

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«Невинномысский медицинский институт»**

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
УСИЛЕННОЙ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат:
02E7D270006FB13D8E461FDA85E345FACD
Владелец: Станислав Сергеевич Наумов
Действителен с 13.05.2024 до 13.08.2025

Утверждаю
Ректор АНО ВО «НМИ»

С.С. Наумов

« ____ » _____ 2024 года

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Б.1.О.47 ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

по специальности: 31.05.01 Лечебное дело

профиль: Лечебное дело

программа подготовки специалитет

Форма обучения: очная

год начала подготовки 2023, 2024

Невинномысск, 2024

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного стандарта высшего образования и учебного плана Автономной некоммерческой организации высшего образования «Невинномысский медицинский институт» по специальности 31.05.01 Лечебное дело

АНЮОВО "НММИ"

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель – формирование у обучающихся способности: применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза; назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

Задачи:

- ознакомление обучающихся со спецификой осуществления диагностической и лечебной помощи в амбулаторно-поликлиническом и стационарном звене здравоохранения;

- формирование у обучающихся представлений о принципах профилактики, лечения и реабилитации пациентов с заболеваниями внутренних органов, а также способности назначать и непосредственно осуществлять лечение пациентов с основными заболеваниями внутренних органов в амбулаторных и госпитальных условиях;

- обучение студентов выбору оптимальных схем этиотропного и патогенетического лечения пациентов с заболеваниями внутренних органов, определять критерии эффективности медикаментозных препаратов в различных клинических ситуациях и выявлять побочные эффекты их действия;

- обучение проведению полного объема лечебных и профилактических мероприятий в соответствии со стандартами лечения больных с различными нозологическими формами внутренних болезней;

- формирование у студентов умений по оформлению истории болезни с написанием в ней обоснования диагноза, дифференциального диагноза, эпикризов и т. д.;

Воспитательной задачей является формирование гражданской позиции, активного и ответственного члена российского общества, осознающего свои конституционные права и обязанности, уважающего закон и правопорядок, обладающего чувством собственного достоинства, осознанно принимающего общечеловеческие гуманистические и демократические ценности.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Госпитальная терапия» относится к обязательной части блока 1 «Дисциплины (модули)» основной профессиональной образовательной программы.

Дисциплина «Госпитальная терапия» изучается в 9, 10 и 11 семестрах очной формы обучения.

3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения, соотнесенные с индикаторами достижения компетенций
ОПК – 4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.1. Готов применить алгоритм медицинских технологий, специализированного оборудования и медицинских изделий при решении профессиональных задач	Знать: предназначение медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи; Уметь: применять на практике простейшие медицинские инструменты (фонендоскоп, шпатель, неврологический молоточек, скальпель, пинцет, зонд, зажим, расширитель, градуированный камертон и т.п.); Владеть: навыками применения медицинских изделий,

ОПК 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности		предусмотренных порядками оказания медицинской помощи;
	ОПК - 7.2 Оценивает эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у взрослых	<p>Знать: действие лекарственных средств с учетом фармакодинамики, фармакокинетики, фармакогенетики, взаимодействия лекарственных средств, нежелательных побочных эффектов с учетом данных доказательной медицины;</p> <p>Уметь: анализировать выбор лекарственных средств с учетом данных доказательной медицины, режим дозирования в соответствии с диагнозом, с учетом возраста, генетических особенностей, сопутствующих заболеваний, состояния систем метаболизма, у особых категорий больных;</p> <p>Владеть: навыками применения лекарственных средств и иных веществ для лечения, реабилитации и профилактики различных заболеваний и патологических состояний;</p>

В результате изучения дисциплины обучающийся должен:

Знать:

- методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;
- критерии диагноза различных заболеваний;
- основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и подростков, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход;

Уметь:

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.) оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
- установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное состояние), состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов;
- наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при

основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;

Владеть:

- методами общеклинического обследования;
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики, применяющихся для выявления наиболее распространенных заболеваний;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний.

4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА КОНТАКТНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ (ПО ВИДАМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ) И НА САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Очная форма обучения

Вид учебной работы	Всего часов	9 семестр	10 семестр	11 семестр
1. Контактная работа обучающихся с преподавателем:	180.3	46	68	66.3
Аудиторные занятия всего, в том числе:	170	42	66	62
Лекции	36	12	12	12
Лабораторные	-	-		
Практические занятия	134	30	54	50
Контактные часы на аттестацию (экзамен)	0,3	-	-	0,3
Консультация	4	2		2
Контроль самостоятельной работы	6	2	2	2
2. Самостоятельная работа	116.7	62	40	14.7
Контроль	27	-		27
ИТОГО:	324	108	108	108
Общая трудоемкость	9	3	3	3

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
9 семестр		
Тема 1 Методология дифференциальной диагностики.	Понятие о дифференциальной диагностике заболеваний. Методология дифференциальной диагностики, выбор диагностической программы. Этапы диагностического поиска: эмпирический, рациональный, практический. Понятие о Предварительном и Заключительном клиническом диагнозе.	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 2. . Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при артериальной гипертензии	Симптоматические гипертензии: гемодинамические, неврогенные, эндокринные, почечные. Информативность лабораторных и инструментальных методов диагностики. Особенности дифференциальной диагностики при синдроме артериальной гипертензии. Дифференциальная диагностика гипертонической болезни и других симптоматических артериальных гипертензии. Современные методы немедикаментозного и медикаментозного лечения разных видов АГ. Гипертонический криз. Неотложная	ОПК-4.1 ОПК-7.2

	помощь при различных вариантах гипертонического криза, а также осложненном энцефалопатией и отеком легких.	
Тема 3. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при остром коронарном синдроме	Клиника, диагностика атипичных форм инфаркта миокарда. Варианты острого коронарного синдрома: без подъема сегмента ST и с подъемом сегмента ST. Дифференциальная диагностика при ОКС. Современные методы консервативного лечения ОКС. Антитромботическая терапия. Тромболизис. Осложнения ОКС.	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 4. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика нарушений сердечного ритма	Алгоритм дифференциальной диагностики нарушений сердечного ритма. Дифференциальнодиагностические признаки синусовой тахикардии, синусовой брадикардии, экстрасистолии, пароксизмальных тахикардий, фибрилляции и трепетания предсердий, фибрилляции желудочков. Принципы дифференцированной терапии нарушений сердечного ритма. Основные группы антиаритмических препаратов. Электроимпульсная терапия при нарушениях сердечного ритма. Временная и постоянная электрокардиостимуляция	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 5 Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при кардиомегалии	Роль врожденных и приобретенных пороков сердца в увеличении размеров сердца. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии. Опухоли сердца. Экссудативный перикардит. Алкогольное поражение сердца. Алгоритм дифференциальной диагностики при кардиомегалии.. Первичная кардиомиопатия. Поражение сердца при гемохроматозе и саркоидозе. Значение дополнительных лабораторных и инструментальных методов в диагностике. Возможности биопсии миокарда в диагностике редких поражений сердца.. Принципы дифференцированной терапии кардиомегалий: лечение основного и сопутствующего заболеваний, борьба с осложнениями, основные группы препаратов	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 6. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при острой и хронической сердечной недостаточности	Дифференциальная диагностика вариантов острой сердечной недостаточности. Принципы лечения острой недостаточности сердца: снижение гидростатического давления в сосудах малого круга кровообращения, борьба с перераздражением дыхательного центра, борьба с развитием патологических ваготропных реакций при введении наркотических анальгетиков, борьба с пенообразованием в дыхательных путях и др., стимуляция дыхательного миокарда борьба с альвеолярной гипоксией. Тактика ведения больных после ликвидации острой сердечной недостаточности. Принципы дифференцированной терапии хронической сердечной недостаточности: улучшение функционального состояния пораженного миокарда, восстановление сосудистого тонуса, нормализация микроциркуляции, рациональный режим и диетотерапия, нормализация водно-солевого обмена, кислотно-основного обмена, борьба с факторами, способствующими поражению миокарда. Показания к медикаментозному лечению в зависимости от стадии, основного заболевания. Немедикаментозные способы борьбы с хронической сердечной недостаточностью.	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 7. Дифференциальный диагноз суставного синдрома. Врачебная тактика	Алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся появлением суставного синдрома. Дифференциальнодиагностические признаки суставного синдрома при острой ревматической лихорадке, ревматоидном артрите, остеоартрозе, метаболических, лимфопролиферативных, системных заболеваниях соединительной ткани и злокачественных опухолях. Дифференцированная терапия заболеваний, сопровождающихся появлением суставного синдрома. Неотложная терапия острого приступа подагры. Дифференциально-диагностические признаки суставного синдрома при анкилозирующем спондилите, реактивных артритах, синдроме Рейтера, псориатическом артрите, воспалительных заболеваниях кишечника. Принципы дифференцированной терапии серонегативных спондилоартропатий	ОПК-4.1 ОПК-7.2

Тема 8 Дифференциальная диагноз и врачебная тактика при системных заболеваниях соединительной ткани	Алгоритм дифференциальной диагностики системных заболеваний соединительной ткани. Дифференциально-диагностические признаки системной красной волчанки, системной склеродермии, дермато- и полимиозита, синдрома Шегрена. Антифосфолипидный синдром. Дифференцированная терапия системных заболеваний соединительной ткани. Лечение неотложных состояний при системных заболеваниях соединительной ткани	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 9. . Алгоритм дифференциальной диагностики системных заболеваний соединительной ткани. Дифференциальноди агностические признаки системной красной волчанки, системной склеродермии, дермато- и полимиозита, синдрома Шегрена. Антифосфолипидный синдром. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при «сердечных» шумах	Классификации шумов в области сердца. Функциональный шум. Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца. Алгоритм дифференциальнодиагностических признаков врожденных и приобретенных пороков сердца, пролапса митрального клапана, фибринозного перикардита, гипертрофической кардиомиопатии и миксомы сердца. Лечение и профилактика приобретенных и врожденных пороков сердца. Показания к хирургической коррекции.	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 10. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при системных васкулитах	Алгоритм дифференциальной диагностики системных васкулитов. Дифференциальнодиагностические признаки гигантоклеточного (височного) артериита, артериита Такаясу, гранулематоза Вегенера, синдрома ЧерджаСтросса, геморрагического васкулита, синдрома Гудпасчера, пурпуры Шёнляйна-Геноха, узелкового полиартериита. Дифференцированное лечение системных васкулитов	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 11. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при наличии патологического мочевого осадка	Функциональные пробы, биохимические тесты и инструментальные исследования в диагностике патологии почек. Классификация, патогенез, алгоритм диагностического поиска при гематурии, лейкоцитурии, протеинурии и цилиндрурии. Дифференциально-диагностические признаки гломерулонефрита и пиелонефрита, роль лабораторных и инструментальных методов исследования в их диагностике. Принципы терапии гломерулонефрита и пиелонефрита. Дифференциально-диагностические признаки поражения почек при системных заболеваниях соединительной ткани, системных васкулитах, метаболических заболеваниях, хронической алкогольной интоксикации, гемобластозах и злокачественных новообразованиях. Принципы терапии поражения почек при системных и метаболических заболеваниях, особенности терапии основного заболевания.	
10 семестр		
Тема 12. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний, проявляющихся нефротическим	Алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся появлением нефротического синдрома. Дифференциальнодиагностические признаки заболеваний, сопровождающихся нефротическим синдромом. Принципы терапии нефротического синдрома, особенности терапии основного заболевания.	ОПК-4.1 ОПК-7.2

синдромом		
Тема 13. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика гепатомегалий и гепатолиенального синдрома.	Алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся гепатоспленомегалией. Дифференциально-диагностические признаки заболеваний, сопровождающихся очаговой гепатомегалией. Дифференциально-диагностические признаки острых и хронических гепатитов, ферментопатических гипербилирубинемий, гепатозов, цирроза печени, болезней накопления, заболеваний печеночных сосудов, гематологической и кардиальной патологии, сопровождающейся гепатоспленомегалией. Принципы дифференцированной терапии заболеваний, сопровождающихся гепатоспленомегалией. Неотложная терапия печеночной энцефалопатии и комы, кровотечения из вен пищевода	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 14. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика желтух	Алгоритм дифференциальной диагностики желтух. Дифференциально-диагностические признаки заболеваний, проявляющихся надпеченочной, печеночной и подпеченочной формой желтухи. Принципы дифференцированной терапии заболеваний, осложнившихся желтухой	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 15. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому дисфагии	Алгоритм дифференциальной диагностики. Принципы дифференцированной терапии. Опрос, собеседование по ситуационным задачам, тестирование, защита реферата, разбор тематического больного, истории, написание истории болезни. Проверка практических навыков	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 16. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому эпигастралгии	Дифференциально-диагностические признаки и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и эзофагоспазма. Дифференциально-диагностические признаки и лечение язвенной болезни и симптоматических язв. Современные стандарты эрадикационной терапии. Хронический гастрит и функциональная (неязвенная) диспепсия, сочетание диагнозов. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы: дифференциально-диагностические признаки, методы консервативной терапии и показания к оперативному лечению. Ранняя диагностика рака пищевода и желудка. Профилактика рака пищевода и желудка	
Тема 17. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при нарушениях функции кишечника (диарея, запоры)	Определение понятия «диарея». Значение анамнеза в выявлении диареи. Функциональная и органическая диарея. Клиника, диагностика и лечение неспецифического язвенного колита и болезни Крона. Дифференциальный диагноз. Болезнь Уиппла: клиника, диагностика и лечение. Этиология, патогенез и классификация функциональных заболеваний кишечника. Синдром раздраженного кишечника: клиника, диагностика и лечение. Дифференциально-диагностические признаки и лечение ферментопатий (энтеропатий). Дифференциально-диагностические признаки и лечение воспалительных заболеваний кишечника. Дифференциально-диагностические признаки и лечение функциональных заболеваний кишечника. Определение понятия «запор». Этиология, патогенез. Предрасполагающие факторы. Пожилом возрасте, органические заболевания кишечника. Дифференциально-диагностические признаки и лечение функциональных заболеваний кишечника, сопровождающихся запором. Дифференциально-диагностические признаки и лечение ишемического колита и дивертикулеза. Дифференциально-диагностические признаки и лечение опухолей кишечника. Дифференциально-диагностические признаки кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта, принципы терапии. Дифференциально-диагностические признаки эндокринных, метаболических и иммунных заболеваний, сопровождающихся запором. Профилактика кровотечений при наличии эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта.	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 18. Дифференциальный	Алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом.	ОПК-4.1 ОПК-7.2

диагноз и врачебная тактика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом	Дифференциально-диагностические признаки бронхообструктивного синдрома при пульмонологических, кардиологических заболеваниях, ЛОР-патологии, неврологических заболеваниях, патологии средостения, эндокринных опухолях. Терапия хронической обструктивной болезни легких стабильного течения и ее обострений. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы и ее обострений (приступов). Принципы дифференцированной терапии других заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом. Неотложная терапия астматического статуса, сердечной астмы и отека легких, респираторного дистресс-синдрома, тромбоза легочной артерии, истерического статуса	
Тема 19. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика интерстициальных заболеваний легких	Алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся интерстициальным поражением легких. Дифференциально-диагностические признаки диссеминаций при саркоидозе, идиопатическом фиброзирующем альвеолите, токсическом фиброзирующем альвеолите, экзогенных аллергических альвеолитах. Дифференциально-диагностические признаки диффузных изменений при туберкулезе, системных заболеваниях соединительной ткани, системных васкулитах, пневмокониозах. Принципы дифференцированной терапии саркоидоза и альвеолитов	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 20. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний с синдромом округлой тени в легких	Дифференциально-диагностические признаки пневмоний, туберкулеза легких, абсцесса легкого. Принципы дифференцированной терапии пневмоний. Основные группы антибактериальных препаратов. Неотложная терапия инфекционно-токсического шока. Принципы дифференцированной терапии неинфекционных заболеваний легких, сопровождающихся синдромом округлой тени	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 21. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний с синдромом полости в легких	Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика заболеваний с синдромом полости в легких. Алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний с синдромом полости в легких. Принципы дифференцированной терапии	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 22. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому выпота в плевральную полость	Дифференциальный диагноз экссудата и транссудата Алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся появлением жидкости в плевральной полости. Дифференциально-диагностические признаки синдрома жидкости в плевральной полости при пульмонологических, кардиологических, гастроэнтерологических и системных заболеваниях соединительной ткани. Принципы дифференцированной терапии синдрома жидкости в плевральной полости. Неотложная терапия массивного выпота в плевральной полости.	ОПК-4.1 ОПК-7.2
11 семестр		
Тема 23. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика анемий	Клинико-гематологическая характеристика основных групп анемий: острой постгеморрагической, железодефицитных, связанных с нарушением синтеза и утилизации порфиринов, обусловленных нарушением синтеза ДНК и РНК, гемолитических, вызванных угнетением пролиферации клеток костного мозга (гипо- и апластических). Алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся синдромом анемии. Острая постгеморрагическая анемия, железодефицитные анемии, анемия беременных. Дифференциальная диагностика с другими гипохромными анемиями, протекающими с высоким содержанием железа в сыворотке крови (талассемия и др.). Анемии, связанные с нарушением синтеза ДНК и РНК. Гемолитические анемии. Гипопластические анемии. Изменения со стороны периферической крови и костного мозга. Принципы дифференцированной терапии заболеваний, сопровождающихся синдромом анемии. Клиника	ОПК-4.1 ОПК-7.2

	гемолитического криза. Неотложная терапия гемолитического криза, лечение гемолитических анемий в зависимости от этиологии и патогенеза, степени тяжести. Показания к спленэктомии, назначению глюкокортикостероидов и иммунодепрессантов	
Тема 24. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика лимфопролиферативных заболеваний	Алгоритм дифференциальной диагностики лейкозов. Дифференциально-диагностические признаки острых и хронических лейкозов. Дифференциальный диагноз лейкозов с другими заболеваниями, сопровождающимися лимфаденопатией и спленомегалией. Хронический лимфолейкоз. Клинические формы, диагностика и лечение. Лимфогранулематоз, лимфомы. Клиника, диагностика, лечение. Принципы дифференцированной терапии	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 25. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика миелолипролиферативных заболеваний	Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика полицитемии. Эритроцитозы. Алгоритм дифференциальной диагностики. Хронический миелолейкоз. Основные клинические синдромы и осложнения при хроническом миелолейкозе. Бластный криз. Сублейкемический миелоз. Основные варианты клинического течения в ранней стадии, стадии развернутой клинической картины. Особенности гемограммы и костного мозга. Принципы дифференцированной терапии. Показания к назначению цитостатических средств, глюкокортикостероидов, переливаний компонентов крови. Показания к лучевой терапии.	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 26. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика миеломной болезни	Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение миеломной болезни. Алгоритм дифференциальной диагностики. Принципы дифференцированной терапии	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 27. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при цитопеническом синдроме	Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение агранулоцитозов. Гиперспленизм. Клинико-диагностические критерии. Мелодиспластический синдром. Диагностические критерии. Алгоритм дифференциальной диагностики. Принципы дифференцированной терапии	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 28. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика геморрагических болезней	Этиология, патогенез и классификация геморрагических диатезов. Типы кровоточивости, методы исследования. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение наследственной геморрагической телеангиоэктазии, геморрагического васкулита, тромбоцитопенической пурпуры, гемофилии. Симптоматические тромбоцитопении, тромбоцитопатии. Алгоритм дифференциальной диагностики геморрагических диатезов. Дифференциально-диагностические признаки геморрагических диатезов, связанных с поражением сосудистого, тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза. Принципы дифференцированной терапии геморрагических диатезов. Показания и методика переливания тромбоцитарной массы, криопреципитата	ОПК-4.1 ОПК-7.2
Тема 29. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика лимфаденопатий	Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся лимфаденопатией. Алгоритм дифференциальной диагностики. Принципы дифференцированной терапии	ОПК-4.1 ОПК-7.2

6. СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

Очная форма обучения

Наименование раздела (темы) дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу (в часах)			
	Л	ЛР	ПЗ	СРС

Тема 1 Методология дифференциальной диагностики.	1	-	2	5
Тема 2. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при артериальной гипертензии	1	-	2	5
Тема 3. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при остром коронарном синдроме	1	-	2	5
Тема 4. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика нарушений сердечного ритма	1	-	2	5
Тема 5 Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при кардиомегалии	1	-	2	6
Тема 6. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при острой и хронической сердечной недостаточности	1	-	2	6
Тема 7. Дифференциальный диагноз суставного синдрома. Врачебная тактика	1	-	2	6
Тема 8 Дифференциальная диагноз и врачебная тактика при системных заболеваниях соединительной ткани	1	-	4	6
Тема 9. Алгоритм дифференциальной диагностики системных заболеваний соединительной ткани. Дифференциальнодиагностические признаки системной красной волчанки, системной склеродермии, дермато- и полимиозита, синдрома Шегрена. Антифосфолипидный синдром. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при «сердечных» шумах	2	-	4	6
Тема 10. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при системных васкулитах	1		4	6
Тема 11. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при наличии патологического мочевого осадка	1		4	6
Тема 12. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом	1		4	3
Тема 13. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика гепатомегалий и гепатолиенального синдрома.	1		4	3
Тема 14. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика желтух	1		4	3
Тема 15. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому дисфагии	1		4	3
Тема 16. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому эпигастралгии	1		4	4
Тема 17. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при нарушениях функции кишечника (диарея, запоры)	1		4	4
Тема 18. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом	1		6	4
Тема 19. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика интерстициальных заболеваний легких	1		6	4
Тема 20. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний с синдромом округлой тени в легких	1		6	4
Тема 21. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний с синдромом полости в легких	2		6	4
Тема 22. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому выпота в плевральную полость	1		6	4
Тема 23. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика анемий	1		8	2
Тема 24. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика лимфопролиферативных заболеваний	2		8	2
Тема 25. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика миелопролиферативных заболеваний	2		8	2
Тема 26. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика миеломной болезни	2		8	2
Тема 27. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика	2		6	2

при цитопеническом синдроме				
Тема 28. . Дифференциальный диагноз и врачебная тактика геморрагических болезней	2		6	2
Тема 29. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика лимфоаденопатий	1		6	2.7
Итого (часов)	36	-	134	116.7
Форма контроля	Экзамен			

7. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Самостоятельная работа обучающихся направлена на углубленное изучение разделов и тем рабочей программы и предполагает изучение литературных источников, выполнение домашних заданий и проведение исследований разного характера. Работа основывается на анализе литературных источников и материалов, публикуемых в интернете, а также реальных речевых и языковых фактов, личных наблюдений. Также самостоятельная работа включает подготовку и анализ материалов по темам пропущенных занятий.

Самостоятельная работа по дисциплине включает следующие виды деятельности:

- работа с лекционным материалом, предусматривающая проработку конспекта лекций и учебной литературы;
- поиск (подбор) и обзор литературы, электронных источников информации по индивидуально заданной проблеме курса, написание доклада, исследовательской работы по заданной проблеме;
- выполнение задания по пропущенной или плохо усвоенной теме;
- самостоятельный поиск информации в Интернете и других источниках;
- выполнение домашней контрольной работы (решение заданий, выполнение упражнений);
- изучение материала, вынесенного на самостоятельную проработку (отдельные темы, параграфы);
- написание рефератов;
- подготовка к тестированию;
- подготовка к практическим занятиям;
- подготовка к экзамену.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1 Основная литература:

1. Моисеев, В. С. Внутренние болезни : Том 1 : учебник : в 2 т. / од ред. Моисеева В. С. , Мартынова А. И. , Мухина Н. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 960 с. - ISBN 978-5-9704-5314-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.html> - Режим доступа : по подписке.
2. Моисеев, В. С. Внутренние болезни : Том 2 : учебник : в 2 т. / под ред. Моисеева В. С. , Мартынова А. И. , Мухина Н. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-5315-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453155.html> - Режим доступа : по подписке.

8.2. Дополнительная литература

1. Люсов, В. А. Госпитальная терапия / Люсов В. А. , Байкова О. А. , Евсиков Е. М. и др. / Под ред. В. А. Люсова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-1309-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970413098.html> - Режим доступа : по подписке..

8.3. Лицензионное программное обеспечение

	Наименование ПО	Тип лицензии	№ Договора
1	Среда электронного обучения 3KL Moodle, версия 5GB 4.1.3b	Коммерческая	№1756-2 от 20 сентября 2023
2	1С Университет ПРОФ. Ред.2.2.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
3	1С: Университет ПРОФ. Активация возможности обновления конфигурации на 12 мес.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
4	Программное обеспечение «Планы ВПО»	Коммерческая	№2193-24
5	Аппаратно-программный комплекс в составе интерактивного стола и предустановленного программного обеспечения для отображения трехмерного образа человеческого тела. Интерактивный анатомический стол «Пирогов» Модель II	Коммерческая	№1190
6	Защищенный программный комплекс 1С: Предприятие 8.3z	Коммерческая	№ЛМ00-000221
7	1С: Предприятие 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
8	1С: Предприятие 8.3 ПРОФ. Лицензия на сервер.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
9	1С: Бухгалтерия 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000490
10	1С: Зарплата и управление персоналом 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000490
11	MS SQL Server 2019 Standard	Коммерческая не исключительное право	№ЛМ00-000221
12	Система анализа программного и аппаратного ТСIP/IP сетей (сетевой сканер Ревизор Сети версии 3.0)	Коммерческая	№966
13	Единый центр управления Dallas Lock. Максимальное количество сетевых устройств для мониторинга: 3	Коммерческая	№966
14	Неисключительное право на использование Dallas Lock 8.0-К (СЗИ НСД, СКН)	Коммерческая	№966
15	Модуль сбора данных для специального раздела сайта образовательной организации высшего образования	Коммерческая не исключительное право	№2135-23
16	Kaspersky Стандартный Certified Media Pack Russian Edition.	Коммерческая	№297
17	Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition.	Educational License	№1190
18	Ревизор сети (версия 3.0), стандартное продление лицензии на 1 год	Коммерческая	№1190
19	Ревизор сети (версия 3.0) 5 IP, право на использование дополнительного IP адреса к лицензии на 1 год	Коммерческая	№1190
20	Неисключительное право на использование Dallas Lock 8.0-К (СЗИ НСД, СКН)	Коммерческая	№1190
21	Dallas Lock 8.0-К с модулем «Межсетевой экран». Право на использование (СЗИ НСД, СКН, МЭ)	Коммерческая	№3D-24
22	Лицензия на использование программы RedCheck Professional для localhost на 3 года	Коммерческая	№393853
23	Медиа-комплект для сертифицированной версии средства анализа защищенности RedCheck	Коммерческая	№393853
24	Kaspersky Certified Media Pack Customized	Коммерческая	№393853
25	ФИКС (версия 2.0.2), программа фиксации и контроля исходного состояния программного комплекса для ОС семейства Windows. Лицензия	Коммерческая	№393853

	(право на использование) на 1 год		
26	TERRIER (версия 3.0) Программа поиска и гарантированного уничтожения информации на дисках. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
27	Передача неисключительных прав на использование ПО ViPNet Client for Windows 4.x (KC2). Сеть 2458	Коммерческая	№393853
28	Ревизор 1 XP Средство создания модели системы разграничения доступа. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
29	Ревизор 2 XP Программа контроля полномочий к информационным ресурсам. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
30	Агент инвентаризации. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
31	Libre Office	Бесплатная, GNU General Public License	
32	GIMP	Бесплатная, GNU General Public License	
33	Mozilla Thunderbird	Mozilla Public License	
34	7-Zip	Бесплатная, GNU General Public License	
35	Google Chrome	GPL	
36	Ubuntu	GPL	
37	VLC media player	LGPLv2.1+	

8.4 Современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы

1. Российское образование. Федеральный образовательный портал – Режим доступа: www.edu.ru.
2. Министерство образования и науки Российской Федерации [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://minobrnauki.gov.ru/>
3. Научная педагогическая библиотека им. К.Д. Ушинского [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gnpbu.ru>.
4. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.rsl.ru>.
5. Президентская библиотека – <http://www.prilib.ru>
6. Большая медицинская библиотека - <http://med-lib.ru/>.
7. Российское образование. Федеральный портал. – <http://www.edu.ru/>, доступ свободный

Информационные справочные системы:

1. Справочно-правовая система «Консультант Плюс» - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>
2. Информационно-правовой сервер «Гарант» <http://www.garant.ru/>

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Учебная аудитория 12	1.Учебная мебель:
----------------------	-------------------

<p>для проведения занятий лекционного, семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточных аттестаций 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, бульвар Мира, 25</p>	<p>-Комплект учебной мебели: стол на два посадочных места (15 шт.); -стул ученический (30 шт.); -стол преподавателя (1 шт.); -кресло преподавателя (1 шт.); -доска интерактивная; 2. Технические средства обучения: -набор демонстрационного оборудования: - мультимедиа-проектор-(1 шт.); - компьютер (ноутбук) с подключением к сети «Интернет» и доступам к ЭИОС ВУЗа; -учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочим программам дисциплин.</p>
<p>Учебная аудитория 24 для проведения практических занятий, текущего контроля и промежуточных аттестаций 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, б-р Мира, д 25</p>	<p>1.Комплект учебной мебели: стол на два посадочных места (15 шт.); -стул ученический (30 шт.); -стол преподавателя (1 шт.); -кресло преподавателя (1 шт.); -доска маркерная; 2. Технические средства обучения: -набор демонстрационного оборудования: - мультимедиа-проектор-(1 шт.); -моноблок с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС ВУЗа; -учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации. 3. Демонстрационные наборы рентгенограмм, электрокардиограмм, соответствующие тематике занятий 4. Тонометр медицинский 5.Фонендоскоп 6.Ростомер 7.Весы 8.Рулетка –сантиметр для измерения окружности тела 9. Мультимедийные презентации 10.Одноразовый шпатель 11.Негатоскоп на два снимка</p>
<p>Кабинет 4 Помещение для самостоятельной работы, оснащенное компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа к ЭИОС вуза. 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, б-р Мира, д 25</p>	<p>комплекты учебной мебели; компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС вуза;</p>
<p>Кабинет 9 Помещение для самостоятельной работы, оснащенное компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа к ЭИОС вуза 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, ул Чкалова, д 67</p>	<p>комплекты учебной мебели; компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС вуза;</p>

10.ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ ОБУЧАЮЩИМИСЯ-ИНВАЛИДАМИ И ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ПРИ НАЛИЧИИ)

Особые условия обучения и направления работы с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья (далее обучающихся с ограниченными возможностями здоровья) определены на основании:

- Закона РФ от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Закона РФ от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- Приказа Минобрнауки России от 06.04.2021 N 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;
- методических рекомендаций по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащённости образовательного процесса (утв. Минобрнауки России 08.04.2014 № АК-44/05вн).

Под специальными условиями для получения образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

В целях доступности изучения дисциплины инвалидами и обучающимися с ограниченными возможностями здоровья организацией обеспечивается:

1. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:
 - наличие альтернативной версии официального сайта организации в сети «Интернет» для слабовидящих;
 - размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации (информация должна быть выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля);
 - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
 - обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);
 - обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию организации;
2. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:
 - дублирование звуковой справочной информации визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения);
 - обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации;
3. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. Материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в помещения организации, а также пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров: наличие специальных кресел и других приспособлений).

Обучение лиц организовано как инклюзивно, так и в отдельных группах.

11. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

11.1 Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Этапы формирования компетенций в процессе освоения ОПОП прямо связаны с местом дисциплин в образовательной программе. Каждый этап формирования компетенции характеризуется определенными знаниями, умениями и навыками и (или) опытом профессиональной деятельности, которые оцениваются в процессе текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации по дисциплине (практике) и в процессе государственной итоговой аттестации.

Оценочные материалы включают в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине. Указанные планируемые задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимися планируемых результатов обучения по дисциплине, установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины, а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

На этапе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине показателями оценивания уровня сформированности компетенций являются результаты устных и письменных опросов, написание рефератов, выполнение практических заданий, решения тестовых заданий.

Итоговая оценка сформированности компетенций определяется в период государственной итоговой аттестации.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций

Показатели оценивания	Критерии оценивания компетенций	Шкала оценивания
Понимание смысла компетенции	Имеет базовые общие знания в рамках диапазона выделенных задач	Минимальный уровень
	Понимает факты, принципы, процессы, общие понятия в пределах области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет фактические и теоретические знания в пределах области исследования с пониманием границ применимости	Высокий уровень
Освоение компетенции в рамках изучения дисциплины	Наличие основных умений, требуемых для выполнения простых задач. Способен применять только типичные, наиболее часто встречающиеся приемы по конкретной сформулированной (выделенной) задаче	Минимальный уровень
	Имеет диапазон практических умений, требуемых для решения определенных проблем в области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет широкий диапазон практических умений, требуемых для развития творческих решений, абстрагирования проблем. Способен выявлять проблемы и умеет находить способы решения, применяя современные методы и технологии.	Высокий уровень

Способность применять на практике знания, полученные в ходе изучения дисциплины	Способен работать при прямом наблюдении. Способен применять теоретические знания к решению конкретных задач.	Минимальный уровень
	<p>Может взять на себя ответственность за завершение задач в исследовании, приспосабливает свое поведение к обстоятельствам в решении проблем. Затрудняется в решении сложных, неординарных проблем, не выделяет типичных ошибок и возможных сложностей при решении той или иной проблемы</p> <p>Способен контролировать работу, проводить оценку, совершенствовать действия работы. Умеет выбрать эффективный прием решения задач по возникающим проблемам.</p>	<p>Базовый уровень</p> <p>Высокий уровень</p>

11. 2 Оценочные материалы для проведения текущего контроля

ОПК–4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза (контролируемый индикатор достижения ОПК-4.1. Готов применить алгоритм медицинских технологий, специализированного оборудования и медицинских изделий при решении профессиональных задач).

ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности (контролируемый индикатор достижения ОПК -7.2 Оценивает эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у взрослых;).

Типовые задания, для оценки сформированности знаний

Результаты обучения
<p>Знает предназначение медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи;</p> <p>Знает действие лекарственных средств с учетом фармакодинамики, фармакокинетики, фармакогенетики, взаимодействия лекарственных средств, нежелательных побочных эффектов с учетом данных доказательной медицины;</p>

Типовые задания для устного опроса

1. План обследования больного с синдромом лимфоаденопатии
2. Лимфаденит туберкулезной этиологии, диагностические критерии.
3. Дифференциальная диагностика гиперплазии лимфатических узлов и эпидемического паротита.
4. Инфекционные заболевания, сопровождающиеся специфическим поражением лимфатических узлов: инфекционный мононуклеоз, фелиноз и др.
5. Поражение лимфатических узлов при лимфогранулематозе.
6. Поражение лимфатических узлов при лейкозах.
7. Диагностические критерии банальных лимфаденитов.
8. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с лимфоаденопатией и спленомегалией.
9. Вазопатии: болезнь Шенлейн-Геноха, Рандю-Ослера. Клиническая картина, диагностические критерии.
10. Гемофилия: этиология, классификация, клиническая картина, диагностические критерии.
11. Тромбоцитопении: этиология, классификация, клиническая картина, диагностические критерии.
12. Геморрагический васкулит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностические критерии.

13. Основные принципы лечения при геморрагических диатезах (гемофилии, болезни Верльгофа и геморрагическом васкулите).
14. План обследования больного при геморрагическом синдроме.
15. Определение понятия гемостаза. Типы кровоточивости.
16. Миелодиспластический синдром. Диагностические критерии.
17. Гиперспленизм. Клинико-диагностические критерии.
18. Основные причины тромбоцитопении. Клинико-диагностические критерии.
19. Основные причины лейкопении.
20. Агранулоцитоз. Причины, классификация, клиника, критерии диагноза.
21. Цитопенический синдром при гемобластозах. Диагностические критерии.
22. Критерии эффективности терапии миеломной болезни.
23. Принципы лечения миеломной болезни.
24. Критерии диагностики миеломной болезни.
25. Основные синдромы миеломной болезни.
26. Классификация миеломной болезни.
27. Хроническая эозинофильная лейкемия: клиническая картина и диагностические критерии.
28. Хроническая нейтрофильная лейкемия: клиническая картина и диагностические критерии.
29. Эссенциальная тромбоцитемия: клиническая картина и диагностические критерии.
30. Хронический идиопатический миелофиброз: клиническая картина и диагностические критерии.
31. Истинная полицитемия: клиническая картина и диагностические критерии.
32. Хроническая миелогенная лейкемия: клиническая картина и диагностические критерии.
33. Лимфогранулематоз. Клиника, диагностика, лечение.
34. Схемы химиотерапии при лимфолейкозах.
35. Отличие острого и хронического лимфолейкоза.
36. Понятие о полной и неполной ремиссии при лейкозе.
37. Основные клинические синдромы лейкозов.
38. Характеристика и назначение препаратов, применяемых для лечения анемий.
39. Клинические проявления внутрисосудистого и внутриклеточного гемолиза эритроцитов.
40. Клинические проявления тканевого дефицита и избытка железа.
41. Обязательный объем лабораторных и инструментальных исследований для определения патогенетических вариантов анемического синдрома.
42. Патогенез, классификация анемий, диагностические критерии различных патогенетических вариантов.
43. Физические и лабораторно-инструментальные методы выявления синдрома анемии.
44. Назовите основные направления лечения плевральных выпотов.
45. Назовите необходимые лабораторные исследования и дайте характеристику основных биохимических параметров, встречающихся при экссудате и трансудате.
46. Охарактеризуйте основные клинические проявления плеврального выпота.
47. В чем отличие экссудата и трансудата?
48. Классификация плеврального выпота.
49. Классификация бронхоэктатической болезни. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика бронхоэктатической болезни.
50. Дополнительные методы диагностики при выявлении туберкулезной каверны.
51. Диагностические критерии рака легкого с распадом.
52. План обследования больного с синдромом полости в легких.
53. Клиника абсцесса легкого в разные периоды течения заболевания.

54. Основные причины формирования кист в легких. Клинические и рентгенологические критерии кист легких.
55. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика эхинококкоза легких.
56. Методы диагностики инфильтративного туберкулеза.
57. Методы обследования больного туберкулезом. Рентгенодиагностика.
58. Критерии периферического рака легкого. Клинико-анатомические формы.
59. Принципы лечения больных при диффузных заболеваниях легких в зависимости от этиологии, патогенеза, осложнений.
60. Патогенез хронического легочного сердца в зависимости от этиологии.
61. Лекарственные пневмопатии (амиодарон, нитрофураны и др.).
62. Механизмы развития диффузных изменений в легких при системных заболеваниях соединительной ткани, саркоидозе, пневмокониозах, идиопатическом фиброзирующем альвеолите, вторичном синдроме Хаммена-Рича.
63. Механизмы развития диффузных изменений в легких при хроническом бронхите.
64. Синдром бронхиальной обструкции при болезнях трахеи.
65. Синдром бронхиальной обструкции при заболеваниях гортани, ангионевротическом отеке.
66. Механизмы развития удушья при обтурационном бронхоспазме.
67. Механизмы развития синдрома бронхиальной обструкции при гетероаллергическом бронхоспазме.
68. Механизмы, лежащие в основе развития бронхоспазма при атопической и инфекционно-аллергической бронхиальной астме.
69. Лабораторная диагностика нарушений газового состава крови при бронхоспазме.
70. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с хроническими запорами (хронический колит, алиментарные запоры и т.д.).
71. Водная диарея - патогенетические механизмы ее развития, дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с водной диареей (карциноидный синдром, гастринома, вилома).
72. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с колитной формой диареи (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, рак толстой кишки, туберкулезный тифлит).
73. Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся энтеральной диареей (хронический энтерит, целиакия, болезнь Уипля, терминальный илеит, аллергические энтеропатии, эндокринные энтеропатии, переменный иммунодефицит, амилоидоз внутренних органов).
74. Дискинетический кишечный синдром: варианты дискинетических расстройств, причины, механизмы возникновения, клинические проявления различных вариантов.
75. Дифференциальная диагностика гастралгии с острой хирургической патологией.
76. Характеристика болевого синдрома при язвах желудка различной локализации и язвах ДПК.
77. Эндоскопические критерии язвенной болезни и гастрита.
78. Современная классификация, этиология, патогенез, клинические особенности, диагностика, дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение синдрома неязвенной диспепсии, хронического гастрита и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
79. Дифференциальная диагностика при болевом синдроме в эпигастрии (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастрит, язва желудка и ДПК и др.).
80. Общие клинические признаки рака органов желудочно-кишечного тракта различной локализации.
81. Клинические и рентгенологические признаки нарушения проходимости желудочнокишечного тракта на разных уровнях.
82. Симптомы и синдромы желудочной диспепсии, пищеводной дисфагии, этиология и патогенетические механизмы их возникновения, особенности клинического

проявления желудочной диспепсии, пищеводной дисфагии в зависимости от патогенетического механизма, лежащего в их основе.

83. Клиническая анатомия и физиология пищевода, желудка, поджелудочной железы, желчного пузыря, кишечника.

84. Дифференциальная диагностика желтух.

85. Методы обследования при желтухе.

86. Этиология и патогенез надпеченочной, печеночной и подпеченочной желтухи.

87. Классификация желтух.

88. Понятие об истинной желтухе. Пигментный обмен в здоровом организме.

89. Понятие о гипер-, гипо-, аспленизме, спленомегалии.

90. Дифференциальная диагностика при гипербилирубинемии с преимущественным увеличением конъюгированной фракции пигмента.

91. Дифференциальная диагностика при гипербилирубинемии с преимущественным увеличением неконъюгированной фракции пигмента.

92. Пигментный обмен, определение истинной желтухи, отличие ее от «ложной» желтухи, патогенетические варианты желтух.

93. Методические приемы и инструментальные методы обследования, позволяющие отличить увеличенную селезенку и печень от других образований брюшной полости.

94. Показания и противопоказания к проведению нефробиопсии?

95. Назовите нефропатии, при которых гломерулосклероз не сопровождается уменьшением размеров почек.

96. Почему нефротического синдрома при амилоидозе почек протекает без гиперлипидемии?

97. В чем различие нефротического синдрома и синдрома белковой дискразии?

98. Назовите обязательные признаки нефротического синдрома?

99. Чем обусловлена относительная плотность мочи, как называются изменения этого показателя? Примеры заболеваний и патологических состояний, для которых патогномично изменение относительной плотности мочи.

100. Проба Реберга - параметры, диагностическое значение; расчет СКФ по формуле Кокрофта-Голта и по уравнению СКД-ЕРІ (Национальные рекомендации по ХБП, 2013г.)

101. Инструментальные методы исследования (УЗИ, в/в урография, компьютерная томография, нефробиопсия), показания, противопоказания, осложнения, диагностическая ценность, целесообразность и риск проведения инвазивных методов исследования.

102. Диагностическое значение проб Нечипоренко, Зимницкого, бактериологического исследования мочи, изменения реакции мочи (алкализация мочи).

103. Диагностическое значение исследования осадка мочи для дифференциации поражений почек.

104. Принципы дифференцированной терапии системных васкулитов. Роль методов эфферентной терапии.

105. Дифференциально-диагностические признаки гиперергических ангиитов (геморрагического васкулита, синдрома Гудпасчера).

106. Дифференциально-диагностические признаки гранулематозных артериитов (гранулематоза Вегенера, гигантоклеточного височного артериита, неспецифического аортоартериита).

107. Дифференциально-диагностические признаки узелкового периартериита.

108. Алгоритм дифференциальной диагностики системных васкулитов.

109. Принципы лечения пороков сердца. Показания к хирургическому лечению.

110. Дифференциальный диагноз одышки и отечного синдрома Эйзенменгера.

111. Особенности клинической симптоматики врожденных пороков сердца с шунтом слева-направо.

112. Основные жалобы и клинические проявления при приобретенных пороках сердца.

113. Критерии диагностики ревматической лихорадки.

114. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме.

115. Основные принципы диагностики системных васкулитов.
116. Дифференциальная диагностика СКВ, ССД, дерматомиозита, узелкового периартериита.
117. Основные клинические проявления острой ревматической лихорадки, СКВ, ССД, дерматомиозита, узелкового полиартериита.
118. Основные лабораторные показатели, отражающие активность аутоиммунного процесса.
119. Общие патоморфологические и клинические проявления ДЗСТ.
120. Подагра. Рентгенологическая и лабораторная диагностика.
121. Псориазическая артропатия. Диагностические критерии.
122. Болезнь Рейтера. Диагностические критерии.
123. Болезнь Бехтерева. Диагностические критерии.
124. Остеоартроз. Клиника, диагностика и лечение. Дифференциальный диагноз с ревматоидным артритом.
125. Понятие об остеохондропатиях.
126. Диагностические критерии реактивных артритов.
127. Диагностические критерии ревматоидного артрита.
128. Современная медикаментозная и немедикаментозная терапия ХСН.
129. Хроническая лево-, правожелудочковая и бивентрикулярная сердечная недостаточность. Этиология, эпидемиология, клиника, инструментальная диагностика.
130. Острая правожелудочковая недостаточность. Особенности лечения
131. Особенности лечения отека легких, на фоне артериальной гипертензии и гипотензии, а также при сочетании сердечной и бронхиальной астмы.
132. Дифференциальная диагностика отека легких с другими причинами пароксизмальной одышки.
133. Острая левожелудочковая недостаточность, дифференциальная диагностика, лечение.
134. Диагностические критерии миокардита.
135. Диагностические критерии гипертрофической кардиомиопатии.
136. Диагностические критерии хронической сердечной недостаточности.
137. Понятие о кардиомегалии. Основные причины кардиомегалии.
138. Меры неотложной помощи при угрожающих жизни аритмиях.
139. Принципы медикаментозной терапии аритмий.
140. ЭКГ-признаки экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии (СВТ и желудочковая), фибрилляции предсердий и желудочков, блокад сердца.
141. Клинические проявления экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии (СВТ и желудочковая), фибрилляции предсердий и желудочков, блокад сердца.
142. Современная классификация аритмий.
143. Принципы лечения ИМ.
144. Осложнения инфаркта миокарда.
145. Дифференциальная диагностика ИМ (клиническая картина, ЭКГ-диагностика, маркеры некроза миокарда).
146. Клинические варианты начала ИМ.
147. Определение понятия и классификация ОКС.
148. Группы антигипертензивных препаратов.
149. Основные виды симптоматических артериальных гипертензий.
150. Лабораторная и гипертоническая диагностика гипертонической болезни.
151. Клиническая картина гипертонических кризов.
152. Основные патогенетические механизмы гипертонической болезни.
153. По какими принципами формируется перечень заболеваний для проведения дифференциального диагноза?
154. Определите понятие нозологической формы и принципы формулировки диагноза.
155. Определите понятие синдрома.

156. Определите понятие симптома

157. Укажите правильную последовательность диагностического процесса.

Критерии и шкала оценивания устного опроса

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	выставляется обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов; - исчерпывающее, последовательно, четко и логически излагает теоретический материал; - свободно справляется с решением задач, - использует в ответе дополнительный материал; - все задания, предусмотренные учебной программой выполнены; - анализирует полученные результаты; - проявляет самостоятельность при трактовке и обосновании выводов
Хорошо	выставляется обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено полностью; - необходимые практические компетенции в основном сформированы; - все предусмотренные программой обучения практические задания выполнены, но в них имеются ошибки и неточности; - при ответе на поставленный вопрос обучающийся не отвечает аргументировано и полно. - знает твердо лекционный материал, грамотно и по существу отвечает на основные понятия.
Удовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено частично, но проблемы не носят существенного характера; - большинство предусмотренных учебной программой заданий выполнено, но допускаются неточности в определении формулировки; - наблюдается нарушение логической последовательности.
Неудовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: - не знает значительной части программного материала; - допускает существенные ошибки; - так же не сформированы практические компетенции; - отказ от ответа или отсутствие ответа.

Тематика рефератов

1. Цитолитический синдром при заболеваниях печени. Маркеры. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся цитолитическим синдромом.

2. Синдром холестаза. Дифференциальная диагностика заболеваний печени сопровождающихся холестазом. Тактика ведения пациента с холестазом.

3. Желтуха. Классификация. Дифференциальный диагноз заболеваний печени сопровождающихся желтухой.

4. Асцит. Этиология. Клиническая картина. Патогенез асцита при циррозе печени. Методы исследования. Осложнения. Лечение пациента с асцитом.

5. Печеночная энцефалопатия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Методы исследования. Лечение пациента с печеночной энцефалопатией.

6. ТЭЛА: клинические маски

7. Внезапная смерть: клиника, диагностика, тактика врача, неотложная помощь;

8. Внезапная смерть: роль дисплазии соединительной ткани;

9. Атипичные формы инфаркта миокарда, специфика лечения и ведение пациентов;

10. Гипертонические кризы: клиника, диагностика, лечение;

11. Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии, дифференциальный диагноз

12. Терапия артериальной гипертензии у беременных;

13. Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы и ХОБЛ;

14. Юридические аспекты оказания неотложной медицинской помощи;
15. Антибактериальная терапия у беременных
16. Астматический статус, тактика врача
17. Синдром обструктивного апноэ-гипопноэ сна: роль в клинике внутренних болезней

Критерии оценивания выполнения реферата

Оценка	Критерии
Отлично	полностью раскрыта тема реферата; указаны точные названия и определения; правильно сформулированы понятия и категории; проанализированы и сделаны собственные выводы по выбранной теме; использовалась дополнительная литература и иные материалы и др.;
Хорошо	недостаточно полное, раскрытие темы; несущественные ошибки в определении понятий и категорий и т. п., кардинально не меняющих суть изложения; использование устаревшей литературы и других источников;
Удовлетворительно	реферат отражает общее направление изложения лекционного материала и материала современных учебников; наличие достаточного количества несущественных или одной-двух существенных ошибок в определении понятий и категорий и т. п.; использование устаревшей литературы и других источников; неспособность осветить проблематику дисциплины и др.;
Неудовлетворительно	тема реферата не раскрыта; большое количество существенных ошибок; отсутствие умений и навыков, обозначенных выше в качестве критериев выставления положительных оценок и др.

11.3. Оценочные материалы для проведения промежуточной аттестации

Типовые задания, направленные на формирование профессиональных умений.

Результаты обучения
<p>Умеет применять на практике простейшие медицинские инструменты (фонендоскоп, шпатель, неврологический молоточек, скальпель, пинцет, зонд, зажим, расширитель, градуированный камертон и т.п.);</p> <p>Умеет: анализировать выбор лекарственных средств с учетом данных доказательной медицины, режим дозирования в соответствии с диагнозом, с учетом возраста, генетических особенностей, сопутствующих заболеваний, состояния систем метаболизма, у особых категорий больных;</p>

Тестовые задания для подготовки к экзамену

1 Метод аналогии дает лучшие результаты при:

1. типичной картине часто встречающихся болезней и при атипичной картине редких болезней;
2. типичной картине заболеваний и при построении диагностических гипотез;
3. построении диагностических гипотез и при оценке дополнительных методов обследования;
4. дифференциальной диагностике.

2 Метод анализа и синтеза начинается с:

1. генерации диагностической гипотезы;
2. построения дифференциально-диагностического ряда;
3. группировки симптомов с целью выделения синдромов;
4. исключения синдромно сходных заболеваний.

3 Синдром — это:

1. группа симптомов;
2. группа симптомов в пределах одной системы;
3. группа симптомов, патогенетически связанных между собой;
4. группа физикальных симптомов.

4 Главный симптом — это:

1. наиболее тягостный для больного симптом;

2. наиболее легко выявляемый (очевидный) симптом;
3. патогномоничный симптом;
4. наименее специфичный симптом.

5 Систематизация симптомов — это их группировка по:

1. степени выраженности;
2. методу физикального исследования;
3. выраженности субъективного восприятия больным;
4. системам органов

6. Какие органы-мишени АГ учитываются при формулировке предварительного диагноза

- 1) Почки, печень, головной мозг, сетчатка глаза, сердце.
- 2) Сердце, сетчатка глаза, скелетная мускулатура, головной мозг.
- 3) Артерии, печень, почки, сердце, сетчатка глаза.
- 4) Сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка глаза.
- 5) Сердце, печень, артерии, головной мозг, почки.

7. К симптомам гипертонической болезни, которые выявляются при сборе жалоб и анамнеза заболевания относятся:

- 1) Боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании.
- 2) Неспецифические кардиалгии.
- 3) Экспираторная одышка.
- 4) Стенокардия.
- 5) Системные головокружения.

8. При формулировании предварительного диагноза степень артериальной гипертензии определяется:

- 1) Давностью артериальной гипертензии.
- 2) Уровнем артериального давления.
- 3) Наличием кризов.
- 4) Наличием факторов риска.
- 5) Степенью поражения органов-мишеней.

9. К факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний, выявляемых при физикальном осмотре относятся:

- 1) Наличие ретинопатии I-II степени.
- 2) Высокий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП).
- 3) Низкий уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП).
- 4) Злоупотребление алкоголем.
- 5) Наличие висцерального ожирения.

10. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний определяется следующими параметрами, выявляемыми при физикальном осмотре :

- 1) Количество используемых препаратов.
- 2) Наличием поражения органов-мишеней.
- 3) Продолжительностью анамнеза гипертонической болезни.
- 4) Эффективностью терапии.
- 5) Наличием кризов

11. при формулировке предварительного диагноза к острому коронарному синдрому относится:

- 1) Пароксизм фибрилляция предсердий.
- 2) Атриовентрикулярная блокада II степени.
- 3) Стенокардия IV функционального класса по CCS. Г.
- 4) Ранняя постинфарктная стенокардия.
- 5) Синкопальное состояние.

12. Причиной коронарной окклюзии при ИМ, которая устанавливается при применении диагностических инструментальных методов обследования, считается:

- 1) Ишемия коронарных артерий.
- 2) Некроз коронарных артерий.

- 3) Тромбоз коронарных артерий.
- 4) Амилоидоз коронарных артерий.
- 5) Гранулематоз коронарных артерий.

13. Вариант дебюта ИМ, при котором наблюдается неврологическая симптоматика на фоне гипертонического криза называется:

- 1) Ангинозный.
- 2) Аритмический.
- 3) Цереброваскулярный.
- 4) Астматический.
- 5) Абдоминальный.

14. при проведении дифференциальной диагностики учитывают, что Вариант начала ИМ с отека легких называется:

- 1) Ангинозный.
- 2) Аритмический.
- 3) Цереброваскулярный.
- 4) Астматический.
- 5) Абдоминальный.

15. В соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи Укажите группу антиаритмических средств, оказывающих антифибрилляторное действие:

- 1) сердечные гликозиды
- 2) антагонисты кальция (IV группа)
- 3) этmozин и другие препараты Ib группы
- 4) амиодарон, бретилия тозилат (III группа)
- 5) хинидин, прокаинамид и другие препараты Ia группы

16. Для оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов Назовите препарат, который может спровоцировать приступ предсердной тахикардии при синдроме WPW:

- 1) новокаинамид
- 2) амиодарон
- 3) верапамил
- 4) пропранолол
- 5) этmozин

17. Для оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов Укажите препарат, которому свойственен антиаритмический эффект:

- 1) аймалин
- 2) мексилетин
- 3) пропafenон
- 4) пропранолол
- 5) все перечисленные

18. В соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи Безусловные показания к лечению антиаритмическими препаратами:

- 1) аритмии, вызывающие нарушение гемодинамики
- 2) нарушение ритма высоких градаций (по классификации Лауна)
- 3) частые нарушения ритма
- 4) все выше перечисленные

19. Для оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов Назовите препарат, антиаритмическое действие которого связано с удлинением атриовентрикулярной проводимости:

- 1) хинидин
- 2) лидокаин

- 3) этмозин
- 4) дигоксин
- 5) прокаинамид

20. Больная, страдающая бронхиальной астмой и ГБ, жалуется на появление сухого кашля. В рамках персонализированного лечения Она принимает беклометазон, капотен ежедневно и сальбутамол при затрудненном дыхании 1-2 раза в неделю. Вероятнее всего, появление кашля связано с приемом:

- 1) беклометазона
- 2) сальбутамола
- 3) капотена
- 4) с сочетанием беклометазона и сальбутамола
- 5) с недостаточной дозой беклометазона

21. При проведении дифференциальной диагностики самой частой формой кардиомиопатии является

- 1) дилатационная
- 2) гипертрофическая
- 3) рестриктивная
- 4) аритмогенная дисплазия правого желудочка

22. При помощи диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза установлено, что Типичным рентгенологическим признаком ДКМП является:

- 1) выпот в полости перикарда
- 2) кардиомегалия
- 3) уменьшение кардиоторакального индекса
- 4) расширение сосудистого пучка

23. При помощи диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза у больных ДКМП при катетеризации сердца выявляются все признаки, кроме:

- 1) дилатации полости ЛЖ
- 2) гипокинезии стенок ЛЖ
- 3) снижения глобальной сократимости ЛЖ
- 4) значимых стенозов коронарных артерий

24. При помощи диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза типичным ЭКГ изменением при ДКМП является:

- 1) наличие дельта волны
- 2) волна Осборна
- 3) синдром QIIIITIII
- 4) специфические изменения отсутствуют

25. При проведении дифференциальной диагностики Дилатационная кардиомиопатия чаще всего развивается:

- 1) в детском возрасте
- 2) в среднем возрасте
- 3) в пожилом возрасте

26. При назначении лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи максимальные дозы Бисопролола у больных сердечной недостаточностью составляют

- 1) 10 мг;
- 2) 5 мг;
- 3) 7,5 мг;
- 4) 2,5 мг

27. При назначении лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими

рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
Максимальные дозы Карведилола у больных сердечной недостаточностью:

- 1) 25 мг;
- 2) 50 мг;
- 3) 150 мг;
- 4) 200 мг;
- 5) Не установлено.

28. Эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов у больных сердечной недостаточностью Доказана в отношении блокаторов бета-адренорецепторов, таких как:

- 1) Атенолол;
- 2) Анаприлин;
- 3) Бисопролол;
- 4) Локрен.

29. Разработка плана лечения алкалоза у больных сердечной недостаточностью в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи, включает

- 1) Увеличение дозы диуретика;
- 2) Комбинация фуросемида с гипотиазидом;
- 3) Верошпирон;
- 4) Кислые пищевые продукты;
- 5) Диакарб;
- 6) Внутривенная инфузия калия хлорида;
- 7) Аспаркам (панангин 6-8 табл. в день).

30. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи, позволяющее предупреждать или коррегировать клинические проявления сердечной недостаточности I функционального класса:

- 1) Ограничить нагрузки до малых;
- 2) Ограничить потребление соли до 10 гр в сутки;
- 3) Ограничить потребление жидкости до 1 л в сутки;
- 4) Снижать массу тела только в случаях, если индекс составляет 30 кг/м² и более;
- 5) Исключить прием алкоголя;
- 6) Исключить большие нагрузки.

31. При сборе жалоб Выберите правильную комбинацию ответов: Для «воспалительного» характера болей характерно:

1. возникновение или усиление после физической нагрузки, ходьбы, к вечеру
2. уменьшение к вечеру
3. усиление в статическом положении
4. возникновение во вторую половину ночи, утром

32. При проведении дифференциальной диагностики Выберите правильную комбинацию ответов: Для ревматоидного артрита характерны:

- 1) воспалительный характер болей
- 2) симметричный полиартрит с вовлечением проксимальных межфаланговых суставов
- 3) несимметричный полиартрит с вовлечением дистальных межфаланговых суставов
- 4) утренняя скованность

33. при проведении дифференциальной диагностики Выберите правильную комбинацию ответов: Для анкилозирующего спондилита (болезнь Бехтерева) характерны:

- 1) односторонний сакроилеит
- 2) двусторонний сакроилеит

- 3) развитие синдесмофитов позвоночника
- 4) развитие остеофитов позвонков

34. При проведении дифференциальной диагностики Выберите правильную комбинацию ответов: Болезнь Рейтера характеризуется наличием:

- 1) моно или олигоартрита
- 2) полиартрита
- 3) урогенитальной инфекции
- 4) инфекции желчевыводящих путей (хронический холецистит)
- 5) конъюнктивита
- 6) кератодермией подошв стоп

35. При проведении дифференциальной диагностики Для гнойного артрита характерен:

- 1) моноартрит
- 2) олигоартрит
- 3) полиартрит

36. Острая ревматическая лихорадка является показанием для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи вызывается для выявления возбудителя

- 1) стафилококком
- 2) бета-гемолитическим стрептококком группы С
- 3) пневмококком;
- 4) бета-гемолитическим стрептококком группы А
- 5) возбудитель неизвестен

37. При проведении дифференциальной диагностики учитывают, что после перенесенной стрептококковой инфекции ОРЛ возникает через:

- 1) 1-2 года
- 2) 2-3 недели
- 3) 4 дня
- 4) 5 месяцев
- 5) 6 недель

38. При формулировке предварительного диагноза К ранним признакам ОРЛ относятся:

- 1) малая хорея
- 2) диастолический шум над аортой
- 3) артрит
- 4) кольцевидная эритема
- 5) узловатая эритема.

Выбрать правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 2
- 2) 2, 3
- 3) 3, 4
- 4) 1, 2, 3
- 5) 3, 4, 5

39. При формулировке предварительного диагноза к поздним признакам ОРЛ относятся

- 1) полиартрит
- 2) вальвулит
- 3) хорея
- 4) кардит
- 5) узловатая эритема

40. При проведении дифференциальной диагностики для ревматического полиартрита характерно: 1) стойкая деформация суставов; 2) нестойкая деформация

суставов; 3) поражение крупных и средних суставов; 4) летучесть болей; 5) Исчезновение болей после приема НПВП. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 2
- 2) 2, 3
- 3) 3, 4
- 4) 1, 2, 3
- 5) 3, 4, 5

41. При проведении дифференциальной диагностики учитывают изменение систолического шума при дефекте межжелудочковой перегородки с возрастом

- 1) существенно не изменяется
- 2) увеличивается
- 3) уменьшается

42. При проведении дифференциальной диагностики учитывают изменения пресистолического шума у больных митральным стенозом при возникновении мерцательной аритмии?

- 1) значительно усиливается
- 2) незначительно усиливается
- 3) не изменяется
- 4) исчезает
- 5) уменьшается

43. При проведении дифференциальной диагностики учитывают перечисленные признаки, характерные для митрального стеноза:

- 1) асистолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе
- 2) акцент и раздвоение второго тона над аортой
- 3) систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе
- 4) дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от второго тона на 0,07-0,12 сек.

44. С целью установления диагноза применяются диагностические инструментальные методы обследования, установлено, что При митральном стенозе наблюдается:

- 1) отклонение пищевода по дуге большого радиуса
- 2) отклонение пищевода по дуге малого радиуса
- 3) увеличение левого желудочка
- 4) расширение восходящей аорты

45. При сборе жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациенты с митральным стенозом предъявляют жалобы на:

- 1) головокружения и обмороки
- 2) сжимающие боли за грудиной при ходьбе
- 3) кровохарканье

46. Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выявило следующие клинические проявления - Для синдрома Вегенера характерно наличие:

- 1) риногенного гранулематоза;
- 2) уплотнений и гиперемии височных артерий;
- 3) очаговых кровоизлияний и подкожных узелков;
- 4) отложений гемоседерина в макрофагах;
- 5) возвышающихся пурпур;

47. При проведении дифференциальной диагностики признаками синдрома Вегенера являются а) кожный зуд; б) боли в животе, которые усиливаются после приема пищи; в) язвенно-некротические поражения слизистых оболочек верхних дыхательных путей; г) распад легочной ткани; д) язвенно-некротическое поражение кожи. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б

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

48. При проведении дифференциальной диагностики признаками артрита при синдроме Вегенера являются

- 1) Поражение суставов при синдроме Вегенера проявляется;
- 2) «стартовыми болями» в коленных и тазобедренных суставах;
- 3) продолжительной утренней скованностью в мелких суставах кистей и стоп;
- 4) ульнарной девиацией кистей;
- 5) артритом плюснефалангового сустава;
- 6) полиартралгиями.

49. При проведении дифференциальной диагностики учитывают признаки височного артериита: а) полиморфная кожная сыпь; б) двусторонний сакроилеит; в) головная боль в височной области; г) снижение зрения; д) боли в мышцах. Выбрать правильную комбинацию ответов:

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

50. При лечении височного артериита хороший эффект наступает от применения:

- 1) глюкокортикоидов;
- 2) препаратов золота;
- 3) аминихинолиновых препаратов;
- 4) НПВС;
- 5) антибиотиков

51. При проведении дифференциальной диагностики учитывают, что При пиелонефрите достоверное диагностическое значение имеет:

- 1) учащенное, болезненное мочеиспускание
- 2) лейкоцитурия
- 3) боли в поясничной области
- 4) лихорадка
- 5) бактериурия

52. При проведении дифференциальной диагностики учитывают, что Самая высокая протеинурия наблюдается при:

- 1) остром гломерулонефрите
- 2) амилоидозе
- 3) нефротическом синдроме
- 4) хроническом гломерулонефрите
- 5) хроническом пиелонефрите

53. При проведении дифференциальной диагностики учитывают, что При наличии у пациента стойкой лейкоцитурии, кислой реакции мочи и выявленной при УЗИ деформации почечных лоханок можно заподозрить:

- 1) рак почки
- 2) хронический пиелонефрит
- 3) врожденную аномалию
- 4) туберкулез почек
- 5) подагрическую нефропатию

54. С целью установления диагноза с чего следует начать обследование пациентки при наличии у нее учащенного и болезненного мочеиспускания и макрогематурии?

- 1) цистоскопия

- 2) внутривенная урография
- 3) анализ мочи
- 4) УЗИ почек
- 5) изотопная ренография

55. При формулировании предварительного диагноза учитывают, что Хроническая почечная недостаточность диагностируется по:

- 1) отекам при наличии протеинурии
- 2) артериальной гипертензии и изменениям в моче
- 3) бактериурии
- 4) повышению концентрации креатинина в крови
- 5) повышению уровня мочевой кислоты в крови

56. Нефротический синдром является медицинским показанием для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Главным признаком которого является:

- 1) лейкоцитурия
- 2) протеинурия
- 3) гематурия
- 4) цилиндрuria
- 5) бактериурия

57. При проведении дифференциальной диагностики учитывают, что причина гипопроteinемии при нефротическом синдроме 1) потеря белков с мочой 2) усиленный синтез бета-глобулинов 3) перемещение белков из плазмы во внеклеточную жидкость 4) потеря белка через кишечник 5) усиленный катаболизм глобулинов. Выберите:

- 1) 1, 3, 4
- 2) 1, 4
- 3) 1, 4, 5
- 4) 4, 5
- 5) все ответы правильные

58. При Разработке плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи к патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома относятся: 1) диуретики 2) глюкокортикоиды 3) белковые препараты 4) цитостатики 5) антикоагулянты. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 2, 5
- 2) 1, 2, 5
- 3) 2, 4
- 4) 4, 5
- 5) 2, 4, 5

59. При Разработке плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Стероидная терапия противопоказана при: 1) лоханочном нефротическом синдроме 2) амилоидозе 3) лекарственном нефротическом синдроме 4) диабетическом нефротическом синдроме 5) гломерулонефрите. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 2, 4
- 2) 2, 3, 4
- 3) 1, 4
- 4) 1, 3, 4

5) 2, 5

60. При Разработке плана лечения заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Цитостатики для лечения нефротического синдрома показаны при: 1) мембранозном нефрите 2) узелковом периартериите 3) нагноительных заболеваниях 4) нефритах при системных заболеваниях 5) обострении латентной инфекции. Выберите комбинацию ответов:

- 1) 1, 2
- 2) 2, 4
- 3) 1, 4
- 4) 3, 5
- 5) 1, 2, 4

61. При проведении дифференциальной диагностики учитывают, что одна из нижеперечисленных желтух не сопровождается неконъюгированной гипербилирубинемией:

- 1) паренхиматозная
- 2) гемолитическая
- 3) синдром Жильбера
- 4) с-м Криглера-Нояра

62. Механическая желтуха является медицинским показанием для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Какие из перечисленных изменений в биохимическом анализе крови характерны для механической желтухи

- 1) неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АЛТ, АСТ
- 2) конъюгированная гипербилирубинемия, резкое увеличение АЛТ, АСТ, холестерина
- 3) конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение щелочной фосфатазы
- 4) неконъюгированная гипербилирубинемия
- 5) все перечисленные

63. При проведении дифференциальной диагностики учитывают, что для доброкачественных опухолей печени не характерно:

- 1) внепеченочные сосудистые знаки, гинекомастия
- 2) тень опухоли на контуре печени, высокое стояние диафрагмы при обзорной рентгеноскопии
- 3) округлые, четко очерченные «дефекты» накопления радионуклида на сканограмме печени

64. При проведении дифференциальной диагностики учитывают, что специфический признак для эхинококкоза печени:

- 1) обильное отложение железа, дающего положительную реакцию Перлса, в биоптате печен
- 2) кольцо Кайзера-Флейшера при осмотре роговицы при помощи щелевой лампы;
- 3) положительная реакция на альфа-фетопротеин
- 4) положительная реакция гемагглютинации и реакция Кацони
- 5) фруктозурия

65. Ценкеровский дивертикул пищевода является медицинским показанием направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи, в ходе которого установлено что он локализуется:

- 1) в области бифуркации трахеи

- 2) над диафрагмой
- 3) в в/3 пищевода
- 4) в глоточно-пищеводном переходе
- 5) над кардией

66. С целью установления диагноза новообразований средостения применение диагностических инструментальных методов обследования предусматривает

- 1) пневмоторакс
- 2) пневмоперитонеум
- 3) ретропневмоперитонеум
- 4) бронхография
- 5) пневмомедиастинография

67. При проведении дифференциальной диагностики учитывают, что Все перечисленное отличает сегментарную пневмонию от облаковидного инфильтрата, кроме:

- 1) более острого начала
- 2) наличия сухих и влажных хрипов в зоне поражения
- 3) неомогенного затемнения средней интенсивности с нечеткими наружными контурами
- 4) почти гомогенного затемнения средней интенсивности с нечеткими наружными контурами

68. При проведении дифференциальной диагностики учитывают, что Все перечисленные являются критериями диагностики аллергической (эозинофильной) пневмонии, кроме:

- 1) гиперэозинофилии
- 2) неомогенного затемнения средней интенсивности с нечеткими наружными контурами
- 3) малоинтенсивного, почти гомогенного затемнения различной формы и величины с нечеткими контурами
- 4) быстрого исчезновения клиничко-рентгенологических признаков заболевания
- 5) отсутствия очаговых теней в структуре затемнения и в окружающей легочной ткани

69. Назначение немедикаментозного лечения осуществляется с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Лучевая терапия в лечении выраженного синдрома лимфаденопатии показана при

- 1) туберкулезе
- 2) чуме
- 3) лимфогрануломатозе
- 4) инфекционном мононуклеозе

70. При проведении дифференциальной диагностики учитывают, что Туберкулезный лимфоаденит развивается чаще в возрасте

- 1) детском
- 2) юношеском
- 3) зрелом
- 4) пожилом

Эталон ответа

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	3	3	4	4	2	2	5	2
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2	3	3	4	4	3	5	1	4	3

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	2	4	4	2	1	2	3	5	6
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
2,4	1,2,4	2,3	1,3,5,6	1	4	2	3	3	5
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
3	4	4	2	3	1	5	5	5	1
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
5	3	4	4	4	2	1	5	1	5
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
1	3	1	4	4	5	3	2	3	1

Критерии оценивания

Оценка	Коэффициент К (%)	Критерии оценки
Отлично	Свыше 80% правильных ответов	глубокое познание в освоенном материале
Хорошо	Свыше 70% правильных ответов	материал освоен полностью, без существенных ошибок
Удовлетворительно	Свыше 50% правильных ответов	материал освоен не полностью, имеются значительные пробелы в знаниях
Неудовлетворительно	Менее 50% правильных ответов	материал не освоен, знания обучающегося ниже базового уровня

Типовые практические задания, направленные на формирование профессиональных навыков, владений

Результаты обучения
Владеет навыками применения медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи;
Владеет навыками применения лекарственных средств и иных веществ для лечения, реабилитации и профилактики различных заболеваний и патологических состояний;

Типовые практические задания для подготовки к экзамену

Задача № 1

Больной 18 лет. Со слов матери страдает желтухой с раннего детства, а с 12 лет появились приступообразные боли в правом подреберье, сопровождающиеся усилением желтухи. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Субиктеричность склер и кожных покровов. Органы грудной клетки без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови и мочи без изменений. Билирубин-32,1 ммоль/л, непрямой-28,5 ммоль/л, АсАТ-0,32 ммоль/л, АЛТ-0,40 ммоль/л.

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз;
- 2) Как объяснить появление желтухи?
- 3) Какую другую желтуху следует исключить?
- 4) Тактика лечения.

Эталон ответа:

1.Предварительный диагноз: Доброкачественная гипербилирубинемия – болезнь Жильбера.

2.Нарушением захвата свободного билирубина из плазмы гепатоцита, дефект конъюгации билирубина с глюкуроновой кислотой печеночными клетками.

3.Гемолитическую/ретикулоцитоз, осмотическая стойкость эритроцитов, железа сыворотки крови. 4.Диета: стол № 5, фенобарбитал.

Задача № 2

Больная А., 48 лет, жалуется на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, снижение аппетита, похудение, дискомфорт в правом верхнем квадранте живота. Считает себя больной в течении 4 лет. Лечилась у дерматолога по поводу нейродермита и у гинеколога по поводу климактерической дисфункции яичников. При обследовании выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Дизурии нет. Сиптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 87,5 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 413 Ед/л, ГГТП – 62 Ед/л. В общем анализе крови: СОЭ – 25 мм/час.

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз;
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение следует назначить пациентке?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: Первичный билиарный цирроз.
2. Для подтверждения диагноза необходимо проведение следующих исследований:
 - Общий анализ крови.
 - Биохимический анализ крови: билирубин общий и его фракции, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, креатинин, коагулограмма, фибриноген.

- Общий анализ мочи.

- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и сосудов портальной системы.

- Фиброзофагогастроуденоскопия.

- Серологическое исследование крови на наличие антител к вирусам гепатита В, D и С для исключения возможных вирусных гепатотропных инфекций.

3. Лечение.

- Диета должна быть физиологически полноценной по содержанию белка (1,2—1,4 г/кг), углеводов (4—5 г/кг), с умеренным ограничением жиров (до 1,2 г/кг) за счет растительных масел, богатых омега-6 жирными кислотами. Необходимо пищевой рацион обогащать антиоксидантами, витаминами А, Е, С, В5, солями кальция, лецитином, омега-3 жирными кислотами, клетчаткой.

- Урсодезоксихолевая кислота (УДХК) в дозе 13 - 15 мг/кг/сутки однократно вечером либо в два приема. При неэффективности стандартных доз УДХК возможно применение высоких доз препарата - 20 мг/кг/сутки.

- Глюкокортикостероиды (ГКС) - преднизолон в дозе 20—30 мг/день в течение 8 недель с постепенным уменьшением дозы до 8—10 мг/день.

- Для лечения кожного зуда применяются следующие препараты: Фенобарбитал, холестирамин (4—16 г/сут) или холестипол (5—30 г/сут).

Задача № 3

Мужчина 47 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на сильные головные боли и кожный зуд в течение последнего месяца, боли в животе, тошноту, рвоту и жидкий стул. Из анамнеза известно, что 25 лет страдает пиелонефритом. Объективно: на коже рук и грудной клетки видна петехиальная сыпь и признаки расчесов, кожа сухая, у корней волос беловатая пыль, изо рта запах аммиака. В области сердца выслушивается шум трения перикарда. Отмечается шумное дыхание Куссмауля. Живот болезненный при пальпации по ходу толстого кишечника и в эпигастральной области.

Вопросы:

1. Какое осложнение возникло у больного на фоне основного заболевания? Назовите стадии данного процесса, на какой стадии заболевания находится пациент?
2. Этиологические факторы данной патологии (классификация).
3. В чем заключается сердечно-сосудистый синдром этой патологии?

4. Чем объясняется кожный зуд, диспепсические расстройства?

5. Перечислите особенности ведения пациента

Эталон ответа:

6. Терминальная почечная недостаточность (ТПН). Выделяют 5 стадий ХБП по уровню СКФ (мл/мин/1,73 м²). В данном случае у пациента С5 (ТПН), стадия уремии.

7. Причины ХБП подразделяют на преренальные (гипотензия, шок, гиповолемия, стеноз почечной артерии, цирроз печени и др.), ренальные (острый канальцевый некроз, острый интерстициальный нефрит, рабдомиолиз, пост-контрастное ОПП, хронические гломерулонефриты и др.) и постренальные (ДГПЖ, рак шейки матки, обструкция мочевыводящих путей). В данном случае причиной послужил хронический пиелонефрит, связанный с обструкцией. При каждом обострении происходило постепенное уменьшение количества функционирующих нефронов, прогрессирующее замещение клубочков соединительной тканью, их склерозирование, атрофия канальцев, гибель и потеря почечной функции.

8. В стадию уремии развивается интоксикация организма продуктами обмена веществ, в норме выводящимися почками, характерно выделение азотистых продуктов через слизистые и серозные оболочки органов. Могут развиваться уремические асептические миокардит и перикардит, возникать уремический перикардит, появляться шум трения перикарда. Кроме того, развивается нарушение работы Na-K-насоса. Это приводит к гиперкалиемии. Последняя - одно из самых опасных осложнений ХБП. При высокой гиперкалиемии (более 6,5 ммоль/л) мышечные и нервные клетки теряют способность к возбудимости, что ведёт к судорогам, поражению ЦНС, коме, нарушениям ритма сердца вплоть до асистолии.

9. Кожа при ХБП5 и прогрессировании уремии приобретает серо-землистую окраску или коричневую в результате накопления урохрома, кроме того, больных часто беспокоит зуд, как результат накопления избытка мочевины в коже. Иногда, особенно на лице, кожа бывает, как бы припудрена беловатым порошком (это хлориды, кристаллы мочевины и мочевой кислоты – так называемый, «уремический иней»). Уремия значительно влияет на работу желудочно-кишечного тракта. Уремический язвенный стоматит и гастроэнтерит и, как следствие, поносы, являются косвенными результатами высокой концентрации мочевины в слюне и желудочном соке. Бактериальная уреазы расщепляет мочевины до аммиака, который вызывает повреждение слизистой оболочки.

10. Пациенту требуется динамическое наблюдение у уролога, нефролога и кардиолога, а также консультация диализного нефролога для решения вопроса о лечении программным гемодиализом и формировании артерио-венозной фистулы. Требуется своевременное начало заместительной почечной терапии в виду очень высокого сердечнососудистого риска. Пациенту требуется выполнение ОАК, ОАМ, развернутого б/х анализа крови, СРБ, определение показателей феррокинетики (железо, ферритин, ОЖСС, трансферрин), уровней кальция, ПТГ, фосфора, магния и хлора. УЗИ сердца, УЗИ органов брюшной полости и почек, коагулограмма

Задача № 4

Мужчина А., 56 лет, находится в клинике с диагнозом «цирроз печени», портальная гипертензия. Состояние стало прогрессивно ухудшаться. Умеренная тахикардия и нормальное артериальное давление сменились выраженной тахикардией и снижением АД до 75/40 мм рт.ст.. Увеличилась одышка, значительно уменьшился диурез. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь, обильно покрыты липким холодным потом. Тоны сердца глухие. Пульс очень частый, слабый. Центральное венозное давление 11 мм вод.ст. Дважды отмечалась кровавая рвота. Нв упал до 52 г/л, Нt – 21%.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз;

2. Какие дополнительные методы обследования следует провести?

3. Какие методы лечения?

Когда возникает необходимость в переливании препаратов крови?

Эталон ответа:

1. Кровотечение из вен пищевода. Геморрагический шок.

2. Эндоскопия.

3. Зонд Блэкмора. Применение препаратов крови на фоне противошоковой терапии. Использование аминокaproновой кислоты, адроксона, транексамовой кислоты, свежезамороженной плазмы. Переливание препаратов крови при снижении гемоглобина ниже 80 г/л и гематокрита ниже 30.

Задача № 6

Мужчина, 42 года. Обратился к терапевту с жалобами на снижение веса в течение месяца и отеки под глазами. В конце дня отечность лица уменьшается, но нарастает отек лодыжек. Температура при осмотре – 37,2 С, АД- 152/88 мм рт ст, пульс- 80 уд\мин, ЧДД16\мин. Отек лодыжек 2+. Результаты анализа крови: Эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин- 110 г\л, лейкоциты- $8 \times 10^9 /л$, тромбоциты – $200 \times 10^9 /л$, б/х анализа крови: креатинин- 188 мкмоль\л, мочеви́на 12,1 ммоль\л, альбумин – 22 г\дл, о. холестерин- 6,8 ммоль\л, ТАГ- 1,5 ммоль\л, ЛПНП- 5,9 ммоль\л, ЛПВП- 0,4 ммоль\л, натрий- 135 ммоль\л, калий- 4,0 ммоль\л. ОАМ: плотность- 1018, глюкоза- нет, белок- 4г\л, лейкоциты- 1-2 в поле зрения, эритроциты- 5-10 в поле зрения, измененные

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз

2. Какие признаки помогли вам заподозрить диагноз?

3. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Какие специалисты нужны для консультации пациента?

5. Назначьте лечение

Эталон ответа:

1. Острый гломерулонефрит. Нефротический синдром. Артериальная гипертензия I стадия, 1 степень, риск 2 (средний).

2. Данные общего осмотра - отеки под глазами, в области лодыжек, лабораторные данные- гипоальбуминемия, альбуминурия, дислипидемия.

3. Дифференциальную диагностику следует провести с другими заболеваниями, протекающими с нефротическим синдромом: аутоиммунные заболевания, лимфомы, гемобластозы, инфекции, прием лекарственных средств.

4. Для подтверждения диагноза пациенту необходимо выполнить, в том числе в динамике: общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, пробу Зимницкого, исследование суточной протеинурии, общий анализ крови, биохимический анализ крови (креатинин, мочеви́на, общий белок, альбумин, глюкоза, общий билирубин и фракции, трансаминазы), СРБ, электролиты крови (калий, натрий, кальций), липидограмму, посчитать СКФ по СКД-ЕРІ. Также требуется выполнение УЗИ почек, ЭКГ, провести нефробиопсию почек. Необходимо направить пациента к нефрологу.

5. Лечение таких пациентов включает несколько компонентов: диета с ограничением потребления натрия, животного белка и жиров. Этиотропное лечение (после установления причины нефротического синдрома), лечение, направленное на уменьшение отеков (диуретическая терапия, альбумин), сорбенты (полисорб, энтеросгель), катионообменные смолы при гиперкалиемии, профилактика тромботических осложнений (антиагреганты, антикоагулянты). Тиазидные/тиазидоподобные диуретики (гидрохлортиазид 12,5 мг\сут или индапамид 1,5 мг\сут) в сочетании с блокаторами РААС иАПФ\БРА с двойным путем выведения (напр., фозиноприл 5 мг). Нефропротекторная терапия с применением иНГЛТ2 (дапаглифлозин), сулодексида, статинов. По достижении ремиссии рассмотреть необходимость включения в терапию кетоаналогов аминокислот. Динамическое наблюдение у нефролога.

Задача № 7

Больная М. 21 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39°C, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных лимфоузлов. На щеках яркий румянец. Беспокоят острые боли в нижних отделах лёгких при глубоком вдохе и кашле. При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные,

подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны и уплотнены. Припухлость коленных, голеностопных и локтевых суставов, кожа над ними горячая. Движения в этих суставах болезненны. В области декольте дискоидные высыпания. Пульс - 118 в минуту, ритмичный. АД - 190/40 мм рт. ст. Правая граница относительной тупости сердца на 1 см смещена вправо от правого края грудины, верхняя - достигает III ребра, левая - на 1,5 см левее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, ритм галопа. В нижнезадних отделах лёгких - жёсткое дыхание, шум трения плевры. Отёки нижних конечностей, рук, лица. В анализах крови – эритроциты 3,6 млн/мкл, тромбоциты – 80 тыс/мкл, лейкоциты – 4,6 тыс/мкл, СОЭ – 48 мм/ч. В ОАМ – плотность 1013, белок – 5,4 г/л, изменённые эритроциты – 8-10 в поле зрения, зернистые и восковидные цилиндры.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположение о диагнозе
2. Какие признаки помогли вам заподозрить диагноз?
3. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Какие специалисты нужны для консультации пациента?

5. Назначьте лечение

Эталон ответа:

1. Основной: Системная красная волчанка, острое течение, степень активности III (высокая), гломерулонефрит, нефротическая форма, полиартрит, полисерозит (плеврит, перикардит), анемия, дискоидная сыпь.

2. Заподозрить диагноз позволили характерные проявления заболевания (анемия, поражение почек, полисерозит, олигоартрит, дискоидная сыпь, а также снижение уровней лейкоцитов и тромбоцитов), обнаруженные при лабораторно-инструментальном обследовании.

3. Данное клиническое состояние следует дифференцировать с первичными хроническими гломерулонефритами, сепсис-ассоциированным ОПП, гемобластозом.

4. Для подтверждения диагноза пациентке необходимо дополнительно выполнить: анализ мочи по Нечипоренко, пробу Зимницкого, биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, общий белок, альбумин, глюкоза, общий билирубин и фракции, трансаминазы), СРБ, электролиты крови (калий, натрий, кальций), липидограмму, коагулограмму, посчитать СКФ по СКД-ЕPI. Выполнить иммунограмму и оценить показатели системы комплемента (C3, C4, CH50), определить титр антинуклеарных антител (ANA), анти-дДНК антител, ревматоидного фактора. Из инструментальных методов исследования – УЗИ почек, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, обзорная рентгенограмма органов брюшной полости, пункционная нефробиопсия для верификации морфологического варианта гломерулонефрита. Контроль суточного диуреза. Требуется консультация нефролога и ревматолога.

5. Госпитализация в ревматологический или нефрологический стационар с решением вопроса о дальнейшей тактике ведения больной. Следует учесть, что у пациентки высокий риск развития ОПП, требующего неотложной заместительной почечной терапии. В настоящее время показана терапия циклофосфаном и системными глюкокортикостероидами (пульс-терапия с переводом на таблетированную форму). Дозы подбираются индивидуально. В качестве нефропротекторной терапии показано применение комбинации блокатора РААС и диуретика (напр., гидрохлортиазид 12,5 и ирбисартан 150 мг – 1 таблетка утром), сулодексид в/в курсом, антиагреганты (пентоксифиллин в/в, препараты ацетилсалициловой кислоты 75 мг – 1 таблетка вечером). По результатам коагулограммы и наличии высокого сердечно-сосудистого риска рассмотреть вопрос о назначении новых оральных антикоагулянтов в течение госпитализации. Длительное постоянное наблюдение нефрологом.

Задача № 8

Больной Л., 48 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на боли в эпигастрии давящего характера в течение 1 ч, когда впервые появились вышеописанные жалобы.

Заболевание связывает с интенсивной физической нагрузкой: пришлось в быстром темпе подняться на 10-й этаж (в доме сломался лифт). Перенесенные заболевания отрицает, вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: отец больного страдает ИБС, перенес инфаркт в возрасте 45 лет. 217 При осмотре: состояние средней тяжести. Больной нормостенического телосложения, рост - 165 см, вес - 70 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. Отеков нет. ЧД -15 в минуту. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации отмечается приглушение тонов сердца. ЧСС - 85 в мин. Ритм правильный. Шумов нет. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная. Тропониновый тест при поступлении положительный. На ЭКГ синусовый ритм. Депрессия сегмента ST в V3-6, отрицательный T в I, V4-6.

Вопросы:

1. Как интерпретировать ЭКГ-проявления заболевания у этого пациента?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования.
4. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Ишемия в переднебоковой области миокарда левого желудочка.
2. Диагноз: ИБС: не Q-образующий инфаркт миокарда боковой стенки левого желудочка. ОССН по Killip I.

3. Мониторирование ЭКГ и АД, повторное определение тропонинов и МВ-КФК через 6 ч, проведение рутинных анализов: клинического анализа крови и мочи, биохимического анализа крови (общий белок, мочевины, креатинин, липидный профиль, глюкоза, трансаминазы, электролиты). ЭхоКГ. Коронароангиография.

4. Наблюдение больного в блоке кардиореанимации 8-12 ч. Одновременно аспирин 100-325 мг и клопидогрел 300 мг. Рекомендовано нитроглицерин, низкомолекулярные гепарины (фраксипарин), иАПФ (периндоприл или рамипри), β -адреноблокаторы (биспролол или метопролол), статины (розувастатин или аторвастатин).

Задача № 9

Больной А., 33 лет предъявляет жалобы на слабость, отсутствие аппетита, похудание, одышку при незначительной физической нагрузке, усиливающуюся в горизонтальном положении, повышение температуры до 37,6 0С, потливость. Болен 1.5 месяца. В анамнезе митральная комиссуротомия. Объективно: состояние средней степени тяжести, бледен, пониженного питания. Дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца звучные, учащены. Пульс 94 удара в минуту, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Анализ крови: эр. - 3,1 x 10¹²/л; Нв - 99 г/л; ц.п. - 0,9; Л - 18 x 10⁹ /л, п -15%, с62%, л 15%, м8%, СОЭ-28 мм/час. Анализ мочи без особенностей. Б/х анализ крови - СРБ +++ , общий белок - 68г/л, общий Билирубин - 22 мкм/л.

1. Ваш предварительный диагноз;
2. План дополнительного обследования;
3. Лечебная тактика.

Эталон ответа:

1. Диагноз основной: Подострый вторичный инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана. Осложнение: ХСН II А ФК 3 по NYHA.

2. ЭКГ, ЭХОКГ, бак посев крови не менее 3 раз 3. госпитализация, А\Б терапия - парентерально, не менее 4-6 недель препаратами широкого спектра действия — возможные комбинации эмпирической антибактериальной терапии

Задача № 10

В стационар поступил мужчина 24 лет с жалобами на лихорадку 38.30 С, одышку при физической нагрузке, сердцебиение. При обследовании амбулаторно (ФГЛ, УЗИ

органов брюшной полости, ОАК, ОАМ) причину лихорадки установить не удалось. Госпитализирован. 216 Объективно при поступлении: Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Отеки нижних конечностей. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД =22 в мин. Границы сердца расширены влево, аускультативно над мечевидным отростком ослабление I тона, грубый систолический шум, проводящийся вверх по левой парастернальной линии до 2 межреберья. АД -110/ 60 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень +3 см. При проведении ЭХО-КГ обнаружено образование, неправильной формы на трикуспидальном клапане, размерами 0,9 x 0,5 При личной беседе указал на внутривенное введение наркотиков в прошлом, в настоящее время употребление наркотиков отрицает.

1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его;

2.Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1.С учетом высокой длительной лихорадки, шумов в сердце, указания на внутривенное употребление наркотиков, у пациента: Диагноз основной: Инфекционный эндокардит наркоманов, с формированием трикуспидальной недостаточности, подострое течение. Осложнение: ХСН II А ФК 3 по NYHA.

2.Антибактериальная терапия: Ванкомицин 30-60 мг/кг/сут, в/в в 2-3 введения +Гентамицин 3 мг/кг/сут в/в или в/м в 2-3 дозах.

Задача № 11

Пациент Х. 44 лет доставлен в кардиологическое отделение с жалобами на длительную интенсивную боль за грудиной. Употребление нитроглицерина на интенсивность боли не повлияло. Заболел остро после физической нагрузки. Приступы боли длительностью 15-30 минут периодически повторялись. Работает машинистом тепловоза. Отец пациента умер внезапно в возрасте 56 годов от инсульта. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 92 в мин, ритмичный. I тон сердца над верхушкой ослаблен. АД – 140/70 мм рт. ст. При обследовании легких и органов брюшной полости изменений не обнаружено. Отеки на ногах отсутствуют. Данные дополнительных методов обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $4,1 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,1 \cdot 10^9 /л$, эозинофилы - 3 %, палочкоядерные нейтрофилы - 5 %, сегментоядерные нейтрофилы - 67 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 5 %, СОЭ - 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: сахар - 5,4 ммоль/л, билирубин - 16,9 мкмоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, натрий - 134 ммоль/л, АСАТ - 1,35 мкмоль/л, АЛАТ - 0,92 мкмоль/л, КФК - 2,8 мкмоль/л. Коагулограмма: протромбиновый индекс - 102 %, фибриноген - 6,3 г/л, фибриноген. ЭКГ архивная: изменения отсутствуют. ЭКГ при поступлении: ритм синусовый, правильный, отсутствие нарастания зубца R в V1-V4. Депрессия сегмента ST в V1-V4.

Вопросы:

1. Интерпретируйте результаты лабораторных исследований.

2. Какой метод решает для верификации диагноза в данной клинической ситуации?

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4.Определите ведущий фактор патогенеза поражения миокарда в данной клинической ситуации.

Эталон ответа:

1. Гиперкоагуляция, гиперферментемия.

2. ЭКГ в динамике.

3. Диагноз: ИБС, острый передний распространенный инфаркт миокарда без Q.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность по Killip I. 4. Коронаротромбоз.

Задача № 12

Пациент А., 36 лет, предъявляет жалобы на одышку при умеренной физической нагрузке, незначительный кашель со скудной слизистой мокротой, за грудиной боль длительного характера без связи с нагрузкой. Симптомы возникли 1 месяц назад без видимой причины, нарастающие постепенно. Иногда болел острыми респираторными вирусными инфекциями. Другие заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Эпидемиологический анамнез благоприятный. При объективном обследовании общее

состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены, безболезненные. Костно-мышечная система без особенностей. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный тон в подлопаточных областях с обеих сторон умеренно укорочен, здесь же определяется умеренная крепитация, дыхание жесткое, ЧДД - 19 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 82 в 1 минуту, АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная, селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез, стул в норме. Общий анализ крови: патологии не выявлено. Общий анализ мочи без патологии. Общий анализ мокроты: характер-слизистая, единичные лейкоциты, микобактерии туберкулеза не обнаружены. Тропонины крови в пределах нормы. ЭКГ: патологии не выявлено. На бронхоскопии выявлен умеренный катаральный эндобронхит. На рентгенограмме органов грудной клетки: двухстороннее увеличение отдельно лежащих бронхопульмональных лимфоузлов, не спаянных в пакеты, корни легких имеют полициклические очертания. Преимущественно в средних и нижних отделах легких с обеих сторон наблюдается сетчато-очаговая деформация легочного рисунка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какое обследование необходимо провести?
3. Назовите основные препараты для лечения данного заболевания и укажите методику их применения.

Эталон ответа:

1) Предварительный диагноз: саркоидоз легких II стадия, активный (I степень), прогрессирующее течение. Дыхательная недостаточность I ст. Диагноз саркоидоз легких поставлен на основании характерных для саркоидоза данных рентгенологического исследования ОГК, несоответствии умеренных клинических признаков и выраженных рентгенологических изменений.

2) Рекомендовано дообследование: спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, гистологическое исследование биоптата легких и внутригрудных лимфатических узлов, пульсоксиметрия, спирометрия, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, общий анализ крови, общий анализ мочи, кальцийурия, анализ крови на креатинин, азот мочевины, кальций, АПФ, СРБ, определение клубочковой фильтрации, иммуноглобулины А, М, G в сыворотке крови, туберкулиновая проба.

3) Основными препаратами для лечения данного заболевания являются глюкокортикоиды. Лечение преднизолоном (или эквивалентной дозой другого глюкокортикостероида) назначают ежедневно утром per os в начальной дозе 25-30 мг в сутки на 4 недели, затем дозу снижают по 5 мг в месяц ступенчато до поддерживающей в 10 мг для контроля над симптомами и прогрессированием болезни и продолжают 12-24 месяца. Через 3 месяца от начала лечения необходимо оценить эффект глюкокортикоида.

Задача № 13

Больной 42 лет в течение последних 1,5 лет отмечает непостоянную температуру (до 37,2°C) по вечерам, кашель с мокротой до 10-15 мл в сутки, слабость. К врачам не обращался, пытался лечиться домашними средствами без эффекта. Постепенно самочувствие и состояние ухудшалось - стала нарастать одышка, увеличилось количество мокроты, появился кашель с прожилками крови. Обратился в поликлинику, где при обследовании на флюорограмме органов грудной клетки впервые выявлены изменения в легких. Направлен в противотуберкулезный диспансер, где при обследовании на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки справа и слева по всей поверхности легких определяются многочисленные очаговые тени разной интенсивности и величины, местами сливающиеся в крупные фокусные тени с участками просветления, корни легких неструктурные; в нижних отделах легких легочный рисунок усилен; купола диафрагмы не

изменены. Проба Манту с 2ТЕ - отрицательная. Реакция с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест) - папула 8 мм.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какие осложнения возможны у данного больного?
5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации.

Эталон ответа:

1. Диссеминированный туберкулез легких в разе инфильтрации и распада.
2. Клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови; общий анализ мокроты; люминисцентная микроскопия, ПЦР МБТ, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС; КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия.
3. Внебольничная пневмония; обострение ХОБЛ; рак легких.
4. Легочное кровотечение, дыхательная недостаточность, спонтанный пневмоторакс.
5. Госпитализация в противотуберкулезный стационар. Назначение режима абсолютного покоя в полусидячем положении для лучшего откашливания мокроты. Высоко-белковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулезных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин) в течение 3 месяцев. Фаза продолжения в течение 6 месяцев комбинацией из трех противотуберкулезных препаратов, к которым сохранена чувствительность. Дезинтоксикационная терапия. Патогенетическая терапия. Оксигенотерапия. Гемостатическая терапия.

Задача № 14

Пациент Б., 50 года, жалуется на «мучительный» малопродуктивный кашель днем и продуктивный, с выделением до 0,8-1,0 л слизистой стекловидной мокроты по ночам, а также одышку при небольшой физической нагрузке, общую слабость и недомогание. Заболевание началось несколько месяцев назад без видимых причин. Вначале отметил значительное снижение толерантности к физической нагрузке, затем появился малопродуктивный кашель, субфебрилитет. Состояние постепенно ухудшалось, прогрессировала одышка, усиливался кашель. В последние несколько дней по ночам стала выделяться стекловидная слизистая мокрота в большом количестве. Лечение антибиотиками эффекта не принесло. Вредные привычки, профессиональные вредности отрицает. Вед здоровый образ жизни. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы умеренно диффузно цианотичные, чистые. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненные. Костно-мышечная система без патологии. Грудная клетка правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. Перкуторный тон в нижних отделах с обеих сторон умеренно укорочен. Дыхание умеренно ослабленное, определяются крепитирующие хрипы в нижних отделах. ЧДД - 24 в 1 минуту, SatO₂-92%. Границы сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены. ЧСС- 92 в 1 минуту. АД- 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. Общий анализ крови: без патологических изменений. Общий анализ мочи в пределах нормы. Анализ мокроты: мокрота слизистая, выявлены единичные лейкоциты, микобактерии туберкулеза не обнаружены. На бронхоскопии умеренный катаральный эндобронхит. На рентгенограмме органов грудной клетки диссеминация большого количества очагов средней интенсивности с нечеткими контурами (0,5-1,0 см в диаметре) 210 на фоне усиленного и деформированного легочного рисунка, преимущественно в средних и нижних отделах.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его
2. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какая тактика ведения пациента? Какое лечение возможно в данном случае, показано ли хирургическое лечение?
4. Какие изменения в легких характерны для идиопатического легочного фиброза в отличие от других диссеминированных процессов?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: бронхиолоалвеолярный рак легких (БАР). Диагноз поставлен на основании наличия у пожилого мужчины кашля с выделением большого количества слизистой стекловидной мокроты до 1000 мл/сутки, постепенного развития симптомов болезни, наличия на рентгенограмме диссеминированного поражения легких по «сетчато-очаговому» типу с преимущественным поражением срених и нижних отделов.

2. Необходимо провести дообследование: спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, бронхоскопия с исследованием промывных вод бронхоальвеолярного лаважа на атипичные клетки, гистологическое исследование биоптата легких. Поиск возможных метастазов.

3. Пациенту рекомендована консультация онколога для решения вопросов дальнейшего лечения данного заболевания. Считается, что БАР резистентен к химиотерапевтическому лечению. Возможно проведение экспериментальной химиотерапии или трансплантации легких.

Задача № 15

Пациент предъявляет жалобы на прогрессирующую одышку с затруднением вдоха, сухой кашель и боли ноющего характера под углами лопаток, усиливающиеся при глубоком дыхании, общую слабость, утомляемость, субфебрильную температуру. При объективном 209 осмотре, при аускультации выявлены крепитирующие хрипы по типу «треска целлофана» до уровня нижней трети лопаток. На рентгенограмме ОГК распространенный усиленный легочный рисунок за счет интерстициального компонента в виде нечетких контуров сосудов, перибронхиально – периваскулярные изменения и мелкая ячеистость. Спирометрия: жизненная емкость легких – 67 % должной величины, объем форсированного выдоха за одну секунду – 80 % должной величины, тест Тиффно – 75 %.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите основные препараты для лечения заболевания. 6. Объясните механизм действия и обоснуйте их назначение.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Идиопатический легочный фиброз.

2. Медикаментозная терапия идиопатического фиброзирующего альвеолита заключается в назначении больным препаратов с доказанной эффективностью, к которым относятся препараты с антифибротической активностью: нинтеданиб и пирфенидон. Данные препараты позволяют приостановить прогрессирование заболевания и, возможно, продлить жизнь пациента. Нинтеданиб (150 мг 1 таблетку 2 раза в день) является внутриклеточным ингибитором тирозинкиназ, воздействующих на рецепторы факторов роста сосудистого эндотелия, фибробластов и тромбоцитов, которые играют важную роль в патогенезе идиопатического легочного фиброза. Блокада данных рецепторов приводит к подавлению нескольких профибротических сигнальных каскадов, включая пролиферацию, миграцию и дифференцировку фибробластов, а также секрецию компонентов экстрацеллюлярного матрикса.

Задача № 16

Больная Т. 45 лет, изменения в легких выявлены после проведения профилактического флюорографического исследования органов грудной клетки. В детстве состояла на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу контакта с больной туберкулезом матерью. Стаж курения 25 лет. Жалоб не предъявляет. Состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы и видимые

слизистые бледные. При аускультации отмечается жесткое дыхание, хрипов нет. По остальным органам и системам без изменений. На обзорной флюорограмме органов дыхания в 1-2 сегментах правого легкого на фоне усиленного легочного рисунка определяются очаговые тени низкой интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какие заболевания следует дифференцировать в данном случае.
4. Какие осложнения возможны у данного больного?
5. Укажите принципы лечения пациента в данной ситуации.

Эталон ответа:

1. Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации.
2. Клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови; Проба Манту с 2 ТЕ, проба «Диаскинтест», общий анализ мокроты; бактериоскопия по Цилю - Нильсену, люминесцентная микроскопия, ПЦР МБТ, посев мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности, ВАСТЕС; рентгенография и КТ органов грудной клетки. Фибробронхоскопия.

3. Туберкулез легких, пневмония, рак легких, инфаркт легких, «эозинофильная пневмония»

4. При очаговом туберкулезе осложнения редки. В случае неадекватного лечения возможно прогрессирование заболевания переход в фазу распада, появление кровохарканья, диссеминация процесса.

5. Госпитализация в противотуберкулезный стационар. Назначение щадящего режима относительного покоя. Высокобелковая диета. В интенсивной фазе лечения рекомендуется назначать режим химиотерапии из комбинации шести противотуберкулезных препаратов - Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Канамицин (Амикацин) и препарат из группы фторхинолонов (Офлоксацин или Левофлоксацин в течение 3 месяцев). Фаза продолжения из комбинации трех противотуберкулезных препаратов, к которым сохранена чувствительность в течение 6 месяцев.

Задача № 17

Пациент, 49 лет, предъявляет жалобы на кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты до 200 мл за сутки, боли в правом боку при дыхании, повышение температуры тела до 37,5°, озноб, одышку. Заболел остро более 3 месяцев назад после переохлаждения, начало заболевания с озноба, повышения температуры тела, затем появился кашель, боли в боку. Лечился в больнице, а затем амбулаторно по поводу острого абсцесса легких, принимал антибактериальную терапию в течение 4 недель. На фоне лечения состояние улучшилось, однако сохраняется кашель, субфебрильная температура. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Ногтевые пластинки имеют вид часовых стекол, а концевые фаланги пальцев похожи на «барабанные палочки». Грудная клетка правильной формы, симметричная, правая половина ее несколько отстает в акте дыхания. При перкуссии справа сзади от середины лопатки и ниже умеренное притупление перкуторного тона. При аускультации там же определяется жесткое дыхание, разнокалиберные влажные хрипы, ЧСС = 100 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. АД=120/70 мм рт. ст. В общем анализе крови гемоглобин-110 г/л, лейкоциты-12x10⁹/л, СОЭ-28 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. На рентгенограмме ОГК в проекции нижней доли справа полость с горизонтальным уровнем жидкости на фоне пневмосклероза.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные исследования, позволяющие уточнить диагноз и оптимизировать лечение.
3. Наиболее эффективные препараты для эмпирической этиотропной терапии. 204

Эталон ответа:

1. хронический абсцесс нижней доли правого легкого;
2. компьютерная томография легких, посев мокроты на микрофлору, бронхоскопия;
3. меропенем + линезолид.

Задача № 18

Больной Ф., 52 года, обратился к участковому терапевту по месту жительства с жалобами на повышение температуры до 38°C, слабость, озноб, кашель с мокротой, желтого цвета в небольшом количестве. Заболел остро, когда 3 дня назад повысилась температура до 38,2°C, отмечал общее недомогание, слабость и озноб. Лекарств не принимал. Вчера присоединился кашель с мокротой. Объективно: состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,7°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание в нижних отделах легких справа бронхо-везикулярное, несколько ослабленное, там же выслушиваются звонкие мелкопузырчатые хрипы, а при перкуссии – некоторое укорочение перкуторного звука. Частота дыхательных движений - 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный. На рентгенограмме ОГК выявлены: несколько неоднородных облаковидных очагов с нечеткими контурами на фоне усиленного легочного рисунка в нижней доле правого легкого, корень правого легкого расширен, неструктурен.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте обследование.
3. Какие болезни дифференцируют в первую очередь при появлении очагов на рентгенограмме.
4. Какие болезни с очаговым поражением легких дифференцируют в данном случае.
- 200 5. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Основной диагноз: Внебольничная бронхопневмония в нижней доле правого легкого, нетяжелое течение. Диагноз поставлен на основании развития заболевания вне стационара, наличия: острого начала, повышения температуры до 38,2°C в дебюте заболевания, кашля с мокротой, физикальных признаков уплотнения легочной ткани, звонких мелкопузырчатых хрипов в проекции нижней доли правого легкого, а также данных Р-исследования ОГК, выявивших изменения типичные для очаговой пневмонии (бронхопневмонии). При этом отсутствуют критерии тяжелого течения пневмонии.

2. Общий анализ крови; общий анализ мокроты; бактериологическое исследование мокроты; рентгенография легких в прямой и правой боковой проекции в динамике.

3. Пневмония, туберкулез, рак легких, инфаркт легкого, «эозинофильная пневмония».

4. Постельный режим, обильное питье. Антибиотики широкого спектра действия пенициллинового ряда (например, Амоксициллин 500 мг 3 раза в день внутрь). Отхаркивающее (например, Амброксола гидрохлорид по 30 мг 3 раза в день внутрь). Жаропонижающие при температуре тела >38°C (например, Парацетамол 500 мг внутрь не чаще 1 раза в течение 6 часов).

Задача № 19

Больной 57 лет, обратился с жалобами на слабость, похудание за 2 месяца на 10 кг, неприятные ощущения при проглатывании пищи в подложечной области, затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу. В анамнезе у больного хронический гастрит в течение 8 лет. Курит, злоупотребляет алкоголем.

- 1) О какой болезни можно подумать в данном случае?
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз;
- 3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- 4) При ФГДС с биопсией получено морфологическое заключение - аденокарцинома, при УЗИ в брюшной полости в проекции желудка определяются опухолевидное

образование 6x4 см, увеличенные до 1,5 см перигастральные лимфатические узлы, незначительное количество свободной жидкости. О чём можно думать?

5) Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа:

1) Рак желудка. С учётом дисфагии патологический процесс, видимо, распространяется на кардиальный отдел желудка и, возможно, на пищевод. Менее вероятным будет рак нижней трети пищевода.

2) Данное заболевание могло развиваться у больного на фоне хронического гастрита, который является факультативным предраковым заболеванием. Дополнительными факторами риска является злоупотребление алкоголем и курение. Наличие слабости и похудания также свидетельствуют в пользу злокачественного характера патологического процесса.

3) Для уточнения локализации процесса необходимо провести рентгеноскопию и рентгенографию пищевода и желудка, фиброгастродуоденоскопию с биопсией. Для определения возможного метастазирования необходимо выполнение УЗИ брюшной полости и рентгенографию лёгких.

4) У больного рак желудка T3N1M0-1, стадия 3, в случае метастатического поражения брюшины - стадия 4. Предположительно имеется метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. Наличие асцита может свидетельствовать о перитонеальной диссеминации опухоли.

5) Показано выполнение хирургического вмешательства в объёме гастрэктомии. В связи с наличием асцита операцию целесообразно начать с видеолaparоскопии. При наличии выраженной перитонеальной диссеминации объём операции нужно ограничить диагностическим. При отсутствии последней операция будет иметь радикальный характер. При наличии диссеминации и технической возможности выполнить гастрэктомию, операция будет носить циторедуктивный характер. После операции показано назначение адьювантной или паллиативной химиотерапии.

Задача № 20

Перечислите критерии адекватности антибактериальной терапии при внебольничной двухсторонней бронхопневмонии с локализацией в средней и нижней долях правого легкого, а также нижней доле левого легкого, тяжелого течения, осложненной ОДН I ст.

Эталон ответа:

температура тела ниже 37,5°C; отсутствие интоксикации; отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД - менее 20 в минуту); отсутствие гнойной мокроты; количество лейкоцитов в крови - менее 10×10^9 /л, нейтрофилов - менее 80%, юных форм - менее 6%; отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме.

Задача № 21

Мужчина 64 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 198 – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

1. Сформулируйте предварительный диагноз;
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз;
3. Составьте план дифференциального диагноза;
4. Составьте план дополнительного обследования;
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь впервые выявленная, обострение: язва тела желудка 3 см в диаметре.

2. Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных осмотра и ФГДС.

3. Язвенная болезнь, рак желудка.

4. ФГДС с биопсией 6-8 фрагментов (исключить рак желудка, *H. pylori*). Рентгеноскопия ЖКТ с барием (исключить осложнения язвенной болезни).

5. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики (Этаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию. При выявлении *H. Pylori* эрадикационная терапия (Амоксициллин + Кларитромицин). При подтверждении рака желудка – консультация врача-онколога.

Задача № 22

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость. Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм. Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч. Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл. На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счет эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз;

2. Обоснуйте поставленный диагноз;

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;

4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа:

1. Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЦП-положительный, ранняя стадия, высокой степени активности, эрозивный (2 рентгенологическая стадия), ФК-2.

2. Диагноз «ревматоидный артрит (РА)» установлен на основании жалоб больной на симметричные боли в суставах кистей, наличие утренней скованности; данных анамнеза (пациентка отмечает появление болевого и суставного синдромов 3 месяца назад);

Задача № 23

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранились тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Противопоказания к проведению тромболитика.

Эталон ответа:

1. ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся слабостью, потливостью, тошнотой; данных анамнеза: после приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились; данных клинико-лабораторного исследования: на снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T.

3. Клинический анализ крови; биохимические маркеры некроза миокарда; ЭХО-КГ; КАГ.

4. Тромболитис; ЧКВ (БАП и стентирование); обезболивание; антиагреганты; антикоагулянты; β-адреноблокаторы; статины.

Задача № 24

Мужчина 23 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°C, инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке, боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, длительные. Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 5 лет. За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°C. В качестве жаропонижающих больной принимал НПВС. При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура тела – 38,8°C. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край печени гладкий. Отеки нижних конечностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. В ОАК: эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – $16,8 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, СОЭ – 42 мм/ч. В биохимическом анализе крови альбумин сыворотки крови – 26 г/л, креатинин – 63 мкмоль/л, СКФ – 98 мл/мин/1,73 м², СРБ – 123 мг/л. В общем анализе мочи: удельный вес – 1016, эритроциты – 0-1 в поле зрения. При посеве крови на стерильность дважды выделен *S. aureus*, чувствительный к оксациллину, цефтриаксону. ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз;
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз;
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;

4.Тактика ведения больного, немедикаментозная и медикаментозная терапия. Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа:

1.Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит. Осложнение: Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН ПА, ФК 3 по NYHA.

2.На основании 2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критериев инфекционного эндокардита, а также лабораторных признаков синдрома системного воспалительного ответа.

3.Рекомендовано: проведение повторного ОАК, посева крови, ОАМ, анализа мочи по Нечипоренко, биохимического анализа крови рентгенографии грудной клетки, ЭКГ, ЭХОКГ в динамике; УЗ-исследования почек; консультация врача-кардиохирурга, врача-нарколога.

4.Немедленная госпитализация. Исключить прием наркотических средств. Оксациллин 12 г/сут, в/в в 4-6 введений 4-6 недель. С учетом патологии клапанов есть показания к оперативному лечению – выполнение операции протезирования трикуспидального клапана.

Задача № 25

Больной А. 60 лет. Жалуется на интенсивные боли сдавливающего характера, локализованные за грудиной с иррадиацией в левую лопатку и нижнюю челюсть. Боль длительная, не снимается нитроглицерином. Объективно: холодный пот. Больной возбужден. Аускультативно-тахикардия, приглушенность тонов. Артериальное давление 100/70 мм рт. ст. ЭКГ-комплексы QS и подъем ST выше изолинии в I, aVL, V1, V2, V3, V4.

Вопросы:

- 1.Какая наиболее достоверная патология?
- 2.Необходимые исследования.
- 3.С чем проводить дифференциальный диагноз

Эталон ответа:

1. ОКС. ОИМ. Передне-перегородочной области с захватом верхушки ЛЖ.
 2. ОАК.Тропонин. Креатинфосфокиназа. ЭКГ.
 3. Миокардит. Межреберная невралгия. Тромбозмболия легочной артерии.
- Левосторонний плеврит.

Задача № 26

В стационар поступила больная с жалобами на повышение температуры в течении 2 недель до 39.20 , выраженную слабость. В анамнезе с детства врожденный порок сердца – двустворчатый аортальный клапан. Месяц назад при обследовании амбулаторно выявлен вирусный гепатит С. Объективно: Состояние средней тяжести. При аускультации сердца диастолический шум на аорте и в точке Боткина - Эрба. АД 115/ 50 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. Живот, мягкий, безболезненный. Печень +2 см. В клиническом анализе крови: Л-19 *109 ; НВ -99 г/л; СОЭ-63 мм/ч: лейкоцитарная формула п13 с58 л 22 м 13. На ЭХО – КГ: рыхлые подвижные вегетации больших размеров на аортальном клапане. Гемокультура: выделен золотистый стафилококк.

- 1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его;
- 2.Назначьте лечение;
- 3.Ваша дальнейшая тактика.

Эталон ответа:

1.Учитывая формирования заболевания на ранее измененном сердце (двустворчатый аортальный клапан), острое начало заболевания, высеивание из крови золотистого стафилококка, выявление на ЭХО – КГ подвижных вегетаций, наличие гепатита С – Диагноз основной: Острый стафилококковый вторичный эндокардит. Сопутствующий: Вирусный гепатит С Фоновый: Недостаточность аортального клапана

2.Оксациллин 12 г/сут, в/в в 4-6 введений 4-6 недель.

3.Принимая внимание острое течение заболевания с неблагоприятным прогнозом, наличие по данным ЭХО-КГ рыхлых подвижных вегетаций необходима консультация сердечно-сосудистого хирурга для решения вопроса о срочной санации сердца.

Задача № 27

Больной Д., 58 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что в возрасте 51 года перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года больной отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке. Отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца. При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски. Акроцианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 20 в мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 94 в минуту АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Общий анализ крови: гемоглобин - 150 г/л, лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 67 %, лимфоциты - 22 %, моноциты - 8 %, СОЭ - 6 мм/ч. 190 Общий анализ мочи: относительная плотность 1019, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения. В биохимическом анализе крови - уровень холестерина 6,6 ммоль/л. ЭхоКГ: размер левого предсердия - 3,6 см (норма до 4 см). Конечный диастолический размер левого желудочка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 40% (норма - 50- 70 %). Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта.

- 1.Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного;
- 2.Сформулируйте диагноз;
- 3.Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
- 4.Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1.У больного имеется синдром левожелудочковой хронической сердечной недостаточности. На это указывают жалобы на одышку при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость, а также данные осмотра: акроцианоз и тахикардия.

2.ИБС: постинфарктный кардиосклероз. ХСН IIА стадии, II ФК.

3.Необходимо выполнить ЭКГ и рентгенографию органов грудной клетки, КАГ для исключения стенозирующих АСБ

4.Ингибиторы АПФ (периндоприл 2 мг/сут с увеличением до 4 мг/сут); р-блокаторы (бисопролол начиная с 1,25 мг 1 раз в сутки с постепенным увеличением дозы до максимально переносимой под контролем АД), БМКР (спиронолактон 25-50 мг), диуретики (фуросемид 40 мг) под контролем водно-электролитного баланса, антиагреганты, статины.

Задача № 28

Мужчина 28 лет обратился с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°C, озноб, носовые кровотечения, кровоточивость десен, появление «синячков» на коже без видимых причин, выраженную общую слабость, потливость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилась лихорадка. Принимал парацетамол с кратковременным эффектом. Прогрессивно нарастала слабость, затем присоединились носовые кровотечения, кровоточивость десен. Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает, по наследственным заболеваниям анамнез не отягощен. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной

лодке. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 38 С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – выраженная контактная кровоточивость десен. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезёнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см. Общий анализ крови: эритроциты – 1,7×10¹², Нв - 75 г/л, тромбоциты - 27×10⁹, лейкоциты – 33×10⁹, бласты - 35%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 38, лимфоциты – 20%, СОЭ – 30 мм/ч.

1. Сформулируйте предварительный диагноз;
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз;
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения пациента;
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании.

Эталон ответа:

1. Острый лейкоз, дебют. Анемия средней степени тяжести.
2. Диагноз «острый лейкоз» поставлен на основании выделенных клиникогематологических синдромов: геморрагического (носовые и десневые кровотечения, «синячки» по всему телу, снижение уровня тромбоцитов периферической крови), анемического (бледность кожных покровов, снижение уровня эритроцитов и гемоглобина периферической крови), интоксикационного (слабость, потливость, лихорадка, озноб). Основными диагностическими критериями являются данные ОАК: лейкоцитоз, наличие бластных клеток, лейкоэмический «провала».

3. Основными исследованиями для уточнения диагноза являются: 186 Трепанобиопсия с исследованием костного мозга (20% и более бластных клеток в миелограмме); цитохимическое исследование и иммунофенотипирование бластов (определение варианта лейкоза), цитогенетическое исследование костного мозга (определение прогностически благоприятных и/или неблагоприятных цитогенетических дефектов); диагностическая люмбальная пункция (для исключения нейролейкемии); УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, почек, СКТ органов грудной клетки (с целью уточнения степени лейкозной инфильтрации).

4. Для верификации диагноза и лечения показана госпитализация в гематологическое отделение. Лечение включает цитостатическую терапию: используется полихимиотерапия по стандартным программам в зависимости от варианта лейкоза. При плохом прогностическом индексе в фазе ремиссии заболевания показано проведение аллогенной трансплантации костного мозга.

5. К осложнениям острого лейкоза относятся кровотечения различной локализации; язвенно-некротические поражения слизистых желудочно-кишечного тракта; инфекционные поражения; поражение нервной системы (специфическая инфильтрация ЦНС, кровоизлияния).

Задача № 29

Больная С. 55 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно черный «дегтеобразный» стул. Лечится по поводу ревматоидного артрита, длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин по 1 таблетке 3 раза в день. Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пониженного питания. Язык обложен белым налетом, влажный. В легких дыхание везикулярное, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шофара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул черный «дегтеобразный». Мочеиспускание не нарушено. Клинический анализ крови: гемоглобин

– 100 г/л; эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $8,4 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 61%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 30%; моноциты – 4%; СОЭ – 20 мм/час.

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

Эталон ответа:

1.Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением на фоне приема НПВС.
2.Диагноз «язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением на фоне приема НПВС» установлен на основании жалоб больного на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно черный «дегтеобразный» стул, данных анамнеза длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин; данных осмотра (живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шофара, стул черный «дегтеобразный»); на основании анализа крови (гемоглобин 100 г/л).

3.Пациенту рекомендовано: проведение ЭГДС для выявления места кровотечения, консультация врача-хирурга для определения дальнейшей тактики лечения. 185

4.Ингибиторы протонной помпы являются препаратами выбора при язве, вызванной НПВС (Эзомепразол 40 мг 1 раз в день, так как у данного препарата лучше фармакокинетика и фармакодинамика, нет влияния генетического полиморфизма).

5.Продолжить противоязвенную терапию без изменений, определить наличие H. pylori; при положительном ответе – назначить антихеликобактерную схему лечения.

Задача № 30

Больной Б, 58 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузке, носовые кровотечения. Из анамнеза выявлено употребление спиртных напитков в большом количестве в течение многих лет. Объективно: температура тела 36.9 0С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Язык гладкий, влажный не обложен. На коже груди есть стойкие локальные расширения мелких сосудов кожи, состоящее из центральной части и лучеобразных разветвлений сосудов. Грудные железы увеличены. Дыхание ослаблено в нижне-боковых отделах легких. ЧД 23 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 140/90 мм рт ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, умеренно болезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из – под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз;
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 3.Назовите дополнительные методы обследования.

Эталон ответа:

1.Диагноз: Алкогольный цирроз печени, класс В по Чайлд-Пью.
2.Дифференциальную диагностику следует проводить с заболеваниями, при которых наблюдается гепато-лиенальный синдром (хронический гепатит, альвеококкоз печени, болезнь или синдром Бадда-Киари, тромбоз воротной и селезеночных вен, тромбоз нижней полой вены, гемохроматоз, гепатоцеребральная дистрофия, α -1-антитрипсиновая недостаточность, первичный амилоидоз печени, хронический миелолейкоз, доброкачественный сублейкемический миелоз, болезнь Вальденстрема).

3. План обследования: исследование крови на маркеры вирусных гепатитов, билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, белковые фракции, γ -ГТП, щелочная фосфатаза, коагулограмма, ЭФГДС, КТ, УЗИ органов брюшной полости.

Критерии оценивания практических задач

Форма проведения текущего контроля	Критерии оценивания
Решения практической задачи	«5» (отлично) – выставляется за полное, безошибочное выполнение задания
	«4» (хорошо) – в целом задание выполнено, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.
	«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при выполнении задания.
	«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, задание не выполнено или выполнено не верно.

Шкала оценки для проведения экзамена по дисциплине

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	<ul style="list-style-type: none"> – полно раскрыто содержание материала; – материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности; – продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала; – точно используется терминология; – показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; – продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; – ответ прозвучал самостоятельно, без наводящих вопросов; – продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач; – продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы; – допущены одна – две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые исправляются по замечанию.
Хорошо	<ul style="list-style-type: none"> – вопросы излагаются систематизировано и последовательно; – продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер; – продемонстрировано усвоение основной литературы. – ответ удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом имеет один из недостатков: в изложении допущены небольшие пробелы, не исказившие содержание ответа; допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию преподавателя; допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляются по замечанию преподавателя.
Удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> – неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала; – усвоены основные категории по рассматриваемому и дополнительным вопросам; – имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии, исправленные после нескольких наводящих вопросов; – при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, студент не может применить теорию в новой ситуации; – продемонстрировано усвоение основной литературы.

Неудовлетворительно	<ul style="list-style-type: none">- не раскрыто основное содержание учебного материала;- обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала;- допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов- не сформированы компетенции, умения и навыки,- отказ от ответа или отсутствие ответа
---------------------	--

АНО ВО "НММ"

ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ
рабочей программы дисциплины

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)