

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Наумова Наталия Александровна

Должность: Ректор

Дата подписания: 24.04.2026 15:13:56

Уникальный программный ключ:

6b5279da4e034bfff679172803da5b7b5595c69e3

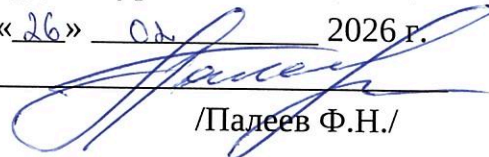
МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»
(ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ)

Медицинский факультет

Согласовано:

Руководитель программы
ординатуры

«26» 02 2026 г.



/Палеев Ф.Н./

Фонды оценочных средств
к рабочей программе учебной дисциплины (модуля)
Терапия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Специальность
31.08.49 Терапия

Форма обучения
Очная

Согласовано с учебно-методической комиссией медицинского факультета: Рекомендовано кафедрой терапии

Протокол от «26» 02.26 № 1

Председатель УМКом

/Максимов А.В./

Протокол от «12» 02.26 № 6

Заведующий кафедрой

/Палеев Ф.Н./

г. Москва
2026 г.

1. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины (модуля)

Таблица 1

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – профессиональные источники информации; – методологию поиска, сбора и обработки информации; – критерии оценки надежности профессиональных источников информации
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – пользоваться профессиональными источниками информации; – проводить анализ источников, выделяя надежные и высококачественные источники информации; – анализировать и критически оценивать полученную информацию
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – навыками поиска, отбора и оценки полученной информации; – методами обработки информации
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – методы оценки возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; – сформулировать проблему, выделить ключевые цели и задачи по ее решению; – обобщать и использовать полученные данные
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – методами и способами применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; – навыками планирования и осуществления своей профессиональной деятельности
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов		
ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи при заболеваниях терапевтического профиля, клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи; – анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности внутренних органов организма человека; – особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма человека в норме и при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия»; – методику сбора информации о состоянии здоровья; – методики клинического обследования; – МКБ
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – собрать информацию о состоянии здоровья пациента; – провести клиническое обследование; – выявить отклонения, оценить тяжесть состояния пациента; – оценить объем медицинской помощи
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – алгоритмом диагностики и обследования пациентов; – навыками постановки предварительного диагноза на основании собранного анамнеза, жалоб, физикального обследования
ОПК-4.2 Направляет	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – возможности и значение лабораторных и

пациентов на лабораторные и инструментальные обследования		инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики заболеваний; – нормативные показатели лабораторных и инструментальных показателей с учетом возраста и пола
	Уметь	– определять показания и назначать лабораторные исследования у пациентов; – определять показания и назначать инструментальные исследования у пациентов
	Владеть	– методикой составления плана проведения лабораторных и инструментальных обследований в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		
ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями; – алгоритмы оказания помощи пациентам; – показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста
	Уметь	– разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния; – определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;
	Владеть	– навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – расчетом дозировок и умением осуществлять введение фармакологических препаратов при оказании помощи пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.
ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	Знать	– фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – взаимодействия лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины
	Уметь	– оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов
	Владеть	– навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – навыками оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– порядок организации медицинской реабилитации; – основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические), применяемые для пациентов терапевтического профиля
	Уметь	– составить план реабилитационных мероприятий; – разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля;

	Владеть	– навыком составление плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях пациентам терапевтического профиля
ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов терапевтического профиля; – методы оценки эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения у пациентов терапевтического профиля;
	Уметь	– оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»
	Владеть	– методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу		
ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу	Знать	– заболевания или состояния, приводящие к стойкому нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности, требующие проведения медицинской экспертизы; – медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу
	Уметь	– выявлять у пациентов заболевания и (или) состояния, требующие проведения медицинской экспертизы; – определять медицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу; – подготовить медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу
	Владеть	– навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; – навыками оформления медицинской документации, необходимой для направления пациентов на медико-социальную экспертизу
ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу	Знать	– порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности; – порядок выдачи медицинской документации
	Уметь	– проводить медицинскую экспертизу временной нетрудоспособности; – интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения
	Владеть	– организации и проведения медицинской экспертизы; – навыками оформления медицинской документации
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения		
ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Знать	– основы здорового образа жизни; – современные подходы, научно-обоснованные программы профилактики заболеваний, ожирения, аллергических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания;
	Уметь	– проводить диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями и своевременно направлять на консультации к врачам-специалистам; – проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения по формированию здорового образа жизни и борьбе с вредными привычками
	Владеть	– навыками диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями; – навыками санитарно-гигиенического просвещения населения по формированию здорового образа жизни и борьбе с вредными привычками

ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением	Знать	– способы и методы оценки, и контроля оздоровительных мероприятий для пациентов с хроническими заболеваниями
	Уметь	– оценивать и контролировать профилактическую работу с населением; – оценивать и контролировать оздоровительные мероприятия для пациентов с хроническими заболеваниями
	Владеть	– способами оценки эффективности профилактической работы с населением; – навыками оценки и контроля оздоровительных мероприятий для пациентов с хроническими заболеваниями
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	– алгоритм ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; – правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"; – принципы организации деятельности медицинского персонала
	Уметь	– заполнять медицинскую документацию; – использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; – использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну; – организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	Владеть	– навыками использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», оформления медицинской документации; – навыками использования в работе персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну; – навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства		
ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов	Знать	– основные симптомы проявления угрожающих жизни состояний в кардиологии, в пульмонологии, в аллергологии, в гастроэнтерологии, в эндокринологии, требующих срочного медицинского вмешательства; – этиологию, патогенез, диагностику неотложных состояний, требующих срочного медицинского вмешательства, в том числе: синкопальных состояний, острой дыхательной недостаточности, легочного кровотечения, астматического статуса, кровотечений из различных отделов ЖКТ, тромбоза мезентериальных сосудов, печеночной комы, острый тромбоз и тромбоэмболия сосудов, комы при сахарном диабете, гипертиреозном кризе, острой надпочечниковой недостаточности, анафилактическом шоке, ангионевротическом отеке; – клинические признаки состояний, требующих срочного медицинского вмешательства, включая остановку дыхания и сердцебиения; – основные принципы и этапы оказания неотложной помощи; – последовательность мероприятий неотложной помощи при базовой СЛР;
	Уметь	– проводить осмотр и определять симптомы состояний, представляющие угрозу жизни пациентам; – распознавать состояния, требующие срочного

		<p>медицинского вмешательства, в том числе побочные проявления после иммунизации;</p> <ul style="list-style-type: none"> – диагностировать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме на догоспитальном этапе;
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – навыками оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме
ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – методы оказания медицинской помощи пациентам терапевтического профиля при неотложных состояниях, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человека; – принципы и методы оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; – правила оформления сопроводительной медицинской документации для пациентов, маршрутизируемых на дальнейший этап лечения (переводной эпикриз, показания к госпитализации из дневного стационара); – основные принципы интенсивной терапии в клинике внутренних болезней
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – применять в соответствии с выявленными нарушениями различные методы оказания неотложной медицинской помощи – оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства – проводить интенсивную терапию состояний
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – навыками оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; – навыками маршрутизации пациентов для оказания высокоспециализированной медицинской помощи на госпитальный этап и оформление необходимой сопроводительной медицинской документации
ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара		
ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – общие вопросы организации медицинской помощи по профилю «терапия»; – порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия»; – клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи; – методику сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя); – методику физикального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»; – медицинские показания и противопоказания к использованию лабораторной, инструментальной диагностики; – клиническая картина заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» взрослого населения, особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» в пожилом, старческом возрасте и у беременных женщин; – клиническую картину, особенности течения, осложнений заболеваний (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной, мочевыделительной, эндокринной и репродуктивной систем, иммунной системы и органов кроветворения, опорно-двигательного аппарата) и коморбидных

	<p>(полиморбидных) состояний у взрослого населения;</p> <ul style="list-style-type: none"> – теорию и методологию диагноза, структуры, основных принципов построения клинического диагноза: симптоматического, синдромального, нозологического, метода дифференциального диагноза; – установку диагноза с учетом действующей международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) и его обоснование; – особенности ведения женщин фертильного возраста, имеющих экстрагенитальную патологию и беременных; – признаки профессиональных заболеваний и определение показания к направлению к профпатологу; – медицинские показания для направления пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам; – медицинские показания для направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия»
Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя); – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя); – проводить физикальное обследование пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – интерпретировать результаты физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы) с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий; – обосновывать объем лабораторного, инструментального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты: <ul style="list-style-type: none"> - измерение артериального давления на периферических артериях; - исследование уровня глюкозы в крови - суточное мониторирование артериального давления (СМАД) - пульсоксиметрию - чтение спирограмм - определение лодыжечно-плечевого индекса - проведение ортостатической пробы - пневмотахометрию - приготовление мазков, материала для цитологического, бактериального исследования; плевральной пункции - снятие и расшифровка электрокардиограммы; – интерпретировать результаты лабораторного обследования пациентов; – интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов; – обосновывать направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов;

		<ul style="list-style-type: none"> – устанавливать диагноз с учетом МКБ пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – проводить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ; – определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; – определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия»
ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – навыками сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя); – навыками анализа информации, полученной от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя); – навыками проведения физикального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – навыками интерпретации и анализа результатов осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – навыками оценки тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – навыками определение диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»; – навыками составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований; – навыками направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» на лабораторные и инструментальные обследования при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – навыками направления пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – навыками проведения дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ); – навыками установки диагноза с учетом МКБ; – навыками определения медицинских показаний для направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия»; – навыками определения медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи врачом-терапевтом
	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия»;

<p>заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность</p>		<ul style="list-style-type: none"> – Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников; – клиническую картину заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» взрослого населения; – особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» в пожилом, старческом возрасте и у беременных женщин; – перечень нозологических форм по системам у взрослого населения в том числе профзаболеваний; – методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и (или) состояниях у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи; – механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых по профилю «терапия», медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; – методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи; – порядок оказания паллиативной медицинской помощи
	<p>Уметь</p>	<ul style="list-style-type: none"> – составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи; – назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи; – анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – направлять пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи

	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – навыками разработки плана лечения пациента с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития; – навыками назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – навыками назначения немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи; – навыками оказания паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами; – навыками направления пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи; – навыками выявления медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, при невозможности ее оказания в условиях медицинской организации, в которой находится пациент, безотлагательная доставка пациента, в том числе бригадой скорой медицинской помощи, в медицинскую организацию, имеющую в своем составе специализированные отделения, для оказания необходимой медицинской помощи; – навыками оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий; – навыками определение медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи
ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»; – методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»; – медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов; – механизм воздействия реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»; – основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; – участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в

		<p>соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> – участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – навыками определения медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения; – навыками участия в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида; – навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации
ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и по уходу, выдачи листков временной нетрудоспособности; – порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде; – оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы – медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю «терапия» членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»; – оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и по уходу, оформление и выдача листов временной нетрудоспособности; – навыками подготовки и оформления необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы; – навыками направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» на медико-социальную экспертизу
ПК-1.5 Проводит мероприятия по	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий;

профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения		<ul style="list-style-type: none"> – формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела; – принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний; – вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – проводить специфическую и неспецифическую профилактику инфекционных заболеваний – определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) – определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту – проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции – разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – навыками организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни – навыками проведения оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения различных возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни – навыками проведения специфической и неспецифической профилактики -инфекционных заболеваний – навыками определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) заболеваний – навыками оформления и направления в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания – навыками проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний – навыками формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела
ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по терапевтическому профилю, в том числе в форме электронного документа

электронного документа	Уметь	– заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения
	Владеть	– навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа
ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	– должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала – требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности – требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка
	Уметь	– осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала – соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности – осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности
	Владеть	– навыками организации деятельности терапевтического отделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю «терапия» в соответствии порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» – навыками организации деятельности терапевтического дневного стационара медицинской организации в соответствии порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» – навыками контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала – навыками соблюдения правил внутреннего трудового распорядка, требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности

2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырёхбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырёхбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

3. Типовые контрольные задания

Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости

Таблица 2

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Форма контроля	Оценочное задание	Код индикатора
Полугодие 1				
Раздел 1	Организационные вопросы оказания терапевтической помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние системы здравоохранения.	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Национальный проект «Здравоохранение». 2. Организация терапевтической службы в многопрофильном стационаре. 3. Организация терапевтической службы в дневном стационаре, как структурном подразделении многопрофильного стационара. 4. Перечислите должностные обязанности персонала терапевтического отделения. 5. Порядок проведения МСЭ. 6. Перечислите медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма для прохождения МСЭ. 7. Принципы санитарно-просветительской работы по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний. 8. Методы профилактики инфекционных заболеваний в стационаре. 9. Взаимоотношение врача и пациента, врачебная тайна. 10. Правила оформления электронной карты стационарного больного. 11. Медицинская документация дневного стационара. 12. Использование ЕМИАС в работе терапевтического отделения.	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-2.2 ПК-2.3
Тема 1.1	Вклад отечественных ученых в разработку различных областей внутренней медицины.			
Тема 1.2	Правовые основы Российского здравоохранения.			
Тема 1.3	Организация экспертизы трудоспособности.			
Тема 1.4	Организация профилактической работы в стационаре.			
Тема 1.5	Отдельные аспекты медицинской психологии.			
Тема 1.6	Использование современных технологий в разработке новых диагностических и лечебных методов.			
Раздел 2	Общие вопросы диагностики и лечения в практике врача-терапевта.	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Дайте определение термина «диагноз». 2. Виды диагноза. 3. Основы правильного построения диагноза. 4. Причины диагностических ошибок. 5. Тактика обследования пациента. 6. Роль медицинских стандартов лечения.	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3
Тема 2.1	Виды диагноза, правильное построение диагноза.			
Тема 2.2	Стратегия и тактика обследования пациента. Основы проведения дифференциального диагноза.			
Тема 2.3	Построение плана лечения.			
Тема 2.4	Роль реабилитации в терапии			

			<p>7. Перечислите методы лечения терапевтического больного.</p> <p>8. Особенности оказания медицинской помощи больным с неизлечимыми заболеваниями.</p> <p>9. Методы медицинской реабилитации терапевтического больного.</p> <p>10. Показания и противопоказания для проведения медицинской реабилитации.</p>	
Раздел 3	Пульмонология.	Устный опрос	<p>Вопросы к опросу:</p> <p>1. Перечислите лабораторные и инструментальные методы обследования пациента с патологией органов дыхания.</p> <p>2. Лечение бронхообструктивного синдрома.</p> <p>3. Профилактика ХОБЛ.</p> <p>4. МСЭ у больных с бронхиальной астмой.</p> <p>2. Осложнения внебольничной пневмонии.</p> <p>3. Показания к госпитализации внебольничной пневмонии.</p> <p>4. Современные подходы к лечению пневмоний.</p> <p>5. Дифференциальный диагноз кровохарканья.</p> <p>6. Клиническая картина бронхоэктатической болезни.</p> <p>7. МСЭ у больных с бронхоэктатической болезнью.</p> <p>8. Диагностика интерстициальных заболеваний легких.</p> <p>9. Реабилитация больных с интерстициальными заболеваниями легких.</p> <p>10. Новообразование в легком, дифференциальный диагноз.</p> <p>11. Дифференциальный диагноз плевритов.</p> <p>12. Перечислите заболевания, проявляющиеся дыхательной недостаточностью.</p>	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-6.1</p> <p>ОПК-6.2</p> <p>ОПК-7.1</p> <p>ОПК-7.2</p> <p>ОПК-8.1</p> <p>ОПК-8.2</p> <p>ПК-1.1</p> <p>ПК-1.2</p> <p>ПК-1.3</p> <p>ПК-1.4</p> <p>ПК-1.5</p>
Тема 3.1	Обследование пациентов с патологией органов дыхания.			
Тема 3.2	Острый бронхит.			
Тема 3.3	Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)			
Тема 3.4	Бронхиальная астма.			
Тема 3.5	Синдром легочного инфильтрата. Пневмонии.			
Тема 3.6	Нагноительные заболевания легких.			
Тема 3.7	Интерстициальные заболевания легких.			
Тема 3.8	Саркоидоз.			
Тема 3.9	Синдром легочной диссеминации.			
Тема 3.10	Синдром объемного образования в легких.			
Тема 3.11	Кровохарканье и легочные кровотечения.			
Тема 3.12	Легочная гипертензия.			
Тема 3.13	Синдром плеврального выпота.			
Тема 3.14	Дыхательная недостаточность.			
Раздел 4	Кардиология.	Устный опрос	<p>Вопросы к опросу:</p> <p>1. Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения дислипидемий.</p> <p>2. Дифференциальный диагноз болей в груди.</p> <p>3. Перечислить классы препаратов для лечения пациентов со стабильной ИБС.</p> <p>4. Диагностика безболевой ишемия миокарда.</p> <p>5. Соотношение понятий «Острый коронарный синдром», «Нестабильная стенокардия» и «Инфаркт миокарда».</p> <p>6. Лечение пациентов ОКС с и</p>	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-6.1</p> <p>ОПК-6.2</p> <p>ОПК-7.1</p> <p>ОПК-7.2</p> <p>ОПК-8.1</p> <p>ОПК-8.2</p> <p>ОПК-10.1</p> <p>ОПК-10.2</p> <p>ПК-1.1</p> <p>ПК-1.2</p>
Тема 4.1	Методы исследования в кардиологии.			
Тема 4.2	Дислипидемии.			
Тема 4.3	Ишемическая болезнь сердца (ИБС).			
Тема 4.4	Синкопальные состояния.			
Тема 4.5	Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии.			
Тема 4.6	Кардиомиопатии.			
Тема 4.7	Приобретенные пороки сердца.			
Тема 4.8	Врожденные пороки сердца.			

Тема 4.9	Инфекционный эндокардит.		без подъема сегмента ST.	ПК-1.3
Тема 4.10	Перикардиты.		7. Современная классификация ИМ: типы, стадии ИМ.	ПК-1.4
Тема 4.11	Нарушения ритма и проводимости сердца.		8. Диагностика и лечение ИМ, реабилитация больных ИМ.	ПК-1.5
Тема 4.12	Сердечная недостаточность.		9. МСЭ у больных, перенесших инфаркт миокарда.	
Тема 4.13	Аневризма аорты.		10. Варианты клиники постинфарктного кардиосклероза.	
Тема 4.14	Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).		11. Синкопальные состояния, причины, дифференциальный диагноз.	
			12. Реабилитация больных после синкопальных состояний.	
			13. Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий.	
			14. Профилактика гипертонической болезни.	
			15. Дифференциальный диагноз гипертрофии левого желудочка.	
			16. Диагностика нарушений ритма.	
			17. Дифференциальный диагноз отеков.	
			18. Дифференциальный диагноз одышки.	
Раздел 5	Ревматология.	Устный опрос	Вопросы к опросу:	УК-1.1
Тема 5.1	Общие вопросы ревматических заболеваний.		1. Дифференциальный диагноз суставного синдромом.	УК-1.2
Тема 5.2	Острая ревматическая лихорадка.		2. Диагностические критерии острой ревматической лихорадки.	ОПК-4.1
Тема 5.3	Ревматоидный артрит.		3. Реабилитация больных, перенесших острую ревматическую лихорадку.	ОПК-4.2
Тема 5.4	Серонегативные спондилоартриты.		4. Перечислите препараты генно-инженерной терапии при лечении ревматоидного артрита.	ОПК-5.1
Тема 5.5	Остеоартрит.		5. Клиническая картина анкилозирующего спондилита.	ОПК-5.2
Тема 5.6	Микрокристаллические артриты.		6. МСЭ больных с анкилозирующим спондилоартритом.	ОПК-6.1
Тема 5.7	Остеопороз.		7. Тактика ведения больных с подагрой.	ОПК-6.2
Тема 5.8	Системные заболевания.		8. Профилактика подагры.	ОПК-7.1
Тема 5.9	Системные васкулиты.		9. Лечение дерматомиозита.	ОПК-7.2
			10. Основные клинические синдромы системной красной волчанки.	ОПК-8.1
			11. Диагностика ревматической полимиалгии.	ОПК-8.2
			12. Лечение болезни Бехчета.	ПК-1.1
Раздел 6	Гастроэнтерология.	Устный опрос	Вопросы к опросу:	ПК-1.2
Тема 6.1	Клинические синдромы и методы исследования в гастроэнтерологии.		1. Дифференциальный диагноз дисфагии.	ПК-1.3
Тема 6.2	Заболевания пищевода.		2. Дифференциальный диагноз гастроэзофагеального рефлюкса.	ПК-1.4
Тема 6.3	Заболевания печени.		3. Профилактика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.	ПК-1.5
Тема 6.4	Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.		4. Методы диагностики Helicobacter pylori.	
Тема 6.5	Заболевания желчевыводящей системы.		5. Тактика ведения пациентов с	

Тема 6.6	Заболевания поджелудочной железы.		постхолецистэктомическим синдромом.	ОПК-8.2
Тема 6.7	Заболевания тонкого и толстой кишки.		6. Реабилитация больных с постхолецистэктомическим синдромом.	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5
Тема 6.8	Заболевания желудочно-кишечного тракта у пациентов, перенесших Covid-инфекцию.		7. Дифференциальный диагноз холестаза. 8. Диагностика целиакии. 9. Осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки. 10. Принципы лечения циррозов печени. 11. Клиническая картина алкогольной болезни печени. 12. Дифференциальный диагноз желтухи. 13. Дифференциальный диагноз асцита. 14. Перечислите генетически обусловленные заболевания печени. 15. МСЭ больных с генетически обусловленными заболеваниями печени.	
Раздел 7	Нефрология.	Устный опрос	Вопросы к опросу:	УК-1.1
Тема 7.1	Методы исследования в нефрологии.		1. Дифференциальный диагноз мочевого синдрома.	УК-1.2
Тема 7.2	Гломерулонефриты.		2. Дифференциальный диагноз протеинурии.	ОПК-4.1
Тема 7.3	Тубулоинтерстициальные нефриты.		3. Диагностика хронических гломерулонефритов.	ОПК-4.2
Тема 7.4	Пиелонефриты.		4. МСЭ больных с хроническими гломерулонефритами.	ОПК-5.1
Тема 7.5	Нефротический синдром.		5. Лечение тубулоинтерстициальных нефритов.	ОПК-5.2
Тема 7.6	Острое почечное повреждение.		6. Дифференциальный диагноз нефротического синдрома.	ОПК-7.1
Тема 7.7	Хроническая болезнь почек.		7. Тактика ведения больных с хронической болезнью почек.	ОПК-7.2
Тема 7.8	Особенности течения болезней почек у пациентов, перенесших Covid-инфекцию.		8. Профилактика хронической болезни почек. 9. Виды заместительной почечной терапии. 10. Общие принципы ведения диализных больных. 11. Реабилитация больных, перенесших трансплантацию почки.	ОПК-8.1 ОПК-8.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.4 ПК-1.5
Полугодие 2				
Раздел 8	Гематология.	Устный опрос	Вопросы к опросу:	УК-1.1
Тема 8.1	Общие принципы диагностики в гематологии.		1. Дифференциальный диагноз гипохромных анемий.	УК-1.2
Тема 8.2	Дифференциальный диагноз анемий.		2. Дифференциальный диагноз мегалобластных анемий.	ОПК-4.1
Тема 8.3	Острые лейкозы.		3. Формы гемолиза, клиническая картина.	ОПК-4.2
Тема 8.4	Хронические миелопролиферативные заболевания.		4. Клиническая картина острых лейкозов.	ОПК-5.1
Тема 8.5	Неходжкинские лимфомы.		5. Диагностика хронических миелопролиферативных заболеваний.	ОПК-5.2
Тема 8.6	Лимфома Ходжкина.		9. Перечислите лимфопролиферативные заболевания.	ПК-1.1
Тема 8.7	Парапротеинемические гемобластозы.		11. Лечение парапротеинемических гемобластозов.	ПК-1.2

Тема 8.8	Миелодиспластические синдромы.		12. Дифференциальный диагноз лимфоаденопатии.	
Тема 8.9	Патология гемостаза.		13. Дифференциальный диагноз тромбоцитоза.	
Раздел 9	Эндокринология.	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Диагностика сахарного диабета. 2. Назовите группы препаратов для лечения СД. 3. Профилактика СД. 4. Реабилитация больных СД. 5. МСЭ больных СД. 6. Лечение первичного и вторичного ожирения. 7. Профилактика ожирения. 8. Клиническая картина заболеваний щитовидной железы. 9. Диагностика гиперпаратиреоза. 10. Реабилитация больных с заболеваниями щитовидной железы. 11. Дифференциальный диагноз гормонально-активных опухолей коры надпочечников. 12. МСЭ больных с гормонально-активными опухолями надпочечников.	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5
Тема 9.1	Сахарный диабет.			
Тема 9.2	Болезни щитовидной железы.			
Тема 9.3	Патология паращитовидных желез.			
Тема 9.4	Ожирение. Метаболический синдром.			
Тема 9.5	Болезни гипоталамо-гипофизарной системы.			
Тема 9.6	Заболевания надпочечников.			
Раздел 10	Интенсивная терапия в клинике внутренних болезней.	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Лечение острой сердечной недостаточности. 2. Астматический статус, принципы диагностики и лечения. 3. Тактика ведения пациента с легочным кровотечением. 4. Интенсивная терапия при кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. 5. Лечение печеночной комы. 6. Гипогликемическая кома, диагностика, лечение. 7. Ангионевротический отек, клиническая картина, диагностика, лечение.	ОПК-10.1 ОПК-10.2
Тема 10.1	Неотложная помощь и интенсивная терапия в кардиологии.			
Тема 10.2	Неотложная помощь и интенсивная терапия в пульмонологии.			
Тема 10.3	Неотложная помощь и интенсивная терапия в гастроэнтерологии.			
Тема 10.4	Неотложная помощь и интенсивная терапия в эндокринологии.			
Тема 10.5	Неотложная помощь и интенсивная терапия в аллергологии.			

Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации - зачету с оценкой

Полугодие 1

Теоретические вопросы к устному собеседованию

1. Организация работы терапевтического стационара и дневного стационара.
2. Должностные особенности медицинского персонала терапевтического отделения стационара и дневного стационара.
3. Порядок оформления электронной карты стационарного больного. Медицинская документация стационара и дневного стационара. ЕМИАС в работе терапевтического стационара.

4. Порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов терапевтического профиля и порядок выдачи листка временной нетрудоспособности. Основы проведения МСЭ. Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма для прохождения МСЭ.
5. Профилактическая работа в стационаре. Формы и методы санитарно-просветительской работы по формированию здорового образа жизни и по профилактике неинфекционных заболеваний и их осложнений. Методы профилактики инфекционных заболеваний.
6. Понятие о медицинской реабилитации больных терапевтического профиля. Методы медицинской реабилитации. Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.
7. Взаимоотношения врача и пациента в современной медицинской практике.
8. Основы проведения синдромного дифференциального диагноза.
9. Построение плана обследования и лечения пациента.
10. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Фенотипы. Диагностика. Лечение.
11. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез. Эндотипы и фенотипы. Диагностика. Осложнения. Определение степени тяжести течения, уровня контроля бронхиальной астмы. Дифференциальный диагноз. Стандарты терапии бронхиальной астмы.
12. Пневмонии. Показания к госпитализации пациентов. Показания к нахождению пациентов в отделении интенсивной терапии. Критерии пневмонии тяжелого течения. Критерии эффективности лечения.
13. Абсцесс легкого. Этиология, классификация. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз, лечение.
14. Саркоидоз. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз поражения легочной ткани и внутригрудных лимфатических узлов. Лечение, прогноз.
15. Дифференциальная диагностика объемных образований в легких. Методы скрининга. Неинвазивные и инвазивные методы верификации диагноза.
16. Легочной гипертензия. Классификация. Оценка тяжести заболевания. Дифференциальный диагноз. Лечение.
17. Синдром плеврального выпота. Этиология, патогенез, классификация. Методы диагностики. Клиническая картина.
18. Дыхательная недостаточность. Классификация. Диагностика, клинические и функциональные признаки, типичные заболевания.
19. Атеросклероз, периоды течения, клинические формы, тактика обследования. Лечение.
20. Стенокардия напряжения. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Лечение.
21. Микрососудистая и вазоспастическая стенокардия: клиническая картина, диагностика и ведение пациентов.
22. Острый коронарный синдром. Формы острого коронарного синдрома. Клиническая картина. Диагностика.

23. Тактика ведения пациентов ОКС без подъема сегмента ST. Тактика ведения пациентов ОКС с подъемом сегмента ST. Течение и исходы ОКС.
24. Инфаркт миокарда (ИМ). Современная классификация ИМ: типы, стадии ИМ. Определение локализации ИМ. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз.
25. Осложнения ИМ. Диагностика и лечение.
26. Гипертоническая болезнь. Факторы риска. Классификация, клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения больных.
27. Гипертонические кризы, классификация, клиника, принципы лечения.
28. Гипертрофическая кардиомиопатия. Клиническая картина. Гемодинамические типы. Диагностика, дифференциальный диагноз, показания к генетическому тестированию. Лечение.
29. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология и патогенез стеноза левого атриовентрикулярного отверстия. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика и определение степени выраженности стеноза. Тактика ведения больных, показания к хирургическому лечению.
30. Недостаточность аортального клапана. Этиология острой и хронической аортальной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Определение выраженности аортальной регургитации. Диагностика. Осложнения. Тактика ведения больных.
31. Инфекционный эндокардит, варианты течения, клиническая картина, осложнения. Диагностика. Тактика лечения пациентов. Прогноз.
32. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте. Лечение.
33. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний.
34. Сердечная недостаточность. Клинические варианты сердечной недостаточности. Диагноз и дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов.
35. Тромбоэмболия легочной артерии. Клиническая картина. Понятие о риске эмбологенного венозного тромбоза и ТЭЛА. Диагноз, дифференциальный диагноз, прогностические шкалы. Тактика ведения пациентов разных степеней риска.
36. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматической лихорадки, диагностические критерии. Лечение.
37. Ревматоидный артрит. Классификация, клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз. Внесуставные проявления. Особые формы ревматоидного артрита. Лечение.
38. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальный диагноз.
39. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальный диагноз. Внесуставные проявления. Современная тактика ведения пациентов.
40. Остеоартрит. Классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов.

41. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения. Критерии и дифференциальный диагноз. Лечение.
42. Понятие о болезнях склеродермической группы. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, критерии, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
43. Болезнь Шегрена. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, критерии, лабораторная диагностика, лечение.
44. Этиология и патогенез системных васкулитов. Классификация васкулитов. Органные поражения. Принципы дифференциального диагноза. Общие принципы ведения пациентов.
45. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиническая картина. Диагностика, лечение. Пищевод Баррета.
46. Хронический гастрит. Классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
47. Язвенная болезнь желудка. Классификация, клиническая картина, осложнения, лечение.
48. Хронические гепатиты: этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
49. Осложнения цирроза печени: печеночно-клеточная недостаточность, печеночная энцефалопатия, портальная гипертензия, асцит. Терапия.
50. Болезнь Уиппла. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Лечение.
51. Язвенный колит. Клиническая картина. Классификация. Критерии. Дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов.
52. Гломерулонефриты. Классификация. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
53. Нефротический синдром. Клиническая картина, осложнения, диагностика, лечение.
54. Острое почечное повреждение. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
55. Хроническая болезнь почек. Клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика.
56. Заместительная почечная терапия: тактика ведения пациентов.

Ситуационные задачи

Задача 1

Больная С., 65 лет обратилась с жалобами на повышение температуры до 37,5°C, общую слабость, утомляемость, потливость, заложенность носа, першение в голе и кашель с вязкой мокротой желтого цвета, одышку.

Из анамнеза известно, что заболела остро, около 10 дней назад, когда появились жалобы на повышение температуры тела до 37,6°C, «саднение» за грудиной, сухой, приступообразный кашель, провоцируемый разговором и холодным воздухом, першение в горле, небольшой насморк. В течение последних трех дней кашель стал влажным с

трудно отделяемой мокротой желтого цвета, появилась одышка. В семье перед этим болел ребенок, посещающий детский сад. Лечилась самостоятельно без эффекта.

В анамнезе в течение последних 3 лет - артериальная гипертензия с максимальным значением АД 170/100 мм рт ст. Постоянно принимает рамиприл 5 мг и амлодипин 5 мг. На фоне антигипертензивной терапии АД в пределах 135/80 мм рт ст.

Вредные привычки отрицает.

Эпидемиологический анамнез: за пределы Москвы и Московской области не выезжала. Не работает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 164 см. Вес 76 кг. Температура тела на момент осмотра 37,3°C. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев гиперемирован. Небные миндалины рыхлые, гиперемированные, без налета. При сравнительной перкуссии легких выявляется небольшое притупление легочного звука в нижних отделах справа. В легких аускультативно выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах справа ослабленное, рассеянные сухие хрипы, над зоной притупления перкуторного звука выслушивается небольшое количество влажных звонких мелкопузырчатых хрипов. ЧДД 24 в минуту. SpO₂ 94%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 удара в минуту. АД 135/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}$ /л, MCV 96 фл (81-103), RDW 12,4% (11,6- 14,8), MCH 29,6 пг (26,0-34,0), MCHC 34,8 г/дл (32,0-36,0), тромбоциты 225×10^9 /л, лейкоциты $9,41 \times 10^9$ /л, нейтрофилы палочкоядерные 5 %, нейтрофилы сегментоядерные 64 % , лимфоциты 25 % , моноциты 4 % , базофилы 0 % , эозинофилы 2 % , нейтрофилы $4,70 \times 10^9$ /л , лимфоциты $1,37 \times 10^9$ /л , моноциты $0,26 \times 10^9$ /л, эозинофилы $0,09 \times 10^9$ /л, Базофилы $0,04 \times 10^9$ /л, СОЭ 24 мм/ч

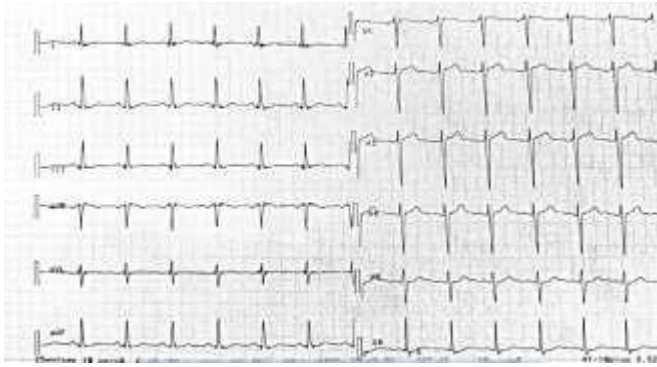
Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1016, белок- отрицательно, глюкоза отрицательно, лейкоциты 0-1 в поле зрения.

Анализ мокроты: цвет светло - желтый, характер- слизистая, консистенция вязкая, лейкоциты 25-45 в п/зр., эпителий 3-5 п/зр., альвеолярные макрофаги 1-2 п/зр., эритроциты не обнаружены, эозинофилы не обнаружены, атипичные клетки отсутствуют, кристаллы Шарко- Лейдена не обнаружены, спирали Кушмана не обнаружены, флора смешанная.

Микробиологическое исследование мокроты: рост микрофлоры не обнаружен.

ИФА: IgM- Chlamydomphila pneumoniae- отрицательно, IgG Chlamydomphila pneumoniae отрицательно, IgM Mycoplasma pneumoniae -положительно, IgG- Mycoplasma pneumoniae отрицательно

ЭКГ:



Рентгенография органов грудной клетки:



1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить пациентке?
4. Определите тактику ведения пациентки.
5. Назначьте лечение.

Задача 2

Пациент А., 35 лет, поступил в приемное отделение стационара самотеком в сопровождении родственников, в связи с жалобами на общую слабость, сухой кашель, приступы удушья, чувство заложенности в грудной клетке.

Из анамнеза известно, что пациент с детства имеет пищевую аллергию на цитрусовые, аллергию на пыль. Нередко страдал ОРВИ с эпизодами удушья, в связи с чем периодически принимал по рекомендации знакомых супрастин, эуфиллин в таблетках с положительным эффектом. Стационарное лечение не проходил, у врачей в поликлинике по месту жительства не наблюдался. Наличие хронических заболеваний в анамнезе отрицает. Курение отрицает. Около 5 лет назад перенес двустороннюю полисегментарную пневмонию, после чего эпизоды удушья стали появляться чаще. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последних 5 дней, когда на фоне очередного эпизода ОРВИ стал отмечать повторные приступы удушья, сухого кашля. Температура тела все дни болезни была субфебрильная. Опираясь на информацию в сети Интернет, самостоятельно стал принимать сальбутамол при приступах удушья с временным положительным эффектом. Однако в связи с учащением приступов удушья и

увеличением их продолжительности, и быстро ухудшающимся самочувствием, обратился в приемное отделение стационара.

Объективно: состояние тяжелое. Пациент вялый, говорит с трудом, не может закончить фразы. Сидит с опорой руками на край кровати. Цвет кожных покровов обычный, акроцианоз пальцев верхних конечностей и губ. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, на всей поверхности легких выслушиваются сухие жужжащие хрипы. ЧДД – 32-34 в минуту. SpO₂ – 86% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС – 56 в минуту. АД – 100/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания – отрицательный с 2-х сторон.

Данные обследований: общий анализ крови: Hb – 150 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 300×10^9 /л, лейкоциты – $11,0 \times 10^9$ /л, базофилы – 1%, эозинофилы – 8%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, лимфоциты – 22%, моноциты – 7%, СОЭ – 30 мм/ч.

ЭКГ: синусовая брадикардия, R-pulmonale, отклонение ЭОС вправо.

Рентгенография ОГК: повышение прозрачности легочных полей, усиление легочного рисунка в прикорневых и базальных отделах.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы;
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз;
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования;
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 3

Пациентка М., 63 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке с затрудненным выдохом, общую слабость.

Из анамнеза известно, что пациентка считает себя больной в течение последних нескольких лет, когда отметила появление кашля с отделением слизистой мокроты в утренние часы, затем появилась одышка при умеренной физической активности. К врачам не обращалась, не обследовалась. Самостоятельно принимала ацетилцистеин, с незначительным положительным эффектом. Настоящее ухудшение в течение последней недели, когда после переохлаждения повысилась температура тела до субфебрильных цифр, увеличилась продукция мокроты, усилились одышка и кашель.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка курит с 23 лет по 15 сигарет в сутки. Аллергологический анамнез не отягощен. Хронические заболевания в анамнезе отрицает. Наследственный анамнез не отягощен.

Объективно: Состояние средней тяжести. Пациентка в сознании, контактна. Кожные покровы сухие, диффузный цианоз. Отеков нет. Температура тела 37,4 С. Периферические лимфоузлы не увеличены. АД - 110/70 мм рт.ст., Ps - 94 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД - 28 в мин, SpO₂ 89% на воздухе. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края

реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Данные лабораторных исследований: клинический анализ крови: эритроциты - $4.5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 155 г/л, тромбоциты - $320 \times 10^9/л$, лейкоциты - $11,3 \times 10^9/л$, б - 1 %, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные - 63%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%, СОЭ - 45 мм/ч; биохимический анализ крови: С-реактивный белок - 45 мг/л (норма 0-5 мг/л); цитологический анализ мокроты: признаки умеренного нейтрофильного воспаления, клеток атипии не выявлено.

Данные инструментальных исследований: рентгенограмма органов грудной клетки в прямой и боковой проекции: диффузное усиление легочного рисунка, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено; ЭКГ: ритм правильный, синусовый, нормальная ЭОС, ЧСС 92 в минуту; Спирография: ОФВ1 55%, Индекс Тиффно 65%, проба с сальбутамолом - прирост ОФВ1 на 5%.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические и лабораторные синдромы у пациентки;
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной? Проведите дифференциальный диагноз;
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и с какой целью?
4. Сформулируйте клинический диагноз;
5. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 4

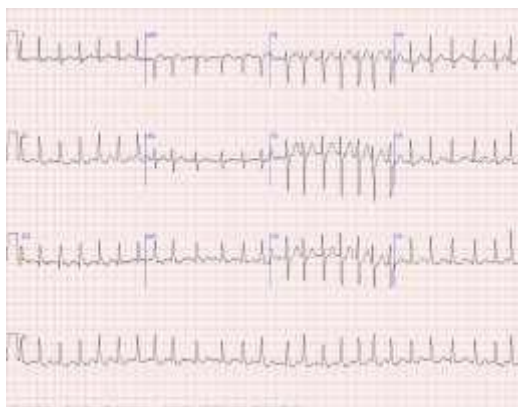
Пациент А 56 лет, обратился к терапевту с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба медленным шагом), эпизодически пароксизмальную ночную одышку – просыпается из-за одышки, одышка уменьшается в положении сидя; также в течение последнего месяца появились отеки голеней, сердцебиение, «перебои» в работе сердца.

При сборе анамнеза: хронические заболевания отрицает. Однако при расспросе, удалось выяснить, что в детстве были частые ангины, также, со слов пациента, в детском возрасте эпизодически возникали боли в суставах (коленных, локтевых), которые проходили при приеме НПВС, в дальнейшем боли не рецидивировали.

В течение последних трех лет стал отмечать появление и постепенное нарастание одышки при ходьбе. Настоящее ухудшение в течение месяца, когда резко снизилась толерантность к физическим нагрузкам – одышка стала возникать при минимальной нагрузке, эпизодически стала возникать ночью в горизонтальном положении. Также около 1 месяца назад появилось сердцебиение, перебои в работе сердца.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отмечается цианоз губ. Отеки голеней. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 21 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 130 в мин. Перкуторно - верхняя граница сердца на уровне II межреберья, остальные границы в пределах нормы. На верхушке – трехчленный ритм, «хлопающий» первый тон, диастолический шум. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень: +2 см от края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

ЭКГ



Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза
3. Опишите ЭКГ
4. Предположите причины резкого ухудшения состояния пациента
5. Оцените риск тромбоэмболических осложнений у пациента, исходя из риска, оцените необходимость назначения антикоагулянтов
6. Выберите и обоснуйте Вашу дальнейшую врачебную тактику.

Задача 5

Пациентка А 43 года, бухгалтер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом одышки, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области.

Со слов пациентки, около недели назад отметила появление покраснения, боли и отека в области правой голени. Связывала данные симптомы с «артритом», к врачам не обращалась, лечилась самостоятельно – применяла мази с НПВС с временным положительным эффектом.

Настоящее ухудшение возникло в конце рабочего дня сегодня, когда, находясь за компьютером, резко возникла сильная одышка, сердцебиение, слабость. В связи с вышеуказанными жалобами вызвана СМП.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя за компьютером, ведет малоподвижный образ жизни, курит, около 1 года применяет комбинированные оральные контрацептивы.

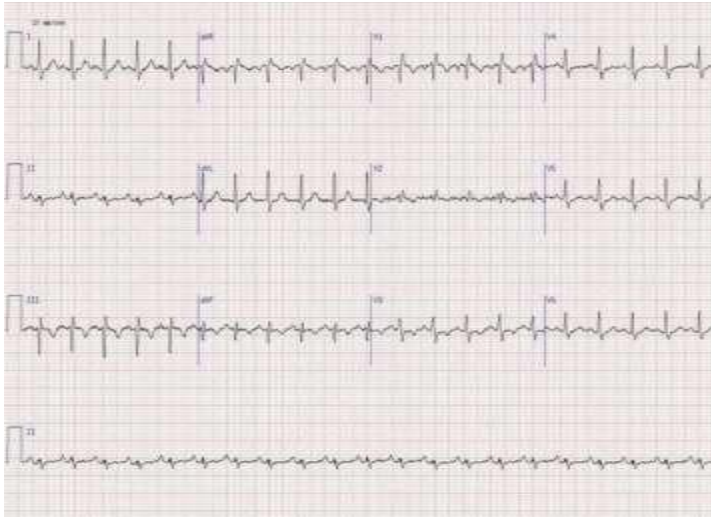
При осмотре:

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается отек и покраснение правой нижней конечности до нижней трети бедра, болезненность при пальпации правой нижней конечности; пульсация на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях сохранена. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы.

В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 24 в минуту, SpO₂ – 90%.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=Ps=110 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Вес – 80 кг. Рост – 163 см. ИМТ – 30.1 кг/м²

ЭКГ



Вопросы:

1. Выделите основной синдром
2. Сформулируйте предположительный диагноз. Выделите возможные предрасполагающие факторы
3. Интерпретируйте представленную ЭКГ
4. Составьте план исследований для подтверждения диагноза
5. Назначьте лечение

Задача 6

Пациентка А 57 лет, госпитализирована по СМП в городскую больницу в связи с повторными эпизодами синкопальных состояний.

Из анамнеза известно, что в течение около 3-х лет отмечает эпизодическое повышение АД до 160/90 мм.рт.ст., постоянно принимает Гипотиазид. Около 5 лет пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, последний пароксизм около 1 года назад, постоянно принимает Кордарон 200мг/сутки; Эликвис 5мг 2 раза в сутки.

4 месяца назад пережила смерть близкого родственника, в связи с выраженной «апатией» (могла целыми сутками не вставать с постели), тревогой обратилась к психиатру, диагноз: реактивная депрессия. Был назначен Амитриптилин. В настоящее время состояние с выраженной положительной динамикой, однако пациентка продолжает принимать данный препарат.

Около 5 дней назад появился кашель с отделением мокроты, повышение температуры до 37,8 С. Обратилась к терапевту по месту жительства. Было выполнено КТ – легких, диагностирована внебольничная правосторонняя н/долевая пневмония. ПЦР – тест на covid-19 – негативный. Был назначен Кларитромицин 500мг 2 раза сутки.

Настоящее ухудшение за день до госпитализации, когда был эпизод потери сознания. Сегодня вновь эпизод синкопального состояния, в связи с чем была вызвана СМП

При осмотре в приемном отделении: Состояние средней степени тяжести. Температура – 36,8 С. В легких дыхание жесткое, справа в нижних отделах легких единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 17 в минуту, SpO₂ – 97%.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=Ps= 67 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Вес – 67 кг. Рост – 165 см. ИМТ – 24,6 кг/м²

На уровне приемного отделения выполнено КТ- легких – КТ-признаки правосторонней н/долевой пневмонии в стадии разрешения

КТ-головного мозга – патологии не выявлено

На ЭКГ 1 (при поступлении):



Пациентка госпитализирована в терапевтическое отделение для дообследования.

Вечером, находясь в коридоре, потеряла сознания, упала. На ЭКГ 2:



Вопросы:

1. Укажите возможные причины синкопальных состояний у данной пациентки
2. Опишите ЭКГ 1. Укажите возможные причины выявленных изменений
3. Опишите ЭКГ 2. Тактика лечения

Задача 7

Пациент С. Мужчина 66 лет на плановом медицинском осмотре. В анамнезе перенесённый инфаркт миокарда (2020 год) с ЧКВ и стентированием ПКА, артериальная гипертония (на фоне лечения АД 125/70), атеросклероз артерий нижних конечностей (реваскуляризация правой подколенной артерии в 2018 году). Регулярно принимает аспирин-кардио 100мг/сут, лозартан 100мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут, метопролол 50 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут, эзетемиб 10мг/сут, предуктал 80мг 2 раза в день.

В анализе крови – гемоглобин 136 г/л, тромбоциты 250 тыс/мкл, креатинин 90 мкмоль/л, АЛТ 25 ЕД/л, АСТ 22 ЕД/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, общий холестерин 3,6 ммоль/л, ЛПНП 2,0 ммоль/л, ЛПВП 1,0 ммоль/л.

На ЭхоКГ – ФВЛЖ 60%, небольшая дилатация полостей обоих предсердий, умеренная ГЛЖ, локальная сократимость ЛЖ не нарушена.

Стенокардии, одышки нет, перемежающейся хромоты нет. Курит 2-3 сигареты в день. Ходит пешком около 2-3 км в день.

При осмотре жалоб нет. Кожа розовая, цианоза нет, отёков нет. Хрипов в лёгких нет. Ритм сердца правильный. АД 110/60, ЧСС 60 в мин, ЧД 16 в мин.

Вопросы:

Какой сердечно-сосудистый риск у этого пациента?

Все ли факторы риска скомпенсированы? Если нет, то какие?

Какие изменения в лечении можно обсудить, и для чего?

Задача 8

Пациентка Б, женщина 55 лет. Госпитализирована в приёмное отделение стационара с диагнозом «состояние после обморока».

При поступлении жалуется на слабость, одышку, дискомфорт в лево половине грудной клетки. Симптомы появились около 1 недели назад в виде эпизодов сильной слабости и одышки при небольших физических нагрузках, а последние 2 дня – в покое. Сегодня слабость была очень сильная, вплоть до потери сознания.

В анамнезе – артериальная гипертония, ожирение (масса тела 100кг). Около 3 недель назад из-за травмы (перелом костей правой голени) была ограничена в движениях, правая голень был иммобилизована гипсовой лонгетой.

При осмотре: кожа бледная, небольшой цианоз губ, увеличение ярёмных вен, отёков нет, но правая голень в диаметре больше левой. Хрипов в лёгких нет, дыхание равномерно проводится во все отделы. Ритм сердца правильный, шумов нет. АД 110/60 (обычное АД 125-130/80-85), ЧСС 106 в мин., ЧД 20 в мин., SpO₂ 88%, температура тела 36,2С

На ЭКГ – синусовый ритм, нормальная ЭОС, PQ 0,16 сек, QRS 0,08 сек, QTс 360 мсек, ST на изолинии, отрицательные зубцы Т в V1-V4.

Гемоглобин 125 г/л, лейкоциты 10,1 тыс/мкл, креатинин 95 мкмоль/л, тропонин I <0,1 нг/мл

Вопросы:

Какая наиболее вероятная причина заболевания данной пациентки?

Какие из следующих шкал риска нужно использовать для подтверждения Вашего предположения: CHADS2-VASc, GENEVA, GRACE, HAS-BLED, PRECISE-DAPT, WELLS?

Какое диагностическое обследование будет являться «золотым стандартом» для подтверждения диагноза?

Лечение Вы решили начать с инъекции эноксапарина. Какую дозу препарата Вы назначите?

Задача 9

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия

антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голени. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \cdot 10^9 /л$, лейкоциты - $1,6 \cdot 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 28%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л.

Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Задача 10

Больная И. 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на сердцебиение, слабость в левой руке и ноге. Из анамнеза: известно, что 6 месяцев назад пациентка перенесла транзиторную ишемическую атаку. 3 месяца назад - ОНМК в бассейне средней мозговой артерии, Акушерский анамнез: 2 беременности, 1 роды. 1 беременность в возрасте 22 лет протекала нормально, родила здорового доношенного ребенка; 2 беременность в возрасте 36 лет закончилась смертью плода на 12 неделе беременности (подтверждена нормальная морфология плода). При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Моторная афазия. Отмечается пятнистость кожи цианотичного оттенка, напоминающая «кружева», локализуемая в области бёдер и ягодиц (сетчатое ливедо). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Конфигурация суставов не изменена, объём движений полный. Над лёгкими перкуторно лёгочный звук, аускультативно хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 96 ударов в минуту. АД - 120/75 мм рт. ст. Печень, селезёнка не увеличены. При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 112 г/л, лейкоциты – $9 \cdot 10^9 /л$, тромбоциты – $100 \cdot 10^9 /л$, СОЭ - 46 мм/час.

Антитела к нативной ДНК отрицательные.

Волчаночный антикоагулянт положительный – 2,4 условные единицы (норма 0,8-1,2 условных единиц).

Анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 5-7, эритроциты - 0-2 в поле зрения.

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту для лечения и профилактики сосудистых осложнений? Обоснуйте свой выбор.

Задача 11

Больная А., 47 лет, жалуется на постоянные боли в суставах рук и ног в покое и при движении, на значительное ограничение объема движений в конечностях, особенно до полудня. Больна в течение 10 лет. Неоднократно лечилась в стационарах. Настоящее ухудшение — за неделю до поступления после ОРВИ. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 70 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Выраженная деформация и дефигурация суставов. Анкилоз локтевых суставов. Кисти в виде «плавников моржа», атрофия межкостных мышц. Активный и пассивный объем движений в суставах резко снижен.

Клинический анализ крови: гемоглобин 112 г/л, эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6,5 \cdot 10^9$ /л. СОЭ 45 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, креатинин 78 мкмоль/л, мочевины 4,0 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, АсТ 15 Ед/л, АлТ 19 Ед/л, холестерин 4,2 ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий 12 мкмоль/л, ревматоидный фактор 1:640.

Рентгенография суставов рук: остеопороз, сужение суставных щелей, краевые узур, анкилоз локтевых суставов, подвывихи суставов кистей, кистовидные просветления в эпиметафизах пястных костей и фаланг

Анализ синовиальной жидкости: лейкоциты $24 \cdot 10^9$ /л, белок 40 г/л, глюкоза 2,0 ммоль/л, ревматоидный фактор положительный (+++).

Вопросы

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у этой больной?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Задача 12

Больной М., 30 лет, обратился с жалобами на припухание и боли суставов кистей и в лучезапястных, локтевых и коленных суставах, утреннюю скованность в первой половине дня. Впервые боли в суставах кистей, лучезапястных суставах появились около 1 года назад после переохлаждения. Пациент сначала принимал парацетамол, анальгин, затем диклофенак. К врачам не обращался, не обследовался. Недавно появились боли и

припухание локтевых и коленных суставов. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Имеется деформация II и III пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов. В области правого локтевого сустава плотное узелковое образование. Коленные суставы деформированы, определяется положительный симптом баллотирования надколенника с обеих сторон. DAS28 = 5,3. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС 82 в минуту. АД = 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин 88 г/л, лейкоциты $7,3 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $320 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 56 мм/ч, СРБ 44,7 мг/л, ревматоидный фактор 18 МЕ/мл.

Рентгенография кистей: окколосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II–III пястных костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II–IV слева и II–III пястно-фаланговых суставов справа.

Вопросы

1. Какие основные синдромы и симптомы имеются у больного?
2. Какие дополнительные обследования необходимы больному?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Задача 13

Больная, 54 года, по профессии повар, обратилась с жалобами на боли, припухание правого коленного сустава, ограничение подвижности обоих коленных суставов, больше справа, «утреннюю скованность» до 30 мин. Эти жалобы появились около недели назад после перенесенного ОРВИ. В связи с выраженным болевым синдромом, особенно при ходьбе и ночью, принимала диклофенак на протяжении 1 недели, после чего прекратила прием препарата в связи с некоторым уменьшением болевого синдрома и появлением дискомфорта в эпигастральной области. В течение последних 5 лет отмечает умеренные боли в обоих коленных суставах, преимущественно к концу рабочего дня (работа связана с длительным пребыванием в положении стоя). При осмотре: рост 163 см, вес 98 кг. Левый коленный сустав незначительно увеличен в объеме, движения в нем в полном объеме, при движении — грубый интраартикулярный хруст. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь. Пассивные и активные движения в нем значительно ограничены, резко болезненны, положительный симптом баллотирования надколенника, жидкость в нижнем завороте сустава. В правой подколенной ямке пальпируется округлое безболезненное образование плотноэластической консистенции. Дыхание над легкими везикулярное, хрипов нет. Сердце перкуторно не увеличено, тоны приглушены, ритм правильный. АД 130/90 мм рт. ст. ЧСС 75 в минуту. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

Клинический анализ крови: Нв 126 г/л, эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/ч.

Биохимический анализ крови: СРБ++, РФ отрицательный, мочевая кислота 240 мкмоль/л.

Рентгенография коленных суставов: суставные щели умеренно сужены, субхондральный остеосклероз, краевые остеофиты в области латеральных и медиальных поверхностей обоих коленных суставов.

ЭГДС: язва антрального отдела желудка 8 мм в диаметре.

Вопросы

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у больного?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Задача 14

Больная Э., 30 лет, поступила в клинику с массивными генерализованными отеками, задержкой мочи, слабостью, одышкой, повышением АД, тошнотой, рвотой, нестерпимой головной болью. 1,5 месяца назад во время купания в бассейне поранила ногу, рана плохо заживала. Через неделю на фоне покраснения кожи появилась пузырьчатая сыпь, сильный зуд, пузырьки лопались и покрывались корочками. Без лечения симптоматика исчезла в течение 2 недель. За 10 дней до поступления в клинику заметила изменение цвета мочи, постепенное уменьшение объема выделяемой мочи, в последние сутки диурез составил 300 мл. Постепенно нарастали отеки. Сначала они были только на лице, затем распространились на конечности, брюшную стенку. Появилась одышка. АД повысилось до 190/110 мм рт. ст. При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные; массивные рыхлые отеки лица, брюшной стенки, поясницы, конечностей, при надавливании остается ямка. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, небольшое количество незвонких влажных хрипов в нижних отделах легких с обеих сторон. ЧДД 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС 102 в 1 мин. АД 200/115 мм рт. ст. Клинический анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}$ /л /л, лейкоциты $5,0 \cdot 10^9$ /л, базофилы 1%, эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 55%, лимфоциты 34%, моноциты 4%, тромбоциты $290 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 52 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, общий холестерин 4,3 ммоль/л, триглицериды 1,6 ммоль/л, протромбиновый индекс 92%, креатинин 270 мкмоль/л, мочевины 30 ммоль/л.

Иммунологическое исследование: антистрептолизин О 250 ЕД (при норме до 200 ЕД), антистрептогиалуронидаза 700 ЕД (при норме до 300 ЕД).

Общий анализ мочи: количество 50 мл, цвет бурый, относительная плотность 1020, белок 2,9 г/л, лейкоциты 3–5 в п/зр., эритроциты измененные 30–40 в п/зр.

Вопросы

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у этой больной?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больной?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Задача 15

У 27-летнего больного 6 лет назад, после респираторной вирусной инфекции, появились боли в поясничной области, значительно снизилось количество выделяемой мочи, которая приобрела «бурый» цвет. Повышения АД и отеков в тот период не было. При обследовании в общем анализе мочи были обнаружены эритроциты в большом количестве, микроальбуминурия 250 мг в сутки, при УЗИ почек и предстательной железы патологии не было выявлено. Все симптомы исчезли в течение недели. Пациент был взят под наблюдение нефролога. При плановых анализах обнаруживали

персистирующую микрогематурию. В течение последующих лет было несколько сходных по симптоматике эпизодов макрогематурии после респираторных вирусных инфекций. Последние 2 года отмечает периодически повышение АД до 150/90 мм рт. ст., лекарственные препараты не принимал. Ухудшилось самочувствие около 2 недель назад, когда отметил уменьшение количества отделяемой мочи, возобновление макрогематурии, появление отеков нижних конечностей и повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Госпитализирован для обследования и лечения.

Объективные данные: состояние средней тяжести, отеки голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. ЧДД 18 в 1 мин, ЧСС 86 в 1 мин, АД 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень безболезненная у края реберной дуги, край закруглен. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 800 мл.

Анализ крови: гемоглобин 148 г/л, эритроциты $5,0 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,8 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты $280 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,0 ммоль/л, креатинин 145 мкмоль/л, мочевины 7,6 ммоль/л, общий белок 79 г/л, альбумин 52 г/л, холестерин 4,7 ммоль/л, триглицериды 1,7 ммоль/л. Антител к ВИЧ, гепатиту С, HbsAg не обнаружено. IgG 17,3 г/л (7,0–17,0), IgA 6,2 г/л (0,9–4,5), IgM 1,4 г/л (0,5–3,5)

Исследование мочи: удельный вес 1025, эритроциты покрывают все поле зрения, лейкоциты 0–1 в поле зрения, глюкозы, ацетона в моче нет. Посев мочи: роста микрофлоры нет.

Суточная протеинурия 1,5 г/л.

Больному произведена биопсия почки: диффузная мезангиальная пролиферация с расширением внеклеточного матрикса, микроскопически — пролиферация мезангиальных клеток.

Вопросы

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у этого больного?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Задача 16

Больная З., 52 лет, повар, госпитализирована в экстренном порядке в связи с гипертоническим кризом (АД - 200 и 120 мм рт. ст.)

Со слов пациентки, болеет гипертонической болезнью с 45 лет, с повышением АД максимально до 190 и 100 мм рт. ст., принимает постоянно лозартан 50/12,5 мг, уровень АД составляет 130-140 и 80-90 мм рт. ст. Не курит, алкоголь употребляет «по праздникам», около 50-100 мл крепкого алкоголя. Систематической диеты не соблюдает.

Из анамнеза известно, что около 1 года назад обратилась к дерматологу в связи с зудом кожи ладоней, конечностей, живота. Был заподозрен контактный дерматит, получала антигистаминные препараты, мази, пыталась соблюдать диету с ограничением гистаминолибераторов. Зуд стал меньше, но около 2 месяцев назад отметила появление неустойчивого стула – привычные запоры сменились жидким, более светлым и полуоформленным стулом, плохо смываемым с унитаза. Врач поликлиники назначил пациентке фосфоглив, креон, посоветовал соблюдать диету с ограничением животных

жиров. Пациентка рекомендации по диете соблюдала 2 недели, затем вновь вернулась к привычному питанию, при этом диарея возобновилась. Также в последнее время стала отмечать сухость глаз, сухость во рту, потребность запивать водой пищу. О данных жалобах врачу не сообщала.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, рост - 160 см, масса тела - 90 кг. Кожные покровы обычной окраски, склеры и слизистые оболочки слегка желтушные. Температура тела - 36,2 °С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не пальпируется, молочные железы при пальпации без уплотнений. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона над аортой, систолический короткий шум над аортой и в точке Боткина. ЧСС - 90 уд/мин. АД - 160 и 95 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом у корня. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, урчит при пальпации, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под правого края реберной дуги на 4 см, край закруглен, при пальпации плотный, безболезненный, поверхность гладкая. Селезенка не увеличена. Стул неоформленный, светло-желтого цвета, без патологических примесей. Суставы коленные: умеренная крепитация, болезненность при движениях, движения не ограничены. Боль, умеренная при пальпации паравертебрально в поясничном и шейном отделах позвоночника.

Пальцевое исследование прямой кишки патологии не выявило.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – уд/мин, горизонтальное направление ЭОС, $V_5 > V_6$, высокий R в этих отведениях, косонисходящая депрессия ST до 1,5 мм и отрицательный T в I, aVL, V5-V6.

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 135 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 310×10^9 /л, п/я-3%, с/я-70%, л-18%, м-9%, СОЭ 30 мм/час.

В общем анализе мочи без патологии.

Глюкоза (капиллярная кровь, натощак) – 5,8 ммоль/л.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, альбумин - 32 г/л, калий - 3,8 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, хлориды - 105 ммоль/л, общий билирубин - 40 мкмоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л, АСТ - 65 ЕД/л, АЛТ - 48 ЕД/л, ЩФ - 1020 ЕД/л, ГГТП - 150 ЕД/л, СРБ - 15 г/л, холестерин - 8,2 ммоль/л, ЛПНП - 4,8 ммоль/л, МНО 1,6.

Анализ кала: нейтральный жир +++ , мыла ++, умеренное количество непереваренных мышечных волокон, реакция на скрытую кровь отрицательная.

УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости не обнаружено, умеренный метеоризм, печень с четкими ровными контурами, повышенной эхогенности, эхоструктура однородная, желчный пузырь без особенностей, общий желчный проток диаметром 5 мм, стенки не утолщены, воротная вена - 15 мм, селезенка – 130x65 мм, селезеночная вена - 10 мм. Поджелудочная железа с четкими неровными контурами, в размерах не увеличена, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Выделите основной клинический синдром и симптомы заболевания. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования.
3. Дифференциальный диагноз.

4.Опишите и обоснуйте тактику ведения пациента на данном этапе.

Задача 17

Пациентка Ю., 60 лет, в течение нескольких лет обращается к врачу с жалобами на периодически возникающий кожный зуд, желтуху, тяжесть в правом подреберье. Алкоголь не употребляет. Настоящее обострение началось две недели назад после грубого нарушения диеты, появился мучительный кожный зуд, пожелтели склеры и кожа, появилась тёмная моча, боли в костях. При осмотре кожа и слизистые желтушны, имеются многочисленные следы расчёсов, на коже – ксантомы, печень выступает из-под рёберного края на 5 см, край её острый, плотный, селезёнка пальпируется на 1 см ниже рёберной дуги.

В биохимическом анализе крови: билирубин общий 110 мкмоль/л, связанный 88 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 540, АСТ 45 ед/л (норма 0-40), АЛТ 68 ед/л (N 0 –38), холестерин общий 12,8 ммоль/л, ЛПНП 6,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ведущий синдром у больной и его биохимическое обоснование.
2. О каких заболеваниях следует думать при наличии данного синдрома?
3. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Полугодие 2

Теоретические вопросы к устному собеседованию

1. Тактика обследования гематологического больного.
2. Дифференциальный диагноз гипохромных анемий.
3. В12 и фолиевые дефицитные анемии. Причины, клиническая картина, диагностика, лечение.
4. Формы гемолиза. Гемолитические анемии: причины, классификация, клинические проявления. Тактика ведения пациентов.
5. Острые лейкозы. Современная классификация. Патогенез. Мутации. Диагностика. Клиническая картина. Принципы терапии.
6. Хронические миелопролиферативные заболевания. Клиническая картина отдельных форм. Мутации. Диагностика. Принципы терапии.
7. Неходжкинские лимфомы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Лечение.
8. Лимфома Ходжкина. Классификация. Мутации. Клиническая картина. Диагностика. Принципы терапии.
9. Множественная миелома. Клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
10. Токсические эффекты противоопухолевой терапии в гематологии.
11. Тромбофилии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
12. Коагулопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.

13. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
14. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика. Лечение.
15. Аутоиммунный тиреоидит. Подострый тиреоидит. Этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Диагностика. Лечение.
16. Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Диагностика. Осложнения. Лечение, профилактика,
17. Гипотиреозы и микседема. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
18. Патология паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
19. Болезнь Иценко-Кушинга. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
20. Принципы интенсивной терапии острой сердечной недостаточности.
21. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности. Диагностика, интенсивная терапия астматического статуса.
22. Интенсивная терапия легочного кровотечения.
23. Интенсивная терапия спонтанного пневмоторакса.
24. Желудочно-кишечные кровотечения. Интенсивная терапия.
25. Лечение печеночной комы.
26. Комы при сахарном диабете: клиническая картина, лабораторная диагностика, интенсивная терапия, реанимация.
27. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез. Клиническая картина, диагностика. Принципы интенсивной терапии.
28. Крапивница. Классификация. Клиническая картина, диагностика, интенсивная терапия.

Ситуационные задачи

Задача 1

Пациент К., 42 лет обратился с жалобами на постоянную общую слабость, периодические головные боли, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, снижение толерантности к физической нагрузке, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке. Кроме того, беспокоит затруднение при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, (отвращение к запаху мясной пищи), периодическую тошноту, ломкость ногтей и сухость кожи.

Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят около полугода, постепенно усиливаясь со временем. Не обследовался, не лечился. Много лет является вегетарианцем. Хронические заболевания, операции, травмы у себя отрицает. Работает менеджером по продажам. Алкоголем не злоупотребляет. Курит до пачки сигарет в день в течение 20 лет. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые

слизистые чистые, бледные, отмечается сухость и шелушение кожи, поперечная исчерченность ногтей. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. Перкуторно ясный легочный звук, границы легких в пределах нормы. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, над всеми точками аускультации определяется мягкий систолический шум. Пульс 92 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. АД 120/70 мм рт. ст. Отмечается сглаженность сосочков языка. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей.

Клинический анализ крови: Гемоглобин – 97 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,7 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 56%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 33%, моноциты – 6%, тромбоциты – $290 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ч, MCV – 70 fl, MCH – 26 pg.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план дальнейшего обследования.
3. С какими патологиями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Назначьте пациенту лечение

Задача 2

Пациентка А., 50 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при малейшей физической нагрузке, отсутствие аппетита, неустойчивый стул. На протяжении последних 4 лет придерживается веганской диеты. Больной считает себя три года, с момента, когда появилась слабость, повышенная утомляемость. К врачам не обращалась. В последние два месяца к прежним жалобам присоединились головная боль, шум в ушах, прогрессивно нарастающая одышка, жжение в кончике языка, тяжесть в эпигастрии, шаткость походки, чувство онемения в стопах.

Объективно: Пациентка нормостенического телосложения. Рост – 175 см, вес – 61 кг. Кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, склеры субиктеричны. Язык отёчен, красный с трещинами и афтами. Периферические лимфоузлы не увеличены. Границы сердца расширены влево, систолический шум над всеми точками, ЧСС 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст. Печень увеличена (на 2 см выступает из-под края реберной дуги), при пальпации мягкая, безболезненная. Селезёнка не пальпируется.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 56 г/л, эритроциты - $1,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 1,4, MCV -116 фл, MCH – 35 пг, MCHC – 39,5 г/дл, лейкоциты 2,5, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 36%, моноциты - 4%, СОЭ - 32 мм/час. Макроцитоз, базофильная пунктация эритроцитов, полисегментация нейтрофилов, тельца Жолли, кольца Кебота.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие синдромы выявлены у пациентки?
3. Составьте план обследования.
4. Какая картина предполагается в пунктате костного мозга?
5. Какое лечение будет назначено пациентке после дообследования?

Задача 3

Пациент С., 55 лет, предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, кожный зуд, кровоточивость десен, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что на периодических медицинских осмотрах регистрировались цифры артериального давления 200/110 мм рт.ст., самостоятельно артериальное давление не контролирует. По назначению терапевта постоянно принимает: эналаприл, кардиомагнил. Острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, сахарный диабет и другие хронические заболевания - отрицает.

Со слов больного, около двух лет назад стал отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, «тяжесть в голове». Состояние значительно ухудшилось за последние 6 месяцев, когда появились мигреноподобные головные боли, кожный зуд, усиливающийся после приема ванны, кровоточивость десен, приступообразные боли в пальцах стоп. С этими жалобами обратился к участковому врачу-терапевту амбулаторно-поликлинического учреждения. Выполнен клинический анализ крови: гемоглобин - 201 г/л, эритроциты - $6,35 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $10,3 \times 10^9$ /л, базофилы - 0%, эозинофилы - 7%, палочкоядерные - 6,5%, сегментоядерные - 60%, лимфоциты - 24,5%, моноциты - 4,5%, тромбоциты - 500×10^9 /л, СОЭ - 1 мм/час. Госпитализируется в плановом порядке для уточнения диагноза.

Работает охранником, курит по 1 пачке сигарет в день в течение 7 лет.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Гиперемия лица, ладоней, слизистой оболочки полости рта. Склеры инъецированы. В легких аускультативно везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания - 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений - 69 в минуту. Пульс - 69 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Артериальное давление - 170/100 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край ее заострен, безболезненный. Селезенка выступает из-под края левой реберной дуги на 3 см, плотная, безболезненная. Область почек визуально не изменена. Симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Мочеиспускание (со слов) свободное, безболезненное. Стул без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 197 г/л, эритроциты - $7,25 \times 10^{12}$ /л, гематокрит - 44,2%, лейкоциты - $12,3 \times 10^9$ /л, базофилы - 0%, эозинофилы - 7%, палочкоядерные - 6,5%, сегментоядерные - 60%, лимфоциты - 24,5%, моноциты - 4,5%, тромбоциты - 458×10^9 /л, СОЭ - 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, креатинин - 74 мкмоль/л, глюкоза - 6,2 ммоль/л, билирубин общий - 7,7 мкмоль/л, АСТ - 26 Ед/л, АЛТ - 13 Ед/л, КФК - 61 Ед/л, КФК-МВ - 18 Ед/л, альфа-амилаза - 37 Ед/л, щелочная фосфатаза - 253 Ед/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз, обосновав его.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования.
3. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Опишите и обоснуйте тактику ведения пациента на данном этапе.

Задача 4

Больная К., 26 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, утомляемость, ночную потливость, повышение температуры до 38.4°C. Настоящие симптомы появились в течение последних 6 месяцев. До этого больную беспокоила болезненность в области шеи справа, однако к врачу она не обращалась. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Пальпируется группа передних шейных и подмышечных лимфоузлов справа, мало подвижных, спаянных друг с другом и с окружающими тканями, безболезненных, хрящевой плотности, кожа над ними не изменена. По органам без особенностей. Общий анализ крови: Гемоглобин 120 г/л, эритроциты 3.4×10^{12} /л, тромбоциты 320×10^9 /л, лейкоциты 9×10^9 /л, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 65%, эозинофилы 2%, лимфоциты 20%, моноциты 7%, СОЭ 45 мм/час. Проведена биопсия подмышечного лимфоузла справа. При морфологическом исследовании в ткани лимфатического узла разрастание фиброзной ткани. В очагах сохранённой структуры лимфоузла большое количество лимфоидных клеток, гистиоцитов, эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов, имеются гигантские двухъядерные клетки с крупными эозинофильными ядрышками, напоминающими внутриядерные включения. При ИГХ крупные клетки экспрессируют CD15+ CD30+.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте рабочий диагноз.
3. Дополните и обоснуйте план обследования.
4. Обоснуйте тактику ведения пациентки.

Задача 5

Больная К., 64 г., поступила в клинику с жалобами на тянущие боли в пояснице, усиливающиеся при движении; слабость;

Жалобы появились около 4-6 мес. назад. При обследовании в поликлинике, со слов пациентки, выявлен белок в моче, увеличение СОЭ. В качестве терапии принимала фурадонин, затем 5-НОК, левомецетин. На фоне лечения состояние не улучшилось. Болезненность в поясничной области нарастала, стала особенно выраженной в ночные часы.

При поступлении: состояние средней тяжести. Бледность слизистых оболочек. При пальпации выраженная болезненность грудной клетки и поясничного отдела позвоночника. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 мин. Границы сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 165/90 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови клинический: Нб 80 г/л, эритроциты 2.9×10^{11} /л, лейкоциты $3,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты 90×10^{11} /л, п/я 1%, с/я 75%, лимфоциты 15%, СОЭ 44 мм/час.

Анализ мочи общий: р-1020, белок – 3,6, лейкоциты 10-12 в п/зр, эритроциты 4-5 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 104 г/л, альбумины 26%, γ -глобулины 42%, креатинин 125, мочевины 13, мкмоль/л, АСТ 35, АЛТ 38, мочевая кислота 410 мкмоль/л.

В миелограмма; клеточность костного мозга $300 \cdot 10^9$ /л, бластные клетки 2%, гранулоцитарный росток 46%, лимфоидный ряд 10%, моноцитарный росток 5%, эритроидный ряд 10%, плазматические клетки 27%.

Рентген поясничного отдела позвоночника: компрессионный перелом Th_{XI}, L₁-L₂ тел позвонков. Признаки диффузного остеопороза

Вопросы:

1. Назовите основные синдромы
2. Предполагаемый диагноз
3. Дополнительные методы обследования
4. Лечение.

Задача 6

Больной А., 58 лет, поступил в неврологическое отделение больницы с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

В течение последних 5 лет наблюдается у невролога в поликлинике по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника и частых люмбагий. Для снижения болевого синдрома принимает НПВС с частичным эффектом. Около 2-х месяцев назад появилась слабость, снижение работоспособности, быстрая утомляемость.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски и влажности. При пальпации выраженная болезненность во всех костных структурах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в мин., АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у края реберной дуги.

Клинический анализ крови: Hb 80 г/л, эритроциты $2,7 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоциты $24,0 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $16,4 \cdot 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 59%, лимфоциты 34%, моноциты 5%, СОЭ 64 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок 80 г/л, альбумины 38, креатинин 72 мкмоль/л. ЛДГ 2500 ЕД/л.

В миелограмме клеточность костного мозга $500 \cdot 10^{12}$ /л, бластные клетки 60%, гранулоцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 15%, лимфоидный ряд 10%, моноцитарный ряд 5%.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Предполагаемый диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику обследования.
4. Определите тактику лечения.

Задача 7

Больная Р., 47 лет, госпитализирована в травматологическое отделение больницы по поводу спонтанного перелома ключицы справа. Настоящая госпитализация повторная

(около 6 мес. назад уже находилась на стационарном лечении по поводу спонтанного перелома ребра).

В анамнезе длительно гипертоник с максимальными подъемами АД до 190/110 мм.рт.ст. Постоянно принимает конкор 10 мг/сутки, рамиприл 10 мг/сутки, тромбо АСС 100мг/сутки. В течение последнего года частые простудные заболевания.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 мин. Границы сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 165/90 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены. Увеличены все группы лимфоузлов до 2-3 см в диаметре.

Анализ крови клинический: Нб 100 г/л, эритроциты $2.9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $4,3 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $80 \cdot 10^{11}$ /л. СОЭ 70 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л, альбумины 35, креатинин 76 мкмоль/л, АСТ 35, АЛТ 38. ЛДГ 2000.

При КТ органов грудной и брюшной полости отмечаются множественные остеолитические очаги всех костей скелета

В миелограмме клеточность костного мозга $200 \cdot 10^{12}$ /л, бластные клетки 2%, гранулоцитарный ряд 38%, эритроидный ряд 25%, лимфоидный ряд 30%, моноцитарный ряд 5%

При траепинобиопсии костного мозга в костном мозге отмечаются разрастание лимфоидных очагов из крупных клеток

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие методы обследования нужно провести для подтверждения диагноза.
3. Определите тактику ведения.

Задача 8

Пациент М, 67 лет, обратился к врачу с жалобами на частые спонтанные носовые кровотечения, кровоточивость десен, покалывание и онемение пальцев рук, тяжесть в правом боку, иктеричность кожных покровов

В анамнезе длительно гипертоническая болезнь с максимальными подъемами АД до 160/90 мм.рт.ст. Постоянно принимает метопролол 50 мг/сутки, ренитек 10 мг/сутки, кардиомагнил 75 мг/сутки. Около 2-х лет назад впервые появились носовые кровотечения, возникающие спонтанно, не связанные с подъемами АД.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы иктеричной окраски сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 мин. Границы сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, селезенка увеличена и выступает на 5 см

Анализ крови клинический: Нб 90 г/л, эритроциты $2.2 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $33,9 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $67 \cdot 10^{11}$ /л, п/я 1%, с/я 25%, лимфоциты 70%, ретикулоциты 11% СОЭ 74 мм/час. Проба Кумбса положительная

Биохимический анализ крови: белок 80 г/л, альбумины 38, АСТ 35, АЛТ 38. Билирубин 78 ммоль/л

Результаты миелограммы клеточность костного мозга $500 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 1%, гранулоцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 25%, лимфоидный ряд 60%, моноцитарный ряд 4%.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику обследования.
3. Определите тактику лечения.

Задача 9

Больная Х., 57 лет поступила 17. 04 с жалобами на: слабость, сонливость, головокружение, повышенная чувствительность к холоду. В течении года не может есть лимон и клюкву из-за жжения в языке. Последние полгода отмечает слабость, сонливость, «тарелки падают из рук».

Росла и развивалась соответственно возрасту. Работала бухгалтером, последние 3 года на пенсии. В течение последнего года – строгая вегетарианка, отсутствует желание есть мясо, рыбу. У отца – резекция желудка по поводу полипоза. Аллергию, сахарный диабет, хронические заболевания отрицает.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, с желтушным оттенком. Периферические л/у не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 93 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Отеков нет. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Клинический анализ крови: WBC- $1,7 \cdot 10^9/л$, RBC- $1,09 \cdot 10^{12}/л$, HGB-45 г/л, HCT-25%, PLT- $93 \cdot 10^9$, ретикулоциты - 4 ‰.

В миелограмм клеточность костного мозга $400 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 1% , гранулоцитарный ряд 30%, эритроидный ряд 54%, лимфоидный ряд 10% , моноцитарный ряд 5%, 49 мегалобластов.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Дифференциальный-диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Поставить диагноз.
5. Тактика ведения больного, прогноз.

Задача 10

Больной П., 21 год, поступил в терапевтическое отделение жалобами на боль в левом нижнем отделе живота, левой паховой области, подъем температуры до 38С. Вышеперечисленные жалобы появились 3 месяца назад.

На протяжении месяца беспокоили слабость, потливость, особенно в ночное время суток, нестерпимый кожный зуд в области голеней, потеря в весе за месяц - 7 кг. В области голеней видны следы расчёсов. При осмотре в левой паховой области определяется конгломерат лимфатических узлов диаметром 10 см каждый плотноэластической консистенции. Л/узлы спаяны с кожей и подлежащими тканями. Цвет кожи над л/у интенсивно бордовый.

Ан. крови клинический: гемоглобин-100 г/л, Эритроциты- $3,80 \cdot 10^{12}/л$, Цветовой показатель-0,79, ретикулоциты-13%, тромбоциты- $200 \cdot 10^9/л$, Средний объем эритроцитов-77, лейкоциты- $26,4 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы-9%,

сегментоядерные нейтрофилы-73%, Эозинофилы-1%, лимфоциты-13%, моноциты-2%, плазматические клетки-2%, СОЭ-62 мм/час.

УЗИ органов брюшной полости: Печень диффузно увеличена уплотнена. Селезенка умеренно увеличена, диффузно изменена. Забрюшинно, по ходу аорты и нижней полой вены отдельные увеличенные гипоехогенные л/у и их пакеты, распространяющиеся по ходу подвздошных сосудов, конгломераты л/у в воротах печени и селезенки размерами до 15 см в диаметре сливающиеся в конгломераты.

Биопсия пахового лимфатического узла: структура лимфоузла полностью стерта. Среди малых лимфоцитов встречаются «огромные клетки» создавая картину звездного неба.

Вопросы:

1. Выделить основные клинические синдромы.
2. Предварительный диагноз.
3. Тактика ведения и лечения.

Задача 11

Больной Б. 72 г. поступил в больницу с диагнозом пневмония.

При осмотре увеличены шейные, паховые и подмышечные л/узлы. Лимфатические узлы мягкие, не спаяны между собой и с подкожной клетчаткой, безболезненные при пальпации, размером 2-3 см в диаметре

В легких – притупление перкуторного звука справа над нижней долей правого легкого. При аускультации - здесь же выслушиваются звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы.

На рентгенограмме легких – увеличение паратрахеальных узлов, очаговая пневмония в нижней доле правого легкого.

Гепатоспленомегалия.

Клинический анализ крови при поступлении: Нв – 78 г/л, эритроциты - $2,6 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоциты 22%, лейкоциты – $10 \cdot 10^9/л$, эоз. -1%, п/я – 2%, с/я - 17%, лимфоциты – 79%, моноциты – 1%, СОЭ – 63 мм/час., Тромбоциты – $50 \cdot 10^9/л$.

Клеточность костного мозга $200 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 3%, гранулоцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 15%, лимфоидный ряд 70%, моноцитарный ряд 2%. Часть лимфоидных элементов с расщепленными ядрами.

Вопросы:

1. Перечислите основные синдромы заболевания.
2. Предварительный диагноз.
3. Назначить лечение.

Задача 12

Больной К., 27 лет, самостоятельно обратился в приемный покой больницы. В течение нескольких месяцев стал отмечать повышенную жажду, постепенно нарастающую слабость, похудание. За последний месяц потерял в весе 7 кг. В последние дни появился зуд кожных покровов, апатия, сонливость, потерял аппетит. При объективном исследовании кожные покровы сухие, следы расчесов. Из рта запах ацетона. Язык сухой, покрыт коричневым налетом, пародонтоз. При тщательном опросе выявлена полиурия. При исследовании внутренних органов существенных отклонений

от нормы не выявлено, однако после исследования крови и мочи больной госпитализирован.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какие изменения могут быть в анализах крови и мочи?
3. О каком осложнении следует подумать?

Задача 13

Врач скорой помощи был вызван к больной, страдающей тяжелой формой сахарного диабета. Несколько дней назад больная была переведена на лечение пролонгированным инсулином. За 10 минут до приезда врача неожиданно для родственников потеряла сознание. При осмотре резко выраженная влажность кожных покровов, редкие судорожные подергивания мышц. Язык влажный. Глазные яблоки плотные. Тоны сердца ритмичные, 54 удара в минуту. АД 130/90 мм.рт.ст. Других изменений со стороны внутренних органов не обнаружено. Удалось выяснить, что в течение последних 8-10 часов больная практически ничего не ела.

Вопросы:

1. О каком осложнении сахарного диабета следует подумать?
2. Выберите тактику лечения больной.

1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос – наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса – подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде реферата

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что обучающийся имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы.

При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы.

Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Обучающийся, имеющий научные публикации может использовать их данные при анализе проблемы.

Реферат включает следующие разделы:

–введение (обоснование выбора темы, ее актуальность, цели и задачи исследования);

–содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);

–заключение (краткая формулировка основных выводов);

–список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Требования к списку литературы:

Список литературы составляется в соответствии с правилами библиографического описания (источники должны быть перечислены в алфавитной последовательности - по первым буквам фамилий авторов или по названиям сборников; необходимо указать место издания, название издательства, год издания). При выполнении работы нужно обязательно использовать книги, статьи, сборники, материалы официальных сайтов Интернет и др. Ссылки на использованные источники, в том числе электронные – обязательны.

Объем работы 15-20 страниц (формат А4) печатного текста (шрифт № 14 Times New Roman, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2 см, левое - 2,5 см, правое - 1,5 см).

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами, причем наиболее ценными из них являются те, что самостоятельно составлены автором.

Текущий контроль успеваемости в виде подготовки презентации

Электронная презентация – электронный документ, представляющий собой набор слайдов, предназначенных для демонстрации проделанной работы. Целью презентации является визуальное представление замысла автора, максимально удобное для восприятия.

Электронная презентация должна показать то, что трудно объяснить на словах.

Примерная схема презентации

1. Титульный слайд (соответствует титульному листу работы);
2. Цели и задачи работы;
3. Общая часть;
4. Защищаемые положения (для магистерских диссертаций);
5. Основная часть;
6. Выводы;
7. Благодарности (выражается благодарность аудитории за внимание).

Требования к оформлению слайдов

Титульный слайд

Презентация начинается со слайда, содержащего название работы (доклада) и имя автора. Эти элементы обычно выделяются более крупным шрифтом, чем основной текст презентации. В качестве фона первого слайда можно использовать рисунок или фотографию, имеющую непосредственное отношение к теме презентации, однако текст поверх такого изображения должен читаться очень легко. Подобное правило соблюдается и для фона остальных слайдов. Тем не менее, монотонный фон или фон в виде мягкого градиента смотрятся на первом слайде тоже вполне эффектно.

Общие требования

Средний расчет времени, необходимого на презентацию ведется исходя из количества слайдов. Обычно на один слайд необходимо не более двух минут.

Необходимо использовать максимальное пространство экрана (слайда) – например, растянув рисунки.

Дизайн должен быть простым и лаконичным.

Каждый слайд должен иметь заголовок.

Оформление слайда не должно отвлекать внимание от его содержательной части.

Завершать презентацию следует кратким резюме, содержащим ее основные положения, важные данные, прозвучавшие в докладе, и т.д.

Оформление заголовков

Назначение заголовка – однозначное информирование аудитории о содержании слайда. В заголовке нужно указать основную мысль слайда.

Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер, начертание).

Текст заголовков должен быть размером 24 – 36 пунктов.

Точку в конце заголовков не ставить.

Содержание и расположение информационных блоков на слайде

Информационных блоков не должно быть слишком много (3-6).

Рекомендуемый размер одного информационного блока – не более 1/2 размера слайда.

Желательно присутствие на странице блоков с разнотипной информацией (текст, графики, диаграммы, таблицы, рисунки), дополняющей друг друга.

Ключевые слова в информационном блоке необходимо выделить.

Информационные блоки лучше располагать горизонтально, связанные по смыслу блоки – слева направо.

Наиболее важную информацию следует поместить в центр слайда.

Логика предъявления информации на слайдах в презентации должна соответствовать логике ее изложения.

Выбор шрифтов

Для оформления презентации следует использовать стандартные, широко распространенные шрифты, такие как Arial, Tahoma, Verdana, Times New Roman, Calibri и др.

Размер шрифта для информационного текста — 18-22 пункта. Шрифт менее 16 пунктов плохо читается при проекции на экран, но и чрезмерно крупный размер шрифта затрудняет процесс беглого чтения. При создании слайда необходимо помнить о том, что резкость изображения на большом экране обычно ниже, чем на мониторе. Прописные буквы воспринимаются тяжелее, чем строчные. Жирный шрифт, курсив и прописные буквы используйте только для выделения.

Цветовая гамма и фон

Слайды могут иметь монотонный фон или фон-градиент.

Для фона желательно использовать цвета пастельных тонов.

Цветовая гамма текста должна состоять не более чем из двух-трех цветов.

Назначив каждому из текстовых элементов свой цвет (например, заголовки - зеленый, текст – черный и т.д.), необходимо следовать такой схеме на всех слайдах.

Необходимо учитывать сочетаемость по цвету фона и текста. Белый текст на черном фоне читается плохо.

Стиль изложения

Следует использовать минимум текста. Текст не является визуальным средством.

Не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Чем больше текста на одном слайде вы предложите аудитории, тем с меньшей вероятностью она его прочитает.

Рекомендуется помещать на слайд только один тезис. Распространенная ошибка – представление на слайде более чем одной мысли.

Старайтесь не использовать текст на слайде как часть вашей речи, лучше поместить туда важные тезисы, акцентируя на них внимание в процессе своей речи. Не переписывайте в презентацию свой доклад. Демонстрация презентации на экране – вспомогательный инструмент, иллюстрирующий вашу речь.

Следует сокращать предложения. Чем меньше фраза, тем она быстрее усваивается.

Текст на слайдах лучше форматировать по ширине.

Если возможно, лучше использовать структурные слайды вместо текстовых. В структурном слайде к каждому пункту добавляется значок, блок-схема, рисунок – любой графический элемент, позволяющий лучше запомнить текст.

Следует избегать эффектов анимации текста и графики, за исключением самых простых, например, медленного исчезновения или возникновения полосами, но и они должны применяться в меру. В случае использования анимации целесообразно выводить информацию на слайд постепенно. Слова и картинки должны появляться параллельно «озвучке».

Оформление графической информации, таблиц и формул

Рисунки, фотографии, диаграммы, таблицы, формулы призваны дополнить текстовую информацию или передать ее в более наглядном виде.

Желательно избегать в презентации рисунков, не несущих смысловой нагрузки, если они не являются частью стилевого оформления.

Цвет графических изображений не должен резко контрастировать с общим стилевым оформлением слайда.

Иллюстрации и таблицы должны иметь заголовки.

Иллюстрации рекомендуется сопровождать пояснительным текстом.

Иллюстрации, таблицы, формулы, позаимствованные из работ, не принадлежащих автору, должны иметь ссылки.

Используя формулы желательно не отображать всю цепочку решения, а оставить общую форму записи и результат. На слайд выносятся только самые главные формулы, величины, значения.

После создания и оформления презентации необходимо отрепетировать ее показ и свое выступление. Проверить, как будет выглядеть презентация в целом (на экране компьютера или проекционном экране) и сколько времени потребуется на её показ.

Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа – задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

- задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа);
- задания с выбором нескольких правильных ответов.

Тестов открытого типа – задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

- задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;
- задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);
- задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

- Ситуация-проблема – представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или прийти к выводу о его невозможности.
- Ситуация-оценка – описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.
- Ситуация-иллюстрация – поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.
- Ситуация-упражнение – предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобрести опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающиеся заранее изучили ситуацию.
2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

–ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;

–для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;

–ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;

–ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;

–проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;

–решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

–решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;

–предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один – правильный;

–предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;

–предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;

–предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период промежуточной аттестации, установленной календарным учебным графиком.