

Документ подписан простой электронной подписью
 Информация о владельце: Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
 ФИО: Косенок Сергей Михайлович "Сургутский государственный университет"
 Должность: ректор
 Дата подписания: 01.07.2026 11:32:36
 Уникальный программный ключ:
 e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

УТВЕРЖДАЮ
 Проректор по УМР

11 июня 2026г., протокол УМС №5

Терапия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Многопрофильной клинической подготовки**
 Учебный план о310851-Фтизиат-26-1.plx
 Специальность: Фтизиатрия

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану	72	Виды контроля в семестрах: зачеты 1
в том числе:		
аудиторные занятия	32	
самостоятельная работа	40	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)			
Неделя	16			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	4	4	4	4
Практические	28	28	28	28
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32	32	32	32
Сам. работа	40	40	40	40
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

кандидат медицинских наук, доцент, Нелидова Наталья Владимировна

Рабочая программа дисциплины

Терапия

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.51 ФТИЗИАТРИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 2014.08.25г. №1094)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Фтизиатрия

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 11 июня 2026г., протокол УМС №5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Многопрофильной клинической подготовки

Зав. кафедрой доктор медицинских наук, профессор Н.В.Климова

Протокол от 20.04.2026 г. № 17.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	подготовка квалифицированного врача-специалиста (эндокринолога), обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	
2.1.2	Неотложные состояния в терапии
2.1.3	Патология
2.1.4	Педагогика
2.1.5	Социально-психологические основы профессиональной деятельности
2.1.6	Фтизиатрия
2.1.7	Эндокринология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Аллергология и иммунология
2.2.2	Инфекционные болезни
2.2.3	Клиническая фармакология
2.2.4	Медицина чрезвычайных ситуаций
2.2.5	Общественное здоровье и здравоохранение
2.2.6	Практика (клиническая) практика
2.2.7	Производственная (клиническая) практика
2.2.8	Физиотерапия (адаптационная программа)
2.2.9	Функциональная диагностика в терапии
2.2.10	Производственная (клиническая) практика
2.2.11	Государственная итоговая аттестация
2.2.12	Подготовка и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
УК-1: готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании фтизиатрической медицинской помощи

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, основные положения Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан
3.1.2	- Основы экономики и планирования здравоохранения
3.1.3	- Основы законодательства о медицинском страховании
3.1.4	- Основы законодательства о программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи

3.1.5	- Организацию лечебно-профилактической помощи взрослому населению и подросткам
3.1.6	- Теоретические основы внутренней патологии
3.1.7	- Физиологию и патофизиологию функциональных систем и органов.
3.1.8	- Основы общей патологической анатомии и патоморфологии
3.1.9	- Общие методы обследования терапевтических больных
3.1.10	- Болезни органов дыхания
3.1.11	- Болезни сердечно-сосудистой системы
3.1.12	- Ревматические болезни
3.1.13	- Болезни органов пищеварения
3.1.14	- Болезни мочевыводящей системы
3.1.15	- Болезни органов кроветворения
3.1.16	- Эндокринные заболевания
3.1.17	- Тромбофилические состояния в клинике внутренних болезней
3.1.18	- Интенсивную терапию и реанимацию в клинике внутренних болезней
3.1.19	- Основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
3.1.20	- Основы рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии терапевтических больных
3.1.21	- Клиническую фармакологию и тактику применения лекарств
3.1.22	- Вопросы медико-социальной экспертизы при внутренних болезнях
3.1.23	- Принципы и методы формирования здорового образа жизни
3.2	Уметь:
3.2.1	- Получить информацию о заболевании
3.2.2	- Провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания
3.2.3	- Оценить тяжесть состояния больного, оказать необходимую срочную помощь
3.2.4	- Определить показания для госпитализации и организовать ее
3.2.5	- Провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз,
3.2.6	- Определить объем и последовательность применения методов обследования и лечебных мероприятий
3.2.7	- Оценить результаты полученных инструментальных и лабораторных методов обследования
3.2.8	- Обосновать выбранную тактику лечебных мероприятий
3.2.9	- Оценить адекватность фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний, предостережений и осложнений при ее проведении
3.2.10	- Оценить ход течения заболевания в динамике и своевременно внести коррективы в лечение
3.2.11	- Оказать экстренные реанимационные мероприятия при ухудшении состояния больного
3.2.12	- Оценить прогноз заболевания
3.2.13	- Определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой,
3.2.14	- Оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством.
3.2.15	- Использовать современные организационные технологии диагностики, лечения, реабилитации, профилактики при оказании медицинских услуг в основных типах лечебно-профилактических учреждений.
3.3	Владеть:
3.3.1	- методами физикального обследования внутренних органов
3.3.2	- методами оценки функционального состояния органов и систем
3.3.3	- методами первичной помощи и реанимации при неотложных состояниях
3.3.4	- методиками статистического анализа
3.3.5	- методами купирования болевого синдрома
3.3.6	- основными принципами лечения болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочевыделительной системы, кроветворения, эндокринных, ревматических болезней, тромбофилических состояний в клинике внутренних болезней
3.3.7	- методиками интенсивной терапии и реанимации в клинике внутренних болезней
3.3.8	- методами профилактики и раннего выявления социально значимых болезней (онкологические заболевания, туберкулез органов, ВИЧ-инфекция, алкоголизм, наркомания, острые нервно-психические расстройства)
3.3.9	
3.3.10	- навыками назначения этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии, используемой при заболеваниях внутренних органов;

3.3.11	- навыками по оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
3.3.12	- основными принципами лечения острых заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочевыделительной, эндокринной систем, кроветворения;
3.3.13	-навыками правильной оценки результатов специальных методов обследования;
3.3.14	-навыками профилактики возникновения неотложных состояний при различных заболеваниях.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)						
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
	Раздел 1.					
1.1	Современные аспекты диагностики и лечения пациентов с воспали-тельными заболеваниями легких /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.5 Л2.7 Л2.8Л3.1 Л3.4 Л3.3 Э1 Э4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.2	Современные аспекты диагностики и лечения пациентов с воспали-тельными заболеваниями легких /Лек/	1	2	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.1 Л3.4 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э7	устный опрос
1.3	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.1 Л3.4 Л3.3 Э1 Э4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.4	Бронхиальная астма /Пр/	1	4	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.2Л2.5 Л2.8 Л2.7Л3.4 Л3.3 Э1 Э3	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.5	Курация больных /Ср/	1	2	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.1 Л3.4 Л3.3 Э1 Э3 Э4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.6	Острый коронарный синдром /Пр/	1	4	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.2Л2.5 Л2.8 Л2.7Л3.2 Л3.4 Л3.3 Э1 Э3 Э4 Э5	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.7	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 УК-1	Л1.1 Л1.2Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.2 Л3.4 Л3.3 Э1 Э3 Э4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.8	Жизнеугрожающие аритмии /Пр/	1	4	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.2 Л3.4 Л3.3 Э6 Э7 Э8	Ситуационные задачи, тестовый контроль

1.9	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.2 Л3.4 Л3.3 Э6 Э7 Э8	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.10	Актуальные вопросы ди-агностики и лечения ар-териальной гипертонии /Лек/	1	2	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.2 Л3.4 Л3.3 Э1 Э5	устный опрос
1.11	Актуальные вопросы ди-агностики и лечения ар-териальной гипертонии /Пр/	1	2	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.2 Л3.4 Л3.3 Э5	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.12	Курация больных /Ср/	1	6	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.2 Л3.4 Л3.3 Э1 Э3 Э4 Э5	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.13	Дифференциальная диа-гностика системных за-болеваний (СКВ, РА, по- дагра, АФС) /Пр/	1	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.2 Л3.4 Л3.3 Э1 Э3 Э4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.14	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.2Л2.1 Л2.5 Л2.8 Л2.7Л3.4 Л3.3 Э1 Э3 Э4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.15	Современные аспекты диагностики и лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и две-надактиперстной кишки /Пр/	1	2	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э6	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.16	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.3 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э3 Э4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.17	Заболевания печени и желчевыводящих путей /Пр/	1	2	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.3 Л3.4 Э5 Э6 Э7 Э8	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.18	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.3 Л3.4 Э6 Э7 Э8	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)

1.19	Дифференциальная диагностика хронической болезни почек /Пр/	1	2	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.5 Л2.8 Л2.7Л3.4 Л3.3 Э1 Э3	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.20	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.2Л2.5 Л2.8 Л2.7Л3.4 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э7	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.21	Геморрагические заболевания и синдромы /Пр/	1	2	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.2 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.4 Л3.3 Э1 Э3 Э4 Э6 Э7	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.22	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.2 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.4 Л3.3 Э1 Э2 Э8	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
Раздел 2. Зачет						
2.1	/Зачёт/	1	0	ПК-5 УК-1 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.7Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	устный опрос

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ				
5.1. Контрольные вопросы и задания				
Представлены отдельным документом				
5.2. Темы письменных работ				
Представлены отдельным документом				
5.3. Фонд оценочных средств				
Представлены отдельным документом				
6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
6.1. Рекомендуемая литература				
6.1.1. Основная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А.	Внутренние болезни: Министерство образования и науки РФ Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова" в качестве учебника для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101.65 "Лечебное дело" и 060103.65 "Педиатрия"	Moscow: ГЭОТАР-Медиа, 2015, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433119.html	2

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.2	Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А.	Внутренние болезни : Том 1: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.html	2
Л1.3	Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А.	Внутренние болезни : Том 2: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453155.html	2
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Бокарев И. Н., Попова Л. В., Кондратьева Т. Б.	Противомикробная терапия в клинической практике терапевта	Москва: Медицинское информационное агентство, 2011	3
Л2.2	Рукавицын О. А.	Гематология: национальное руководство	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015	1
Л2.3	Ивашкин В. Т., Маевская М. В., Федоскина Е. А.	Лечение осложнений цирроза печени: методические рекомендации для врачей	Москва: Литтерра, 2013	2
Л2.4	Бекетова Т. В., Чазов Е. И., Карпов Ю. А.	Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: [руководство	Москва: Литтерра, 2015	5
Л2.5	Маколкин В. И., Сулимов В. А., Овчаренко С. И., Морозова Н. С.	Внутренние болезни: тесты и ситуационные задачи	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014	3
Л2.6	Петров В.И.	Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс	Moscow: ГЭОТАР-Медиа, 2015, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435052.html	1
Л2.7	Арутюнов Г. П., Арутюнов А. Г.	Внутренние болезни: избранные лекции	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022	1
Л2.8	Шамов И.А.	Внутренние болезни: заболевания желудочно-кишечного тракта: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2020, http://znanium.com/catalog/document?id=349582	1
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Карпин В. А., Кузьмина Н. В., Добрынина И. Ю., Нелидова Н. В., Шувалова О. И., Бурмасова А. В.	Диагностика и лечение болезней плевры: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2012	40
Л3.2	Карпин В. А., Шувалова О. И., Бурмасова А. В., Нелидова Н. В.	Алгоритмы ЭКГ-диагностики нарушений сердечного ритма и проводимости: учебное пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2015	37

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
ЛЗ.3	Шамов И. А.	Внутренние болезни: заболевания желудочно-кишечного тракта: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2017, http://znanium.com/go.php?id=754494	1
ЛЗ.4	Шишкин А.Н., Румянцев А.Ш.	Внутренние болезни: Учебное пособие	СПб: Издательство Санкт-Петербургского государственного университета, 2019, http://znanium.com/catalog/document?id=353361	1

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Электронно-библиотечная система издательства «Лань»
Э2	Антибиотики и химиотерапия
Э3	Medline
Э4	Медицинские журналы
Э5	Российский кардиологический журнал
Э6	Терапевтический архив
Э7	Русский медицинский журнал
Э8	Medicum

6.3.1 Перечень программного обеспечения

6.3.1.1	Операционные системы Microsoft, пакет прикладных программ Microsoft Office
---------	--

6.3.2 Перечень информационных справочных систем

6.3.2.1	«Гарант», «Консультант плюс», «Консультант-регион»
6.3.2.2	
6.3.2.3	

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Занятия практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации проводятся в учебных аудиториях на базе Сургутской окружной клинической больницы «СОКБ» и НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Сургут» ОАО «РЖД»
7.2	Центр практических навыков Симуляционный центр МИ СурГУ
7.3	Учебные аудитории оснащены мультимедиа проектором, экраном, ноутбуком, стационарной учебной доской, типовой учебной мебелью: столы, стулья.
7.4	Терапевтические и реабилитационные отделения оснащены:
7.5	Бронховидеоскоп
7.6	Гастровидеоскоп
7.7	Дуоденовидеоскоп
7.8	Видеоколонскоп
7.9	12-ти канальный электрокардиограф
7.10	Аппарат для бифункционального (ЭКГ АД) суточного мониторингирования.
7.11	Система для холтеровского (суточного) мониторингирования ЭКГ и АД
7.12	Допплерографическая система
7.13	Стресс-система для проведения велоэргометрического теста (с измерением АД и электрической регулировкой седла) на базе электрокардиографа
7.14	Портативная кардиоваскулярная ультразвуковая система
7.15	Компьютерный спирограф
7.16	Стационарная цветная цифровая ультрозвуковая диагностическая система
7.17	Ультразвуковая система преимум-класса для кардио-васкулярных исследований
7.18	Электро-энцефалограф

7.19	Аппарат ИВЛ Аппарат искусствен. вентеляции легких
7.20	Дефибриллятор
7.21	Система центрального мониторинга физиологических параметров организма человека)
7.22	Гематологический анализатор
7.23	Осмометр
7.24	Биохимический анализатор
7.25	Иммунологический анализатор с набором реагентов
7.26	Пульсоксиметр
7.27	Инфузомат с программным обеспечением
7.28	Тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий.
7.29	Расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.
7.30	Аудитории симуляционного центра МИ, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами в достаточном количестве
7.31	Мультимедиа-проектор
7.32	Манекен MegaCodeKid–ребенок 7 лет для проведения реанимационных мероприятий,с возможностью дефибриляции кардиостимуляции)
7.33	BabyAnn – (новорожденный. Инородное тело гортани)
7.34	Манекен для отработки практических навыков СЛР
7.35	Манекен для отработки практических навыков СЛР ResusciJunior
7.36	Цифровой манекен аускультации сердца и легких Z990.
7.37	Цифровой манекен-симулятор аускультации сердца и легких UN/DGN-V. Дефибриллятор Zoll. Тренажер «Голова для интубации». Тренажер для проведения п/к, в/м инъекций.
7.38	Желудочный зонд. Назогастральный зонд. Тренажер для постановки клизмы. Кружка Эсмарха. Перевязочные средства. Медицинские лотки. Медицинская мебель.
7.39	Библиотека результатов лабораторных и инструмен-тальных исследований.
7.40	Роли для стандартизированных пациентов. Библиотека ситуационных задач. Библиотека клинических сценариев.

Оценочные средства для текущего контроля и промежуточной аттестации*Название дисциплины* **Терапия**

Код, направление подготовки	Фтизиатрия 31.08.51
Направленность (профиль)	Фтизиатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Многопрофильной клинической подготовки
Выпускающая кафедра	Многопрофильной клинической подготовки

1. ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1.1. Список вопросов к устному фронтальному опросу к темам № 1-10:

1. Дифференциальная диагностика кардиологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в кардиологии.
3. Атеросклероз, диагностика, лечение, первичная и вторичная профилактика. Сердечно-сосудистый риск, практическое использование SCORE. Критерии эффективности гиполипидемической терапии.
4. Ишемическая болезнь сердца. Классификация, диагностика, лечение и профилактика.
5. Диагностика и лечение стабильной стенокардии, безболевой ишемии миокарда.
6. Острый коронарный синдром. Диагностика. Тактика лечения при остром коронарном синдроме с подъемом и без подъема сегмента ST.
7. Инфаркт миокарда. Классификация. Диагностика. Лечение и вторичная профилактика инфаркта миокарда.
8. Инфаркт миокарда с подъемом ST, диагностика, лечение на госпитальном и постгоспитальном этапе.
9. Инфаркт миокарда без подъема ST, диагностика, лечение на госпитальном и постгоспитальном этапе.
10. Медицинская реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда. Этапы физической реабилитации.
11. Артериальная гипертензия. Диагностика и лечение гипертонической болезни. Профилактика осложнений.
12. Рефрактерная артериальная гипертензия, тактика лечения. Профилактика и лечение гипертонических кризов.
13. Диагностика и лечение вторичных артериальных гипертензий.
14. Эндокринные артериальные гипертензии, диагностика, лечение.
15. Почечные артериальные гипертензии, диагностика, лечение.
16. Заболевания миокарда, классификация, диагностика.
17. Миокардиты, диагностика, лечение, профилактика.
18. Диагностика и лечение невоспалительных заболеваний миокарда.
19. Метаболические кардиомиопатии, диагностика, лечение, профилактика.
20. Идиопатические кардиомиопатии. Дифференциальный диагноз кардиомиопатий.
21. Дилатационная кардиомиопатия, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
22. Гипертрофическая кардиомиопатия, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
23. Перикардиты, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
24. Инфекционный эндокардит, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
25. Врожденные пороки сердца у взрослых: дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, пролапс митрального клапана.

26. Врожденные пороки сердца у взрослых: синдром Лютембаше, коарктация аорты, синдром Эйзенменгера, триада, тетрада, пентада Фалло.
27. Нарушения ритма, суправентрикулярные и вентрикулярные тахикардии, диагностика, лечение, профилактика.
28. Фибрилляция предсердий ишемического и неишемического генеза, классификация, лечение, профилактика.
29. Нарушения проводимости, диагностика, лечение, тактика ведения. Показания к кардиостимуляции, постановке искусственного водителя ритма.
30. Хроническая сердечная недостаточность, диагностика, лечение.
31. Диагностика и лечение острой сердечной недостаточности.
32. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности.
33. Дифференциальный диагноз острой сосудистой недостаточности, дифференциальная диагностика, тактика лечения.
34. Дифференциальная диагностика пульмонологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями органов дыхания.
35. Лабораторные и инструментальные методы исследования в пульмонологии.
36. Пневмония. Современные представления о патогенезе, возбудителях и лечении, дифференциальный диагноз, прогноз при тяжелом течении.
37. Острый и хронический бронхит. Этиология. Патогенез. Критерии диагноза. Лечение.
38. ХОБЛ. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, сердечной астмой.
39. ХОБЛ. Бронходилатирующая, отхаркивающая, противовоспалительная, общеукрепляющая терапия с учетом тяжести больного и наличия сопутствующих заболеваний.
40. Бронхиальная астма. Современное представление о этиологии, патогенезе, классификация, клиника.
41. Бронхиальная астма. Современные подходы диагностики и лечения.
42. ТЭЛА. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диагностический алгоритм, дифференциальная диагностика. Лечение.
43. Легочные гранулематозы. Фиброзирующие альвеолиты.
44. Заболевания плевры (плевральный выпот, пневмоторакс, опухоли плевры): классификация, этиология, клиника, лечение, осложнения.
45. Легочное сердце. Причины, классификация, диагностика, принципы терапии при формировании хронического легочного сердца.
46. Рак легкого. Дифференциальный диагноз, тактика ведения, методы диагностики.
47. Эмфизема легких, первичная и вторичная, дифференциальный диагноз, рентгенологические признаки.
48. Первичные и вторичные бронхоэктазии. Бронхоэктатическая болезнь.
49. Первичная легочная гипертензия. Клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
50. Острая дыхательная недостаточность. Этиология. Критерии диагноза. Лечение.
51. Хроническая дыхательная недостаточность. Этиология. Критерии диагноза. Лечение.
52. Дифференциальная диагностика ведущих клинических синдромов в гастроэнтерологии и гепатологии. Обследование больных с заболеваниями органов пищеварения.
53. Лабораторные и инструментальные методы исследования в гастроэнтерологии.
54. Болезни пищевода. Эзофагиты. ГЭРБ. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия заболеваний пищевода. Прогноз.
55. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Гастриты. Язвенная болезнь. Постгастрорезекционные расстройства. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Прогноз.
56. Болезни кишечника. Язвенный колит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
57. Болезни кишечника. Болезнь Крона. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
58. Болезни печени. Острый и хронический гепатиты, гепатозы, цирроз печени, печеночная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.

59. Болезни печени. Острый и хронический гепатиты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
60. Болезни печени. Гепатозы. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
61. Болезни печени. Цирроз печени, печеночная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
62. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. Дискинезия желчных путей. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
63. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. Острый и хронический холецистит, холангит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
64. Болезни поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Диетотерапия и фармакотерапия. Прогноз.
65. Опухолевые заболевания органов пищеварения. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Принципы лечения. Симптоматическое лечение. Прогноз.
66. Дифференциальная диагностика нефрологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями органов мочевыделительной системы.
67. Лабораторные и инструментальные методы исследования в нефрологии.
68. Генетические и врожденные поражения почек.
69. Гломерулонефриты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
70. Пиелонефриты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
71. Нефротический синдром. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
72. Амилоидоз почек. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
73. Поражение почек при заболеваниях дыхательной системы.
74. Поражение почек при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
75. Поражение почек при заболеваниях пищеварительной системы.
76. Поражение почек при диффузных заболеваниях соединительной ткани.
77. Поражение почек при системных васкулитах.
78. Алкогольное поражение почек. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
79. Острая почечная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.
80. Хроническая почечная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение. Прогноз.

Критерии оценивания.

В настоящее время проверка качества подготовки ординаторов по модулям (разделам) заканчивается выставлением отметок по принятой пятибалльной шкале («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»).

«ОТЛИЧНО» - ординатор владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формулирует ответы; хорошо знаком с основной литературой и методами исследования больного в объеме, необходимом для практической деятельности врача; увязывает теоретические аспекты предмета с задачами практического здравоохранения.

«ХОРОШО» - ординатор владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных вопросах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» - ординатор владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускаются ошибки по существу вопросов. Ординатор способен отвечать лишь на наиболее легкие вопросы, владеет только обязательным минимумом знания применяемых методов исследований.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» - ординатор не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.

Вывод: выполнение данных тестовых заданий позволяет оценить сформированность части компетенций ПК-5, ПК-6.

1.2 Ситуационные задачи к практическим занятиям для самостоятельной работы ординатора по модулям дисциплины терапия:

1.2.1 Инструкция для решения ситуационной задачи:

1. Выделение основных симптомов и синдромов на основании клинических и параклинических результатов обследования.
2. Определение диагностической гипотезы в форме предположительного диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Формулирование клинического диагноза:
 - основное заболевание;
 - осложнения основного заболевания;
 - сопутствующие заболевания;
 - осложнения сопутствующих заболеваний;
 - функциональное состояние.
5. План дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.
6. Тактика неотложных и плановых лечебных мероприятий (медикаментозных и немедикаментозных).
7. План диспансерного наблюдения больного.
8. Прогноз.

1.2.2 Модуль «Болезни органов дыхания» (темы №1-2)

Задача 1

Юноша, 19 лет, студент. Жалобы на недомогание, слабость, потливость, на повышение температуры тела до 37,2 °С, кашель с большим количеством гнойной мокроты.

Из анамнеза заболевания. Жалобы беспокоят около 5 дней, лечился самостоятельно лазолваном, амоксиклавом. На фоне лечения без улучшения.

Из анамнеза жизни. В детстве с 3 лет отмечает кашель с вязкой мокротой, периодически диарею, часто пневмонии. У сестры с детства хроническая диарея, частые пневмонии.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. ИМТ 18,9 кг/м². Кожные покровы умеренной влажности, чистые. Грудная клетка цилиндрическая. ЧДД 16 в мин. Справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно дыхание ослаблено, везикулярное, справа – в межлопаточном пространстве сухие хрипы, ниже угла лопатки – влажные, стойкие, локализованные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов не нарушено, шумов нет, ЧСС 72 в мин, АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный. Размеры печени 9; 8; 7 см. Отеков нет. Стул кашицеобразный, серого цвета.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 122 г/л; эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $11,0 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %, нейтрофилы п/я – 8 %, нейтрофилы с/я – 70 %, лимфоциты – 16 %, моноциты – 2 %; СОЭ – 32 мм/час.

Копрограмма: кал серый, кашицеобразный, нейтральный жир +++, мышечные волокна непереваренные 12–14 в п/з, эпителий 3–4 в п/з, лейкоциты 4–5 в п/з.

Рентгенография ОГК: усиление и мелкоячеистая деформация рисунка, в нижней доле правого легкого участок затемнения с нечеткими краями, с некоторым уменьшением объема доли, с множеством линейных просветлений.

Спирография: ЖЕЛ – 65 % от должного; ОФВ₁ – 64 % от должного; ФЖЕЛ – 74 % от должного.

УЗИ ОБП: уплотнение ткани поджелудочной железы.

Задача 2

Мужчина, 40 лет, слесарь. Жалобы на одышку при ходьбе, повышение температуры тела до 38 °С, боль в грудной клетке, кашель с мокротой, головную боль, недомогание, слабость, потливость.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро. Три дня назад на работе появились озноб, повышение температуры до 39 °С, кашель с небольшим количеством мокроты, потливость, слабость. К врачу не обращался, принимал жаропонижающие – без эффекта. Через 2 дня отметил появление одышки при физической нагрузке, усиление слабости, обратился к участковому врачу, которым был направлен в стационар.

Из анамнеза жизни: курит в течение 19 лет по 1 пачке в день.

Объективно. Состояние средней тяжести. В сознании. ИМТ 24,6 кг/м². Кожные покровы бледные, цианоз губ. Периферические лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки правильная, правая половина грудной клетки значительно отстает в акте дыхания. Справа в нижних отделах легких – выбухание межреберных промежутков. При перкуссии в нижних отделах правого легкого – от XI до IX ребер – тупой перкуторный звук. При аускультации справа в нижних отделах легких дыхание не проводится. Над левым легким – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 100 в мин. АД 110/80 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9; 8; 7 см. Край печени мягкоэластичный, безболезненный. Отеков нет. Стул без особенностей.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 107 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $10,8 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 19 %, нейтрофилы с/я – 60 %, лимфоциты – 19 %, моноциты – 2 %; СОЭ – 40 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: АлАТ – 22 Ед/л; АсАТ – 24 Ед/л; общий билирубин – 15 мкмоль/л; фибриноген – 5,7 г/л; креатинин – 96 мкмоль/л.

Рентгенография ОГК: интенсивное гомогенное затемнение в нижней части правого легкого до уровня IV ребра.

Газовый состав крови: рО₂ крови – 70 мм рт. ст.; рСО₂ – 48,0 мм рт. ст.

Плевральный выпот: отн. плотность – 1023; белок – 4,1 г/л; лейкоциты – 16–20 в п/з; эритроциты 5–7 в п/з; мезотелий 3–6 в п/з; лейкоцитарная формула: нейтрофилы – 97 %, лимфоциты – 3 %.

Задача 3

Мужчина, 35 лет, инженер. Жалобы на кашель в течение дня, больше в вечернее время с отделением небольшого количества желто-зеленой мокроты, колющие боли в правой половине грудной клетки при дыхании, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39 °С, озноб, повышенную потливость, общую слабость, боли в мышцах, недомогание.

Из анамнеза заболевания. Заболел остро, 2 дня назад, после переохлаждения, когда появился озноб, повышение температуры тела до 38 °С, кашель с мокротой, одышку. Лечился амбулаторно (жаропонижающие средства), состояние не улучшилось, усилилась одышка, появились боли в грудной клетке, обратился к терапевту.

Объективно. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Правильного телосложения, ИМТ 24,6 кг/м². Гиперемия кожи лица. Температура тела 38,6 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная,

правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. ЧДД 22 в мин. Голосовое дрожание, бронхофония усилены справа в нижних отделах. Перкуторный звук в этой зоне укорочен, дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС 108 в мин, соотношение тонов не нарушено, шумов нет. АД 110/60 мм рт. ст. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10; 9; 7 см. Край печени мягкоэластичный, безболезненный. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 104 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $18,2 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 16 %, нейтрофилы с/я – 55 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 9 %, СОЭ – 34 мм/час.

ОАМ: отн. плотность – 1009; белок – 0,066 г/л; сахар – отрицательный; лейкоциты – 2–3 в п/з; гиалиновые цилиндры единичные в п/з.

Биохимическое исследование крови: АлАТ – 52 Ед/л; АсАТ – 67 Ед/л, общ. билирубин – 15 мкмоль/л; фибриноген – 5,0 г/л, креатинин – 96 мкмоль/л.

Рентгенография ОГК: отмечается инфильтрация нижней доли правого легкого, корень правого легкого расширен, не структурирован.

Задача 4

Женщина, 42 года, медсестра. Жалобы на интенсивную боль за грудиной и в области сердца, одышку в покое, сердцебиение.

Из анамнеза заболевания. Заболела остро, 2 часа назад отметила появление болей в грудной клетке, одышку, которая усилилась в течение часа, вызвала скорую помощь, доставлена в стационар.

Из анамнеза жизни. Не курит. Алкоголь не употребляет. Перенесла 2 недели назад операцию – холецистэктомию, после чего отмечала боли в икроножных мышцах.

Объективно. Состояние тяжелое, сознание ясное. ИМТ 28,4 кг/м². Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. Набухание вен шеи. Грудная клетка правильной формы, обе половины участвуют в акте дыхания. Перкуторно ясный легочный звук, при аускультации диффузное ослабление везикулярного дыхания, ЧДД 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона на легочной артерии, ЧСС 118 в мин. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень 11; 9; 8 см. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторно-инструментальные исследования

ОАК: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$; Нб – 140 г/л; лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 3 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 4 %, СОЭ – 28 мм/час.

Коагулограмма: фибриноген – 4,8 г/л; АЧТВ – 35 с, протромбиновый индекс – 100 %.

Д-димеры в крови: 1,5 нг/мл (N до 0,5 нг/мл).

Рентгенография ОГК: расширение корней легких, обеднение сосудистого рисунка, высокое стояние купола диафрагмы справа, справа дисковидный ателектаз.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 116 в мин. Зубец R-pulmonale в II, III, aVF. В I стандартном отведении – углубление зубца «S», в III отведении – углубление зубца «Q». Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЭхоКГ: ПП – 34 мм, ПЖ – 32 мм, СДЛА – 45 мм рт. ст.

1.2.3 Модуль «Болезни сердечно-сосудистой системы» (темы № 3-5)

Задача 1

Мужчина, 50 лет, механик. Жалобы на приступообразные давящие, жгучие боли за грудиной, возникающие при ходьбе.

Из анамнеза заболевания. Около двух месяцев назад по пути на работу во время ходьбы в привычном темпе впервые возникли давящие боли за грудиной, прекратившиеся через 2–3 мин после остановки. Продолжил ходьбу в более медленном темпе. В дальнейшем подобные приступы возникали ежедневно, обычно в утренние часы, и при ходьбе в привычном темпе через 200–300 метров. По совету сослуживца начал принимать нитроглицерин во время приступа болей с положительным эффектом. В течение последних пяти лет отмечаются колебания артериального

давления в пределах 150–170/96–100 мм рт. ст. Гипотензивные препараты не принимал. В настоящее время обратился в поликлинику по месту жительства.

Из анамнеза жизни: курит с 20 лет по 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Отец пациента умер от инфаркта миокарда в 53-летнем возрасте. Аллергологический анамнез без особенностей.

Объективно. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение свободное. Рост 175 см. Вес 78 кг. ИМТ 25,2 кг/м². Кожные покровы физиологичной окраски. Цианоза нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Ширина сосудистого пучка 5 см. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая – кнаружи от правого края грудины на 1 см, левая – по левой срединноключичной линии, верхняя – на уровне третьего ребра. Тоны сердца приглушены, ЧСС 96 в мин. Пульс 96 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 164/96 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации безболезненный. Печень не пальпируется, по Курлову: 9; 8; 7 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Пульсация артерий стоп удовлетворительная.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $5,2 \times 10^{12}/л$; Hb – 145 г/л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %; нейтрофилы п/я – 4 %, с/я – 71 %; лимфоциты – 22 %; моноциты – 3 %; СОЭ – 3 мм/час.

ОАМ: уд. вес – 1018; сахар, белок – отрицательный; плоский эпителий 1–2 в п/з; лейкоциты – 2–3 в п/з; эритроциты отсутствуют.

Биохимическое исследование крови: общий холестерин крови – 6,2 ммоль/л.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 98 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

ВЭМ: на 2-й минуте нагрузки в 50 Вт достигнута субмаксимальная частота сердечных сокращений, появилась желудочковая экстрасистолия, горизонтальная депрессия сегмента ST на 2,5 мм.

Задача 2

Мужчина, 46 лет, автослесарь, Жалобы на давящие боли за грудиной, общую слабость, потливость, одышку, усиливающуюся в положении лежа.

Из анамнеза заболевания. За 3 часа до госпитализации впервые возникла интенсивная боль за грудиной давящего характера, иррадиирующая в левую руку, общая слабость, потливость, тошнота, одышка инспираторного характера. После введения обезболивающих препаратов интенсивность боли значительно снизилась, прекратилась тошнота, уменьшилась слабость, потливость, одышка. В настоящее время доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы бригадой скорой медицинской помощи.

Объективно: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение с приподнятым головным концом. Рост 178 см. Вес 86 кг. ИМТ 27 кг/м². Кожные покровы бледные, неяркий цианоз губ. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 20 в мин сидя, лежа – 22 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на легочной артерии. ЧСС 96 в мин. Пульс 96 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 124/76 мм рт. ст. Печень не пальпируется, по Курлову: 9; 8; 7 см. Периферических отеков нет. Пульсация артерий стоп удовлетворительная.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$; Hb – 130 г/л; СОЭ – 12 мм/час; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %; нейтрофилы п/я – 3 %; нейтрофилы с/я – 68 %; лимфоциты – 20 %; моноциты – 7 %.

Тропонины крови: 13,4 нг/мл (норма до 14 нг/мл).

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 12,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,6 мкмоль/л; АЛАТ – 31 Ед/л; АсАТ – 54 Ед/л; креатинин – 86 мкмоль/л; холестерин – 7,4 ммоль/л; ЛПВП – 0,96 ммоль/л; ТГ – 3,3 ммоль/л; ЛПНП – 4,33 ммоль/л; ЛПОНП – 0,66 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; альбумины – 58,4 %.

ОАМ: светло-желтая, кислая, относительная плотность – 1018; белок, сахар – отрицательные, лейкоциты – 1–2 в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 100 в мин, электрическая ось сердца нормально расположена, подъем ST на 3 мм в II, III, aVF с переходом в положительный зубец T.

ЭхоКГ: ЛП – 38 мм; КДРлж – 56 мм; КСРлж – 37 мм; КДОлж – 120 мл; КСОлж – 40 мл; ФВлж – 53 %.

Задача 3

Женщина, 52 года, частный предприниматель. Жалобы на сильную головную боль в затылочной области, головокружение, ноющую боль в области сердца без иррадиации, общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Повышение артериального давления выявили при случайном измерении около 20 лет назад. В дальнейшем неоднократно при самостоятельном измерении АД отмечала повышение до 200 и 110 мм рт. ст, что сопровождалось головной болью, слабостью, но пациентка никуда не обращалась, не обследовалась. Привычное АД 160/100 мм рт. ст. Эпизодически по совету соседки принимала эналаприл, адельфан. Последний год при быстрой ходьбе появилась одышка. Ухудшение состояния отмечает в течение последних суток, связывает с резкой переменой погоды, появились жалобы на сильную головную боль, головокружение. Принимала капотен, коринфар – без существенного эффекта. Сегодня присоединились ноющие боли в левой половине грудной клетки, постоянного характера, в связи с чем вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Рост 156 см, вес 100 кг. ИМТ 41 кг/м². Объем талии – 106 см. Гиперемия кожи лица. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Верхушечный толчок пальпируется в VI межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, ограниченный, приподнимающий. Перкуторно отмечается расширение левой границы относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 86 в мин. АД 240/120 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, увеличен за счет чрезмерно развитой подкожно-жировой клетчатки. Печень по Курлову: 10; 9; 7 см., край мягкоэластической консистенции, безболезненный. Периферических отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$; Нб – 123 г/л; лейкоциты – $7,5 \times 10^9/л$; СОЭ – 12 мм/час.

ОАМ: соломенно-желтая, кислая; белок – 0,099 г/л, сахар – отрицательный, эпителий – 2–3, лейкоциты – 1–2 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 11,7 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АсАТ – 13 Ед/л; АлАТ – 11 Ед/л; креатинин – 139 мкмоль/л; мочевины – 5,2 ммоль/л; холестерин – 8,4 ммоль/л; ЛПНП – 4,18 ммоль/л, ЛПВП – 1,18 ммоль/л, ТГ – 3,39 ммоль/л, ЛПОНП – 0,68 ммоль/л, К⁺ – 4,5 ммоль/л, Na⁺ – 114 ммоль/л, Ca⁺⁺ – 1,02 ммоль/л, Cl⁺⁺ – 110 ммоль/л.

Гликемия натощак – 5,8 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 54 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево; косвенные признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКГ: аорта утолщена – 35 мм, ЛП – 38 мм, КДРлж – 53 мм, КСРлж – 37 мм, КДОлж – 138 мл, КСОлж – 69 мл, ФВлж – 56 %, ТМЖП – 13 мм, ТЗСЛЖ – 12 мм, ПЖ – 29 мм, ПП – 35 мм.

Задача 4

Мужчина, 59 лет, инженер. Жалоб не предъявляет в связи с тяжелым состоянием.

Из анамнеза заболевания. Со слов родственников в течение последнего года иногда при выраженной физической нагрузке отмечал чувство дискомфорта в левой половине грудной клетки, быстро купирующееся в покое. Ежегодно проходил профилактические медицинские осмотры по месту работы, повышения артериального давления и изменений по ЭКГ не выявляли. Ухудшение состояния с вечера, когда в покое возникли и в течение всей ночи беспокоили давящие боли за грудиной, иррадирующие в левую руку, которые резко усиливались при любой физической нагрузке. Интенсивность болей частично уменьшалась после приема нитроглицерина. Утром при посещении туалета потерял сознание. В настоящее время доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы машиной скорой медицинской помощи.

Из анамнеза жизни. Курит 25 лет по 1 пачке в день. Мать страдала гипертонической болезнью, умерла в возрасте 68 лет от сердечной недостаточности.

Объективно. Состояние тяжелое. Заторможен. Положение пассивное. На вопросы отвечает односложно. Рост 185 см, вес 110 кг. ИМТ 34 кг/м². Кожный покров бледный, синюшная окраска

носогубного треугольника, цианоз губ, «холодный» акроцианоз. Температура тела 37,8 ° С. Периферических отеков нет. Дыхание ослаблено в межлопаточном пространстве и ниже углов лопаток с обеих сторон. ЧДД 22 в мин. Верхушечный толчок низкий, разлитой. Тоны сердца глухие, ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС 110 в мин. Пульс 110 уд./мин, ритмичный, «нитевидный». АД 90/60 мм рт. ст. Печень не увеличена, по Курлову: 9; 8; 7 см. Край мягкоэластической консистенции, безболезненный.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,77 \times 10^{12}/л$; Hb – 142 г/л; Ht – 43,2 %; лейкоциты – $12,6 \times 10^9/л$; тромбоциты – $239 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: базофилы – 0 %, эозинофилы 3 %, нейтрофилы п/я – 10 %, нейтрофилы с/я – 57 %, лимфоциты – 24 %, моноциты – 6 %; СОЭ – 12 мм/час.

Глюкоза крови: 4,6 ммоль/л.

Тропонины: 78 нг/мл (норма до 14 нг/мл).

Биохимическое исследование крови: АлАТ – 90 Ед/л; АсАТ – 70 Ед/л; МВ КФК 275 ммоль/л; общий белок – 68 г/л; креатинин – 100 мкмоль/л; мочевины – 4,4 ммоль/л; холестерин – 4,8 ммоль/л; ЛПВП – 0,84 ммоль/л; триглицериды – 1,52 ммоль/л; ЛПНП – 2,42 ммоль/л; ЛПОНП – 0,3 ммоль/л.

Коагулограмма: Протромбиновый индекс – 98 %, фибриноген – 4,1 г/л, АЧТВ – 51 с.

ЭКГ: зубец Q и подъем сегмента ST на 2,5 мм с переходом в двухфазный зубец T в отведениях I, aVL, V₂–V₆.

Задача 5

Мужчина, 60 лет, пенсионер. Жалобы на внезапно возникшее удушье и сухой надсадный кашель.

Из анамнеза заболевания: последние 15 лет артериальное давление стабильно повышенное 160/105 мм рт. ст. Не обследовался, не лечился. 6 месяцев назад перенес инфаркт миокарда. Постепенно стала беспокоить одышка при малейшей физической нагрузке и в покое, появились тяжесть в правом подреберье отеки на голенях, которые уменьшаются после ночного отдыха. Сегодня ночью проснулся от внезапно возникшего приступа удушья, что вынудило пациента принять сидячее положение. Прием нитроглицерина без особого эффекта, одышка нарастала. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи и доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании. Положение ортопноэ. Рост 172 см. Вес 72 кг. ИМТ 24,3 кг/м². Диффузный цианоз верхней половины грудной клетки. Цианоз губ. Акроцианоз. При осмотре грудной клетки видно участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. При перкуссии по всем полям обоих легких притупление перкуторного звука. Дыхание резко ослаблено, по всем полям выслушиваются влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы, ЧДД 24 в мин в покое сидя, лежа – до 28 в мин. В области третьего-четвертого межреберья слева определяется наличие пульсации. Верхушечный толчок в 6 межреберье по переднеподмышечной линии, разлитой, слабый. Перкуторно – расширение границ сердца: правая на 2,5 см от правого края грудины, левая – 6 межреберье по передней подмышечной линии, верхняя смещена до нижнего края 2 ребра. При аускультации: тоны глухие, ритм сердца правильный с частотой 118 в мин, над верхушкой сердца выслушивается ритм галопа, дующий систолический шум. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Размеры печени по Курлову: 16; 12; 10 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеки на стопах и голенях.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$; Hb – 139 г/л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 5 %, нейтрофилы п/я – 1 %, нейтрофилы с/я – 73 %, лимфоциты – 21 %, моноциты – 0 %; СОЭ – 10 мм/час.

ОАМ: соломенно-желтая, рН – 5,5, плотность мочи – 1020; белок, сахар – отрицательный; эпителий – 0–1; лейкоциты – 2–3 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 23,5 мкмоль/л; АлАТ – 55 Ед/л; АсАТ – 45 Ед/л; мочевины – 7,9 ммоль/л; креатинин – 168,0 мкмоль/л; K⁺ – 5,5 ммоль/л; Na⁺ – 144,0 ммоль/л; Cl[–] – 94 ммоль/л; Ca⁺⁺ – 1,33 ммоль/л; глюкоза – 4,3 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 110 в мин. В отведениях V₂–V₅ – наличие комплекса QS и подъем сегмента RS-T выше изолинии без изменений в динамике по сравнению с предыдущими электрокардиограммами.

Задача 6

Мужчина, 25 лет, менеджер. Жалобы на периодические приступы сердцебиения, возникающие внезапно, сопровождаемые незначительной общей слабостью, головокружением, проходящие при напряжении передней брюшной стенки через 2–3 минуты.

Из анамнеза заболевания. Подобные приступы беспокоят последние 3 года, провоцируются эмоциональными, физическими нагрузками, приемом обильной пищи. Не обследовался. Какие-либо хронические заболевания у себя отрицает. Наследственный анамнез не отягощен.

Объективно (вне приступа). Общее состояние удовлетворительное. Умеренного питания. Тип конституции астенический. Кожные покровы физиологической окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Перкуторно границы сердца не расширены, ЧСС 78 в мин. АД 115/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ЭКГ (вне приступа): ритм синусовый с ЧСС 72 в мин. Электрическая ось сердца расположена вертикально. Интервал P-Q 0,10 с, комплексы QRS 0,08 с.

ЭКГ (во время приступа): ритм правильный с ЧСС 165 в мин. Электрическая ось сердца расположена вертикально. Комплексы QRS 0,08 с.

1.2.4 Дифференциальная диагностика системных заболеваний (тема №6)

Задача 1

Мужчина, 45 лет, стропальщик. Жалобы на появление мочи красного цвета, отечность лица, одышку, кашель.

Из анамнеза заболевания. Заболел 2 месяца назад, когда после работы (выполнял большую физическую нагрузку, переохладился) появилась температура до 38 °С, боли в суставах, высыпания на нижних конечностях, насморк с гнойно-кровянистыми выделениями, заложенность носа, головная боль, одышка. Через 2 недели присоединились кашель, кровохарканье. Лечился самостоятельно аспирином, антибиотиками – без улучшения. В настоящее время поступил в терапевтическое приемное отделение.

Из анамнеза жизни. Курит 30 лет по 1–2 пачки в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Рост 167 см, вес 96 кг. Кожные покровы бледной окраски, отмечаются геморрагические высыпания на нижних и верхних конечностях, пастозность лица. Периферические лимфоузлы не увеличены. Коленные суставы несколько увеличены в объеме. Перкуторно над легкими звук легочный, под углом правой лопатки – притупление перкуторного звука. Там же выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. SaO₂ – 91 %. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 98 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 110 г/л; эритроциты – $3,3 \cdot 10^{12}$ /л; ЦП – 0,9; СОЭ – 25 мм/час; лейкоциты – $10,9 \cdot 10^9$ /л; тромбоциты – $480 \cdot 10^9$ /л.

ОАМ: эритроциты не подлежат подсчету; белок – 0,6 г/л.

Биохимическое исследование крови: креатинин крови – 180 мкмоль/л; холестерин – 7,2 ммоль/л.

СРБ +.

СКФ по MDRD – 90 мл/мин/1,73 м²

Иммунологическое исследование: АНЦА +.

Рентгенограмма ОГК: инфильтративная тень в нижней доле справа.

Задача 2

Женщина, 38 лет, воспитательница детского сада. Жалобы на умеренную общую слабость, головокружение, усиливающееся при переходе из горизонтального в вертикальное положение, одышку при привычной физической нагрузке (подъеме по лестнице на 3–4 этаж), усиленное выпадение волос, ломкость ногтей, снижение массы тела на 4 кг за последний месяц.

Из анамнеза заболевания. Ранее во время беременностей и кормления детей грудью неоднократно находили снижение Hb (минимально 76 г/л). Эпизодически самостоятельно принимала препараты железа. Не обследовалась.

Слабость, головокружение, выпадение волос отметила около полугода назад. В последний месяц состояние ухудшилось: увеличилась слабость, появились одышка, извращение вкуса (любит есть мел, нравятся запахи бензина, керосина), утренние периорбитальные отеки. Ухудшение состояния в динамике стало поводом обращения за медицинской помощью.

Из анамнеза жизни: Беременностей – 4. Роды – 4. Питание нерегулярное, несбалансированное. Часто придерживается диет. Около года вегетарианка.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ 18,6 кг/м². Кожный покров и видимые слизистые бледные, пониженной влажности, чистые. Тургор кожи снижен. Дериваты кожи: исчерченность ногтей, койлоники, ломкость волос. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 96 в мин. На верхушке сердца выслушивается систолический шум, не проводится в подмышечную впадину. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб–80 г/л; гематокрит – 34 %; эритроциты – $2,6 \times 10^{12}/л$; средний размер эритроцитов – 74 фл; среднее содержание Нб в эритроцитах – 23 пг; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$; тромбоциты – $210 \times 10^9/л$; ширина распределения эритроцитов по объему – 16 %; СОЭ – 20 мм/ч; ретикулоциты – 1 %; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 4 %, с/я – 68 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 5 %, базофилы – 0 %.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 уд./мин, амплитуда зубца Т в левых грудных отведениях снижена.

Задача 3

Женщина, 56 лет, экономист. Жалобы на боли в лучезапястных, локтевых, плечевых, коленных и височно-нижнечелюстных суставах, утреннюю скованность в течение нескольких часов, на распирающие боли в правом и левом подреберьях, периодически повышение температуры тела до 37,5–38 °С.

Из анамнеза заболевания. Заболела 9 лет назад, когда появились боли в лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей, субфебрилитет. Получала диклофенак, делагил, отмечала улучшение. В течение последних 3 лет отмечает парестезии, появление плохозаживающих трофических язв голени, частые респираторные инфекции. В настоящее время поступила в ревматологическое отделение.

Объективно. Кожа и слизистые бледно-желтушные. Увеличены подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы, не спаяны с окружающими тканями, плотные и безболезненные, размерами от 1 до 1,5 см. Выраженная деформация межфаланговых суставов кистей с формированием деформации пальцев по типу «шеи лебедя», ульнарная девиация, деформация стопы с формированием hallus valgus, молоткообразное изменение пальцев с подвывихами в плюснефаланговых суставах. Печень на 6 см выступает из-под реберной дуги по правой среднеключичной линии, плотная, безболезненная. В левом подреберье пальпируется увеличенная селезенка, плотная, безболезненная.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 96 г/л; лейкоциты – $3,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы – 32 %; лимфоциты – 58 %; моноциты – 10 %.

Биохимический анализ крови: билирубин – 32 мкмоль/л; непрямой – 14 мкмоль/л; прямой – 18 мкмоль/л; АсАТ – 116 Ед/л (N 0–35 Ед/л); АлАТ – 119 Ед/л (N 0–45 Ед/л).

Ревматоидный фактор – 1:1240. АЦЦП +. Криоглобулинемия ++.

УЗИ ОБП: гепатомегалия 18,5 × 12,4 × 12,8 см, паренхима повышенной эхогенности; спленомегалия 16,8 × 9,5 см, паренхима повышенной эхогенности.

1.2.5 Модуль «Болезни органов пищеварения» (темы №7-8)

Задача 1

Женщина, 56 лет, повар. Жалобы: на интенсивные, резкие боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, тошноту, рвоту, не приносящую облегчение, повышение температуры тела до 38 °С.

Из анамнеза заболевания. Болеет около 4 лет, когда после приема жирной, жареной пищи стали беспокоить приступообразные, интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в правую половину шеи. Боли купировала приемом но-шпы. Настоящее обострение связывает с употреблением жареного картофеля и маринованной сельди.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Беспокойна, мечется из-за болей. Вес 78 кг, рост 160 см. ИМТ 30,5 кг/м². Температура тела 37,9 °С. Желтушность кожи и видимых слизистых. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный с ЧСС 102 в мин. Пульс 102 уд./мин, удовлетворительного наполнения. АД 140/80 мм рт. ст. Язык обложен желто-коричневым налетом, сухой. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, там же отмечается некоторое напряжение брюшной стенки, положительные симптомы Макензи, Керра, Мерфи, Ортнера – Грекова справа, Мюсси – Георгиевского справа. Размеры печени по Курлову: 15; 11; 9 см. При пальпации печень болезненная, эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $5,2 \times 10^{12}/л$; Нб – 145 г/л; лейкоциты – $12 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 10%, нейтрофилы с/я – 65 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 3 %; СОЭ – 33 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 98,4 мкмоль/л; прямой билирубин – 68,2 мкмоль/л; ЩФ – 350 Ед/л; ГГТ – 102 Ед/л; АсАТ – 46 Ед/л; АЛат – 45 Ед/л.

УЗИ органов брюшной полости: правая доля печени 160 мм, желчный пузырь 120 × 55 мм, стенка желчного пузыря 6 мм. В полости желчного пузыря застойное содержимое и два конкремента 3,5 × 2,5 см и 1,2 × 1,8 см, расположенных на дне желчного пузыря. Ширина холедоха – 11 мм.

Задача 2

Мужчина, 66 лет, пенсионер. Жалобы на желтуху кожи и видимых слизистых, тошноту, боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 38,9 °С.

Из анамнеза заболевания. 3 дня назад стала повышаться температура тела до высоких цифр в вечернее время, появились боли в правом подреберье, тошнота. Принимал жаропонижающие, спазмолитические средства с положительным эффектом. Сегодня утром увидел пожелтение кожи и видимых слизистых.

Из анамнеза жизни. 3 недели назад выезжал на рыбалку на реку Обь, где употребил в пищу малосоленого язя. Вредные привычки отрицает.

Объективно. Состояние больного средней степени тяжести. В сознании. Вес 98 кг, рост 166 см. ИМТ 35,6 кг/м². Температура тела 37,0 °С. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные. Печеночных знаков нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 17 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 92 в мин. Пульс 92 уд./мин, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 12; 10; 8 см. Симптом Ортнера – Грекова положительный справа. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; СОЭ – 32 мм/ч; лейкоциты – $19,5 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: базофилы – 1, эозинофилы – 40 %, нейтрофилы п/я – 6 %, нейтрофилы с/я – 42 %, лимфоциты – 10 %, моноциты – 1 %.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 88 мкмоль/л; прямой – 41,2 мкмоль/л; АлАТ – 211 Ед/л; АсАТ – 200 Ед/л.

Серологические тесты: HBsAg «–», а/т к HCV «–».

Задача 3

Мужчина, 57 лет, электрик. Жалобы: на общую слабость, тошноту, рвоту после каждого приема пищи, в связи с чем, стал ограничивать себя в приеме пищи, боли в верхней половине живота, вздутие живота, неустойчивый стул.

Из анамнеза заболевания. Вышеописанные жалобы появилось неделю назад, после очередного употребления алкоголя. Самочувствие постепенно ухудшалось в виде нарастания общей слабости.

Из анамнеза жизни. Алкоголь употребляет регулярно последние 2 года. Количество принятого алкоголя не контролирует.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирован в себе, в пространстве, во времени. Вес 75 кг, рост 168 см. ИМТ 26,6 кг/м². Температура тела 37,8 °С. Кожа бледная, с сероватым оттенком, сухая. Лицо одутловатое, расширена капиллярная сеть на лице. На груди и плечах единичные сосудистые звездочки. Гинекомастия. Контрактура Дюпюитрена на обеих ладонях. Пальмарная эритема. Видимые слизистые желтушные, сниженной влажности. Склеры инъектированы. Отеки до нижней трети голеней. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 17 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 100 в мин, шумов нет. АД 100/60 мм рт. ст. Язык обложен густым серым налетом, сухой. Живот увеличен в размерах, вздут, болезнен при пальпации в верхней половине. При перкуссии во фланках выявляется притупление. Размеры печени по Курлову: 16; 14; 12 см. При пальпации печень плотная, болезненная, с закругленным краем, поверхность ровная. Не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 101 г/л; эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $10,3 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %; тромбоциты – 128×10^9 /л; СОЭ – 30 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 55 г/л; альбумины – 25 г/л; АсАТ – 82 Ед/л; АлАТ – 125 Ед/л; общий билирубин – 48 мкмоль/л; прямой билирубин – 22 мкмоль/л; ПТИ – 70 %; фибриноген – 4,5 г/л; АЧТВ – 32 сек.

Серологические тесты: HBsAg «–», а/т к HCV «–».

Амилаза мочи: 480 Ед/л.

Задача 4

Мужчина, 56 лет, шофер. Жалобы: на постоянные боли в эпигастриальной области, снижение аппетита, слабость, потерю в весе 8–10 кг в течение полутора месяца.

Из анамнеза заболевания. Полгода, без видимой причины, беспокоят слабость, снижение аппетита, нежелание употреблять мясные блюда, боли в эпигастриальной области. В течение полутора месяца похудел на 8–10 кг.

Из анамнеза жизни. Курит 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирован в себе, в пространстве, во времени. Вялый. Вес 56 кг, рост 174 см. ИМТ 18,49 кг/м². Температура тела 36,6 °С. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, сухие. Видимые слизистые бледные, умеренно сниженной влажности. Отеки стоп. Слева в надключичной области пальпируется плотный лимфатический узел, размеры 1,5 × 2 см, безболезненный, подвижный. ЧДД 18 в мин в покое. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 88 в мин. Пульс ритмичный, 88 уд./мин, сниженного наполнения. АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Размеры печени по Курлову 26; 18; 10 см. При пальпации печень безболезненная, плотная, бугристая, край закруглен. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л; Нб – 99 г/л; MCV – 72 мкм; тромбоциты – 160×10^9 /л; лейкоциты – $5,3 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 67 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 1 %; СОЭ – 31 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 62 г/л; белковые фракции: альбумины – 38 %; α_1 -глобулины – 10 %; α_2 – глобулины – 12 %; β – глобулины – 20 %; γ -глобулины – 20 %; общий билирубин – 12,4 мкмоль/л; прямой билирубин – 2 мкмоль/л; ЩФ – 1240 Ед/л ; ГГТ – 89 Ед/л; АсАТ – 50 Ед/л; АлАТ – 56 Ед/л.

Рентгенологическое исследование желудка: в области тела желудка по большой кривизне определяется циркулярный дефект наполнения протяженностью 6 см. С неровными контурами. Перистальтика этого отдела отсутствует, рельеф слизистой резко изменен.

ФГДС: начиная со средней трети желудка слизистая, бугристая, с участками изъязвления по большой и малой кривизне.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей. В обеих долях печени на фоне диффузных изменений определяются округлые образования размером 1,5 × 2,5 см; 1,5 × 1,5 см – в правой доле и 1,2 × 0,8 см – в левой доле.

1.2.6 Дифференциальная диагностика хронической болезни почек (тема №9)

Задача 1

Мужчина, 38 лет, инженер. Жалобы на повышение температуры тела до 37,5 °С, боли в поясничной области. Боли постоянные, ноющего характера, в поясничной области, отмечает скованность движений в поясничной области, головную боль, отеки на лице по утрам.

Из анамнеза заболевания. Заболел 3 недели назад после резкого переохлаждения (окунался в прорубь), когда повысилась температура до 38,5–39,0 °С, появились боли в горле, общая слабость, потливость. Лечился самостоятельно антибактериальными препаратами, аспирином, компрессами – с улучшением. 2 дня назад появились вышеперечисленные жалобы. Отмечает неоднократное повышение АД до 170/100 мм рт. ст. в течение последних 2 лет. По поводу артериальной гипертензии не обследовался, не лечился. Поступил в терапевтическое приемное отделение.

Объективно. Состояние ближе к удовлетворительному, кожные покровы бледные, лицо отечное. В легких дыхание жесткое, выслушиваются единичные свистящие хрипы. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 в мин. АД 160/95 мм рт. ст. Пульс 92 уд./мин.

Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левом и правом фланках. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, отмечается умеренная болезненность по ходу позвоночника в поясничном отделе.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: лейкоциты – $10,4 \cdot 10^9/\text{л}$; СОЭ – 20 мм/час.

ОАМ: отн. плотность – 1030; лейкоциты – 8–12 в п/зр.; эритроциты – 10–15 в п/зр; белок – 0,44 г/л; цилиндры гиал. ++. Суточная потеря белка – 3,8 г.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 50 г/л; общий холестерин – 6,5 ммоль/л; холестерин ЛПНП – 5,1 ммоль/л, β -липопротеиды – 18,5 г/л, альбумины – 43 %.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 96 в мин, электрическая ось сердца расположена горизонтально, признаки гипертрофии левого желудочка.

Задача 2

Мужчина, 45 лет, стропальщик. Жалобы на появление мочи красного цвета, отечность лица, одышку, кашель.

Из анамнеза заболевания. Заболел 2 месяца назад, когда после работы (выполнял большую физическую нагрузку, переохладился) появилась температура до 38 °С, боли в суставах, высыпания на нижних конечностях, насморк с гнойно-кровянистыми выделениями, заложенность носа, головная боль, одышка. Через 2 недели присоединились кашель, кровохарканье. Лечился самостоятельно аспирином, антибиотиками – без улучшения. В настоящее время поступил в терапевтическое приемное отделение.

Из анамнеза жизни. Курит 30 лет по 1–2 пачки в день.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Рост 167 см, вес 96 кг. Кожные покровы бледной окраски, отмечаются геморрагические высыпания на нижних и верхних конечностях, пастозность лица. Периферические лимфоузлы не увеличены. Коленные суставы несколько увеличены в объеме. Перкуторно над легкими звук легочный, под углом правой лопатки – притупление перкуторного звука. Там же выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. SaO_2 – 91 %. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 98 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 110 г/л; эритроциты – $3,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$; ЦП – 0,9; СОЭ – 25 мм/час; лейкоциты – $10,9 \cdot 10^9/\text{л}$; тромбоциты – $480 \cdot 10^9/\text{л}$.

ОАМ: эритроциты не подлежат подсчету; белок – 0,6 г/л.

Биохимическое исследование крови: креатинин крови – 180 мкмоль/л; холестерин – 7,2 ммоль/л. СРБ +.

СКФ по MDRD – 90 мл/мин/ 1,73 м²

Иммунологическое исследование: АНЦА +.

Рентгенограмма ОГК: инфильтративная тень в нижней доле справа.

Задача 3

Мужчина, 47 лет, не работает. Жалобы на отеки всего тела, головную боль, общую слабость, жидкий стул, повышение температуры до 37,8 °С, кашель с небольшим количеством мокроты зеленого цвета, одышку.

Из анамнеза заболевания. В настоящее время находится в травматологическом отделении по поводу хронического остеомиелита правой бедренной кости. Перелом бедренной кости – 4 года назад. Обострения остеомиелита ежегодно 2–3 раза в год. 7 дней назад впервые появились отеки, затем присоединился жидкий стул, усилилась слабость, повысилась температура до 37,8 °С. Появились кашель с мокротой, одышка.

Из анамнеза жизни. Курит в течение 32 лет по 1–2 пачки в день. Отмечает частые ОРЗ. Перенес в детстве туберкулез легких. На диспансерном учете не состоял. Злоупотреблял алкоголем.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Увеличены подчелюстные, паховые лимфатические узлы. При перкуссии над легкими выслушивается звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ритмичные, громкие. Выслушивается шум трения перикарда. ЧСС 96 в мин. АД 175/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный по всем отделам. Печень по Курлову 14; 12; 9 см. Отмечаются отеки всего тела.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 110 г/л; СОЭ – 22 мм/час; лейкоциты – 12×10^9 /л.

ОАМ: моча мутная; белок – 0,8 г/л; цилиндры гиалиновые +.

Суточная потеря белка – 5,2 г/сутки.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,8 ммоль/л; общий белок – 40 г/л.; альбумин – 37 %, глобулины: α_1 – 4 %, α_2 – 17 %, β – 20 %, γ – 22 %, креатинин – 188 мкмоль/л.

1.2.7 Геморрагические заболевания и синдромы (тема №10)

Задача 1

Мужчина, 63 года, пенсионер. Жалобы: на боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, кровоточивость десен, отеки стоп, выраженную сонливость в дневное время, слабость.

Из анамнеза заболевания. Болен в течение двух недель, когда впервые появились боли в правом подреберье, увеличение живота, снижение аппетита, потемнение мочи. Последние 2 дня отмечает выраженную общую слабость, сонливость в течение дня, бессонницу ночью.

Из анамнеза жизни: Злоупотребляет алкоголем: последние 3 года употребляет крепкие спиртные напитки 1–2 раза в неделю по 150 мл.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Заторможен. Ориентирован в себе, в пространстве, во времени. На вопросы отвечает односложно. Долго думает над ответом. Критика к своему состоянию снижена. Эйфоричен. Вес 88 кг, рост 172 см. ИМТ 29,7 кг/м². Температура тела 37,2 °С. Кожа и видимые слизистые интенсивно желтушные, умеренной влажности. На голенях петехиальная сыпь. На предплечьях единичные синячки. На коже груди отмечается большое количество сосудистых звездочек. Пальмарная эритема. Контрактура Дюпюитрена на обеих ладонях. Гинекомастия. Стопы отечные, голени пастозны. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 20 в мин в покое сидя, лежа. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 110 в мин, систолический шум на верхушке. АД 105/60 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 110 уд./мин, сниженного наполнения. Язык обложен серо-желтым налетом, печеночный запах изо рта. Живот увеличен за счет асцита, не напряжен, болезнен в правом подреберье. На боковых поверхностях живота видна расширенная подкожная венозная сеть. Размеры печени по Курлову: 24; 18; 12 см. Печень при пальпации болезненная, плотная с заостренным краем, поверхность ее бугристая. Пальпируется увеличенная селезенка.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л; Нб – 99 г/л; тромбоциты – 100×10^9 /л; лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 6 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 2 %.

ОАМ: цвет темный; удельный вес – 1018; сахар, ацетон – отсутствуют; белок – 0,15 г/л; плоский эпителий – 3–4 в п/з; лейкоциты – 2–3 в п/з; эритроциты – 4–6 в п/з; гиалиновые цилиндры единичные в п/з.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 60 г/л; альбумины – 32 %; общий билирубин – 338 мкмоль/л; прямой билирубин – 161 мкмоль/л; АлАТ – 90 Ед/л; АсАТ – 175 Ед/л; ПТИ – 45 %; фибриноген – 1,8 г/л; АЧТВ – 45 сек.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей (правая доля 210 мм, левая доля 165 мм), диаметр воротной вены 15 мм, спленомегалия (140 мм × 90 мм), определяется свободная жидкость в брюшной полости более 3 литров.

ФГДС: варикозно расширенные вены пищевода 3 степени.

Задача 2

Женщина, 43 года, парикмахер. Жалобы: на общую слабость, недомогание, снижение аппетита, похудание, чувство тяжести в правом подреберье, повышение температуры тела, носовые кровотечения, ноющие боли в суставах кистей.

Из анамнеза заболевания. Больна в течение года, когда через три недели, после лечения зубов в частном стоматологическом кабинете, повысилась температура тела до 38,6 °С, появилась желтуха, выраженная слабость. Лечилась в инфекционном отделении с положительным эффектом. Следующее ухудшение через 4 месяца: появились слабость, субфебрильная температура, тяжесть в правом подреберье, носовые кровотечения, отмечала ноющие боли в суставах кистей и стоп, снижение аппетита.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Ориентирована в себе, в пространстве, во времени. Вес 48 кг, рост 169 см. ИМТ 16,8 кг/м². Температура тела 37,8 °С. Кожа и видимые слизистые желтушные, умеренной влажности. На груди и верхних конечностях сосудистые звездочки. Пальмарная эритема. На голених петехиальная сыпь. Отеков нет. Кости, суставы не изменены. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 17 в мин в покое сидя, лежа. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 78 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень по Курлову 14; 12; 9 см. Печень при пальпации болезненная, край закруглен, консистенция плотноватая, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 105 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 105×10^9 /л; лейкоциты – $5,3 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 59 %, лимфоциты – 30 %, моноциты – 7 %; СОЭ – 43 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 133 мкмоль/л; прямой билирубин – 58 мкмоль/л; АлАТ – 495 Ед/л; АсАТ – 385 Ед/л.

Серологические тесты: НВsAg «+», НВeAg «+», анти НВсog класса Ig М «+», анти НВсog класса Ig G «+».

Рекомендации по оцениванию решения ординатором ситуационных задач:

Критерии оценки:

«ОТЛИЧНО» - ординатор владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы задачи, четко формулирует диагноз, подробно обосновывая диагностическую гипотезу, назначая полный план обследования, проводит дифференциальный диагноз с несколькими нозологиями, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; свободно читает и интерпретирует результаты анализов и других исследований; называет полный спектр лечебных мероприятий, оперируя знаниями группы препаратов, механизма действия, дозировками. Студент демонстрирует методологические и теоретические знания, свободно владеет научной терминологией.

«ХОРОШО» - задача решена правильно, дано пояснение и обоснование сделанного заключения; ординатор владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы задачи; не всегда выделяет наиболее существенные синдромы, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах; дает не полную формулировку диагноза; умеет трактовать лабораторные и инструментальные исследования в объеме, превышающем обязательный минимум, не достаточно четко формирует план лечебных мероприятий, допускает некоторые неточности при оперировании научной терминологией

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» - задача решена правильно, пояснение и обоснование сделанного заключения было дано при активной помощи преподавателя, ординатор владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускаются ошибки по существу вопросов. Ординатор способен решать легкие задачи, владея только обязательным минимумом методов исследований. Затрудняется назвать принципы терапии больного. Имеет ограниченные теоретические знания, допускает существенные ошибки при установлении логических взаимосвязей.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» - ординатор не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы задачи даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора, задача решена неправильно, однако в процессе обсуждения с преподавателем студент смог исправить ошибку. Обнаруживает неспособность к построению самостоятельных заключений. Имеет слабые теоретические знания, не использует научную терминологию.

Задача решена неправильно, обсуждение и помощь преподавателя не привели к правильному заключению.

Непонимание сути задачи. Для разъяснения смысла вопроса ординатор пытается прибегнуть к помощи однокурсников.

Вывод: выполнение данных тестовых заданий позволяет оценить сформированность части компетенций УК-1, ПК-5, ПК-6.

1.3 Темы докладов и рефератов:

1. Рациональная терапия осложнений при воспалительных заболеваниях легких.
2. Астматический статус.
3. Современные представления о хронической обструктивной болезни легких.
4. Неотложные мероприятия при ОКС.
5. Возможности электрокардиографии в дифференциации болей (медикаментозные и нагрузочные тесты).
6. Показания к применению коронароангиографии, теста предсердий стимуляции.
7. Особенности лечения болей в зависимости от их происхождения. Лечение ишемической болезни сердца.
8. Ведение больного с шоком.
9. Экстрасистолия.
10. Ведение пациента с нарушениями проведения импульса.
11. Дифференциальная диагностика при артериальной гипертензии
12. Лечение гипертонического криза
13. Диспансерный учет пациента с системным заболеванием.
14. Ведение пациента с тяжелым течением и осложнениями системных заболеваний.
15. Осложненное течение ЯБЖ.
16. Диспансерный учет пациента с заболеванием гепатобилиарной системы.
17. Дифференциальная диагностика при синдроме пищевода и желудочной диспепсии.
18. Дифференциальная диагностика при гепатомегалии.
19. Лечение хронических гепатитов и циррозов печени.
20. Диспансерный учет пациента с системным заболеванием.
21. Дифференциальная диагностика при отеках: клинические особенности отеков при поражениях почек, сердца, печени, эндокринных нарушениях, при нарушениях венозной и лимфатической циркуляции.
22. Тромбофилические состояния в клинике внутренних болезней.
23. Современные аспекты диагностики и лечения пациентов с гемобластомами.

Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки:

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы,

тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

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

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

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

Вывод: Выполнение данного задания – написание рефератов по предложенным темам – позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-5, ПК-6.

Контрольная работа.

Рекомендации по оцениванию презентаций клинического случая

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценивания презентации

Критерии оценивания презентаций складываются из требований к их созданию.

Название критерия	Оцениваемые параметры	Баллы (1-3)
Тема презентации	Соответствие темы программе дисциплины, раздела	
Содержание	Достоверная информация по изучаемой тематике (нозологии). Все заключения подтверждены достоверными источниками. Язык изложения материала понятен аудитории. Актуальность, точность и полезность содержания	
Подбор информации для создания презентации	Графические иллюстрации для презентации. Статистика Диаграммы и графики. Ресурсы Интернет. Примеры, сравнения, цитаты и т.д.	
Подача материала презентации	Тематическая последовательность Структура по принципу «проблема-решение»	
Логика и переходы во время проекта – презентации	От вступления к основной части, от одной основной идеи (части) к другой, от одного слайда к другому, гиперссылки	
Заключение	Яркое высказывание - переход к заключению. Повторение основных целей и задач выступления. Выводы. Короткое и запоминающееся высказывание в конце	
Дизайн презентации	Шрифт (читаемость). Корректно ли выбран цвет (фона, шрифта, заголовков). Элементы анимации	
Техническая часть	Грамматика. Наличие ошибок правописания и опечаток	
Список использованных источников	Наличие, оформление в соответствии со стандартом	

Оценивание презентации

Количество набранных баллов Оценка

От 27 баллов до 20 баллов	5 отлично
От 19 баллов до 15 баллов	4 хорошо
От 14 до 8 баллов	3 удовлетворительно
От 7 баллов	2 неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

5. Рекомендации по оценке практических заданий:

Задание может включать в себя краткую вводную часть (условие задания), вопросы. При оценке преподаватель учитывает насколько ординатор умеет:

- использовать приобретенные знания по аллергологии и иммунологии при изучении других медико-биологических и медицинских дисциплин.

2. Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине - зачет

2.1.Список вопросов к зачету

1. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Этиология, патогенез, факторы риска, классификация. Лечение, профилактика, медико-социальная экспертиза.
2. Стабильная стенокардия: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение: модификация образа жизни, медикаментозное, хирургическое. Российские рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии. Медико-социальная экспертиза.
3. Неосложненный инфаркт миокарда: этиология, патогенез, классификация, клиника (типичные и атипичные формы), диагностика, дифференциальная диагностика, изменения ЭКГ, активность кардиоспецифических ферментов. Дополнительные методы диагностики инфаркта миокарда: эхокардиография, радионуклидные методы, коронарография. Лечение на догоспитальном и госпитальном этапах. Реабилитация, медико-социальная экспертиза.
4. Осложненный инфаркт миокарда. Диагностика, классы тяжести по Killip. Кардиогенный отек легких, шок, острые аритмии, разрывы миокарда. Лечение на догоспитальном и госпитальном этапах. Показания к инвазивным методам лечения (коронарная ангиопластика, срочное аорто-коронарное шунтирование). Реабилитация, медико-социальная экспертиза.
5. Острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом и без подъема сегмента ST. Определение, патогенез, механизмы развития нестабильной бляшки. Клинические формы: нестабильная стенокардия, не-Q инфаркт миокарда. Степени риска. Лечение на догоспитальном и госпитальном этапах. Показания к инвазивным методам лечения. Российские рекомендации по диагностике и лечению ОКС без подъема сегмента ST.

6. Внезапная сердечная смерть. Факторы риска, особенности патогенеза. Клиника, диагностика, неотложная помощь. Сердечно-легочная реанимация. Профилактика внезапной смерти.
7. Гипертоническая болезнь, этиопатогенез. Стратификация по степени, стадии и уровню риска. Диагностика. Лечение (Российские рекомендации). Профилактика гипертонической болезни, медико-социальная экспертиза.
8. Гипертонические кризы: патогенез, классификация, клиника, диагностика. Алгоритм неотложной помощи при неосложненном и осложненном гипертоническом кризах. Показания к госпитализации. Профилактика гипертонических кризов.
9. Симптоматические артериальные гипертонии. Этиопатогенетические варианты. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика по синдрому артериальной гипертензии. Основные принципы лечения.
10. Нарушения сердечного ритма. Электрофизиологические механизмы аритмий. Методы диагностики нарушений сердечного ритма. Наджелудочковые и желудочковые аритмии, их клиника, диагностика, лечение. Показания к электроимпульсной терапии, хирургическому лечению тахиаритмий.
11. Фибрилляция предсердий: этиопатогенез, клиника, диагностика. Основные принципы лечения и профилактики (тактика контроля ритма и тактика контроля частоты сердечных сокращений). Профилактика тромбоэмболических осложнений.
12. Нарушения проведения сердечного импульса. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, осложнения, лечение. Показания к срочной и плановой электрокардиостимуляции. Наблюдение за больными с имплантированным электрокардиостимулятором.
13. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Этиология, патогенез, классификация, лабораторная и инструментальная диагностика. Клиника и лечение систолической и диастолической ХСН. Осложнения, прогноз, реабилитация, медико-социальная экспертиза. Российские рекомендации по диагностике и лечению ХСН.
14. Острая сердечная недостаточность (ОСН). Этиология, патогенез, клинические варианты: ОСН с низким сердечным выбросом, левожелудочковая и правожелудочковая недостаточность с синдромами застоя. Клиника, диагностика. Неотложная помощь и лечение. Российские рекомендации по острой сердечной недостаточности.
15. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии, лечения, профилактики рецидивов ТЭЛА.
16. Хронические гастриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника различных типов хронических гастритов. Методы диагностики, лечение, профилактика, диспансеризация, медико-социальная экспертиза.
17. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Этиология, патогенез, классификация. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнения язвенной болезни, тактика ведения осложненных форм язвенной болезни. Профилактика, медико-социальная экспертиза.
18. Гастропатия, индуцированная приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП-гастропатия). Понятие, патогенез, факторы риска, методы профилактики и лечения.
19. Хронический гепатит. Определение, этиология, патогенез, классификация. Клинико-биохимические синдромы поражения печени, методы диагностики. Лечение (базисная и этиотропная терапия). Профилактика, реабилитация, медико-социальная экспертиза.
20. Алкогольная болезнь печени (АБП). Формы (алкогольный стеатоз, хронический и острый гепатит, цирроз печени), особенности клиники различных форм АБП, методы диагностики, лечение. Прогностические критерии острого алкогольного гепатита тяжелого течения.
21. Циррозы печени. Определение, этиология, патогенез, классификация. Клинические синдромы, осложнения. Диагностика, лечение, профилактика, реабилитация, медико-социальная экспертиза.

22. Синдром портальной гипертензии. Понятие, причины, клинические проявления, диагностика, лечение. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Лечение на догоспитальном и госпитальном этапах. Профилактика повторных кровотечений.
23. Печеночная энцефалопатия и кома. Этиология, патогенез, классификация, клиника, принципы лечения. Прогноз. Профилактика.
24. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди. Понятие, формы, диагностические критерии, принципы лечения.
25. Холецистит хронический (бескаменный). Этиология, патогенез, классификация, клиника, методы диагностики и дифференциальный диагноз. Возможные осложнения. Лечение, показания к хирургическому лечению. Профилактика, реабилитация, медико-социальная экспертиза.
26. Желчнокаменная болезнь. Этиология, факторы риска, патогенез, клиника, осложнения. Принципы лечения, возможности консервативной терапии, профилактика. Показания к хирургическому лечению.
27. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, осложнения. Лечение, профилактика, медико-социальная экспертиза.
28. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, осложнения. Лечение, профилактика, медико-социальная экспертиза.
29. Пиелонефриты. Этиология и патогенез острых и хронических пиелонефритов. Классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
30. Нефротический синдром. Определение, симптоматика, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, медико-социальная экспертиза.
31. Хроническая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медико-социальная экспертиза.
32. Хроническая болезнь почек. Понятие, классификация, критерии диагностики, основные принципы лечения.
33. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация, медико-социальная экспертиза.
34. Ревматоидный артрит (РА). Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики. Лечение, профилактика, реабилитация, медико-социальная экспертиза.
35. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, медико-социальная экспертиза.
36. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, медико-социальная экспертиза.
37. Подагра. Этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика. Лечение подагры, профилактика, реабилитация, медико-социальная экспертиза.
38. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, лечение, профилактика, реабилитация, медико-социальная экспертиза.
39. Системные васкулиты. Этиология, патогенез, классификация основных форм, клиника, принципы лечения, профилактика, реабилитация, медико-социальная экспертиза.
40. Хроническая обструктивная болезнь легких. Факторы риска, классификация, клиника, современные методы диагностики, лечения и профилактики. Имеющиеся клинические рекомендации. Медико-социальная экспертиза.
41. Бронхиальная астма. Триггеры и индукторы. Клиника. Классификация. Принципы ступенчатой терапии. Купирование приступа удушья. Профилактика. Обучение больных в «Астма – школах».
42. Пневмонии. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, критерии тяжелого течения. Современные методы лабораторной, функциональной, рентгенологической диагностики. Осложнения. Лечение, профилактика, медико-социальная экспертиза.
43. Лейкозы. Классификация. Принципы диагностики и лечения.
44. Анемии. Классификация. Железодефицитные анемии. В12 – дефицитные анемии. Гемолитические анемии. Клинические проявления, диагностика, лечение.

45. Геморрагические диатезы. Классификация. Типы кровоточивости. Диагностика. Принципы лечения.

Вывод: Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части компетенций ПК-5, ПК-6.

2.2. Тестовые задания для промежуточной аттестации по дисциплине «Терапия»

Выберите правильный ответ.

1. При каких заболеваниях, протекающих с поражением легких, эффективен плазмаферез? а) идиопатический фиброзирующий альвеолит; б) саркоидоз; в) синдром Гудпасчера; г) системная красная волчанка; д) первичный амилоидоз. Выберите правильную комбинацию.

- 1) б, д;
- 2) все ответы правильные;
- 3) в, д;
- 4) б, в, д;
- 5) а, в, г;

2. Какие факторы могут быть причиной гиперэозинофилии крови и эозинофильных инфильтратов в легких? а) лечение антибиотиками; б) паразиты; в) экзема; г) аллергический бронхолегочный аспергиллез. Выберите правильную комбинацию:

- 1) а, б, г;
- 2) б, в, г;
- 3) а, б, в, г;
- 4) б, г;
- 5) б, в.

3. Какая терапия используется для течения больных с бронхиальной астмой тяжелого течения? а) ежедневное введение противовоспалительных препаратов; б) нерегулярные ингаляции β_2 -агонистов короткого действия; в) ежедневное введение бронходилататоров пролонгированного действия; г) частое применение системных глюкокортикоидов. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в;
- 2) б, г;
- 3) в, г;
- 4) а, в, г;
- 5) а, б.

4. Какие микроорганизмы вызывают развитие абсцесса легкого? а) пневмококк; б) золотистый стафилококк; в) клебсиелла; г) палочка Пфейффера; д) бактероиды. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) б, в, д;
- 2) а, б, в, г, д;
- 3) г, д;
- 4) в, г, д;
- 5) б, д.

5. При каких заболеваниях встречаются приступы Морганьи-Эдамса-Стокса?

- 1) желудочковая экстрасистолия;
- 2) фибрилляция желудочков;
- 3) мерцательная аритмия;
- 4) атриовентрикулярная блокада.

6. Какие симптомы характерны для аускультативной картины недостаточности митрального клапана?

- 1) систолический шум у основания сердца;
- 2) хлопающий I тон;

- 3) мезодиастолический шум;
 - 4) систолический шум на верхушке.
7. Какой из перечисленных рентгенологических признаков является общим для миокардита и экссудативного перикардита?
- 1) кардиомегалия;
 - 2) отсутствие дуг по контурам сердечной тени;
 - 3) отсутствие застоя в легких;
 - 4) преобладание поперечника сердца над длинником;
 - 5) укорочение тени сосудистого пучка.
8. У больного с ИБС-постинфарктный кардиосклероз. Выявлен синдром слабости синусового узла, последние 2 недели ежедневно возникают приступы мерцательной тахикардии, отмечаются эпизоды брадикардии, сопровождающиеся головокружениями. Ваша тактика:
- 1) назначить хинидин;
 - 2) назначить новокаинамид;
 - 3) провести имплантацию постоянного искусственного водителя ритма;
 - 4) назначить дигоксин;
 - 5) провести временную кардиостимуляцию.
9. Оптимальным сочетанием при лечении портальной гипертензии у больных с циррозом печени является:
- 1) ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков;
 - 2) назначение салуретиков в сочетании с β -блокаторами;
 - 3) назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли, β -блокаторов.
10. Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с первичным билиарным циррозом печени:
- 1) кортикостероиды + интерферон;
 - 2) цитостатики + интерферон;
 - 3) кортикостероиды + цитостатики;
 - 4) урсодезоксихолевая кислота + кортикостероиды;
 - 5) урсодезоксихолевая кислота + метатрексат.
11. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не относится:
- 1) анализ желудочного сока;
 - 2) рентгенография желудка;
 - 3) гастроскопия;
 - 4) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;
 - 5) дуоденальное зондирование.
12. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:
- 1) острого гастрита;
 - 2) аутоиммунного гастрита;
 - 3) гранулематозного гастрита;
 - 4) болезни Менетрие;
 - 5) хеликобактерной инфекции.
13. Гемодинамические нарушения при остром гломерулонефрите обусловлены: а) гиперволемией, б) задержкой натрия и воды, в) гиперренинемией, г) повышением концентрации простагландинов, д) спазмом сосудов. Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1) а,д
 - 2) а,б
 - 3) а,б,г
 - 4) б,д
 - 5) а,б,д
14. К нефротическому синдрому приводят: а) хронический гломерулонефрит, б) амилоидоз, в) туберкулез легких, г) тромбоз почечных вен. Выберите правильную комбинацию ответов.
- 1) а,б
 - 2) а,б,в,г
 - 3) а,б,г

4) в,г

5) а,г

15. Патофизиологические механизмы прогрессирования гломерулонефрита: а) активация гуморальных иммунных процессов; б) продукция медиаторов воспаления; в) коагуляционный механизм; г) гемодинамический механизм; д) метаболические нарушения. Выберите правильную комбинацию ответов.

1) б, в;

2) б, в, г;

3) все ответы правильные;

4) а, б, в;

5) а, б, в, г.

16. Какие изменения со стороны белкового состава крови наблюдаются при амилоидозе: а) липопротеидемия; б) гипергаммаглобулинемия; в) гипоальбуминемия. Выберите правильную комбинацию ответов.

1) а,б,в;

2) а,б;

3) б,в;

4) б;

5) а,в.

17. Причины анемии при хронической почечной недостаточности: а) гемолиз; б) дефицит фолиевой кислоты; в) дефицит железа; г) недостаток эритропоэтина. Выберите правильную комбинацию ответов.

1) а,г

2) а,б,в,г

3) а,б,г

4) а,в,г

5) б,в,г

18. Скопление крови в плевральной полости называется:

1) гемартроз;

2) гемоторакс;

3) гемоперикард;

4) гемоперитонеум.

19. Клинические признаки гемоперикарда:

1) смещение или исчезновение сердечного толчка;

2) расширение границ сердечной тупости;

3) глухость тонов сердца;

4) тахикардия;

5) все ответы верные.

20. У больной 27 лет при ЭГДС выявлена опухоль антрального отдела желудка без признаков стенозирования просвета привратника. Во время УЗИ диагностировано тканевое образование 5 сегмента печени. Высказано подозрение на аденому печени, либо – солитарный метастаз. Каков наиболее рациональный путь ведения больной:

1) симптоматическая терапия.

2) наблюдение онколога.

3) госпитализация в хирургический стационар.

4) компьютерная томография через 6 месяцев.

5) амбулаторное проведение целиакографии.

21. Последствие хронического панкреатита, возникшего вследствие злоупотребления алкоголем:

1) экзокринная недостаточность поджелудочной железы.

2) эндокринная недостаточность поджелудочной железы.

3) перитонит.

4) кисты в поджелудочной железе.

5) асцит.

22. Мелена при наличии гепатоспленомегалии подозрительна на:

1) кровоточащую язву двенадцатиперстной кишки

2) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

3) тромбоз мезентериальных артерий.

4) язвенный колит.

5) геморрагический диатез.

23. В каких случаях необходимо исследовать уровень гастрина у больных с пептической язвой:

А. при множественных язвах.

Б. При рецидиве язвы после хирургического лечения.

В. При базальной гипохлоргидрии

Г. При длительно незаживающей язве.

Д. При базальной гиперхлоргидрии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) А, Б, В.

2) А, Б, Г.

3) Б, Г, Д.

4) А, Б, Д.

5) Б, В, Г.

24. При дуоденальном зондировании выявлено повышение содержания лейкоцитов в самой концентрированной порции желчи. О патологии какого отдела Вы подумаете?

1) внутрипеченочные желчные пути;

2) желчный пузырь;

3) двенадцатиперстная кишка;

4) поджелудочная железа.

25. Кровоснабжение какого органа поддерживается, в первую очередь, благодаря централизации кровообращения при кардиогенном шоке?

1) головного мозга;

2) кишечника;

3) печени;

4) почек;

5) скелетных мышц.

26. Строгая вегетарианская диета может привести к:

1) пеллагре;

2) болезни бери-бери;

3) мегалобластической анемии;

4) цинге;

5) рахиту.

27. Продукты-богатые источники хорошо усвояемого кальция:

1) молоко и молочные продукты;

2) овощи и фрукты;

3) зернобобовые продукты;

4) мясо и мясные продукты;

5) рыба и рыбные продукты.

28. Какое изменение индекса ТИФФНО характерно для рестриктивных заболеваний легких?

1) снижение;

2) увеличение.

29. Какие паранеопластические проявления наблюдаются при бронхогенном раке? а) увеличение шейных лимфоузлов; б) синдром Иценко-Кушинга; в) лихорадка; г) гипертрофическая остеоартропатия; д) дисфония. Выберите правильную комбинацию:

1) б, г;

2) все ответы правильные;

3) а, в, г, д;

4) а, б, г, д;

5) в, г, д.

30. При каких заболеваниях наблюдается кровохарканье? а) тромбоэмболия легочной артерии; б) бронхоэктатическая болезнь; в) рак легкого; г) митральный стеноз; д) эмфизема легких. Выберите правильную комбинацию:

1) а, в;

2) б, в;

3) а, б, в;

4) а, в, г, д;

5) а, б, в, г.

31. Для лечения пароксизмальных наджелудочковых тахикардий при синдроме Вольф-Паркинсона-Вайта наилучшим средством считается:

- 1) дигоксин;
- 2) анаприлин;
- 3) новокаинамид;
- 4) кордарон.

32. Какое из приведенных положений верно в отношении митральной недостаточности?

- 1) всегда ревматической этиологии;
- 2) пролапс митрального клапана — самая частая причина неревматической митральной недостаточности;
- 3) первый тон на верхушке усилен.

33. Назовите показания к проведению пункции перикарда:

- 1) тампонада сердца;
- 2) подозрение на гнойный процесс;
- 3) замедленное рассасывание экссудата;
- 4) диагностическая пункция;
- 5) все перечисленное.

34. Больной 65 лет поступил в клинику с диагнозом острый задне-диафрагмальный инфаркт миокарда. При мониторинговании выявлено, что интервал PQ увеличен до 0,4 сек с выпадением комплекса QRS. Отношение предсердных волн и комплекса QRS 4:1. ЧСС=40 в мин. Предположительный диагноз:

- 1) атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц II;
- 2) синдром Фредерика;
- 3) мерцательная аритмия, брадикардическая форма;
- 4) атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц I;
- 5) синоаурикулярная блокада III степени.

35. Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно:

- 1) копрологическое исследование;
- 2) ректороманоскопия;
- 3) биохимическое исследование крови;
- 4) рентгенологические данные;
- 5) исследование желудочной секреции.

36. В ЖКТ желчные кислоты подвергаются реабсорбции. Где это происходит?

- 1) в двенадцатиперстной кишке;
- 2) в тощей кишке;
- 3) в проксимальном отделе подвздошной кишки;
- 4) в дистальном отделе подвздошной кишки;
- 5) в толстой кишке.

37. Механизм болей при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки не зависит от:

- 1) кислотно-пептического фактора;
- 2) спазмов в пилородуоденальной зоне;
- 3) повышения давления в желудке и двенадцатиперстной кишке;
- 4) глубины язвы;
- 5) наличия хеликобактерной инфекции.

38. Какие положения, касающиеся атопической формы бронхиальной астмы, правильные? а) часто развивается в пожилом возрасте; б) сочетается с другими атопическими заболеваниями; в) повышен уровень IgE в крови; г) понижен уровень IgE в крови; д) характерно эозинофилия крови. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) б, в, г, д;
- 2) в, д;
- 3) а, д;
- 4) а, в, д;
- 5) б, в, д.

39. Какие препараты оказывают бронхоспастическое действие? а) пропранолол; б) гистамин; в) гидрокортизон; г) простагландины F_{2a}; д) лейкотриены C, D, E. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, д;
- 2) а, б;
- 3) а, г, д;
- 4) а, б, г, д;
- 5) г, д.

40. Повышение АД при феохромоцитоме и парананглиомах имеет характер:

- 1) изолированного диастолического;
- 2) с асимметрией на верхних и нижних конечностях;
- 3) кризового;
- 4) изолированного систолического.

41. При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия?

- 1) гипертрофическая кардиомиопатия;
- 2) митральный стеноз;
- 3) тиреотоксикоз;
- 4) миокардит;
- 5) правильно 2 и 3.

42. При рентгенографии у больных с трикуспидальной регургитацией могут быть выявлены следующие изменения:

- 1) плевральный выпот;
- 2) высокое стояние диафрагмы;
- 3) дилатация правых отделов сердца;
- 4) все перечисленное.

43. Какие из перечисленных ЭКГ-признаков наиболее характерны для миокардита?

- 1) низкий вольтаж ЭКГ, ширина комплекса PQ=0,22 с, QRS=0,12 с;
- 2) смещение сегмента ST ниже изолинии и отрицательный T;
- 3) конкордатный подъем сегмента ST;
- 4) дискордатный подъем сегмента ST.

44. При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. При аускультации - на верхушке ослабление I тона, там же систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. При рентгенографии - увеличение левых отделов сердца. Ваш диагноз:

- 1) сужение левого атриовентрикулярного отверстия;
- 2) недостаточность митрального клапана;
- 3) недостаточность устья аорты;
- 4) стеноз устья аорты.

45. Укажите внекишечные (системные) проявления неспецифического язвенного колита, клинические проявления которых не зависят от активности основного заболевания:

- 1) узловатая эритема, олигомоноартрит, конъюнктивит;
- 2) гангренозная пиодермия, сакроилеит, иридоциклит.

46. Что является «эталонным» лабораторным маркером алкогольного гепатита?

- 1) повышение трансаминаз;
- 2) повышение γ -глутаминтранспептидазы;
- 3) сочетанное повышение трансаминаз и γ -глутаминтранспептидазы;
- 4) десахарированный трансферрин;
- 5) ничего из вышеперечисленного.

47. Какие диетические мероприятия показаны при остром гломерулонефрите:

- 1) ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сутки
- 2) увеличение потребления хлорида натрия
- 3) увеличение количества потребляемой жидкости
- 4) повышение потребления K⁺ - содержащих продуктов.

48. Изменение биохимических показателей при хронической почечной недостаточности:

- 1) гиперальбуминемия
- 2) дислипидемия
- 3) гиперкреатинемия

4) уробилинемия

5) гипербилирубинемия.

49. Какой вариант хронического гломерулонефрита часто проявляется рецидивирующим остонефритическим синдромом?

1) мезангиопролиферативный;

2) мезангиокапиллярный;

3) мембранозный;

4) минимальные изменения клубочков,

5) фибропластический.

50. Какие системные заболевания осложняются нефротическим синдромом: а) системная красная волчанка, б) ревматоидный артрит, в) дерматомиозит, г) узелковый периартериит, д) склеродермия. Выберите правильную комбинацию ответов.

1) а,д

2) а,г,д

3) б,в

4) а,б,г,д

5) а,б,в

51. Диагностическими критериями нефротического синдрома являются: а) протеинурия более 3,5 г/сутки, б) гипоальбуминемия, в) гипергаммаглобулинемия, г) гиперхолестеринемия, д) гипер- α_2 -глобулинемия. Выберите правильную комбинацию ответов.

1) а,в,д

2) в,д

3) а,д

4) а,б

5) а,б,г

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

1) бронхиальная астма с высоким уровнем IgE в крови;

2) хронический гнойный бронхит;

3) прогрессирующая эмфизема легких при дефиците ингибитора α_1 – антитрипсина;

4) экзогенный фиброзирующий альвеолит;

5) бронхолегочный аспергиллез.

53. Какое изменение индекса ТИФФНО характерно для обструктивных заболеваний легких?

1) снижение;

2) увеличение.

54. Какие признаки характерны для синдрома слабости синусового узла?

1) желудочковые экстрасистолы;

2) синоаурикулярная (синоатриальная) блокада;

3) атриовентрикулярная блокада.

55. Какие заболевания могут привести к недостаточности аортального клапана?

1) ревматизм;

2) инфекционный эндокардит;

3) сифилис;

4) атеросклероз аорты;

5) все перечисленное.

56. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для сердечной недостаточности, обусловленной экссудативным перикардитом?

1) кардиомегалия;

2) характерная поза с наклоном тела вперед или коленолоктевое положение;

3) отсутствие шумов в сердце;

4) асцит, отеки.

57. Больная 75 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, головокружение в последние 3 дня. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС и пульс - 56 ударов в мин. АД=110/70 мм рт.ст. на ЭКГ - ритм синусовый, интервал PQ=0,26 сек, патологический зубец Q в стандартных отведениях I, II, снижение сегмента ST и отрицательный зубец T в отведениях V₁-V₃. Предположительный диагноз:

- 1) острый передний инфаркт миокарда, осложненный блокадой передней ветви левой ножки пучка Гиса;
- 2) рубцовые изменения миокарда в передней стенке левого желудочка, атриовентрикулярная блокада I степени;
- 3) постмиокардитический кардиосклероз, полная атриовентрикулярная блокада с периодами Морганьи-Эдамса-Стокса;
- 4) постинфарктный кардиосклероз без нарушения атриовентрикулярной проводимости;

5) острый переднеперегородочный инфаркт миокарда, осложненный атриовентрикулярной блокадой I степени.

58. Какой из перечисленных методов инструментального исследования является «эталонным» для диагностики псевдомембранозного колита на ранней стадии заболевания?

- 1) ректороманоскопия;
- 2) ирригоскопия;
- 3) колоноскопия.

59. Наиболее типичными морфологическими признаками хронического гепатита В являются:

- 1) наличие фоновой жировой дистрофии в сочетании с формированием лимфоидных фолликулов, скоплением цепочек лимфоцитов в перисинусоидальных пространствах;
- 2) наличие фоновой гиалиновой и/или белковой дистрофии в сочетании с наличием матово-стекловидных гепатоцитов и ядер гепатоцитов в виде «песочных часов».

60. Укажите наиболее типичное сочетание клинических признаков первичного билиарного цирроза печени:

- 1) отсутствие маркеров вирусной инфекции, молодой возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений - артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антинуклеарные, антигладкомышечные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, гамма-глобулинов, высокий индекс гистологической активности гепатита, значительное повышение трансаминаз;
- 2) отсутствие маркеров вирусной инфекции, старший или средний возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений - артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антимитохондриальные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, гамма-глобулинов, при гистологическом исследовании определяется интенсивная пролиферация эпителия желчных протоков, отмечается значительное повышение щелочной фосфатазы наряду с умеренным повышением трансаминаз.

Эталон ответов

№ теста	ответ	№ теста	ответ	№ теста	ответ
001	5	021	4	041	5
002	1	022	2	042	4
003	4	023	3	043	2
004	1	024	2	044	2
005	4	025	1	045	2
006	4	026	3	046	4
007	1	027	1	047	1
008	3	028	2	048	3
009	3	029	1	049	2
010	5	030	5	050	4
011	5	031	4	051	5
012	5	032	2	052	2
013	2	033	5	053	1
014	3	034	1	054	2

015	3	035	3	055	5
016	5	036	4	056	2
017	2	037	5	057	5
018	2	038	5	058	1
019	5	039	4	059	2
020	3	040	3	060	2

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%
Неудовлетворительно	Менее 60%

Вывод: Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части компетенций ПК-5, ПК-6.

Таким образом, оценка «зачтено» при проведении промежуточного контроля выставляется ординатору, если тестовое задание выполнено на 60% и более, а также если обучающийся твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допускает существенных ошибок и неточностей в ответе на вопрос и решении ситуационной задачи, может правильно применять теоретические положения и владеет необходимыми умениями и навыками, что подтверждает частичную сформированность компетенций УК-1, ПК-5, ПК-6, освоение которых предусмотрено рабочей программой по дисциплине «Терапия».