный синдром, синдром Шегрена, дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.</p>	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.
10	<b>Ревматология 1</b>	<p>Системные васкулиты. Васкулиты крупных, средних и мелких сосудов. Первичные и вторичные васкулиты. Этиологические и патогенетические аспекты. Диагностические критерии и дифференциальный диагноз. Принципы симптоматической и базисной терапии. Осложнения системных васкулитов. Прогноз.</p> <p>Суставной синдром. Особенности суставного синдрома при ревматоидном артрите, острой ревматической лихорадке, анкилозирующем спондилите, системных заболеваниях соединительной ткани, язвенном колите, болезни Крона, подагре, псориатическом артрите, болезни и синдроме Рейтера, болезни Бехтерева. Значение лабораторных и инструментальных методов в диагностике поражения суставов. Комплексное лечение ревматоидного артрита. Базисное и симптоматическое лечение. Таргетная терапия инфликсимабом. Проблема иммуносупрессии и развитие побочных реакций и возможных осложнений базисной терапии. Основные группы противовоспалительных средств: нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, базисные препараты, кортикостероиды. Клиническая, фармакокинетическая и фармакодинамическая характеристика основных групп препаратов. Показания и противопока-</p>	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.

		<p>зания. Осложнения при их применении.</p> <p>Выбор препарата для лечения. Факторы, влияющие на выбор лекарств противовоспалительного действия.</p> <p>Особенности суставного синдрома при ревматоидном артрите, острой ревматической лихорадке, анкилозирующем спондилите, системных заболеваниях соединительной ткани, группе инфекционных артритов - при гриппе, туберкулезе, инфекционно-аллергическом артрите, бруцеллезе, дизентерии, язвенном колите, гонорее, остеохондрозе, подагре. Значение лабораторных и инструментальных методов в диагностике поражения суставов. Артропатия как паранеопластическая реакция. Псориатический артрит. Комплексное лечение ревматоидного артрита, остеоартроза, реактивного артрита, остеоартроза. Показания к лазеротерапии и другим немедикаментозным методам лечения поражений суставов. Физиотерапия в ранней стадии при наличии более стойких изменений суставов (фонофорез с гидрокортизоном, магнитотерапия, импульсные токи, массаж регионарных мышц, ЛФК). Медико-социальная адаптация больных.</p>	
11	<b>Гематология</b>	<p>Физиология системы гемостаза (плазменное, клеточное, сосудистое звено). Методы исследования системы гемостаза. Нормальные показатели гемостаза. Геморрагические болезни в практике терапевта. Определение геморрагической болезни. Классификация геморрагических болезней. Патогенез геморрагических коагулопатий, тромбоцитопатий, тромбоцитопений, васкулитов. ДВС-синдром, его стадии, диагностика. Дифференциальная диагностика основных групп геморрагических болезней.</p> <p>Гемофилия. Этиология, патогенез, клиника. Осложнения. Степени тяжести. Комплексная терапия компонентами крови различных вариантов гемофилии.</p>	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.

		<p>Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Этиология, патогенез, клиника. Осложнения. Комплексное лечение. Геморрагический васкулит. Современная классификация. Степени тяжести. Особые формы васкулита (с парапротеинемией, с криогобулинами, язвенно-некротическая и др.). Патогенез. Патогенетическое лечение в зависимости от степени тяжести и клинического варианта. Показания к плазмаферезу и другим методам нелекарственного лечения геморрагического васкулита. Медико-социальная адаптация больных.</p> <p>Телеангиэктазийная семейно-наследственная болезнь. Этиология, патогенез, клиника. Осложнения. Комплексное лечение, в том числе в зависимости от локализации кровотечений. Показания к хирургическому лечению. Медико-социальная адаптация.</p> <p>Клинико-гематологическая характеристика гемолитической и апластической анемии. Гемолитические анемии. Наследственные и приобретенные формы. Этиология. Патогенез. Клиника. Лабораторные признаки гемолиза. Дифференциальная диагностика. Клиника гемолитического криза. Неотложная терапия. Комплексное лечение гемолитических анемий в зависимости от этиологии и патогенеза, степени тяжести. Показания к спленэктомии, назначению глюкокортикостероидов и иммунодепрессантов.</p> <p>Гемолитические и апластические анемии. Этиология, патогенез. Клинико-лабораторная характеристика анемий различной степени тяжести. Симптоматика. Изменения со стороны периферической крови и костного мозга. Дифференциальная диагностика с другими видами анемий, острым лейкозом, метастазами рака в костный мозг. Прогноз. Комплексное лечение: трансфузии, миелотрансфузии, глюкокортикостероиды, анаболические гормоны.</p>	
--	--	---	--



		<p>моны, борьба с геморрагическим, септическим синдромом. Показания к спленэктомии. Экспертиза трудоспособности. Медико-социальная адаптация.</p> <p>Хронические лимфопролиферативные заболевания. Классификация. Клиническая картина. Алгоритм дифференциального диагноза по лимфопролиферативному синдрому.</p> <p>Хронический лимфолейкоз. Основные варианты клинического течения в ранней стадии, стадии развернутой клинической картины. Особенности гемограммы и костного мозга. Гемолитический синдром. Комплексная терапия. Показания к назначению цитостатических средств, глюкокортикостероидов, переливаний компонентов крови. Показания к лучевой терапии. Исходы. Осложнения. Медико-социальная адаптация больных. Лимфомы. Классификация. Алгоритмы диагностики и лечения. Неотложная помощь. Прогноз.</p> <p>Хронический миелолейкоз. Этиология, патогенез, клиника. Стадии болезни. Клинико-гематологическая характеристика первой, второй и третьей стадии хронического миелолейкоза. Изменения периферической крови и костного мозга. Основные клинические синдромы и осложнения при хроническом миелолейкозе. Принципы современной терапии миелосаном, миелобромомом, гливеком. Бластный криз. Неотложная помощь. Показания к терапии компонентами крови. Исходы. Медико-социальная адаптация больных.</p> <p>Острые лейкозы. Классификация, клинико-гистохимическая характеристика острых лейкозов. Осложнения. Комплексное лечение по современным программам полихимиотерапии. Медико-социальная адаптация больных.</p> <p>Дифференциальная диагностика больных с ведущим синдромом увеличения печени и селезенки. Дифференциальная диагностика между хроническим лимфолейкозом, гемоли-</p>	
--	--	---	--

		<p>тической анемией, хроническим гепатитом активным, циррозами печени, миеломной болезнью. Современное понимание морфологии, физиологии, системы кроветворения. Нормальная гемограмма периферической крови, костного мозга. Методика пункции костного мозга. Значение трепанобиопсии костного мозга. Лейкоконтрат венозной крови в диагностике лейкозов. Пункция и биопсия лимфатического узла. Дифференциальная диагностика больного с синдромом лейкоцитоза (лейкоцитопении) в периферической крови по программе: острый лейкоз, хронические лейкозы (миелолейкоз, лимфолейкоз), инфекционный мононуклеоз.</p> <p>Определение понятия ДВС-синдром. Роль отечественных ученых в развитии учения о ДВС. Основные причины, приводящие к развитию ДВС (генерализованные инфекции и септические состояния, шок различной природы, травматические повреждения, терминальные состояния, острый внутрисосудистый гемолиз, гемобластозы и другие опухоли, термические ожоги, иммунные и иммунокомплексные болезни и др.). Патогенез ДВС. Острый, рецидивирующий, затяжной, латентный ДВС. Клиника ДВС различной формы и степени тяжести. Лабораторные критерии стадий ДВС. Характеристика геморрагического синдрома при ДВС. Основные проявления ДВС со стороны различных органов и систем (почки, печень, желудок, кишечник, нервная система, надпочечники и др.). Комплексное лечение ДВС в зависимости от стадии и тяжести (лечение основного заболевания, антибактериальная терапия, борьба с шоком, антиагреганты, гепаринотерапия, ингибиторы протеаз, свежзамороженная плазма, плазмаферез и др.). Первичная и вторичная профилактика ДВС.</p> <p>Понятие тромбофилии и факторы риска. Первичные и вторичные тромбофилии. Воз-</p>	
--	--	--	--

		возможности современной диагностики синдрома тромбофилии. Осложнения тромбофилий. Принципы лечения и профилактики тромбофилии. Прогноз.	
12	<b>Гематология 1</b>	Орфанные заболевания системы крови. Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз), диффузная неходжкинская лимфома, фолликулярная лимфома. Множественная миелома и злокачественные плазмоклеточные новообразования. Эссенциальная тромбоцитемия. Редкие формы наследственных анемий. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия. Гемолитикоуремический синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика и лечение.	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11, ПК-13, ПК-20.

#### 4.2 Разделы дисциплины и трудоемкость по видам учебных занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы					Всего час.
		Лекции	ПЗ	Семин.	ЛЗ	СРС	
1	Военно-полевая терапия	4	10	0	0	6	20
2	Пульмонология	4	10	0	0	9	23
3	Пульмонология 1	4	14	0	0	10	28
4	Кардиология	4	15	0	0	8	27
5	Кардиология 1	10	43	0	0	18	71
6	Нефрология	2	7	0	0	5	14
7	Гастроэнтерология	2	5	0	0	6	13
8	Гастроэнтерология 1	6	21	0	0	12	39
9	Ревматология	2	10	0	0	6	18
10	Ревматология 1	4	7	0	0	10	21
11	Гематология	14	35	0	0	25	74
12	Гематология 1	2	5	0	0	5	12
Итого		58	182	0	0	120	360

#### 5. Тематический план лекций

№ п/п	Раздел дисциплины	Тематика лекций	Трудоемкость (час)
1	Военно-полевая терапия	Л.1. Острая лучевая болезнь	2
		Л.2. Хроническая лучевая болезнь. Заболевания внутренних органов у раненых	2

2	Пульмонология	Л.3. Дифференциальная диагностика и лечение острой и хронической дыхательной недостаточности. Легочное сердце.	2
		Л.4. Хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	2
3	Пульмонология 1	Л.5. Дифференциальная диагностика и лечение диффузных заболеваний легких	2
		Л.6. Синдром инфильтрата в клинике внутренних болезней.	2
4	Кардиология	Л.7. Инфекционный эндокардит. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	2
		Л.8. Фибрилляция предсердий и блокады сердца. Алгоритмы диагностики и лечения.	2
5	Кардиология 1	Л.9. Алгоритм дифференциальной диагностики и лечения при остром коронарном синдроме.	2
		Л.10. Дифференциальная диагностика и лечение некоронарогенных заболеваний сердца.	2
		Л.11. Острая и хроническая сердечная недостаточность. Алгоритмы диагностики и лечения.	2
		Л.12. Нарушения ритма сердца и проводимости в клинике внутренних болезней.	2
		Л.13. Тромбоэмболия легочной артерии. Алгоритмы дифференциальной диагностики и лечения.	2
6	Нефрология	Л.14. Хроническая болезнь почек. Дифференциальный диагноз и лечение.	2
7	Гастроэнтерология	Л.15. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения воспалительных заболеваний кишечника.	2
8	Гастроэнтерология 1	Л.16. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения при синдроме гепатоспленомегалии.	2
		Л.17. Отечно-асцитический синдром в практике врача – терапевта.	2
		Л.18. Вторичные поражения желудочно-кишечного тракта. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	2

9	Ревматология	Л.19. Системная красная волчанка, дерматомиозит, системная склеродермия. Дифференциальный диагноз и лечение в госпитальных условиях.	2
10	Ревматология 1	Л.20. Суставной синдром. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	2
		Л.21. Системные васкулиты. Дифференциальный диагноз и лечение.	2
11	Гематология	Л.22. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний с геморрагическим синдромом.	2
		Л.23. Апластические и гемолитические анемии. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	2
		Л.24. Хронические лимфопролиферативные заболевания. Дифференциальная диагностика и лечение.	2
		Л.25. Хронические миелопролиферативные заболевания. Дифференциальная диагностика и лечение.	2
		Л.26. Острые лейкозы и миелодиспластический синдром. Дифференциальная диагностика и лечение.	2
		Л.27. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания в клинике внутренних болезней.	2
		Л.28. Синдром тромбофилии в практике врача - терапевта.	2
12	Гематология 1	Л.29. Орфанные заболевания системы крови. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	2
Итого:			58 часов

#### 6. Тематический план практических занятий

№ п/п	Раздел дисциплины	Тематика практических занятий	Формы текущего контроля	Формы рубежного контроля	Трудоемкость (час.)
1	Военно-полевая терапия	ПЗ.1. Острая лучевая болезнь.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
		ПЗ.2. Хроническая лучевая болезнь. Заболевания внут-	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный	

		ренных органов у раненых.		опрос, контроль практических навыков	5
2	Пульмонология	ПЗ.3. Дифференциальная диагностика и лечение острой и хронической дыхательной недостаточности. Легочное сердце.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
		ПЗ.4. Хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
3	Пульмонология I	ПЗ.5. Дифференциальная диагностика и лечение диффузных заболеваний легких.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
		ПЗ.6. Синдром инфильтрата и плеврита в клинике внутренних болезней.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
4	Кардиология	ПЗ.7. Инфекционный эндокардит. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
		ПЗ.8. Синдром шума в сердце. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
		ПЗ.9. Артериальная гипертензия. Дифференциальный диагноз и лечение. Осложненные и неосложненные кризы. Неотложная помощь	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	

		и ведение в условиях стационара.			5
5	Кардиология 1	ПЗ.10. Алгоритм дифференциальной диагностики и лечения при остром коронарном синдроме.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
		ПЗ.11. Дифференциальная диагностика и лечение некоронарогенных заболеваний сердца.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
		ПЗ.12. Острая и хроническая сердечная недостаточность. Алгоритмы диагностики и лечения.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
		ПЗ.13. Нарушение ритма сердца и проводимости. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
		ПЗ. 14. Фибрилляция предсердий и блокады сердца. Алгоритмы диагностики и лечения.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	8
		ПЗ.15. Тромбоэмболия легочной артерии. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
6	Нефрология	ПЗ.16. Хроническая болезнь почек. Дифференциальный диагноз и лечение.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
7	Гастроэнтерология	ПЗ.17. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения воспалительных заболеваний кишечника.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5

8	Гастроэнтерология 1	ПЗ.18. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения при синдроме гепатоспленомегалии и желтухи.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
		ПЗ.19. Отечно-асцитический синдром и синдром диспепсии в терапевтической клинике.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
		ПЗ.20. Вторичные поражения желудочно-кишечного тракта. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
9	Ревматология	ПЗ.21. Системная красная волчанка, дерматомиозит, системная склеродермия. Дифференциальный диагноз и лечение в госпитальных условиях.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
		ПЗ.22. Системные васкулиты. Дифференциальный диагноз и лечение.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
10	Ревматология 1	ПЗ.23. Суставной синдром. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	7
11.	Гематология	ПЗ.24. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний с геморрагическим синдромом.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
		ПЗ.25. Дифференциальный диагноз и лечение гемолитической и апластической анемий.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5



		ПЗ.26. Хронические миелопролиферативные заболевания. Дифференциальная диагностика и лечение.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
		ПЗ.27. Хронические лимфопролиферативные заболевания. Дифференциальная диагностика и лечение.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
		ПЗ.28. Острые лейкозы и миелодиспластический синдром. Дифференциальная диагностика и лечение.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
		ПЗ.29. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания в клинике внутренних болезней.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
		ПЗ.30. Синдром тромбофилии в практике врача - терапевта.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
12	Гематология 1	ПЗ.31. Орфанные заболевания системы крови. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, задачи, индивидуальный опрос, контроль практических навыков	5
Итого:					182

**Лабораторный практикум – нет**

**Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающегося**

### **8.1. Содержание самостоятельной работы**

№ п/п	Раздел дисциплины	Наименование работ	Трудоемкость
1	Военно-полевая терапия	Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу.	

		Работа с электронными образовательными ресурсами Написание рецептов.	6
2	Пульмонология	Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу. Работа с электронными образовательными ресурсами, написание рецептов.	9
3	Пульмонология 1	Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу. Работа с электронными образовательными ресурсами.	10
4	Кардиология	Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу Работа с электронными образовательными ресурсами Написание медицинских карт стационарного больного, рецептов.	8
5	Кардиология 1	Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу Работа с электронными образовательными ресурсами.	18
6	Нефрология	Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу. Написание рецептов.	5
7	Гастроэнтерология	Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу. Работа с электронными образовательными ресурсами. Написание медицинских карт стационарного больного, рецептов.	6
8	Гастроэнтерология 1	Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу. Работа с электронными образовательными ресурсами.	12
9	Ревматология	Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу. Работа с электронными образовательными ресурсами. Написание рецептов.	6
10	Ревматология 1	Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу. Работа с электронными образовательными ресурсами.	10
		Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу. Работа с электронными образовательными ресурсами.	

11	Гематология	ресурсами. Написание медицинских карт стационарного больного, рецептов.	25
12	Гематология 1	Работа с литературными и иными источниками информации по изучаемому разделу. Работа с электронными образовательными ресурсами.	5
Итого:			120

## 8.2. Тематика курсовых проектов (работ) и/или рефератов

не предусмотрена

## 8.3. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины\*

Данный раздел рабочей программы разрабатывается в качестве самостоятельного документа «Методические рекомендации для студента» в составе УМКД.

## 9. Ресурсное обеспечение

### 9.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				В библиотеке	На кафедре
1	Внутренние болезни: Учебник для студентов мед. вузов.	Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2015	45	
2	Внутренние болезни: Учебник для студентов мед.вузов: В 2-х т.Т.1	Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.	М. : ГЭОТАР-Медиа. – Москва. - 2010.	47	
3	Внутренние болезни: Учебник для студентов мед.вузов:В 2-х т.Т.2	Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.	М. : ГЭОТАР-Медиа, Москва. - 2010.	50	
4	Основы семиотики заболеваний	А.В.Струтынский [и др.].	М. : МЕД-пресс-		-

	внутренних органов: Учеб. пособие для студентов учреждений ВПО, обучающ. по спец. 060101.65 "Леч.дело" - 7-е изд.		информ, - Москва, - 2011.	45	
5	Поликлиническая терапия: учебник для студентов ВПО, обучающ. по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисц. "Поликлинич. терапия"	под ред. И. Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина.	М.: ГЭОТАР-Медиа, Москва, - 2013.	198	7

## 9.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				В библиотеке	На кафедре
ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ					
1	Военно-полевая тера- пия: Нац. руководство	Гл.ред.: И.Ю. Быков, А.Л. Раков, А.Е. Сосюкин	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2007	5	-
2	Военно-полевая тера- пия: учебник	В.М. Ключев	М.: МИА, 2007	7	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ					
1	Диссеминированные заболевания легких	под ред. М.М. Ильковича.	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011.	10	-
2	Клинико- фармакологические основы современной пульмонологии: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образ. врачей	В. А. Ахмедов [и др.]; под ред. Е. Е. Ба- женова, В. А. Ах- медова, В. А. Остапенко	М.:БИНОМ. Лаборато- рия знаний, 2013.	1	-
3	Неотложная пульмо- нология:	Э. К. Зильбер	М. : ГЭОТАР-	5	-

	Руководство		Медиа, 2009		
4	Профилактика, диагностика и лечение заболеваний органов дыхания	И.Л. Давыдкин и др.	Самара,: 2011.	10	3
5	Пульмонология: Учеб.-метод. пособие для студентов: Пер.с англ.	Ред.: Н.А. Бун, Н.Р. Колледж, Б.Р. Уолкер и др.	М. : Рид Эл-сивер, 2009	64	-
6	Пульмонология: нац. руководство	В. Н. Абросимов [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013	5	-
7	Пульмонология- 2-е изд., испр. и доп.	гл. ред. А. Г. Чучалин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011	5	-
8	Справочник врача-пульмонолога	В. В. Косарев, С. А. Бабанов.	Ростов на Д: Феникс, 2011	31	-
<b>КАРДИОЛОГИЯ</b>					
1	Артериальная гипертония. Ключи к диагностике и лечению : Руководство	Ж. Д. Кобалава, Ю. В.Котовская, В.С. Моисеев.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009	5	-
2	Болезни сердца и сосудов: Руководство Европ.о-ва кардиологов: Пер.с англ.	Под ред. А.Д.Кэмма, Т.Ф. Люшера, В. Серруиса	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011	5	-
3	Внезапная сердечная смерть: Руководство	Л.А. Бокерия, А.Ш.Ревитшвили, Н.М.Неминуший	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013	5	-
4	Гипертрофическая кардиомиопатия: руководство	Ю. Н. Беленков, Е. В. Привалова, В. Ю. Каплунова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011	10	-
5	Дислипидемии и атеросклероз. Биомаркеры, диагностика и лечение : Руководство для врачей	под ред. Р. Г. Оганова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009	5	-
6	Инфекционные эндокардиты: руководство- 2-е изд., доп. и перераб.	В. П. Тюрин ; под ред. Ю. Л. Шевченко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013	5	-
7	Кардиология. Гематология: Учебник для	Ред.: Н.А.Бун, Н.Р. Колледж,	М. : Рид	54	-

	студентов мед. вузов: Пер.с англ.	Б.Р. Уолкер и др	Элсивер, 2009		
8	Клапанные пороки сердца: митральные, аортальные, сердечная недостаточность: Руководство	А.А.Горбаченков, Ю.М. Поздняков	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007	5	-
9	Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца: Руководство	Под ред. В.А. Сулимова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011	5	-
10	Наглядная кардиология: Учеб. пособие для студентов мед.вузов: Пер.с англ.	Ф. Аронсон, Вард Дж., Г. Винер ; под ред. С.Л. Дземешкевича	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011	50	-
11	Оганов, Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: Руководство	Р. Г. Оганов, С. А. Шальнова, А. М. Калинина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	5	-
12	Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: Руководство	Р. М. Шахнович	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	-
13	Руководство по кардиологии: Учеб. пособие для студентов мед. вузов и ППО:В 3-х т.Т.3	Под ред. Г.И. Сторожакова, А.А.Горбаченкова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009	50	-
14	Паспорт национального проекта «Здравоохранение»	Утвержден президентом Советом при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 № 16.	<a href="http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&amp;base=LAW&amp;n=319209&amp;fld=134&amp;dst=1000000001,0&amp;rnd=0.05014263464913804#05227011362289784">http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&amp;base=LAW&amp;n=319209&amp;fld=134&amp;dst=1000000001,0&amp;rnd=0.05014263464913804#05227011362289784</a>		
<b>НЕФРОЛОГИЯ</b>					
1	Болезни почек и мочевых путей: Учеб. пособие для системы по-	Д. И. Трухан, И. А. Викторова	М. : Практ. медицина, 2011	5	-

	слева. проф. образ. врачей				
2	Острая почечная недостаточность: руководство	В. М. Ермоленко, А. Ю. Николаев	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010	10	-
3	Хроническая болезнь почек. Методы заместительной почечной терапии: руководство	В. С. Пилотович, О. В. Калачик	М. : Мед.лит., 2009	5	-
4	Руководство по нефрологии: Пер.с англ.	Под ред. Р.В.Шрайера	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009	5	-
5	Нефрология: нац. руководство	гл. ред. Н. А. Мухин, отв. ред. В. В. Фомин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009	5	-
6	Анемия при хронической болезни почек: Библиотека врача - специалиста.	И.Л. Давыдкин и др.	М. «ГЭОТАР-Медиа».- 2013	10	3
<b>ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ</b>					
1	Болезни поджелудочной железы : Практик. руководство	И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	5	-
2	Гастроэнтерология. Гепатология: учебник для студентов мед. вузов: Пер.с англ. (Внутренние болезни по Дэвидсону).	Ред.: Н.А. Бун, Н.Р. Колледж, Б.Р. Уолкер и др	М. : Рид Элсивер, 2009	55	-
3	Гастроэнтерология: Справочник	Под ред. А.Ю. Барановского	СПб : Питер, 2011	5	-
4	Гастроэнтерология и гепатология: клинич. справочник	Н. Дж. Талли [и др.]	М.: Практическая медицина, 2012	5	-
5	Гастроэнтерология: нац. руководство : крат. изд.	АСМОК, Рос. гастроэнтерол. асоц.; под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной	М. ГЭОТАР-Медиа, 2014	5	-
6	Практическая гастроэнтерология: руководство	Ф. И. Комаров, М. А. Осадчук, А. М. Осадчук	М. : МИА, 2010	4	3
7	Гастроэнтерология:	Я. С. Циммерман	М. :	5	-

	руководство		ГЭОТАР-Медиа, 2013		
<b>РЕВМАТОЛОГИЯ</b>					
1	Ревматология: Учеб. пособие / ассоц. ревматологов России- 2-е изд.,испр.и доп	Под ред. Е.Л. Насонова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011	5	-
2	Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход : Руководство: пер.с англ.	К. Пайл, Л. Кеннеди	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011	5	-
<b>ГЕМАТОЛОГИЯ</b>					
1	Болезни крови в амбулаторной практике: руководство - 2-е изд., испр. и доп.	И. Л. Давыдкин [и др.]	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013	1	3
2	Руководство по лабораторной гематологии: пер. с англ	Б. Сисла	М.: Практическая медицина, 2011	5	-
3	Кардиология. Гематология: Учебник для студентов мед. вузов: Пер.с англ.	Ред.: Н.А. Бун, Н.Р. Колледж, Б.Р. Уолкер и др	М. : Рид Элсивер, 2009	54	-

### 9.3. Программное обеспечение:

Электронная версия рабочей программы и учебно-методических комплексов.

### 9.4. Ресурсы информационно-телекоммуникативной сети «Интернет»::

- elibrary.ru
- www.scopus.com
- www.pubmed.gov
- http://www.garant.ru
- http://www.consultant.ru
- http://www.studmedlib.ru
- medline.ru

### 9.5. Материально-техническое обеспечение поликлинической терапии

Отделения клиник, лекционный зал, учебные аудитории, оснащенные стульями, столами, центр практических навыков.



Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран), компьютеры Pentium-IV, мониторы, учебные фильмы, презентации.

Медицинская аппаратура: электрокардиограф, аппаратура для проведения спирографии, небулайзеры, симулятор пациента 3-го поколения SimMan 3G.

#### 10. Использование инновационных (активных и интерактивных) методов обучения

Используемые активные методы обучения при изучении данной дисциплины составляют 2,9% от объема аудиторных занятий

№	Наименование раздела (перечислить те разделы, в которых используются активные и/или интерактивные образовательные технологии)	Формы занятий с использованием активных и интерактивных образовательных технологий	Трудоемкость (час)
1	Пульмонология	Л.4. Хроническая обструктивная болезнь легких	1
2	Пульмонология 1	Л.6. Синдром инфильтрата в клинике внутренних болезней	1
3	Гастроэнтерология	Л.15. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения воспалительных заболеваний кишечника	1
4	Гастроэнтерология 1	Л.16. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения при синдроме гепатоспленомегалии	1
5	Ревматология 1	Л.20. Суставной синдром. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения	1
6	Гематология	Л.22. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний с геморрагическим синдромом	1
		Л.23. Дифференциальный диагноз при апластическом и гемоцитопеническом синдромах	1
Итого			7 часов

#### 11. Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации: примеры оценочных средств для промежуточной аттестации, процедуры и критерии оценивания

Фонд оценочных средств разрабатывается в форме самостоятельного документа (в составе УМКД).

Процедура проведения промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в три этапа:

- тестирование;
- демонстрация практических навыков;
- устный ответ по билету (собеседование), содержащему 3 вопроса, включающих ситуационную задачу.

## **Вопросы к экзамену по дисциплине «Госпитальная терапия»**

### **Военно-полевая терапия**

1. Вклад отечественных и советских ученых в изучении радиационных поражений. Основные виды ионизирующих облучений ядерного взрыва.
2. Острая лучевая болезнь: патогенез, классификация. Клиническая характеристика радиационных поражений. Особенности костномозговой формы и острой лучевой болезни при внешнем резко неравномерном облучении и нейтронных поражениях.
3. Комбинированные, острые местные поражения радиоактивными веществами. Медицинская сортировка и этапное лечение больных в медицинской роте бригады и в отдельном медицинском отряде. Сроки госпитализации больных.
4. Хроническая лучевая болезнь: классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
5. Заболевания внутренних органов у раненых. Особенности ведения и сортировки.

### **Пульмонология**

1. Синдром бронхообструкции в практике врача – терапевта. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.
2. Синдром инфильтрата в практике врача – терапевта. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.
3. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
4. Бронхиальная астма. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
5. Пневмония. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
6. Диффузные заболевания легких. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
7. Острая и хроническая дыхательная недостаточность. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
8. Легочное сердце. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
9. Синдром выпота в плевральной полости. Определение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
10. Тромбоэмболия легочной артерии. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

### **Кардиология**

1. Острый коронарный синдром: определение, патогенез, методы диагностики. Стратификация риска на основе принципов доказательной медицины. Медикаментозные и хирургические

методы лечения острого коронарного синдрома. Тактика ведения больных с острым коронарным синдромом.

2. Стратегия лечения больных с острым коронарным синдромом. Первичная оценка больного: пациенты с признаками острой окклюзии крупной коронарной артерии; с высоким непосредственным риском смерти или развития инфаркта миокарда; с низким риском смерти или развития инфаркта миокарда в ближайшее время. Ведение больных после стабилизации общего состояния.

3. Алгоритм диагностики и лечения больных острым коронарным синдромом.

4. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Доказанная диагностическая значимость тестов по определению биомаркеров инфаркта миокарда.

5. Показания и противопоказания к проведению тромболитической терапии при инфаркте миокарда.

6. Осложнения острого инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма и проводимости, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Дресслера, тромбоэмболические осложнения. Клиника, диагностика, лечение.

7. Внезапная сердечная смерть: определение, этиология, факторы риска, патофизиология, клиническая картина, критерии постановки диагноза, оказание неотложной помощи.

8. Алгоритм ведения больного при внезапной коронарной смерти, вследствие ИБС.

9. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность: цели лечения, общие подходы и выбор медикаментозной терапии.

10. Острая и хроническая ревматическая болезнь сердца: эпидемиология, этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Современные принципы лечения. Прогноз. Профилактика.

11. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Первичная и вторичная профилактика миокардита. Медико-социальная адаптация пациентов.

12. План дифференциально-диагностического поиска при болях в области сердца.

13. Кардиомиопатии (дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная): определение, классификация, симптома-тика различных клинических форм, диагностика.

14. Осложнения кардиомиопатий. Принципы лечения различных вариантов. Прогноз. Медико-социальная адаптация.

15. Острая сердечная недостаточность: классификация, патогенез. Основные варианты. Принципы лечения острой сердечной недостаточности. Тактика ведения больных после ликвидации острой сердечной недостаточности.

16. Алгоритм ведения больного с острой левожелудочковой недостаточностью (сердечная астма, отёк легких).

17. Хроническая сердечная недостаточность: классификация степеней тяжести хронической сердечной недостаточности (NYHA). Принципы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики.

18. Алгоритм лечения хронической сердечной недостаточности на основе национальных рекомендаций. Экспертиза трудоспособности. Медико-социальная адаптация больных.

19. Классификация нарушений сердечного ритма и проводимости. Клиника и критерии ЭКГ диагностики нарушений ритма сердца.

20. Показания и противопоказания к применению современных антиаритмических средств, их фармакокинетика и фармакодинамика. Осложнения. Поддерживающая терапия медикаментами при ведении больных различными аритмиями.

21. Алгоритм оказания неотложной врачебной помощи больным с фибрилляцией желудочков сердца.

22. Алгоритм оказания неотложной врачебной помощи больным с устойчивой желудочковой тахикардией.

23. Показания к имплантации искусственного водителя ритма и к хирургическому лечению при наличии дополнительных путей прохождения импульса.

24. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта: этиология, патогенез, клиника. Лечение и прогноз.
25. Структура национального проекта «Здравоохранение». Задачи и результаты федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

### **Нефрология**

1. Хроническая болезнь почек: определение, классификация и диагностика. Лечение в зависимости от стадии заболевания. Прогноз. Показания к гемодиализу и трансплантации почек.
2. Нефротический синдром: клинические, лабораторные и инструментальные критерии диагностики. План дифференциально-диагностического поиска.
3. Мочевой синдром: клинические, лабораторные и инструментальные критерии диагностики. План дифференциально-диагностического поиска.
4. Нефритический синдром: классификация, клинические, лабораторные и инструментальные критерии диагностики. План дифференциально-диагностического поиска.
5. Синдром гематурии: клинические, лабораторные и инструментальные критерии диагностики. План дифференциально-диагностического поиска. Тактика ведения больного врачом-терапевтом.
6. Алгоритм оказания неотложной помощи больным с макрогематурией.

### **Гастроэнтерология**

1. Хронический гепатит: определение, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Диагностика. Критерии активности процесса с позиции доказательной медицины.
2. Язвенная болезнь. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к госпитальному лечению и обследованию. Прогноз.
3. Хронический гепатит: современные подходы к лечению и профилактике. Показания к госпитализации больных хроническим гепатитом. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.
4. Цирроз печени: определение, классификация. Современные представления об этиопатогенезе. Морфологические критерии активности. Клиника, варианты течения, осложнения, лабораторная и инструментальная диагностика.
5. Хронический панкреатит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показание к госпитальному лечению и обследованию. Прогноз.
6. Цирроз печени: лечение, профилактика и лечение осложнений. Показания к госпитализации. Вопросы диспансерного наблюдения, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.
7. Алгоритм дифференциальной диагностики при синдроме желтухи. Показания к госпитализации и к направлению на хирургическое лечение.
8. Хронический холецистит и билиарная дисфункция. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к госпитальному лечению и обследованию. Прогноз.
9. Неспецифический язвенный колит: этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика и стандарты лечения. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Прогноз.

10. Болезнь Крона: этиология, патогенез. Клиника, диагностика и стандарты лечения. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Прогноз.
11. Функциональная (неязвенная) диспепсия: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез. Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии с позиции доказательной медицины.
12. Показания для стационарного обследования и лечения пациентов с синдромом диспепсии (осложнения язвенной болезни, ГЭРБ, исключение злокачественных новообразований и т.д.). Диспансерное наблюдение больных. Врачебно-трудовая экспертиза.
13. Вторичные заболевания ЖКТ инфекционной и неинфекционной природы. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение. Профилактика. Прогноз.

### **Ревматология**

1. Дифференциальная диагностика по суставному синдрому. Значение клинических, лабораторных и инструментальных методов в диагностике поражения суставов.
2. Основные группы противовоспалительных средств: Клиническая, фармакокинетическая и фармакодинамическая характеристика. Выбор препарата. Показания и противопоказания. Осложнения при их применении.
3. Иммуносупрессивная терапия. Механизмы иммунодепрессии. Показания и противопоказания. Осложнения при их применении.
4. Ревматоидный артрит: этиология, патогенез. Клиника. Критерии диагноза. Медико-социальная адаптация больных.
5. Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисной и симптоматической терапии.
6. Псориатический артрит. Особенности клинической картины. Диагностические критерии. Лечение. Показания к назначению базисных препаратов.
7. Системная красная волчанка: этиология, патогенез, классификация. Клиника. Критерии постановки диагноза. Принципы базисной и симптоматической терапии. Прогноз. Медико-социальная адаптация больных.
8. Системная склеродермия: клиника, стандарты диагностики и лечения. Показания для назначения иммунодепрессантов.

### **Гематология**

1. Физиология системы гемостаза. Методы исследования системы гемостаза. Геморрагические болезни в практике терапевта: классификация, типы кровоточивости.
2. Гемофилия: этиология, патогенез, клиника. Осложнения. Клиника. Алгоритм обследования. Лечение. Социальная адаптация.
3. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: этиология, патогенез, клиника. Осложнения. Комплексное лечение. Показания для оперативного лечения.
4. Геморрагический васкулит: этиология, патогенез, клиника. Патогенетическое лечение в зависимости от степени тяжести и клинического варианта. Показания к проведению плазмафереза. Медико-социальная адаптация больных.
5. Наследственная геморрагическая телеангиэктазия: этиология, патогенез, клиника. Осложнения. Лечение. Медико-социальная адаптация.

6. Наследственные и аутоиммунные гемолитические анемии: классификация, клиника. Принципы лечения. Показания к спленэктомии. Неотложная терапия гемолитического криза.
7. Апластическая anemia. Клиника, дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Прогноз. Экспертиза трудоспособности. Медико-социальная адаптация.
8. Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии. Современные принципы лечения. Медико-социальная адаптация.
9. Лимфомы. Классификация. Алгоритмы диагностики и лечения. Неотложная помощь. Прогноз.
10. Хронический миелолейкоз. Роль Филадельфийской хромосомы в патогенезе заболевания. Клиника, диагностика. Современное лечение. Медико-социальная адаптация.
11. Острые лейкозы. Классификация. Основные клинические синдромы. Принципы верификации диагноза и терапии. Прогноз.
12. Дифференциальная диагностика по синдрому гепатоспленомегалии. Клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики.
13. ДВС-синдром: этиология, патогенез, клиника. Критерии диагностики. Первичная и вторичная профилактика ДВС.
14. Тромбофилия: классификация. Клиника. Современная диагностика синдрома тромбофилии. Принципы лечения и профилактики тромбофилии. Прогноз.
15. Орфанные заболевания системы крови. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения.

### **Пример экзаменационного билета по госпитальной терапии**

1. Бронхиальная астма. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к выписке из стационара. Прогноз.

2. Язвенная болезнь. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

3. Ситуационная задача. Больная Р., 55 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на боль в верхних отделах живота в течение 3 дней, отрыжку кислым, выраженную общую слабость, усиливающуюся при физической нагрузке. Со слов больной лекарственные препараты не принимала, но последние 2 часа, несмотря на усиление слабости, боль в эпигастрии не беспокоит. Из анамнеза: длительное время принимает глюкокортикостероиды по поводу ревматоидного артрита.

Общее состояние средней степени тяжести. Тип конституции астенический. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=23 в 1 минуту. Тоны сердца громкие, систолический шум в зоне верхушки сердца, ритм правильный, ЧСС=Ps=106 в 1 минуту, АД 100 и 70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в надчревной области. Симптом Менделя положительный на 2 см ниже мечевидного отростка, Глинчикова и Щеткина-Блюмберга отрицательные. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Стул, диурез без патологии.

 Поставьте предварительный диагноз.

■☞Какое осложнение основного заболевания можно заподозрить у больной при первичном осмотре?

■☞Какие методы исследования необходимо cito! выполнить больной в условиях поликлиники?

На ЭКГ: ритм синусовый, тахикардия. Во II, aVL, V<sub>1</sub>–V<sub>4</sub> отмечается снижение сегмента ST на 1 мм ниже изолинии, низкоамплитудные или изоэлектричные зубцы Т.

Анализ крови: Eг- $4,0 \times 10^{12}/л$ , Hb – 110 г/л, MCV- 90мкм<sup>3</sup>, MCH- 32пг, Le –  $7,0 \times 10^9/л$ .

■☞ Определите дальнейшую тактику ведения пациентки.

■☞ С учетом выбранной Вами тактики напишите лист назначения с необходимыми диагностическими и лечебными мероприятиями на каждом этапе оказания медицинской помощи.

### Эталон ответа.

**Ответ на первый вопрос экзаменационного билета. Определение.** Бронхиальная астма (БА) – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой либо спонтанно, либо под действием лечения.

**Эпидемиология.** В настоящее время в мире насчитывается 300 млн. человек, страдающих БА.

**Этиология.** К внутренним факторам, способствующим развитию БА относятся наличие генов, предрасполагающих к атопии, и бронхиальной гиперреактивности. Ожирение. Пол (мальчики болеют чаще девочек, но женщины – чаще мужчин). Внешние факторы: аллергены помещений: клещи домашней пыли, шерсть домашних животных (собак, кошек, мышей), аллергены тараканов, грибов, в том числе плесневых и дрожжевых, пыльца, вирусные инфекции. Профессиональные сенсибилизаторы. Курение табака, пассивное курение Загрязнение воздуха внутри и снаружи помещений. Питание

**Патогенез.** В воспалительной реакции в бронхах у пациентов с БА играют роль эозинофилы, тучные клетки, макрофаги, дендритные клетки, эпителиальные клетки бронхов, клетки эндотелия и нервная система дыхательных путей.

**Классификация.** Персистирующая (легкая, средней степени тяжести, тяжелая), интермиттирующая. Рефлюкс-индуцированная, профессиональная, аспириновая, ночная, трудно поддающаяся лечению, кашлевой вариант бронхиальной астмы, астма физического усилия. БА с необратимой бронхообструкцией, БА у пожилых и детей. Контролируемая, неконтролируемая и частично контролируемая бронхиальная астма.

**Клиника.** Клиническая картина зависит от тяжести течения заболевания и наличием обострений.

**Диагностика и дифференциальная диагностика.** Ведущее место в диагностике БА принадлежит спирометрии. Если при использовании бронходилататоров короткого действия соотношения ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ остается менее 70% это свидетельствует о наличии хронической обструктивной болезни легких. Приступ БА необходимо дифференцировать от сердечной астмы. Отличить приступ БА и сердечной астмы помогает различие в позах пациента, различный вид цианоза, различная аускультативная картина легких.

**Лечение.** Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение строиться на принципах ступенчатости терапии. Приступ БА купируется препаратами короткого действия. Для этого используются бета<sub>2</sub>-адреномиметики. В качестве базисных препаратов применяют топические стероиды, антилейкотриеновые препараты, пролонгированные теофиллины, антитела к иммуноглобулинам E.

Показаниями к выписке из стационара служит применение бета<sub>2</sub>-адреномиметиков не чаще чем через каждые 3-4 часа, насыщение крови кислородом более 90%, пациент может свободно передвигаться, нет симптомов ночной астмы, данные клинического обследования близки к нормальным, после применения бета<sub>2</sub>-агониста короткого действия значения ПСВ превышают 70% от должного, обеспечена преемственность в лечении больного, пациент умеет правильно пользоваться устройствами для ингаляции.

**Прогноз.** Применение современных средств базисной терапии делает прогноз БА в целом благоприятный. При наличии профессиональных вредностей требуется смена профессии.

**Ответ на второй вопрос экзаменационного билета. Определение.** Язвенная болезнь (пептическая язва) - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся чередованием периодов обострения и ремиссии, основное проявление которого – образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки, проникающего (в отличие от эрозий) в подслизистый слой.

**Эпидемиология.** Распространенность язвенной болезни среди взрослого населения 6-10%. Дуоденальную локализацию язвы диагностируют чаще, чем желудочную (соотношение 4:1). Среди молодых лиц это преобладание более выражено. После 60 лет язва желудка и двенадцатиперстной кишки встречаются приблизительно с одинаковой частотой. Среди больных с дуоденальными язвами мужчины преобладают над женщинами (соотношение 7:1), тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин приблизительно одинаковое.

**Этиология.** 95% язв двенадцатиперстной кишки и 80% язв желудка ассоциируются с *H. pylori*. Среди возможных способствующих факторов развитию язвенной болезни выделяют, наследственные факторы, дуоденогастральный рефлюкс, вредные привычки, *H. helmanii*, стрессовые факторы. В качестве факторов ульцерогенеза выделяют прием глюкокортикостероидов, НПВП, факторы, способствующие ишемии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (сердечная недостаточность, цирроз печени, анемия, ХОБЛ), ряд эндокринных опухолей (карциноид, синдром Золингера-Эллисона).



**Патогенез.** *H. pylori* обладает факторами адгезии и колонизации слизистой оболочки желудка. *H. pylori* способна выделять уреазу, протеолитические ферменты разрушающие слизистую оболочку. Также *H. pylori* обладает специфическими токсинами Cag и Vac, способствующие гибели и слущиванию эпителия слизистой оболочки желудка.

**Клиника.** Типичный диспепсический синдром в виде боли в эпигастральной области, связанный с приемом пищи. Для язвенной болезни характерна также сезонность боли. При тяжелом течении рецидивы язвенной болезни могут быть более 2 раз в год, а при легком 1 или реже.

**Диагностика и дифференциальная диагностика.** Ведущее место в диагностике язвенной болезни принадлежит ФГДС. При язве желудка обязательная хромоэндоскопия и взятие биопсии для морфологического исследования. Гистологическое исследование с окраской по Романовскому-Гимзе для верификации *H. pylori*. рН-метрия. Выполняется также общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, копрологическое исследование, УЗИ-органов брюшной полости, ЭКГ. Язвенную болезнь желудка следует дифференцировать от НПВП-гастропатии, MALT-лимфомы, рака желудка, язв при синдроме Золенгера-Эллисона, язв ишемического генеза, острых язв при воздействии различных стрессовых факторов.

**Лечение.** Основной принцип лечения язвенной болезни проведения эрадикационной терапии *H. pylori* в соответствии с Маастрихтскими соглашениями IV (2010). При рецидивах язвенной болезни, не связанной с *H. pylori*-инфекцией требуется длительная терапия ингибиторами протонной помпы.

**Прогноз.** При язвенной болезни, ассоциированной с *H. pylori* благоприятный. При выполнении эрадикации – частота рецидивов не более 3% в год. При *H. pylori*-негативной язвенной болезни прогноз хуже. Часто такие язвы обостряются и осложняются, что нередко требует длительной терапии ингибиторами протонной помпы.

#### **Ответ на третий вопрос экзаменационного билета.**

1. Язвенная болезнь, обострение. Стероидная язва желудка, осложненная желудочно-кишечным кровотечением.

2. Желудочно-кишечное кровотечение.

3. ФГДС, ОАК, осмотр хирурга с пальцевым обследованием прямой кишки.

4. Экстренная госпитализация в специализированный хирургический стационар.

5. На догоспитальном этапе:

А) амбулаторном этапе: - вызвать бригаду «скорой помощи»,  
горизонтальное положение тела,  
холод на эпигастральную область,  
при эндоскопии механическая и/ли физическая и/ли химическая гемостатическая терапия,  
местно (per os) аминокaproновая кислота,  
парентерально (в/в) системные гемостатики: дицинон, викасол, глюконат кальция, аскорбиновая кислота.

Б) на этапе «скорой помощи»:

горизонтальное положение тела,  
холод на эпигастральную область,  
катетеризация желудка зондом и промывание с непрерывной аспирацией горячей и/ли холодной водой,  
местно (per os) аминокапроновая кислота,  
парентерально (в/в) системные гемостатики: дицинон, викасол, глюконат кальция, аскорбиновая кислота.

На госпитальном этапе:

При наличии признаков шока – экстренная хирургическая остановка кровотечения с параллельным проведением реаниматологом-анестезиологом противошоковых мероприятий,

При отсутствии признаков шока – эндоскопический гемостаз,  
горизонтальное положение тела,  
холод на эпигастральную область,  
катетеризация желудка зондом и промывание с непрерывной аспирацией горячей и/ли холодной водой,  
местно (per os) аминокапроновая кислота,  
парентерально (в/в) системные гемостатики: дицинон, викасол, глюконат кальция, аскорбиновая кислота,  
Контроль ЭКГ в динамике.

### **Критерии оценки экзаменационного билета.**

Оценка «отлично» - студент самостоятельно, без подсказок и наводящих вопросов выполнил все 3 задания в экзаменационном билете.

Оценка «хорошо» - студент правильно, но с помощью наводящих вопросов решил все задания в билете или самостоятельно выполнил три из них.

Оценка «удовлетворительно» – студент полностью не выполнил одно задание при отличных ответах на два других или сделал ошибки в двух вопросах и не смог их исправить даже с помощью наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» - студент полностью не выполнил два и более задания экзаменационного билета или допустил ошибки во всех вопросах и не смог их исправить даже с помощью наводящих вопросов.

### **Интегрированные критерии оценки экзамена.**

Каждый этап экзамена: тестирование, демонстрация практических навыков, устный ответ по билету (собеседование) имеет одинаковый вес в общей экзаменационной оценке. Общая оценка выставляется в результате сложения оценок, полученных на всех этапах экзамена и деления ее на три. При отсутствии целой цифры оценка за экзамен выставляется путем округления имеющего значения до целого. Если возможность округления оценки отсутствует при возникновении спорной ситуации, студент должен ответить на дополнительный вопрос, задаваемый экзаменатором.

## 12. Методическое обеспечение дисциплины

Методическое обеспечение дисциплины разрабатываются в форме отдельного комплекта документов: «Методические рекомендации к лекциям», «Методические рекомендации к практическим занятиям», «Фонд оценочных средств», «Методические рекомендации для студента» (в составе УМКД).

Рубежный контроль проводится на последнем практическом занятии раздела. Если в разделе всего одно практическое занятие, то в первой части занятия проводится текущий контроль, а в конце занятия – рубежный контроль. После каждого семестра студенту в зачетной книжке выставляется «отработано» при условии успешного прохождения текущего и рубежного контроля.

### Примеры оценочных средств:

Тестовые задания для текущего контроля по разделу «Пульмонология» по теме № 4: «Хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма. Алгоритмы дифференциального диагноза и лечения».

№ п/п	Банк задания	Эталоны ответов
1	. Базисная терапия бронхиальной астмы не проводится: 1) $\beta_2$ –агонистами короткого действия; 2) теофиллинами; 3) $\beta_2$ –агонистами длительного действия; 4) ингаляционными глюкокортикостероидами; 5) системными стероидами.	1
2	При неконтролируемой бронхиальной астме будет соответствовать разница в суточном колебании пиковой скорости выдоха, составляющая: 1) 5 %; 2) 10%; 3) 12%; 4) 15%; 5) 20%.	5
3	Симптомы, появляющиеся 4 раза в неделю, но не более 1 раза в день, соответствуют следующей степени тяжести бронхиальной астмы: 1) легкой интермиттирующей; 2) легкой персистирующей; 3) средней; 4) тяжелой.	2
4	Положения, не характерные для хронического обструктивного бронхита: 1) кашель 3 месяца в году в течение 2х лет и более; 2) в основе патогенеза лежит воспаление с гиперсекрецией слизи, обусловленное раздражением дыхательных путей; 3) бронхиальная обструкция обратима; 4) чаще развивается после острого бронхита; 5) параллельно развивается эмфизема.	3
5	Ночные симптомы бронхиальной астмы, появляющиеся каждую ночь и под утро, соответствующие следующей степени	

	тяжести бронхиальной астмы: 1) легкой интермиттирующей; 2) легкой персистирующей; 3) средней; 4) тяжелой.	4
6	Ежедневный прием бета 2- агонистов короткого действия соответствует следующей степени тяжести бронхиальной астмы: 1) легкой интермиттирующей; 2) легкой персистирующей; 3) средней; 4) тяжелой.	3
7	При стойком снижении ОФВ1 ниже 50% базисная терапия ХОБЛ должна включать: 1) блокаторы кальциевых каналов; 2) $\beta_2$ –агонисты длительного действия; 3) противовирусные; 4) ингаляционные холинолитики; 4) комбинацию $\beta_2$ –агониста короткого действия и холинолитика; 5) ингаляционные глюкокортикостероиды; 6) антибиотики.	4
8	Снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) ниже 60% соответствует следующей степени тяжести неконтролируемой бронхиальной астмы: 1) легкой интермиттирующей; 2) легкой персистирующей; 3) средней; 4) тяжелой.	4
9	Самая эффективная группа препаратов, применяемая для базисной терапии бронхиальной астмы: 1) $\beta_2$ –агонисты короткого действия; 2) $\beta_2$ –агонисты длительного действия; 3) теофиллины; 4) ингаляционные глюкокортикостероиды; 5) системные стероиды; 6) ингаляционные холинолитики.	4
10	У больного развился однократно приступ удушья, предыдущий был в прошлом году. Какое лечение следует назначить больному? 1) теофедрин ; 2) сальбутамол ситуационно; 3) сальбутамол по 2 вдоха 3 раза в день; 4) сальметерол 2 раза в день; 5) беклометазон 800мк в сутки; 6) недикромил 4 раза в сутки; 7) беклометазон 300 мк в сутки.	2

#### Критерии оценки теста:

- менее 70% правильных ответов – «неудовлетворительно»;
- 70 – 79% правильных ответов – «удовлетворительно»;
- 80 – 89% правильных ответов – «хорошо»;
- 90 – 100% правильных ответов – «отлично».

#### Оценочные средства для рубежного контроля

##### Примеры оценочных средств

Тестовые задания для рубежного контроля по разделу № 8 «Гастроэнтерология 1».

№ п/п	Банк заданий	Эталон ответов
-------	--------------	----------------

1	<p>Перечислите, какие хронические гепатиты не учитываются в Лос-Анджелесской классификации хронических гепатитов?</p> <p>А) Вирусные (В, С, D).  Б) Неопределенный вирусный гепатит (F, G).  В) Аутоиммунный гепатит.  Г) Алкогольный.  Д) Лекарственный.  Е) Криптогенный.  Ж) Герпетический.</p>	Г, Ж.
2	<p>Сопоставьте признаки надпеченочной (I), печеночной (II) и подпеченочной желтух (III):</p> <p>А) Спленомегалия.  Б) Ретикулоцитоз.  В) Нормохромная анемия.  Г) Увеличение количества уробилина и стеркобилина.  Д) Умеренное увеличение уробилиногена в крови и моче.  Е) Кожный зуд.  Ж) Снижение количества стеркобилина.  З) Стеаторея.  И) Умеренное увеличение концентрации свободного билирубина.  К) Резкое увеличение концентрации свободного билирубина.  Л) Увеличение активности АСТ, АЛТ.  М) Отрицательные осадочные пробы.  Н) Положительные осадочные пробы.  О) Резкое увеличение концентрации холестерина и щелочной фосфатазы.  П) Незначительное увеличение концентрации связанного билирубина.  Р) Снижение концентрации уробилина.  С) Лимонная окраска кожи.  Т) Желто-зеленая окраска кожи.  У) Бледно-желтая окраска кожи.  Ф) Резкое увеличение концентрации связанного билирубина.</p>	<p>I: А,Б, В, Г, К, М, У;  II: Д, Е, И, Л, Н, П, С;  III: Е, Ж, З, М, О, Р, Т, Ф.</p>
3	<p>Проведите дифференциальный диагноз между алкогольным (I) и неалкогольным стеатогепатитом (II):</p> <p>А) Мужской пол преобладает.  Б) Преобладает женский пол.  В) Употребление алкоголя более 40 г/сут.  Г) Полинейропатия, миопатия, кардиопатия, энцефалопатия.  Д) Активность АСТ в 2 раза превышает активность АЛТ.  Е) Как правило, обнаруживаются тельца Мэллори.  Ж) Воспалительная инфильтрация нейтрофи-</p>	<p>I: А,В,Г,Д,Е,Ж,К; М.  II: Б, И, Л.</p>

	<p>лами.</p> <p>З) Воспалительная инфильтрация лимфоцитами или смешанная.</p> <p>И) Локализация поражения в перипортальной зоне.</p> <p>К) Локализация поражения в центральной зоне.</p> <p>Л) Часто выявляется нейтрофильный лейкоцитоз.</p> <p>М) В крови часто выявляется нейтрофильный лейкоцитоз.</p>	
4	<p>Какие гепатопротективные средства наиболее эффективно устраняют холестаз?</p> <p>А) Урсодеоксихолевая кислота.</p> <p>Б) Препараты адеметионина (гептрал).</p> <p>В) Эссенциальные фосфолипиды.</p> <p>Г) Силимарин.</p> <p>Д) Фосфоглив (фосфотидилхолин+глицират).</p>	А, Б.
5	<p>Женщина 47 лет с жалобами на появление желтого цвета окрашивания кожных покровов, потемнения мочи, кожный зуд, боли в крупных суставах, общую слабость. При осмотре кожные покровы и слизистые с желтоватым оттенком. Выявлены гепатомегалия и спленомегалия. В анализах крови: гемоглобин 90 г/л, MCV – 84 фл, MCH – 31 пг, ретикулоцитов 0,5%. Альбумин: 32 г/л, глобулины 36 г/л, билирубин прямой 80мкмоль/л, непрямой 25,6 мкмоль/л, АСТ 120 Ед/л, АЛТ 60 Ед/л, щелочная фосфатаза 520 Ед/л. Выявлены антимитохондриальные антитела. Какой диагноз следует поставить пациентке (I)?</p> <p>А) Аутоиммунный гепатит.</p> <p>Б) Первичный билиарный цирроз.</p> <p>В) Онкологическое заболевание системы крови.</p> <p>Г) Хронический вирусный гепатит.</p> <p>Д) Гепатит А.</p> <p>Е) Криптогенный гепатит.</p> <p>Ж) Системное заболевание соединительной ткани.</p> <p>Какое стартовое лечение наиболее обосновано (II)?</p> <p>А) Урсодеоксихолевая кислота.</p> <p>Б) Преднизолон или метилпреднизолон.</p> <p>В) Урсодеоксихолевая кислота, метилпреднизолон.</p> <p>Г) Урсодеоксихолевая кислота, метилпреднизолон, азатиоприн.</p> <p>Д) Метилпреднизолон, азатиоприн.</p> <p>Е) Препараты адеметионина.</p> <p>Е) Все схемы возможны.</p>	I:Б; II:Г.
6	<p>Пациент 38 лет, в течение 10 лет, страдающий неспецифическим язвенным колитом, длительное время получающий препараты 5-АСК (месалазин) предъявляет жалобы на появление желтого цвета</p>	I: А, Е; II: Г.

	<p>окрашивания кожных покровов, потемнения мочи, кожный зуд, боли в крупных суставах, общую слабость. При осмотре кожные покровы и слизистые с желтоватым оттенком. Выявлены гепатомегалия. В анализах крови: гемоглобин 103 г/л, MCV – 88 фл, MCH – 30 пг, ретикулоцитов 1,0%. Альбумин: 36 г/л, глобулины 39 г/л, билирубин прямой 88,1 мкмоль/л, непрямой 22,6 мкмоль/л, АСТ 140 Ед/л, АЛТ 65 Ед/л, щелочная фосфатаза 560 Ед/л. Выявлены антитела к гладкой мускулатуре и антинуклеарные антитела. Какие осложнения развились у больного (I)?</p> <p>А) Первичный склерозирующий холангит.  Б) Лекарственный гепатит.  Г) Аутоиммунный гепатит.  Д) Первичный билиарный цирроз.  Е) Серонегативный спондилоартрит.</p> <p>Какое лечение целесообразно назначить данному больному (II)?</p> <p>А) Урсодеоксихолевая кислота.  Б) Преднизолон или метилпреднизолон.  В) Урсодеоксихолевая кислота, метилпреднизолон.  Г) Урсодеоксихолевая кислота, метилпреднизолон, азатиоприн.  Д) Метилпреднизолон, азатиоприн.  Е) Препараты адеметионина.  Е) Все схемы возможны.</p>	
7	<p>У больного Б..., 46 лет впервые диагностирован асцит. Предъявляет жалобы на умеренную боль в животе неопределенной локализации. Вздутие живота и повышение температуры тела до 37,6°C. При пальпации живот мягкий безболезненный. Печень на 3 см. ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Следует ли данному больному выполнить диагностический лапароцентез (I)?</p> <p>А) Нет.  Б) Да.</p> <p>При проведении диагностического лапароцентеза выявлены следующие показатели: градиент между концентрацией альбумина в сыворотке крови и асцитической жидкостью 15 г/л. Выявлено 300 нейтрофилов в мкл. асцитической жидкости. Посев микрофлоры из асцитической жидкости выявил рост кишечной палочки. Предположительный диагноз (II).</p> <p>А) Цирроз печени. Спонтанный бактериальный перитонит.  Б) Цирроз печени. Инфицированный асцит.</p> <p>Какое лечение следует назначить больному (III)?</p> <p>А) Гепатопротекторы, мочегонные.  Б) Гепатопротекторы, мочегонные, внутривенное</p>	<p>I:Б;  II:А;  III:В.</p>

	<p>введение альбумина.</p> <p>В) Ограничение приема натрия с пищей, гепатопротекторы, мочегонные, внутривенное введение альбумина, назначение антибиотиков из группы цефалоспоринов III поколения (цефотаксим).</p>	
8	<p>Какие признаки свидетельствуют против аутоиммунного гепатита?</p> <p>А) Соотношение активности щелочной фосфатазы к АЛТ более 3 норм.</p> <p>Б) Женский пол.</p> <p>В) Концентрация иммуноглобулинов G больше нормальных, более чем в 2 раза.</p> <p>Г) Наличие антинуклеарных антител.</p> <p>Д) Наличие антимикросомальных антител 1 типа.</p> <p>Е) Наличие антител к гладкой мускулатуре.</p> <p>Е) Наличие антител к митохондриям.</p> <p>Ж) Прием алкоголя менее 25 г/сутки.</p> <p>З) Ответ на лечение глюкокортикостероидами.</p>	А,Е.
9	<p>Какой диагноз наиболее вероятен у больного 18 лет, предъявляющего жалобы на отеки нижних конечностей, увеличение живота, общую слабость, скованность в мышцах конечностей, шаткость походки, дрожание кистей, бессонницу (I)? При УЗИ органов брюшной полости выявили гепатомегалию и спленомегалию. Расширение воротной вены до 16 мм. При эзофагоскопии выявлены варикозно-расширенные вены пищевода III степени. Эластометрия печени выявила убедительные признаки цирроза печени. При биохимическом исследовании определены общий белок 48 г/л, альбумины 27 г/л, АЛТ – 88 Ед/л, АСТ – 145 Ед/л, общий билирубин 52,3 мкмоль/л, прямой билирубин 15,6 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 320,2 Ед/л, креатинин 84 мкмоль/л. Маркеры вирусных гепатитов отрицательные. Злоупотребление алкоголем отрицает. При дополнительном исследовании выявили снижение уровня церулоплазмينا 17 мг/л, повышение экскреции меди с мочой до 100 мкг в сутки. Офтальмолог определил кольца Кайзера-Флейшера.</p> <p>А) Криптогенный цирроз печени.</p> <p>Б) Болезнь Вильсона-Коновалова. Дрожательно-ригидная форма.</p> <p>В) Токсический цирроз печени.</p> <p>Какое лечение следует назначить больному (II)?</p> <p>А) Унитиол.</p> <p>Б) Купренил.</p> <p>В) Витамин В6.</p> <p>Г) Препараты орнитина.</p> <p>Д) Мочегонные.</p> <p>Е) Альбумины.</p> <p>Ж) Препараты адеметионина.</p> <p>З) Транквилизаторы.</p>	I: Б; II: Л.



	<p>И) Агонисты дофаминовых рецепторов.</p> <p>К) Стол № 5 с ограничением продуктов, содержащих большое количество меди.</p> <p>Л) Все выше перечисленное.</p>	
10	<p>Пациент М., 51 года предъявляет жалобы на общую слабость, похудение, появление отеков на нижних конечностях. При осмотре наблюдается гиперпигментация кожи и сетчатки. Из анамнеза известно, что пациент в течение 3-х последних лет страдает сахарным диабетом I типа. Объективное обследование выявило гепатомегалию. Насыщение трансферрина железом натошак превышает 50%. Ферритин сыворотки 256 мкг/л. Другие биохимические показатели не нарушены. Общий анализ крови без патологии. УЗИ исследование органов брюшной полости выявило гепатомегалию, расширение воротной вены до 14 мм, спленомегалию. Маркеры вирусных гепатитов отрицательные. Алкоголь употребляет в умеренных количествах. При выполнении морфологического исследования печени выявлено накопление железа в гепатоцитах. Какой диагноз можно предположить (I)?</p> <p>А) Вторичный гемосидероз. Цирроз печени. Класс по Чайльд-Пью.</p> <p>Б) Наследственный гемохроматоз. Цирроз печени. Класс А по Чайльд-Пью.</p> <p>В) Алкогольный цирроз печени.</p> <p>Г) Хронический криптогенный гепатит.</p> <p>Д) Криптогенный цирроз печени.</p> <p>Эталон ответа: Б.</p> <p>Какие исследования следует провести больному для уточнения диагноза в первую очередь (II).</p> <p>А) МРТ печени.</p> <p>Б) УЗИ сосудов печени.</p> <p>В) Определить антитела к митохондриям, микросомам печени и гладкой мускулатуре.</p> <p>Г) Генетический тест для определения мутаций в генах C282Y и H63D.</p> <p>Эталон ответа: Г.</p> <p>Назначьте лечение основного заболевания (III):</p> <p>А) Исключить продукты, богатые железом.</p> <p>Б) Дефероксамин.</p> <p>В) Кровопускания.</p> <p>Г) Все выше перечисленное.</p>	I:Б; II:Г; III:Г.

#### Критерии оценки теста:

- менее 70% правильных ответов – неудовлетворительно;
- 70 – 79% правильных ответов – удовлетворительно;
- 80 – 89% правильных ответов – хорошо;
- 90 – 100% правильных ответов – отлично.

Пример ситуационной задачи для текущего контроля по практическому занятию № 7 раздела «Кардиология» по теме: «Острая и хроническая ревматическая болезнь сердца».

**Задача.** Фельдшера вызвали к ребенку 15 лет. Последнюю неделю стал быстро утомляться на уроках, уставать при подъеме по лестнице, появились боли в коленных суставах, сегодня температура 39°C. Из анамнеза: с 10 лет болеет частыми ангинами, последний раз болело горло 2 недели назад, после переохлаждения, не лечился. При осмотре: температура 38,5°C, АД 120/90 мм рт.ст., ЧД 24 в минуту, PS 100 в минуту. Кожные покровы чистые, бледные, пастозность голеней. В зеве умеренная гиперемия, гипертрофия миндалин II степени. Правый коленный, плечевой суставы увеличены в объеме, кожа гиперемирована, горячая, движения болезненные. Перкуторно границы сердца справа – правый край грудины, сверху 2 ребро, слева + 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, I тон приглушен, дующий систолический шум на верхушке, край печени болезненный, селезенка не увеличена. Стул нормальный. Мочится редко.

#### Задание

1. Предположительный диагноз, факторы риска развития заболевания.
2. Назовите большие и малые критерии диагностики ревматизма.
3. Определите тактику фельдшера, объем неотложной помощи на догоспитальном этапе.
4. Составьте план обследования пациента.
5. Составьте план ухода, лечения, реабилитации.
6. Покажите технику забора мазка из зева на флору, выпишите направление в лабораторию.

#### Эталон ответа

1. Ds: Острая ревматическая болезнь сердца, ревмокардит, ревматический полиартрит, активная фаза НКІ. Факторы риска - частые стрептококковые инфекции (ангины), нерациональное лечение ангин, частые переохлаждения.
2. «Большие» критерии ревматизма – кольцевидная эритема, кардит, полиартрит, хорея. «Малые» критерии ревматизма – ускорение, СОЭ, появление С – реактивного белка, лейкоцитоз, повышение уровня сиаловых кислот, титра антистрептококковых антител, удлинение интервала P-Q на ЭКГ.
3. Доврачебная помощь при гипертермии – физическое охлаждение, парацетамол. Вызов врача, транспортировка на носилках (коляске), госпитализация в детский стационар.
4. Лабораторное обследование: клинический АК, ОАМ, биохимическое исследование крови, серологическое исследование – фибриноген, СРБ, сиаловые кислоты, АСЛ, АСГ, ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ
5. Уход: строгий постельный режим на 2-3 недели, ЛФК, организация досуга, лечебное питание стол №10 с ограничением жидкости, белка, соли. Дополнительно калиевая диета, разгрузочные дни; обеспечение гигиены тела; контроль за температурой, весом, ЧД, ЧСС, АД, водным балансом, опорожнением кишечника.

#### Лечение:

- антибактериальная терапия;
- пенициллин 10 дней, с переводом на пролонгированный препарат бициллин – 5;
- НПВС – аспирин, 100- 50 мг/год жизни в сутки после еды, запивать щелочным питьем, возможно в сочетании с преднизолоном;
- сердечные метаболиты – оротат калия, ККБ либо сердечные гликозиды.

Соблюдается этапность лечения – стационар – местный санаторий – диспансеризация в детской поликлинике 5 лет. Реабилитация предполагает санацию хронических очагов инфекций, ЛФК, лабораторная диагностика 2 раза в год, мед. отвод от иммунизации, курортное лечение через 6 месяцев после активной фазы, бициллинопрофилактика не менее 3 лет.

Примеры ситуационных задач для рубежного контроля по разделу № 5 «Кардиология 1».

**Задача 1.** Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

**Объективно:** кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови : эр. -  $4,3 \times 10^{12}$ , лейкоц. -  $9,2 \times 10^9$ , п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час.

**Задание:**

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

**Результаты дополнительного обследования к задаче:**

1. ЭКГ - прилагается.
2. Сыворотка крови : СРБ+, ЛДГ 360 ЕД/ л, КФК 2,4 ммоль/гл, АСТ 24 Е/л, АЛТ 16 Е/л.
3. Свертываемость крови - 3 мин.
4. ПТИ - 100 %.
5. Общий анализ крови на шестой день после госпитализации: лейкоц. -  $6,0 \times 10^9$ , э.- 1, п. - 2, сегм. - 64, л. - 24, м. - 9, СОЭ - 24 мм/час.
6. Рентгенограмма - прилагается.

**Эталон ответа к задаче:**

1. ИБС: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
4. Лечение: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений.

**Задача 2.** Больной К., 54 лет, обратился к врачу поликлиники с жалобами на жгучую боль за грудиной, возникающую после физической нагрузки, наклонов, подъема тяжестей. Данные проявления беспокоят его в течение 4 месяцев. За медицинской помощью не обращался, лекарственные препараты не принимал.

Общее состояние удовлетворительное. Тип конституции нормостенический. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=19 в 1 минуту. Тоны сердца тихие, ритм правильный, ЧСС=Ps=64 в 1 минуту, АД 130 и 80 мм рт.ст. Язык обложен по спинке белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболез-

ненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Стул, диурез без патологии.

#### Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику и какие уточняющие вопросы необходимо задать пациенту?
3. Какие обязательные методы обследования в поликлинике больному необходимо выполнить?

Через 3 дня после первичного обращения больной осмотрен участковым терапевтом. Со слов больного, после приема назначенных препаратов ( $\beta$ -адреноблокаторов, пролонгированных нитратов) изменился стереотип загрудинных болей: при ходьбе боль не возникает, но при наклонах и поднятии тяжестей - стала интенсивнее, возникает чаще и может сопровождаться отрыжкой кислым содержимым.

4. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить больному?
5. Какой группе пациентов показано продолжить лечение на амбулаторном этапе и как с учетом выявленных данных изменится тактика лечения пациента?
6. Какие показания к госпитализации данного пациента и в какое специализированное отделение?

#### Эталон ответа к задаче

ИБС, Стенокардия напряжения стабильная ? ф.к.

Дифференцировать с расслаивающей аневризмой аорты, перикардитом, миокардитом, медиастенитом, ГЭРБ, остеохондрозом грудного отдела позвоночника со вторичным корешковым синдромом.

Спросить у пациента: при какой физической нагрузке возникает боль, ее продолжительность, чем сопровождается, что приносит облегчение (если лекарственный препарат, то в какой дозировке и через какой промежуток времени).

ЭКГ в 12 отведениях, ОАК с лейкоцитарной формулой, подсчетом тромбоцитов, ОАМ, БАК (билирубин, белок и его фракции, АлАТ, АсАТ, тимоловая, СРБ, фибриноген, сиаловые кислоты, общий холестерин, глюкоза крови), консультация невропатолога, ККФ.

ФГДС, рентгеноскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта на трохоскопе, омепразоловый тест.

При обнаружении эндоскопически негативной или катаральной форм ГЭРБ показано амбулаторное лечение: диетотерапия, изменение образа жизни, направленное на уменьшение рефлюксов; к стандартному лечению ИБС (антиагреганты, ИАПФ,  $\beta$ -адреноблокаторы и/или пролонгированные антагонисты кальция, гиполипидемические препараты, пролонгированные нитраты, метаболиты) присоединить ИПП, прокинетики, антациды.

При наличии эрозивной и язвенной форм ГЭРБ амбулаторное лечение показано лицам от 18 до 65 лет без сопутствующей патологии или при ее наличии в стадии компенсации в течение 3 недель, при отсутствии эффекта от проводимой терапии или развитии осложнений ГЭРБ – госпитализация в гастроэнтерологическое отделение.

Показанием к госпитализации в специализированное гастроэнтерологическое отделение является обнаружение язвы пищевода и других осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. При прогрессировании заболевания или декомпенсации сопутствующей патологии – в терапевтическое отделение.

**Задача 3.** Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно по-

вышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

#### Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ - прилагается.
2. ЭХО-КС - небольшое расширение полостей левого предсердия-(3,8 см). Кровь на холестерин - 7,6 ммоль/л, АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102%, свертываемость- 8 мин.
3. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.
4. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, л - 1-2 в п/зр.
5. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.
6. Анализ крови общий : Нв - 140 г/л, эр. -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , л. -  $6,0 \times 10^9/л$ , СОЭ - 6 мм/час.

#### Эталон ответа

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).

2. План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.

3. Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.

4. Лечение: основная задача - снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты 1 группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен); электростимуляция. Для противорецидивной терапии: кордарон, бета-блокаторы, антагонисты кальция, препараты 1-ой группы антиаритмических средств. Лечение ИБС - антихолестеринемические препараты, диета.

#### Задача 4

К фельдшеру обратился мужчина 23 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии.

Объективно: температура  $36,8^{\circ}\text{C}$ . Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожа чистая. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Определяется диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

#### Эталон ответа

1. Инфекционный эндокардит, недостаточность аортального клапана в стадии субкомпенсации.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

- быстрая утомляемость, одышка и сердцебиение при физической нагрузке;
- перенесенный бактериальный эндокардит;

2) объективные данные:

- при осмотре: симптом Мюссе, “пляска каротид”, капиллярный пульс, одышка, повышение систолического АД и понижение диастолического АД;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при аускультации: диастолический шум в точке аускультации аортального клапана.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: возможно увеличение фибриногена, посев крови на гемокультуру: выявление возбудителя, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность, ХСН.

4. Пациента следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

Консультация кардиохирурга.

Принципы лечения:

- Режим полупостельный
- Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием
- Терапия основного заболевания при обострении процесса: антибактериальные препараты
- Витамины (вит.В1)
- Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

Профилактика:

- раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);
- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;
- круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;
- длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя).

5. Техника исследования

Задача 5.

У роженицы М. 35 лет, повара, во время первых родов появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеряла сознание.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание отсутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 50 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в 1 минуту. АД - 90/40 мм рт. ст. Сердечные тоны глухие, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот увеличен, пальпация не доступна.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.

2. Составить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

Анализ крови: эр. -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нв - 135 г/л, СОЭ - 15 мм/час, лейкоциты -  $9,5 \times 10^{12}/л$ , п - 2%, с - 65%, э - 2%, м - 10%, л - 21%, белок - 80 г/л, альбумины - 42%, альфа-1 - 8%, альфа-2 - 12%, бета - 18%, гамма - 20%, ПТИ - 105%, время свертывания - 4 мин., ЛДГ - 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 - 25%, ЛДГ-2 - 26%, ЛДГ-3 - 30%, ЛДГ-4 - 8%, ЛДГ-5 - 11%.

Анализ мочи: соломенно-желтый, реакция кислая, уд. вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эп. клетки - 1-2 в п/зр.

ЭКГ - прилагается.

Рентгенография грудной клетки - прилагается.

Эталоны ответа к задаче.

1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.
4. Борьба с шоком, лечение сердечной недостаточности. Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия.

#### **Критерии оценок ситуационной задачи:**

- «отлично» - студент при решении ситуационных задач, дал правильную оценку клинической ситуации и выбрал оптимальную врачебную тактику;

«хорошо» - студент допустил неточности при решении ситуационных задач;

«удовлетворительно» - при решении ситуационных задач нечетко сформулировал диагноз, упустил важные детали объективного акушерско-гинекологического обследования, не включил некоторые существенные диагностические, терапевтические мероприятия, улучшающие результат лечения и т.д., но не способных значительно повлиять на прогноз и исход заболевания);

«неудовлетворительно» - студент не может сформулировать диагноз, не знает методов диагностики и способов лечения данного заболевания, не решил ситуационную задачу.

Пример формулировки вопроса к устному опросу для раздела 2.

1. Определение дыхательной недостаточности.
2. Классификация дыхательной недостаточности.
3. Клиника дыхательной недостаточности.
4. Диагностика дыхательной недостаточности.
5. Дифференциальная диагностика дыхательной недостаточности.
6. Лечение дыхательной недостаточности.

7. Легочное сердце. Определение и классификация.
8. Этиология и патогенез легочного сердца.
9. Клиническая симптоматика легочного сердца.
10. Диагностика и дифференциальная диагностика легочного сердца.
11. Лечение легочного сердца.
12. Прогноз и профилактика легочного сердца.
13. Определение хронической обструктивной болезни легких.
14. Этиологические факторы хронической обструктивной болезни сердца.
15. Патогенетические аспекты хронической обструктивной болезни легких.
16. Клиническая симптоматика хронической обструктивной болезни легких.
17. Классификация хронической обструктивной болезни легких.
18. Диагностика хронической обструктивной болезни легких.
19. Дифференциальная диагностика хронической обструктивной болезни легких.
20. Лечение хронической обструктивной болезни легких.
21. Осложнения и обострения хронической обструктивной болезни легких. Лечение осложнений и обострений.
22. Прогноз и профилактика хронической обструктивной болезни легких.
23. Определение бронхиальной астмы.
24. Этиологические факторы бронхиальной астмы.
25. Патогенетические аспекты бронхиальной астмы.
26. Классификация бронхиальной астмы.
27. Клиническая симптоматика бронхиальной астмы.
28. Диагностика бронхиальной астмы.
29. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы.
30. Лечение хронической бронхиальной астмы.
31. Осложнения и обострения хронической бронхиальной астмы. Лечение осложнений и обострений.
32. Прогноз и профилактика хронической обструктивной болезни легких.

#### **Критерии оценки устного ответа:**

1. Оценка **«отлично»** - демонстрируется свободное владение материалом, не допущено ни одной существенной ошибки, освещение вопросов велось на высоком профессиональном уровне и при этом были продемонстрированы высокая эрудиция.

2. Оценка **«хорошо»** - к ответу нет существенных замечаний, состоялось обсуждение в полном объеме и на высоком профессиональном уровне, однако, возникли некоторые незначительные затруднения в ответе на дополнительные и уточняющие вопросы.



3. Оценка «**удовлетворительно**» - ответы на поставленные основные и дополнительные вопросы прозвучали кратко и неполно, без должной глубины освещения поставленных проблем, но без грубых ошибок, при этом в ответе очевидны трудности при обращении к смежным дисциплинам или в проявлении творческого мышления.

4. Оценка «**неудовлетворительно**» - не прозвучал правильный ответ на основные поставленные вопросы или допущены грубые ошибки.

### **Перечень практических навыков по «Госпитальной терапии»:**

#### **Уметь оценить:**

- показатели общего анализа крови периферической крови;
- показатели биохимического исследования крови (общий белок и его фракции; активность печеночных и сердечных ферментов; содержание мочевины и креатинина; активность воспалительного процесса С-реактивного белка, фибриногена, осадочных проб, стрептококковой инфекции (антистрептокиназа, антистрептолизин, антистрептогиалуронидаза); липидного обмена (холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПОНП, ЛПНП, индекс атерогенности), мочевой кислоты, пигментного обмена (общий билирубин, прямой и непрямой билирубин); глюкозы крови;
- основные показатели коагулограммы (протромбиновое время, АЧТВ, фибриноген, время кровотечения);
- показатели электролитного и кислотно-основного баланса крови (рН, содержание железа, калия, натрия, хлора, магния);
- интерпретировать результаты проб по Нечипоренко, Зимницкому, Реберга;
- общий анализ мочи;
- показатели содержания в моче желчных пигментов, амилазы;
- результаты клинического и бактериологического исследования мокроты;
- результаты спирометрии и пикфлоуметрии;
- результаты исследования асцитической и плевральной жидкости;
- результаты рентгенологического и томографического исследования костей и суставов, органов грудной и брюшной полости;
- результаты велоэргометрии;
- результаты эхокардиографии;
- результаты УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, почки);

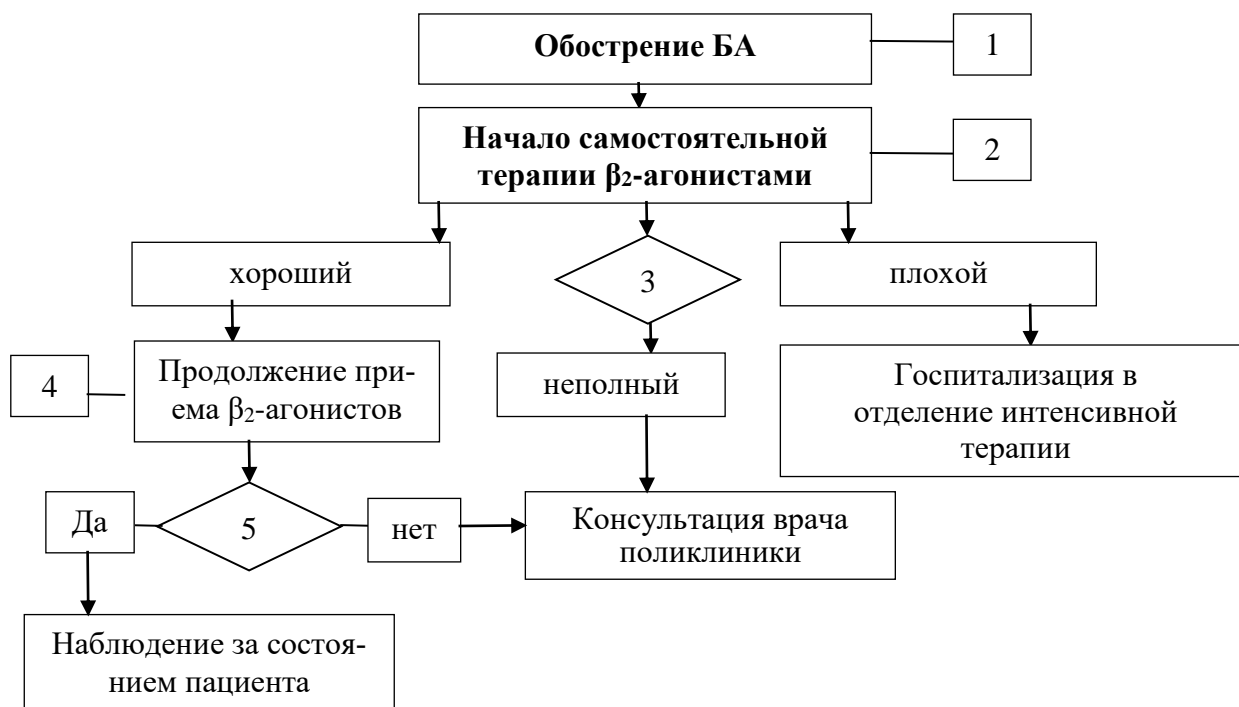
- результаты ЭКГ и суточного мониторирования ЭКГ;
- результаты измерения артериального давления и суточного мониторирования артериального давления;
- длительность нетрудоспособности и прогноз терапевтического заболевания;
- наступление обострения, ремиссии или выздоровления при терапевтической патологии;
- показания для госпитализации пациента;
- показания для консультации другими специалистами.

#### **Владеть навыками:**

- обследования больного (сбор жалоб, анамнеза, внешний осмотр, проведение пальпации, перкуссии, аускультации по органам и системам);
- написанием и ведением медицинской карты стационарного больного;
- написание выписок из медицинской карты стационарного больного;
- заполнением статистической карты выбывшего из стационара;
- формулировки предварительного и окончательного терапевтического диагноза на основании результатов проведенных исследований;
- обоснования окончательного диагноза;
- составления плана обследования терапевтического больного;
- составления плана лечения терапевтического больного с учетом половозрастных и гендерных особенностей больного;
- алгоритмом оказания неотложной помощи при гипертоническом кризе, обострении бронхиальной астмы, тромбоэмболией легочной артерии, остром коронарном синдроме, отеке легких, кардиогенном шоке, жизнеопасных нарушениях ритма сердца и проводимости, внезапной коронарной смерти, приступе почечной и печеночной колики, острой почечной недостаточности, анафилактическом шоке, легочном, пищеводно-желудочно-кишечном кровотечениях;
- мануальными навыками: снятия ЭКГ; определения сахара крови и мочи с помощью индикаторных полосок; определения тропонина экспресс-методом; определения группы крови; определения свертываемости и времени кровотечения; выполнения искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца; выполнения плевральной пункции.

Пример алгоритма оказания неотложной помощи при обострении бронхиальной астмы:

#### **Алгоритм действий больных с обострением бронхиальной астмы (БА\*)**



#### Комментарии к выводам:

1. Наличие клинических признаков обострения БА: учащение приступов кашля, одышки, свистящих хрипов, чувства стеснения в грудной клетке; участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания; западение надключичных ямок при дыхании.

Пиковая скорость выдоха (ПСВ\*) стойко снижена до уровня 80% от наилучшего индивидуального или должного показателя в течение недели;

2. Начальная терапия: применяются  $\beta_2$ -агонисты короткого действия до 3-х раз в час.

При этом могут быть три варианта ответа на лечение:

а) хороший ответ (он же – полный или лёгкое обострение);

б) неполный ответ (или обострение средней тяжести);

в) плохой ответ (или тяжёлое обострение)

Хороший ответ (или обострение лёгкой степени):

- ПСВ\* снижена до уровня выше 80% от наилучшего индивидуального или должного показателя;

- ответ на  $\beta_2$ -агонист короткого действия сохраняется в течение 4-х часов (и/или более)

Плохой ответ (или тяжёлое обострение):

- ПСВ\* снижена до уровня менее 60% от наилучшего индивидуального или должного показателя;

Неполный ответ (или обострение средней тяжести):

- ПСВ\* снижена до уровня 60% - 80% от наилучшего индивидуального или должного показателя;

- ответ на  $\beta_2$ -агонист короткого действия сохраняется в течение менее 4-х часов.

3. Если на проводимое лечение ответ (хороший, неполный, плохой), то...

4. Можно продолжать применение  $\beta_2$ -агониста короткого действия каждые 3-4 часа в течение 1-2 суток.

5. Если за 1-2 дня обострение БА\* купировалось, то....

## **Пример выполнения мануального навыка снятия ЭКГ:**

**I. Оснащение:** ЭКГ аппарат, кушетка, стерильные салфетки, марлевые прокладки, стерильный раствор натрия хлорида 10%, 70 градусный этиловый спирт, мыльный раствор, бланки для ЭКГ.

### **II. Подготовка к манипуляции:**

1. Приветствовать пациента, представиться.
2. Сообщить пациенту цель и ход предстоящего исследования, получить его согласие на процедуру.
3. Предупредить пациента, что перед исследованием не следует принимать пищу.
4. Проводить (транспортировать) пациента в ЭКГ кабинет. Если состояние пациента тяжелое, и он не подлежит транспортировке, ЭКГ исследование проводится в палате у пациента.
5. Перед исследованием пациент должен в течение 10-15 минут посидеть (полежать), успокоиться.
6. Предложить (помочь) пациенту раздеться до пояса и обнажить область голеней.
7. Вымыть руки обычным способом.

### **III. Выполнение манипуляции:**

1. Уложить пациента на кушетку.
2. При значительной волосистости кожи смочить места наложения электродов мыльным раствором.
3. Под электроды подложить марлевые прокладки, смоченные раствором натрия хлорида.
4. Закрепить пластинчатые электроды поверх марлевых прокладок с помощью резиновых лент в следующем порядке:
  - красный - правое предплечье,
  - желтый - левое предплечье,
  - зеленый - левая голень,
  - черный - правая голень,
5. На грудь установить два или шесть (при многоканальной записи) грудных электродов, используя резиновую грушу-присоску (или электроды фиксировать резиновой лентой) в следующем порядке:
  - V1 - четвертое межреберье справа от грудины,
  - V2- четвертое межреберье слева от грудины,
  - V3 - между V2 и V4,
  - V4 - пятое межреберье на 1,5 см кнутри от левой средней ключичной линии,
  - V5 - пятое межреберье по левой передней подмышечной линии,
  - V6 - пятое межреберье по левой средней подмышечной линии,
6. Попросить пациента расслабиться, спокойно дышать и не двигаться.
7. Аппарат заземлить!
8. Включить аппарат.
9. Записать вольтаж.
10. Установить скорость движения ленты – 50 мм/сек (при длительной записи 25 мм/сек).
11. Провести последовательно запись ЭКГ во всех стандартных и грудных отведениях (записать третье отведение на вдохе).
12. Выключить аппарат.
13. Отсоединить от пациента электроды, снять марлевые прокладки.
14. Спросить пациента о самочувствии.
15. Вымыть руки обычным способом.

### **IV. Завершение манипуляции:**

1. Записать в историю болезни дату проведенного исследования, подписать пленку (поставить дату, время, ФИО, № палаты, возраст, номер истории болезни, диагноз), наклеить пленку на

специальный бланк в последовательности снятия ЭКГ (если исследование проводилось на одноканальном аппарате).

2. Вложить пленку в историю болезни.

3. Помочь пациенту одеться, проводить (транспортировать) в палату.

4. Провести дезинфекцию электродов согласно ОСТу.

5. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан. ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»

6. Снять перчатки, поместить в ёмкость-контейнер с дезинфицирующим средством.

7. Вымыть руки обычным способом.

### **Критерии для оценки практических навыков:**

#### **Критерии и показатели, используемые для оценки карты стационарного больного**

Критерии	Показатели
Правильно выполненные записи первичного осмотра больного, дневников. Максимум – 15 баллов.	Запись первичного осмотра больного Запись дневников
Правильность поставленного диагноза. Максимум - 15 баллов	Соответствие поставленного диагноза диагнозу данного больного. Умение правильно сформулировать диагноз согласно современным общепринятым классификациям данной нозологии.
Умение обосновать диагноз. Максимум - 15 баллов	Правильный выбор ведущего синдрома. Верификация диагноза методом идентификации на первом (физикальном) и втором (инструментально-лабораторном) этапах дифференциального диагностического поиска. Использование метода исключения с подбором заболеваний по ведущему синдрому. Умение сформулировать правильные обоснованные выводы.
Умение составлять план обследования. Максимум – 15 баллов	Назначение базовых методов инструментально-лабораторной диагностики. Назначение дополнительных методов инструментально-лабораторной диагностики. Умение интерпретировать результаты.
Правильность составленного плана лечения. Максимум – 15 баллов	Назначение неотложной терапии. Назначение плановой терапии. Проведение первичной и вторичной профилактики с назначением рекомендаций при выписке из стационара.
Правильно составленные эпикризы и оформленный статистический талон. Максимум – 15 баллов	Эпикриз больных, взятых на диспансерный учёт Годовой и этапный эпикриз Оформление статистического талона
Грамотность. Максимум -10 баллов.	Соблюдение правил орфографии и пунктуации. Отсутствие стилистических ошибок.

Карта стационарного больного оценивается по 100 балльной шкале, которые переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

- 90-100 баллов – «отлично»;
- 80-89 баллов – «хорошо»;
- 70-79 баллов – «удовлетворительно»;
- менее 70 баллов – «неудовлетворительно».

#### **Критерии для оценки знаний показателей физикальных, лабораторных и инструментальных исследований**

**При проведении рубежного контроля по каждому из разделов дисциплины студентам предлагается расшифровать результаты, по крайней мере, трех клинических, лабораторных и инструментальных исследований**

- при выполнении 90% заданий и более ставится оценка «отлично»;
- при выполнении 80-89% заданий – оценка «хорошо»;
- при выполнении 70-79% заданий – оценка «удовлетворительно»;
- при выполнении менее 70% заданий – оценка «неудовлетворительно».

#### **Критерии и показатели, используемые для оценки алгоритма оказания неотложной помощи стационарным больным**

Критерии	Показатели
Правильность поставленного диагноза. Максимум - 20 баллов	Соответствие поставленного диагноза диагнозу данного больного. Умение правильно сформулировать диагноз согласно современным общепринятым классификациям данной нозологии.
Умение обосновать диагноз. Максимум - 20 баллов	Правильный выбор ведущего синдрома. Верификация диагноза на основании клинических, инструментально-лабораторных данных. Использование метода исключения с подбором заболеваний по ведущему синдрому. Умение сформулировать правильные обоснованные выводы.
Правильность демонстрации практических навыков. Максимум – 60 баллов	Демонстрация навыков оказания неотложной помощи в соответствии с существующими клиническими рекомендациями по намеченному алгоритму.

Навыки оказания неотложной помощи оцениваются по 100 балльной шкале, которые переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

- 90-100 баллов – «отлично»;
- 80-89 баллов – «хорошо»;
- 70-79 баллов – «удовлетворительно»;
- менее 70 баллов – «неудовлетворительно».

**Критерии оценки мануальных навыков выполнения ЭКГ, сахара крови и мочи с помощью индикаторных полосок, тропонина экспресс-методом, группы крови, определения свертываемости крови и времени кровотечения, искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца, плевральной пункции, взятием желудочного сока, промывания желудка и кишечника, выполнения пункции брюшной полости при асците, выполнения стеральной пункции.**

При проведении рубежного контроля студентам на муляже или больном предлагается продемонстрировать навыки владения практическими навыками.

Оценка «Отлично» ставится при владении практическим умением на рекомендуемом уровне и так качественно, что его выполнение может быть доверено студенту для самостоятельного исполнения;

Оценка «Хорошо» - студент владеет практическим умением в его принципиальных основах;

Оценка «Удовлетворительно» - студент выполняет практическое умение, но допускает существенные ошибки в методологии выполнения и отдельных деталях;

Оценка «Неудовлетворительно» - студент не в состоянии выполнить практическое умение.

### 13. Лист изменений.

№	Дата внесения изменений	№ протокола заседания кафедры, дата	Содержание изменения	Подпись
1	11.04.2019 г	11 протокол заседания кафедры от 11 апреля 2019 года	Изменены страницы 4, 12, 30, 36 в соответствии с распоряжением 26-у от 03 апреля 2019 года первого проректора — проректора по учебно-воспитательной и социальной работе профессора Щукина Ю.В. Включена информация по структуре национального проекта «Здравоохранения»; задачам и результатам федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».	