

**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.55 ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ 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: оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач, назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности, оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

Задачи:

- сформировать систему знаний необходимых для самостоятельной работы врача в амбулаторных условиях по оказанию населению квалифицированной медицинской помощи в поликлинике и на дому, а также при использовании вне стационарных технологий лечения;

- сформировать систему знаний по вопросам организации терапевтической службы на догоспитальном этапе;

- развивать профессионально важные качества, значимые для совершенствования профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной деятельности врача с больными в поликлинических условиях;

- сформировать готовность и способность проводить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий у пациентов с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов в амбулаторно-поликлинических условиях;

- сформировать систему знаний о методологии клинического мышления, выработке и обосновании рекомендаций по диагностике, лечению, профилактике и трудоспособности амбулаторных больных;

- развить у обучающихся междисциплинарное мышление с последующим формированием необходимого объема практических умений для самостоятельной работы в учреждениях амбулаторно-поликлинической помощи;

- развить умения, навыки, необходимые при оказании первой доврачебной и неотложной врачебной помощи при острых и обострении хронических заболеваний в амбулаторных условиях;

- сформировать готовность и способность применять знания и умения в решении вопросов преемственности в работе врача поликлиники и стационара в части своевременности и обоснованности госпитализации больных в дневные стационары поликлиник, стационары больниц, диагностические центры, специализированные лечебно-профилактические учреждения;

- совершенствовать правила врачебной этики и медицинской деонтологии.

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

Дисциплина «Поликлиническая терапия» изучается в 10, 11 и 12 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, соотношенные с индикаторами достижения компетенций
ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК -5.3. Анализирует закономерности функционирования различных органов и систем для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека	<p>Знать: функциональные системы организма человека, их регуляцию и саморегуляцию при взаимодействии с внешней средой при патологии; типовые нарушения в органах и тканях</p> <p>Уметь: выделить ведущее звено патогенеза и причинно-следственную связь в патогенезе, оценить наличие «порочного круга» в патогенезе болезни пользоваться научной литературой, сетью интернет для профессиональной деятельности;</p> <p>Владеть: навыками владения простейшими медицинскими инструментами; интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики для выявления патологических процессов в органах и системах пациентов;</p>
ОПК 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.2 Оценивает эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у взрослых	<p>Знать: основные медикаментозные средства, их международное непатентованное название, правила сочетания препаратов друг с другом, правила хранения, используемые на амбулаторно-поликлиническом этапе; правила выписывания рецептов и приема лекарственных препаратов; контроль за лечением.;</p> <p>Уметь: выбрать оптимальный вариант лечения, назначить медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждения их нежелательных побочных действий, выписать рецепты (с учетом социальных прав на льготные лекарства) на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства</p> <p>Владеть: методами оценки и контроля эффективности проводимой терапии.</p>
ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах	<p>Знать: теоретические вопросы оказания медицинской помощи, этапы развития и клинические проявления наиболее распространенных заболеваний различного профиля в неотложной или экстренной формах;</p> <p>Уметь: оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной или экстренной медицинской помощи. Оказывать неотложную или экстренную медицинскую помощь;</p> <p>Владеть: основными мероприятиями по оказанию первой помощи при</p>

В результате изучения дисциплины обучающийся должен:

Знать:

- основы законодательства по охране здоровья граждан РФ; основные нормативно-технические документы; основные принципы управления и организации первичной медико-санитарной помощи;
- технические регламенты оформления типовой учетно-отчетной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- принципы организации приема пациентов в поликлинике и на дому, методологию постановки диагноза;
- семиотику и дифференциальную диагностику заболеваний, международную классификацию о причинах болезни и смерти;
- тактику клинического обследования больного на догоспитальном этапе;
- диагностический алгоритм обследования при проведении диспансерного наблюдения, при направлении на госпитализацию, в дневной стационар, на санаторно-курортное лечение, в реабилитационные центры, при оказании паллиативной помощи;
- методику обследования больных на дому;
- основы современной профилактической медицины; принципы организации проведения диспансеризации населения и профилактических медицинских осмотров; контингенты, подлежащие диспансерному наблюдению; нормативы при диспансеризации, диспансерные группы учета;
- порядок и цель проведения врачом-терапевтом участковым диспансерного наблюдения больных с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития;
- принципы организации работы участкового врача по выявлению ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска;
- методику анализа состояния здоровья прикрепленного контингента и оперативную, отчетную и учетную документацию врача первичного звена здравоохранения;
- тактику и принципы проведения противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции, иммунопрофилактики;
- тактику ведения инфекционных больных участковым терапевтом; "календарь профилактических прививок", противопоказания к их выполнению, возможные осложнения и их купирование;
- принципы и методы амбулаторного лечения, реабилитации и профилактики заболеваний органов дыхания, кровообращения, пищеварения, печени и желчевыводящих путей, мочеполовой системы, системы кроветворения, эндокринной системы и нарушении обмена веществ, суставов и соединительной ткани;
- показания и противопоказания к санаторно-курортному и физиотерапевтическому лечению;
- показания и противопоказания для лечения в условиях дневного стационара, стационара на дому, в реабилитационных центрах;
- должностные обязанности и права врача по оказанию неотложной помощи;
- правила выписывания рецептов и приема лекарственных препаратов; контроль за лечением;
- основы анализа смертельных исходов при хронических неинфекционных заболеваниях или высоком риске их развития;
- знать документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций;
- анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности, структуру инвалидности;

- методику проведения медико-социальной экспертизы;
- основы организации: работы органов социального обеспечения и службы милосердия, помощи престарелым, инвалидам, хроническим больным, медико-психологической помощи пациентам с учетом их возрастных особенностей.

Уметь:

- в ограниченное время качественно 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.) и выявить основные объективные данные, подтверждающие диагноз;
- наметить объем исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
- сформулировать клинический диагноз;
- определить показания для госпитализации больных терапевтического профиля и реализовать госпитализацию в экстренном и плановом порядке;
- выбрать оптимальный вариант лечения, назначить медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждения их нежелательных побочных действий;
- выписать рецепты (с учетом социальных прав на льготные лекарства) на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства;
- определять показания для постановки/снятия пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями или высоким риском их развития на диспансерное наблюдение, контролировать целевые показатели физиологических параметров в его процессе;
- составить программу реабилитации на поликлиническом уровне, осуществить контроль за ее выполнением;
- планировать, организовывать и проводить диспансеризацию взрослого населения, определять группу здоровья, план первичной и вторичной профилактики, оценивать эффективность диспансеризации;
- проводить с населением прикрепленного участка мероприятия по первичной профилактике, здоровому образу жизни с учетом состояния его здоровья (проводить краткое профилактическое консультирование);
- планировать и вести учет санитарно-просветительной работы;
- обучать пациентов и их близких порядку действий при развитии неотложных состояний;
- оказать первую помощь в экстренных случаях до приезда скорой медицинской помощи;
- пользоваться законодательствами, установками по экспертизе трудоспособности; определить причину временной нетрудоспособности, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности;
- своевременно выявлять признаки инвалидности, прогнозировать группу, оформлять документы для направления на медико-социальную экспертизу;
- своевременно выявлять показания к трудоустройству и правильно его реализовать;
- заполнять учетную медицинскую документацию врача-терапевта участкового, в том числе медицинскую карту пациента, получающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях; листки нетрудоспособности; направление на медико-социальную экспертизу, карту диспансеризации.

Владеть навыками:

- клинического обследования пациента;
- алгоритма интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- алгоритма постановки предварительного и клинического диагноза;
- алгоритма выделения синдромов заболеваний и проведения дифференциального диагноза;

- алгоритма консультации пациента у смежного врача-специалиста;
- ведения медицинской документации, в том числе оформления медицинской карты пациента, получающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях; листка нетрудоспособности; направления на медико-социальную экспертизу, карта учета диспансеризации;
- оформления рецептов на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства;
- организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослого населения;
- диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями с учетом возраста, пола, исходного состояния здоровья с достижением целевых значений заданных физиологических параметров, в том числе с использованием дистанционных технологий;
- формирования у населения позитивного поведения, направленного на формирование здорового образа жизни, в том числе здорового питания, достаточного уровня физической активности, отказа от потребления табака, наркотических средств и пагубного потребления алкоголя;
- организации санитарного просвещения населения для профилактики отдельных заболеваний в виде бесед перед началом приема больных в поликлинике, во время групповых профилактических приемов, при работе с семьей больного;
- алгоритма оказания врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;
- оценки качества оказания реабилитационных мероприятий;
- анализа причин временной и стойкой нетрудоспособности.

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	10 семестр	11 семестр	12 семестр
1. Контактная работа обучающихся с преподавателем:	228.7	74.2	76.2	78.3
Аудиторные занятия всего, в том числе:	218	70	74	74
Лекции	66	22	22	22
Лабораторные	-			
Практические занятия	152	48	52	52
Контактные часы на аттестацию (зачет, зачет, экзамен)	0,7	0,2	0,2	0,3
Консультация	4	2		2
Контроль самостоятельной работы	6	2	2	2
2. Самостоятельная работа	176.3	69.8	31.8	74.7
Контроль	27			27
ИТОГО:	432	144	108	180
Общая трудоемкость	12	4	3	5

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
10 семестр		
Тема 1. Врач поликлиники. Врачебная этика и деонтология.	Сложности работы врача поликлиники и пути их преодоления. Психологические особенности работы с пациентами и их родственниками в амбулаторных условиях. Основные правила поведения врача при работе на дому у пациента. Правила общения с коллегами, медперсоналом. Особенности работы врачей разных специальностей. Конфликтные ситуации и методы их разрешения. Профилактика синдрома эмоционального выгорания.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 2. Приверженность лечению. Роль врача - терапевта поликлиники	Определение ВОЗ «приверженность к лечению». Обоснование необходимости изучения приверженности к немедикаментозному и медикаментозному лечению пациентов. Определение «адекватной приверженности к лечению». Факторы, влияющие на приверженность к лечению пациента. Терапевтическая инертность и эмоциональное выгорание 20 личности у врача терапевта поликлиники, как факторы, влияющие на приверженность к лечению пациента. Виды низкой приверженности к лечению. Методы оценки приверженности к лечению на амбулаторном этапе. Пути оценки приверженности к лечению. Пути разрешения проблемы. На примере амбулаторной пациентки старшего возраста с множественными заболеваниями рассматриваются подходы к оценке приверженности лечению и определение «группы риска»	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 3. . Синдром боли в горле в практике врача-терапевта поликлиники	Заболевания, проявляющиеся болью в горле. Клинические особенности, дифференциальный диагноз. Отработка навыков фарингоскопии. Острый тонзиллит – клинические формы. Дифференциальный диагноз с обострением хронического тонзиллита. Тактика обследования и наблюдения, показания к госпитализации. Принцип подбора антибактериальной терапии. Диспансерное наблюдение после перенесенного тонзиллита.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 4. Синдром кашля в практике врача - терапевта поликлиники	Определение кашля. Механизм кашлевого рефлекса. Рефлекторная дуга кашля. Фазы кашля. Диагностическая программа при кашлевом синдроме: алгоритм диагностического поиска; жалобы; классификация кашля; причины разных видов кашля; жалобы, ассоциированные с кашлем (одышка, удушье, стрidor, боль в грудной клетке, кровохарканье); анамнез; осмотр. Показания для госпитализации. Красные флаги кашля. Лабораторные и инструментальные исследования при кашле. Медикаментозная терапия	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 5 . ОРВИ в практике врача-терапевта поликлиники	Классификация ОРВИ. Клинические проявления и особенности различных вариантов ОРВИ. Терапия (этиотропная, патогенетическая, симптоматическая), немедикаментозная и медикаментозная. Экспертиза временной нетрудоспособности. Профилактика ОРВИ, вакцинопрофилактика гриппа. Осложнения ОРВИ и их профилактика	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 6. ГЭРБ в практике врача-терапевта поликлиники	ГЭРБ: определение, эпидемиология. Этиология и патогенез: факторы агрессии и защиты, антирефлюксная функция НСП, причины несостоятельности антирефлюксного барьера, пищеводный клиренс, причины ухудшения эзофагеального клиренса, резистентность СО пищевода. Классификация ГЭРБ по МКБ-10 и эндоскопическая. Осложнения ГЭРБ. Клинические проявления ГЭРБ: эзофагеальные и экстраэзофагеальные симптомы, симптомы, ассоциированные с нарушением моторной функции желудка. Отоларинго-фарингеальный, бронхолегочный, кардиальный, стоматологический, анемический синдромы. Осложнения ГЭРБ. Программа обследования при ГЭРБ: обязательные лабораторные и инструментальные исследования на догоспитальном этапе. Терапия ГЭРБ на догоспитальном этапе: модификация образа жизни, фармакотерапия, показания для	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1

	госпитализации и/или хирургического лечения, вторичная профилактика, прогноз	
Тема 7. Медико-социальная экспертиза (МСЭ), организация работы врача-терапевта поликлиники.	Понятие нетрудоспособности. Временная и стойкая нетрудоспособность. Виды временной нетрудоспособности. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность. Экспертиза трудоспособности при заболевании, травме, необходимости ухода за больным членом семьи, др. Стойкая нетрудоспособность - критерии присвоения групп инвалидности, сроки переосвидетельствования, льготы. Московский стандарт амбулаторной службы. Знакомство с поликлиникой. Знакомство с работой ВОП, терапевтов, врачей-специалистов на приеме в поликлинике. Знакомство с ЕМИАС, работой коллцентра и помощи на дому, неотложной помощи. Медицинская документация. Тренинг по заполнению амбулаторных карт. Работа в поликлинике (на приеме). Тестовый контроль усвоения материала КЗ	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 8. ОРВИ в амбулаторной практике	Решение ситуационных задач по теме занятия - оформление АК пациентов, формулировка клинических диагнозов, кодирование по МКБ-10, обоснование и верификация диагнозов, показания к госпитализации, тактика ведения пациентов на амбулаторном этапе, лабораторное и инструментальное обследование и лечение пациентов на догоспитальном этапе, экспертиза нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала КЗ Тренинг по заполнению амбулаторных карт больных ОРВИ. Работа в поликлинике (на приеме)	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 9. Синдром боли в горле в амбулаторной практике	Решение задач по теме клинического занятия - оформление АК пациентов, формулировка клинических диагнозов, кодирование по МКБ-10, обоснование и верификация диагнозов, показания к госпитализации, тактика ведения пациентов на амбулаторном этапе, лабораторное и инструментальное обследование и лечение пациентов на догоспитальном этапе, экспертиза нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала КЗ. Тренинг по заполнению амбулаторных карт. Работа в поликлинике (на приеме)	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 10. ГЭРБ в амбулаторной практике	Решение задач по теме клинического занятия - оформление АК пациентов, формулировка клинических диагнозов, кодирование по МКБ-10, обоснование и верификация диагнозов, показания к госпитализации, тактика ведения пациентов на амбулаторном этапе, лабораторное и инструментальное обследование и лечение пациентов на догоспитальном этапе, экспертиза нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала КЗ. Тренинг по заполнению амбулаторных карт. Работа в поликлинике (на приеме).	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 11. Приверженности терапии, ее оценка на примере конкретного пациента	Контроль усвоения лекционного материала: понятия приверженности, «адекватной» и «неадекватной» приверженности; факторы, влияющие на приверженность; виды низкой приверженности, пути разрешения проблем низкой приверженности терапии. Контроль самоподготовки к клиническому занятию: понятие «маломобильный пациент». Оценка приверженности лечению пациента, осмотренного студентом в поликлинике или на дому («маломобильного») с рекомендациями по разрешению проблем в случае низкой приверженности. Написание реферата и доклад. Работа в поликлинике (на приеме).	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
11 семестр		
Тема 12. Современные технологии в профилактике и контроле ХНИЗ на догоспитальном этапе	Основные стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Правовые и организационные основы профилактики ХНИЗ в Российской Федерации. IV. Организация профилактики ХНИЗ в рамках первичной медико-санитарной помощи. Профилактические медицинские услуги, оказываемые населению в период проведения диспансеризации и профилактического медицинского осмотра Понятие о диспансеризации. Контингенты населения, подлежащие диспансеризации. Диспансерные группы здоровья. Критерии эффективности. Дополнительная диспансеризация населения. Диспансерные группы здоровья. Схемы диспансерного наблюдения	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1

Тема 13. Гипертоническая болезнь в практике врача- терапевта поликлиники.	Диагностика и тактика ведения ГБ на догоспитальном этапе. Роль СМАД и СКАД в диагностики ГБ. Классификация, лечение, целевые цифры АД, показания для госпитализации, Диспансерное наблюдение. Сроки временной нетрудоспособности.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 14. Стенокардия в практике врача- терапевта поликлиники	Клинические варианты стенокардии, принципы формулировки диагноза. Методы обследования для подтверждения преходящей ишемии миокарда. Дифференциальный диагноз. Немедикаментозная терапия. Принципы медикаментозной прогностической и симптоматической терапии. Классы лекарственных препаратов. Тактика врача на догоспитальном этапе при выявлении ОКС.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 15. Внебольничная пневмония в практике врача- терапевта поликлиники	Определение ВП. Эпидемиология ВП. Заболеваемость ВП в разных возрастных группах. Факторы риска. Этиология ВП, характеристика основных возбудителей. Патогенетические механизмы ВП. Классификация ВП. Диагностика ВП: требование к диагнозу, характеристика клинических синдромов и симптомов ВП, лучевая, лабораторная диагностика. Критерии диагноза. Определение тяжести течения ВП. Показания для госпитализации. Диагностические шкалы. Особенности клинических проявлений и диагностических мероприятий при ВП, связанные с особенностью возбудителя и пациента (возраст, сопутствующие заболевания). Формулировка клинического диагноза. Лечение ВП. Характеристика основных групп антибактериальных препаратов. Принципы выбора и факторы, влияющие на выбор антибактериального препарата при ВП. Ориентировочный выбор первоначального антимикробного препарата при наиболее типичных клинических ситуациях. Средние сроки антибактериальной терапии и критерии достаточности и правильности проводимой терапии. Осложнения ВП. Реабилитация больных ВП. Экспертиза трудоспособности, ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. Диспансеризация больных ВП. Профилактика ВП в том числе и вакцинопрофилактика	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 16. СРК в практике врача- терапевта поликлиники	ФГИР: определение, классификация, диагностические критерии, тяжесть течения. СРК: определение, классификация, распространенность, этиология, патогенез; факторы, нарушающие сенсорную и моторную функции толстой кишки. Диагностика СРК на догоспитальном этапе. Роль беседы врача с пациентом. Жалобы: «желудочно-кишечные» (основные, сопутствующие) и «внекишечные». Синдром перекреста функциональных нарушений. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресссиндром, синдром боли в эпигастрии, патогенез, «красные флаги». Характеристика абдоминального болевого синдрома, частоты стула и консистенции каловых масс, метеоризма (диффузного и локального). Анамнез, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. «Симптомы тревоги». Этапы диагностики СРК. Терапия СРК: немедикаментозная (психотерапевтическая беседа, физические упражнения, фитотерапия, лечение минеральными водами, диетотерапия) и медикаментозная (фармакотерапия тревожно-депрессивного синдрома, диареи, запора, абдоминального болевого синдрома, метеоризма, функциональной диспепсии).	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 17. Язвенная болезнь в практике врача- терапевта поликлиники	Язвенная болезнь: определение, предрасполагающие факторы, этиология язвообразования, патогенез («весы Shay»), характеристика бактерии НР, классификация, примеры формулировки диагноза, характер течения (активная и неактивная фазы), клинические проявления неосложненной ЯБ в активную фазу, синдромы ЯБ (болевого, диспепсического, функциональный, астеноневротический) и их характеристика, данные физикального осмотра, особенности клинического проявления язв различной локализации. Особенности	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1

	<p>течения ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста, женщин, подростков. Лабораторные и инструментальные методы исследования, диагностика НР (прямые и косвенные, инвазивные и неинвазивные, эндоскопические и неэндоскопические), виды диагностики НР (первичная и контроль эрадикации), характеристика каждого метода. Эндоскопическое исследование: его преимущество, стадии развития язвы. Фракционное исследование желудочного сока, беззондовые методы. Рентгенография желудка: прямые и косвенные признаки язвы. Немедикаментозная терапия ЯБ: режим диетотерапия, фитотерапия, физиотерапия. Медикаментозная терапия ЯБ: антигеликобактерные, антисекреторные, гастроцитопротективные лекарственные средства; спазмолитики, репаратанты, иммуномодуляторы, психотропные средства. Показания для госпитализации. Принципы современной антигеликобактерной терапии: «тройная терапия», «квадротерапия», «терапия спасения». Вторичная профилактика ЯБ: «непрерывная поддерживающая медикаментозная терапия», «терапия по требованию», немедикаментозная терапия ЯБ в неактивную фазу</p>	
<p>Тема 18. Хронический пиелонефрит в амбулаторной практике.</p>	<p>Решение ситуационных задач по теме занятия - оформление АК пациентов, формулировка клинических диагнозов, кодирование по МКБ-10, обоснование и верификация диагнозов, тактика ведения пациентов на амбулаторном этапе, лабораторное и инструментальное обследование, лечение на догоспитальном этапе, экспертиза нетрудоспособности, диспансерное наблюдение. Тестовый контроль усвоения материала КЗ Работа в поликлинике - совершенствование навыков работы с ЕМИАС; заполнение электронных амбулаторных карт пациентов и ЛН; оформление рецептов, направлений, др.; участие в амбулаторном приеме пациентов, в диспансеризации населения, в диспансерных осмотрах больных ХНИЗ; оценка приверженности терапии амбулаторных пациентов, профилактическое консультирование пациентов. Работа с мультиморбидными и/или маломобильными пациентами, пациентами пожилого и старческого возраста</p>	<p>ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1</p>
<p>Тема 19. Гипертоническая болезнь в амбулаторной практике</p>	<p>Гипертонические кризы и неотложная врачебная помощь на догоспитальном этапе. Решение ситуационных задач по теме занятия - оформление АК пациентов, формулировка клинических диагнозов, кодирование по МКБ-10, обоснование и верификация диагнозов, тактика ведения пациентов на амбулаторном этапе, лабораторное и инструментальное обследование, лечение на догоспитальном этапе, экспертиза нетрудоспособности, диспансерное наблюдение. Тестовый контроль усвоения материала КЗ. Работа в поликлинике - совершенствование навыков работы с ЕМИАС; заполнение электронных амбулаторных карт пациентов и ЛН; оформление рецептов, направлений, др.; участие в амбулаторном приеме пациентов</p>	<p>ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1</p>
<p>Тема 20. Стенокардия в амбулаторной практике</p>	<p>Решение ситуационных задач по теме занятия - оформление АК пациентов, формулировка клинических диагнозов, кодирование по МКБ-10, обоснование и верификация диагнозов, тактика ведения пациентов, лабораторное и инструментальное обследование, лечение на догоспитальном этапе, экспертиза нетрудоспособности, диспансерное наблюдение. Интерпретация ЭКГ и других методов диагностики ИБС. Составление практических рекомендаций для пациентов по немедикаментозной терапии (диета, оптимизация физических нагрузок) с учетом клинической картины и сопутствующей патологии. Принципы подбора медикаментозной терапии у коморбидных пациентов. Тактика ведения пациентов с перенесенным ИМ. Тестовый контроль усвоения материала КЗ. Работа в поликлинике - совершенствование навыков работы с ЕМИАС; заполнение электронных амбулаторных карт пациентов и ЛН; оформление рецептов, направлений, др</p>	<p>ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1</p>
<p>Тема 21 Язвенная болезнь в</p>	<p>Диагностика хирургических осложнений на догоспитальном этапе – симптомы кровотечения, стеноза привратника, пенетрации и</p>	<p>ОПК-5.3 ОПК-7.2</p>

амбулаторной практике	перфорации. Решение ситуационных задач по теме занятия - оформление АК пациентов, формулировка клинических диагнозов, кодирование по МКБ-10, обоснование и верификация диагнозов, тактика ведения пациентов, лабораторное и инструментальное обследование, лечение на догоспитальном этапе, экспертиза нетрудоспособности, диспансерное наблюдение. Итоговое тестирование - контроль усвоения материала КЗ. Работа в поликлинике - совершенствование навыков работы с ЕМИАС; заполнение электронных амбулаторных карт пациентов и ЛН; оформление рецептов, направлений, др.; участие в амбулаторном приеме пациентов	ПК-1.1
Тема 22. Хронический гастрит в амбулаторной практике	Решение ситуационных задач по теме занятия - оформление АК пациентов, формулировка клинических диагнозов, кодирование по МКБ-10, обоснование и верификация диагнозов, тактика ведения пациентов, дифференциальная диагностика с функциональными расстройствами (ФД), клинические проявления декомпенсации ХГ (симптомы и признаки хронического панкреатита, дисбиоза кишечника, симптомы дефицита витаминов и микроэлементов при мальабсорбции), диагностика, тактика ведения пациентов, терапия на догоспитальном этапе, экспертиза нетрудоспособности, диспансерное наблюдение. Тестовый контроль усвоения материала КЗ. Работа в поликлинике - совершенствование навыков работы с ЕМИАС; заполнение электронных амбулаторных карт пациентов и ЛН; оформление рецептов, направлений, др.; участие в амбулаторном приеме пациентов.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 23. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ)	Презентации и доклады студентов - по предложенному кафедрой плану (Язвенная болезнь, хронический атрофический гастрит, хронический неатрофический гастрит, хронический панкреатит, хронический некалькулезный холецистит, ГЭРБ, анемии (ЖДА, В12 - дефицитная анемия), ДО, дорсопатия, остеопороз, подагра, гипертоническая болезнь, ИБС, БА, ХОБЛ) Работа в поликлинике - совершенствование навыков работы с ЕМИАС; заполнение электронных амбулаторных карт пациентов и ЛН; оформление рецептов, направлений, др.; участие в амбулаторном приеме пациентов	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 24. Соматическая патология у лиц пожилого и старческого возраста в практике врача-терапевта поликлиники.	Возрастная градация. Заболевания, наиболее типичные для этих возрастов. Понятия «гериатрические синдромы», «старческая астения» («хрупкий» пациент), «комплексная гериатрическая оценка». Особенности течения соматических заболеваний, лечения, отличия от терапии в более молодом возрасте. Профилактика развития старческой астении и других гериатрических синдромов. Социальные аспекты инвалидности в этих возрастных группах. Обсуждаются задачи и функции врача терапевта, работающего с пациентом старшего возраста, возможный скрининг гериатрических синдромов и старческой астении на догоспитальном этапе врачом терапевтом, показания к направлению пациента к гериатру, основы профилактики старческой астении. Мультиморбидный пациент в практике врача-терапевта поликлиники. Понятие мультиморбидность, критерии оценки	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 25. Бронхиальная астма в практике врача-терапевта поликлиники.	БА: определение, распространенность, экономический ущерб, показания для стационарного лечения, этиология, патогенез, определение фенотипа, классификация фенотипов, сравнительная характеристика фенотипов, тяжесть течения заболевания, степень контроля (контроль симптомов, общий контроль), фазы течения, тяжесть обострения, осложнения (легочные, внелегочные). Диагностика БА на догоспитальном этапе: жалобы, данные анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования. Спирометрия, тест на обратимость обструкции. Пикфлоуметрия, методика проведения исследования. Дифференциальный диагноз БА. Терапия БА: основные пути введения ЛС, средства доставки лекарственных препаратов в дыхательные пути (ДАИ, ДПИ, небулайзеры). Медикаментозная терапия БА: препараты скорой помощи, для контроля симптомов заболевания, дополнительные в	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1

	терапии тяжелой БА. Бронходилататоры: группы ЛС, механизмы действия, побочные эффекты и их профилактика. Противовоспалительные ЛС: группы ЛС, механизмы действия, побочные эффекты и их профилактика, фиксированные комбинации ИГКС/ДДБА. Ступенчатая терапия БА, выбор ступени лечения. Немедикаментозная терапия БА. Обострения БА: терапия на догоспитальном этапе, алгоритм оказания помощи, показания для госпитализации	
Тема 26. Соматическая патология у беременных в практике врача-терапевта поликлиники.	Функциональные изменения, происходящие в организме беременной женщины. Уязвимые периоды беременности. Особенности выбора лекарственного препарата с учётом периода беременности, сопутствующей патологии. Принципы диагностики и лечения ОРВИ, гриппа, пневмонии, бессимптомной бактериурии и артериальной гипертензии во время беременности	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 27. ХОБЛ в практике врача-терапевта поликлиники	Определение ХОБЛ. Эпидемиология ХОБЛ. Этиология ХОБЛ. Факторы, оказывающие влияние на развитие и прогрессирование ХОБЛ. Патогенетические механизмы развития заболевания. Диагностика ХОБЛ. Характеристика клинических синдромов и симптомов. Инструментальная верификация заболевания. Особенности показателей ФВД. Оценка тяжести течения ХОБЛ по GOLD. Оценка клинических проявлений ХОБЛ с помощью валидизированных тест опросников САТ и mMRS. Метод стратификации больных ХОБЛ на клинические группы. Понятие о клинических фенотипах ХОБЛ. Отличительные особенности основных фенотипов ХОБЛ. Цели лечения ХОБЛ. Основные группы препаратов при лечении ХОБЛ. Классификация современных бронходилататоров и тактика их использования. ГКС и тактика их применения при ХОБЛ. Ингибитор фосфодиэстеразы четвертого типа. Тактика применения при ХОБЛ мукоактивных препаратов. Антибактериальные препараты при ХОБЛ. Национальные клинические рекомендации по ХОБЛ. Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения ХОБЛ. Методы по отказу от курения. Комплекс легочной реабилитации. Рекомендации по начальной медикаментозной терапии ХОБЛ в зависимости от клинической группы больного вне обострения. Обострение ХОБЛ. Тактика ведения при обострении в амбулаторных условиях. Показания для госпитализации. Вспомогательная кислородотерапия. Показания к длительному лечению кислородом. Хирургические методы лечения ХОБЛ. Профилактика ХОБЛ. Диспансерное наблюдение, методы реабилитации	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 28. Синдром лихорадки в практике врача-терапевта поликлиники.	Определение, отличие лихорадки от гипертермии, типы и выраженность лихорадки, понятие лихорадки неясного генеза, классификация лихорадки неясного генеза, патогенез лихорадки, этиологическая классификация, тактика врача первичного звена, клинический алгоритм диагностики, лихорадка инфекционно-воспалительного генеза, особенности лихорадки при очаговых воспалительных заболеваниях, опухолевые заболевания (гемобластозы и опухоли любой другой локализации), заболевания соединительной ткани, васкулиты, прочие заболевания (воспалительные заболевания кишечника, саркоидоз и др.)	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 29. Хронические болезни печени в практике врача-терапевта поликлиники	Хронические болезни печени, наиболее часто встречающиеся в амбулаторной практике: определение, распространенность, этиология, патогенез, классификация, диагностические критерии, ведущие клинические синдромы, тяжесть течения. Роль беседы врача с пациентом. Жалобы. Характеристика отдельных синдромов. Анамнез, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования. Алгоритм диагностики на догоспитальном этапе. Терапия: немедикаментозная (психотерапевтическая беседа, диетотерапия) и медикаментозная (фармакотерапия синдрома печёночной недостаточности, портальной гипертензии) – показания, противопоказания. Особенности лечения некоторых форм цирроза	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1

	печени, неалкогольной жировой болезни печени. Принципы вторичной профилактики	
Тема 30. Некоронарогенные поражения миокарда в практике врача-терапевта поликлиники.	Определение, классификация кардиомиопатий, миокардитов. Факторы риска, критерии и принципы диагностики, лечения, профилактики дилатационной кардиомиопатии, гипертрофической кардиомиопатии, инфекционного миокардита. Разбираются вопросы экспертизы трудоспособности и диспансерного наблюдения пациентов с некоронарогенными заболеваниями. Принципы ведения пациентов на догоспитальном этапе, показания для госпитализации	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 31. Мочевой синдром, ХБП в практике врача-терапевта поликлиники	Мочевой синдром. Основные причины Физиологические и патологические изменения в анализе мочи. Протеинурия Лейкоцитурия. Инфекция мочевых путей. . Бактериурия . Бессимптомная бактериурия. Гематурия. Причины. Тактика обследования и ведения в амбулаторных условиях. Хроническая болезнь почек. Факторы риска. Скрининг и ранняя диагностика. В амбулаторных условиях. Тактика обследования больных с ХБП. Изменение в биохимическом анализе крови (креатинин, мочевина и т.д.) и мочи. Классификация, формулировка диагноза. Ведение и лечение ив амбулаторных условиях	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
12 семестр		
Тема 32. Суставной синдром в практике врача-терапевта поликлиники.	Классификация заболеваний суставов. Основные синдромы. Принципы осмотра пациента, внешние признаки патологии суставов. Дифференциальный диагноз. Лабораторные маркеры и рентгенологическая картина при разных заболеваниях, протекающих с суставным синдромом. Принципы базисной и симптоматической терапии	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 33. Отечный синдром в практике врача-терапевта поликлиники.	Определение отёчного синдрома, причины отёчного синдрома, факторы развития отёков, характер отёков, принципы выявления отёчного синдрома на догоспитальном этапе. Отёки вследствие повышения гидростатического давления, вследствие гипоальбуминемии, повреждения эндотелия. Локальные и генерализованные отёки. Идиопатические отёки. Нефротический синдром. Интерпретация лабораторных показателей. Алгоритм дифференциальной диагностики отёчного синдрома	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 34. Синдром боли в животе в практике врача-терапевта поликлиники.	Определение, классификация и описание боли по локализации, Характеристика болевого синдрома. Методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения. Болезни желудка и кишечника. Болезни гепато-билиарной системы. Патология органов малого таза и мочевыводящих путей. дифференциальный диагноз, тактика лечащего врача в амбулаторных условиях.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 35. Хроническая сердечная недостаточность в практике врача-терапевта поликлиники	Определение, факторы риска, этиология, патогенез сердечной недостаточности. Классификация по стадиям, функциональным классам, фракции выброса левого желудочка, понятие «фенотип» сердечной недостаточности. Принципы диагностики на догоспитальном этапе: клинические, лабораторные инструментальные возможности. Алгоритм диагностики сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Современное определение сердечной недостаточности с сохранённой и промежуточной ФВ ЛЖ. Принципы лечения сердечной недостаточности с низкой ФВ ЛЖ: основные лекарственные препараты, дополнительные лекарственные препараты, препараты, противопоказанные к применению. Показания к госпитализации. Экспертиза трудоспособности, принципы вторичной профилактики.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 36. Синкопальные состояния в практике врача-терапевта поликлиники.	Классификация синкоп. Особенности сбора анамнеза у пациента с обмороками. Клинические и анамнестические характеристики каждого типа синкопальных состояний. Методы обследования, показания к проведению высокотехнологических диагностических процедур. Дифференциальный диагноз. Первая помощь при обмороках	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1

Тема 37. Мультиморбидный пациент в практике врача-терапевта поликлиники	Актуальность проблемы мультиморбидности. Причины и виды мультиморбидности. Факторы, влияющие на формирование мультиморбидности. Сложности ведения мультиморбидных пациентов в амбулаторных условиях. Принципы оказания помощи на примере мультиморбидного пациента	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 38. Остеопороз в практике врача-терапевта поликлиники, клинический пример.	Определение, факторы риска остеопороза, факторы риска падений, факторы риска переломов костей скелета. Первичный и вторичный остеопороз. Постменопаузальный и сенильный остеопороз. Скрининг остеопороза, алгоритм FRAX. Критерии остеопороза, современные принципы диагностики: клинические, лабораторные, инструментальные. Двухфотонная рентгеновская абсорциометрия. Лечение остеопороза: бисфосфонаты, терипаратид, деносумаб. Принципы вторичной профилактики, профилактика падений. Длительное лечение остеопороза сопряжено с неприверженностью рекомендациям врача, которая влияет на его эффективность и расценивается как независимый фактор риска прогрессирования заболевания. Представленное клиническое наблюдение мультиморбидной пациентки пожилого возраста демонстрирует возможности применения костных биомаркеров в контроле антиостеопоротического лечения. Благодаря информации об изменении уровней биохимических показателей уже через 3 месяца от начала лечения, пациенты убеждаются в его целесообразности и эффективности, реже прекращают приём препаратов и становятся более приверженными лечению	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 39. Анемический синдром в амбулаторной практике	Клиническая характеристика анемического синдрома. Современная классификация анемий. Лабораторная характеристика анемического синдрома. План обследования больных с анемическим синдромом в амбулаторных условиях. Железодефицитные анемии В12-дефицитная анемия	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 40. Нарушение ритма и проводимости в практике врача-терапевта поликлиники.	Определение, этиология, классификация аритмий. Принципы диагностики аритмий на амбулаторном этапе. Основные принципы лечения аритмий и группы антиаритмических препаратов (показания и противопоказания). Особенности диспансерного наблюдения при аритмиях	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 41. Синдром боли в грудной клетке в практике врача-терапевта поликлиники	Распространенность синдрома боли в грудной клетке, Этиологическая классификация, Характеристика болевого синдрома, Физикальное обследование больного при боли в грудной клетке, Патология сердца, приводящая к боли в грудной клетке, Характеристика и причины ангинозной боли, Хронический коронарный синдром, Диагностические исследования при ИБС, Болевой синдром при ОКС, Синдром Такоцубо, Острый перикардит, ТЭЛА, Острый аортальный синдром, Синдром легочно-плевральных болей, Заболевания ЖКТ и боль в грудной клетке. Синдром мышечно-фасциальных болей. Синдром радикулярных болей. Вертеброгенные боли.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 42. Синдром боли в грудной клетке в амбулаторной практике	Синдром болей в левой половине грудной клетки. Заболевания сердца, сопровождающиеся болями, их дифференциально-диагностические особенности. Причины болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарного генеза (кардиальные и некардиальные). Экстракардиальные причины болей в грудной клетке: шейно-грудной остеохондроз, заболевания плевры, грыжи диафрагмального отверстия, заболевания органов брюшной полости. Основные отличительные признаки коронарных болей - стенокардии. Возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС. Роль и значение ЭКГ, нагрузочных тестов, эхокардиографии (ЭХОКГ), стресс- (стрессЭХО-КГ) для верификации ИБС. Показания к направлению на коронарографию. Показания для госпитализации, дифференциальный	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1

	диагноз болей в животе. Решение задач по теме клинического занятия, обсуждение результатов, тренинг по заполнению амбулаторных карт пациентов и листков нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала клинического занятия	
Тема 43. Синдром артериальной гипертензии в амбулаторной практике	Причины возможного повышения артериального давления: функциональные заболевания, гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (вазоренальные, ренальные, эндокринные, церебральные). Возможности обследования в поликлинике для выявления причины артериальной гипертензии, роль современных неинвазивных методов обследования. Решение задач по теме клинического занятия, обсуждение результатов, тренинг по заполнению амбулаторных карт пациентов и листков нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала клинического занятия	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 44. Бронхо-обструктивный синдром в амбулаторной практике	Определение бронхиальной обструкции и БОС; Клинические симптомы бронхиальной обструкции; Основные физикальные признаки бронхиальной обструкции; Причины развития нарушений бронхиальной проходимости; Механизмы формирования бронхиальной обструкции; Методы верификации бронхиальной обструкции; Методы лечение бронхиальной обструкции; Основные заболевания при которых наблюдается БОС. Решение задач по теме клинического занятия, обсуждение результатов, тренинг по заполнению амбулаторных карт пациентов и листков нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала клинического занятия.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 45. Синдром боли в животе в амбулаторной практике	Разбор клинических случаев больных с болью в животе в поликлинике, тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях. Решение клинических задач, заполнение амбулаторных карт. Оценка экспертизы нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала клинического занятия.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 46. Синдром кашля в амбулаторной практике	Решение задач по теме клинического занятия, обсуждение результатов, дифференциальный диагноз заболеваний с синдромом кашля, тренинг по заполнению амбулаторных карт пациентов и листков нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала клинического занятия.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 47. Анемический синдром в амбулаторной практике	Железодефицитные анемии Диагностические критерии железодефицитных анемий. Причины дефицита железа в организме. Лабораторные показатели при железодефицитной анемии. Лечение. Контроль за эффективностью терапии препаратами железа, ее длительность. Временная нетрудоспособность, критерии длительности. Первичная и вторичная профилактика. Диспансеризация. Витамин В12-дефицитная анемия Причины дефицита витамина. Клинические проявления поражения пищеварительной и нервной системы. Изменения гематологических показателей. Критерии диагноза. Течение. Лечение. Прогноз. Временная нетрудоспособность, критерии длительности. Вторичная профилактика. Диспансеризация. Решение задач по теме клинического занятия, обсуждение результатов, тренинг по заполнению амбулаторных карт пациентов и листков нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала клинического занятия.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 48. Отечный синдром в амбулаторной практике	Решение задач по теме клинического занятия, обсуждение результатов, тренинг по заполнению амбулаторных карт пациентов и листков нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала клинического занятия	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 49. Суставной синдром в амбулаторной практике	Отработка навыков физикального обследования суставов. Составление плана обследования при различных клинических ситуациях. Интерпретация лабораторных исследований и рентгенограмм. Принципы подбора медикаментозных и немедикаментозных методов терапии. Определение показаний для направления к ревматологу.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1

	Решение задач по теме клинического занятия, обсуждение результатов, тренинг по заполнению амбулаторных карт пациентов и листов нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала клинического занятия	
Тема 51. Онко-настороженность, паранеопластические синдромы в амбулаторной практике	Вероятные и достоверные симптомы, позволяющие заподозрить онкопатологию легких, желудка, кишечника, щитовидной железы, молочной железы. Программа обследования. Роль биохимических, иммуноферментных, эндоскопических, ультразвуковых, лучевых (рентгенологического, томографического, магнитно-резонансного) методов обследования в установлении диагноза. Решение задач по теме клинического занятия, обсуждение результатов, тренинг по заполнению амбулаторных карт пациентов и листов нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала клинического занятия	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1
Тема 52. Инфекционные заболевания в амбулаторной практике	Организация инфекционной службы в поликлинике и на врачебном участке. Клинико-эпидемиологические особенности кори, энтеровирусных и других острых кишечных инфекций. Особенности течения «инфекций с аэрозольным механизмом передачи» у взрослых лиц. Показания для госпитализации пациентов с инфекционными заболеваниями. Особенности мероприятий в эпидемическом очаге. Современные методы и средства профилактики. Решение задач по теме клинического занятия, обсуждение результатов, тренинг по заполнению амбулаторных карт пациентов и листов нетрудоспособности. Тестовый контроль усвоения материала клинического занятия.	ОПК-5.3 ОПК-7.2 ПК-1.1

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. Врач поликлиники. Врачебная этика и деонтология.	2	-	4	6
Тема 2. Приверженность лечению. Роль врача - терапевта поликлиники	2	-	4	6
Тема 3. Синдром боли в горле в практике врача-терапевта поликлиники	2	-	4	6
Тема 4. Синдром кашля в практике врача – терапевта поликлиники	2	-	4	6
Тема 5 . ОРВИ в практике врача-терапевта поликлиники	2	-	4	6
Тема 6. ГЭРБ в практике врача-терапевта поликлиники	2	-	4	6
Тема 7. Медико-социальная экспертиза (МСЭ), организация работы врача-терапевта поликлиники.	2	-	4	6
Тема 8. ОРВИ в амбулаторной практике	2		4	7
Тема 9. Синдром боли в горле в амбулаторной практике	2		4	7
Тема 10. ГЭРБ в амбулаторной практике	2		6	7
Тема 11. Приверженности терапии, ее оценка на примере конкретного пациента	2		6	6.8
Тема 12. Современные технологии в профилактике и контроле ХНИЗ на догоспитальном этапе	1		2	1
Тема 13. Гипертоническая болезнь в практике врача-терапевта поликлиники.	1		2	1
Тема 14. Стенокардия в практике врача-терапевта поликлиники	1		2	1
Тема 15. Внебольничная пневмония в практике врача-терапевта поликлиники	1		2	1
Тема 16. СРК в практике врача-терапевта поликлиники	1		2	1

Тема 17. Язвенная болезнь в практике врача-терапевта поликлиники	1		2	1
Тема 18. Хронический пиелонефрит в амбулаторной практике.	1		2	1
Тема 19. Гипертоническая болезнь в амбулаторной практике	1		2	1
Тема 20. Стенокардия в амбулаторной практике	1		2	2
Тема 21 Язвенная болезнь в амбулаторной практике	1		2	2
Тема 22. Хронический гастрит в амбулаторной практике	1		2	2
Тема 23. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ)	1		2	2
Тема 24. Соматическая патология у лиц пожилого и старческого возраста в практике врача-терапевта поликлиники.	1		2	2
Тема 25. Бронхиальная астма в практике врача-терапевта поликлиники.	1		2	2
Тема 26. Соматическая патология у беременных в практике врача-терапевта поликлиники.	1		4	2
Тема 27. ХОБЛ в практике врача-терапевта поликлиники	1		4	2
Тема 28. Синдром лихорадки в практике врача-терапевта поликлиники.	1		4	2
Тема 29. Хронические болезни печени в практике врача-терапевт поликлиники	1		4	2
Тема 30. Некоронарогенные поражения миокарда в практике врача-терапевта поликлиники.	2		4	2
Тема 31. Мочевой синдром, ХБП в практике врача-терапевта поликлиники	2		4	1.8
Тема 32. Суставной синдром в практике врача-терапевта поликлиники.	1		2	3
Тема 33. Отечный синдром в практике врача-терапевта поликлиники.	1		2	3
Тема 34. Синдром боли в животе в практике врача-терапевта поликлиники.	1		2	3
Тема 35. Хроническая сердечная недостаточность в практике врача-терапевта поликлиники	1		2	3
Тема 36. Синкопальные состояния в практике врача-терапевта поликлиники.	1		2	3
Тема 37. Мультиморбидный пациент в практике врача-терапевта поликлиники	1		2	4
Тема 38. Остеопороз в практике врача-терапевта поликлиники, клинический пример.	1		2	4
Тема 39. Анемический синдром в амбулаторной практике	1		2	4
Тема 40. Нарушение ритма и проводимости в практике врача терапевта поликлиники.	1		2	4
Тема 41. Синдром боли в грудной клетке в практике врача-терапевта поликлиники	1		2	4
Тема 42. Синдром боли в грудной клетке в амбулаторной практике	1		2	4
Тема 43. Синдром артериальной гипертензии в амбулаторной практике	1		2	4
Тема 44. Бронхо-обструктивный синдром в амбулаторной практике	1		2	4
Тема 45. Синдром боли в животе в амбулаторной практике	1		2	4
Тема 46. Синдром кашля в амбулаторной практике	1		4	4
Тема 47. Анемический синдром в амбулаторной практике	1		4	4
Тема 48. Отечный синдром в амбулаторной практике	1		4	4
Тема 49. Суставной синдром в амбулаторной практике	1		4	4
Тема 51. Онко-настороженность, паранеопластические синдромы в амбулаторной практике	2		4	4
Тема 52. Инфекционные заболевания в амбулаторной практике	2		4	3.7

Итого (часов)	66	-	152	176.3
Форма контроля	Зачет, Зачет, 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 зачетам;
- подготовка к экзамену.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1 Основная литература:

1. Поликлиническая терапия : учебник / под ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-РТК-2023-1-800. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html> - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
2. Ларина, В. Н. Поликлиническая терапия : учебник / под ред. Лариной В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-6528-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465288.html> - Режим доступа : по подписке.
3. Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-7199-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471999.html> - Режим доступа : по подписке.

8.2. Дополнительная литература

1. Сторожаков, Г. И. Поликлиническая терапия : учебник / Сторожаков Г. И. , Чукаева И. И. , Александров А. А. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-2501-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425015.html> - Режим доступа : по подписке.
2. Викторова, И. А. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике : учебное пособие / Викторова И. А. ,

Гришечкина И. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-5051-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450512.html> - Режим доступа : по подписке.

3. Чучалин, А. Г. Клиническая диагностика : учебник / Чучалин А. Г. , Бобков Е. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 736 с. - ISBN 978-5-9704-4836-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448366.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,	Коммерческая	№3D-24

	СКН, МЭ)		
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 (право на использование) на 1 год	Коммерческая	№393853
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.prlib.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)

<p>Учебная аудитория 8 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>1.Учебная мебель: -Комплект учебной мебели: стол на два посадочных места (15 шт.); -стул ученический (30 шт.); -стол преподавателя (1 шт.); -кресло преподавателя (1 шт.); -доска маркерная;</p> <p>2. Технические средства обучения: -набор демонстрационного оборудования: - мультимедиа-проектор-(1 шт.); - компьютер (ноутбук) с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС ВУЗа; -учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочим программам дисциплин.</p>
<p>Учебная аудитория 23 для проведения практических занятий, текущего контроля и промежуточных аттестаций по дисциплине 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;</p> <p>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.</p> <p>4. Тонометр медицинский 5.Фонендоскоп 6.Ростомер 7.Весы 8.Рулетка –сантиметр для измерения окружности тела. 9.Почкообразный лоток. 10.Одноразовый шпатель. 11.Негатоскоп на два снимка. 12. Демонстрационные наборы рентгенограмм, электрокардиограмм, соответствующие тематике занятий</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 оснащенности 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
	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	Базовый уровень
	Способен контролировать работу, проводить оценку, совершенствовать действия работы. Умеет выбрать эффективный прием решения задач по возникающим проблемам.	Высокий уровень

11. 2 Оценочные материалы для проведения текущего контроля

ОПК –5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач (контролируемый индикатор достижения ОПК -5.3. Анализирует закономерности функционирования различных органов и систем для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека).

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).

ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах (контролируемый индикатор достижения ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах).

Типовые задания, для оценки сформированности знаний

Результаты обучения
Знает функциональные системы организма человека, их регуляцию и саморегуляцию при взаимодействии с внешней средой при патологии; типовые нарушения в органах и тканях;
Знает основные медикаментозные средства, их международное непатентованное название, правила сочетания препаратов друг с другом, правила хранения, используемые на амбулаторно-поликлиническом этапе; правила выписывания рецептов и приема лекарственных препаратов; контроль за лечением;
Знает теоретические вопросы оказания медицинской помощи, этапы развития и клинические проявления наиболее распространенных заболеваний различного профиля в неотложной или экстренной формах;

Типовые задания для устного опроса

1. Этика и деонтология в медицине. Этапы консультирования больного. Особенности консультирования пациентов в конфликтной ситуации. Синдром эмоционального выгорания у врачей, методы его предотвращения.

2. Приверженность пациентов лечению. Факторы, влияющие на приверженность лечению. Пути оценки приверженности лечению на амбулаторном этапе.

3. Основные причины и характеристики кашля. Локализация кашлевых рецепторов. Осложнения кашля. Диагностическая программа ведения больного с кашлем.

4. Основные алгоритмы диагностики при остром и хроническом кашле. Лечебные подходы к ведению пациента с кашлем. Протуссивная и антитуссивная терапия.

5. Диагностический поиск при синдроме боли в грудной клетке. Заболевания, которые необходимо исключить или подтвердить в первую очередь при синдроме боли в грудной клетке.

6. Характеристика болевого синдрома при кардиалгиях различной этиологии.

7. Острый коронарный синдром: клиническая картина, диагностика, тактика ведения пациента.

8. Причины длительного субфебрилитета. Заболевания, протекающие с длительным субфебрилитетом. Диагностический поиск.

9. Диспансеризация населения. Виды и этапы диспансеризации. Группы диспансерного наблюдения. Работа врача терапевта с диспансерными группами. Критерии эффективности диспансеризации.

10. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в поликлинике. Правила выдачи, оформления и продления листка нетрудоспособности. Задачи и функции врачебной комиссии поликлиники.

11. Виды нетрудоспособности. Порядок выдачи документов, подтверждающих нетрудоспособность для различных категорий граждан (граждан РФ, иностранным гражданам).

12. Понятие стойкой нетрудоспособности (инвалидности). Критерии установления групп инвалидности. Задачи и функции Бюро медико-социальной экспертизы.

13. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ): этиология, клинические симптомы (общие и местные), диагностика и лечение в условиях поликлиники. Экспертиза трудоспособности.

14. Грипп. Диагностика и лечение в условиях поликлиники. Осложнения. Вакцинация против гриппа. Группы населения, подлежащие обязательной вакцинации.

15. Осложнения ОРВИ. Показания для госпитализации.

16. Синдром боли в горле, дифференциальный диагноз. Хронический тонзиллит, стадия обострения: диагностика, тактика ведения пациента на амбулаторном этапе. Фолликулярная и лакунарная ангины: диагностика, тактика ведения пациента на амбулаторном этапе.

17. Синдром артериальной гипертензии: классификация (стадии, степени). Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией.

18. Внебольничная пневмония: этиология, клиническая картина, диагностика, определение тяжести течения. Показания к госпитализации.

19. Внебольничная пневмония: дифференциальная диагностика. Особенности течения и лечения микоплазменной и хламидиозной пневмоний.

20. Внебольничная пневмония: тактика ведения и лечение в условиях поликлиники, принципы эмпирической терапии, критерии эффективности антибактериальной терапии, диспансеризация.

21. Нарушения ритма сердца. Классификация тахикардий. Тактика ведения пациентов с нарушениями ритма.

22. Нарушения проводимости сердца. Классификация брадиаритмий. Тактика ведения пациентов с нарушением проводимости.
23. Фибрилляция предсердий. Классификация. Лечение и тактика ведения пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях поликлиники.
24. ИБС: классификация, методы диагностики, тактика ведения пациентов в условиях поликлиники.
25. Медикаментозная терапия стенокардии.
26. ФГИР: диагностика, лечение и тактика ведения пациентов на догоспитальном этапе.
27. Мультиморбидность: понятие, структура заболеваемости, лечение, диспансерное наблюдение.
28. Метаболический синдром: диагностические критерии, лечение пациентов на догоспитальном этапе, диспансерное наблюдение.
29. Артериальная гипертония: лечение, основные группы лекарственных препаратов, особенности лечения артериальной гипертонии, сочетающейся с ИБС, ХОБЛ, сахарным диабетом.
30. Гипертонические кризы: определение, классификация, клиническая картина, лечение, осложнения. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации. Особенности течения у лиц пожилого возраста.
31. Хронический пиелонефрит: диагностика, медикаментозная и немедикаментозная терапия.
32. Острый и хронический бронхит: диагностика, медикаментозная и немедикаментозная терапия.
33. ГЭРБ: этиология, клиническая картина, диагностика, лечение.
34. Язвенная болезнь желудка и ДК: классификация, диагностика, лечение, осложнения, показания для госпитализации, вторичная профилактика.
35. Хронические гастриты: классификация, диагностика, лечение, вторичная профилактика.
36. ХОБЛ: определение, диагностика, фенотипы, клинические проявления, стратификация по группам, лечение на догоспитальном этапе, критерии обострения, осложнения, показания для госпитализации, диспансерное наблюдение, вакцинопрофилактика.
37. Бронхиальная астма: определение, фенотипы, тяжесть, контроль, критерии обострения, определение тяжести обострения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика.
38. Бронхиальная астма: лечение, группы препаратов и их характеристика, принципы ступенчатой терапии, диспансерное наблюдение. Школа для больных БА.
39. Анемический синдром: гипохромные, нормохромные, гиперхромные анемии. Алгоритм диагностического поиска.
40. Гипохромные микроцитарные анемии: диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Хроническая железодефицитная анемия (ЖДА): лечение, вторичная профилактика.
41. Гиперхромные макроцитарные анемии. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика В12- дефицитной анемии и фолиеводефицитной анемии. Принципы лечения. Вторичная профилактика.
42. Синкопальные состояния в практике терапевта поликлиники. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний у пожилых пациентов. Тактика ведения в поликлинике.
43. Синкопальные состояния в практике терапевта поликлиники. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний у молодых пациентов. Тактика ведения в поликлинике.
44. Хронические гепатиты в практике терапевта поликлиники: классификация, основные клинические синдромы.
45. Жировая болезнь печени в практике терапевта поликлиники: диагностика, дифференциальная диагностика, тактика ведения и лечения пациентов в поликлинике.

46. Циррозы печени в практике терапевта поликлиники: тактика ведения пациентов, вторичная профилактика.
47. Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при протеинурии. Диагностическая значимость альбуминурии.
48. Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при гематурии.
49. Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при лейкоцитурии. Инфекция мочевыводящих путей.
50. ХБП. Факторы риска, скрининг, диагностика.
51. Диагностические критерии ХБП. Алгоритм диагностики ХБП. Классификация ХБП.
52. ХБП. Профилактика и основные подходы к лечению ХБП. Принципы нефропротективной терапии.
53. Пожилой больной. Понятия «коморбидность» и «мультиморбидность».
54. Старческая астения. Факторы формирования, клиническая картина, «органы-мишени», план профилактики старческой астении.
55. Соматическая патология у беременных. Грипп у беременной женщины. Факторы риска развития тяжёлого течения гриппа. Принципы диагностики, лечения и профилактики.
56. Соматическая патология у беременных. Артериальная гипертензия во время беременности: классификация, критерии диагностики и начала терапии. Основные группы лекарственных препаратов, применяемых для лечения артериальной гипертензии во время беременности.
57. Отечный синдром в практике врача поликлиники: причины, общие и местные отеки, дифференциальный диагноз.
58. Суставной синдром в практике врача поликлиники: дифференциальная диагностика, тактика ведения и лечения пациентов.
59. Синдром боли в животе: дифференциальный диагноз, показания к госпитализации.
60. Синдром боли в грудной клетке: некоронарогенные поражения миокарда. Тактика ведения и лечения в условиях поликлиники.
61. Дилатационная кардиомиопатия: диагностика, клинические особенности, ведение больных в поликлинике.
62. Гипертрофическая кардиомиопатия: диагностика, клинические особенности, ведение больных в поликлинике.
63. Миокардит: диагностика, клинические особенности, ведение больных в поликлинике.
64. Функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы: дифференциальный диагноз, принципы немедикаментозной и медикаментозной терапии.
65. Остеопороз: принципы диагностики и лечения на догоспитальном этапе.
66. Хроническое легочное сердце: этиология, диагностика, лечение на догоспитальном этапе.
67. ТЭЛА: классификация, диагностика, профилактика ТЭЛА, ведение пациентов, перенесших ТЭЛА, в условиях поликлиники.
68. Бронхообструктивный синдром: определение, диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний.
69. Артериальная гипертензия, дифференциальный диагноз. Симптоматические гипертензии.
70. Хронический панкреатит: факторы риска и причины развития, классификация, клиническая картина, осложнения.
71. Хронический панкреатит: диагностика, лечение, диспансерное наблюдение за больными.
72. Заболевания желчевыводящих путей: факторы риска, классификация, клинические проявления. Диагностика и лечение дисфункций билиарного тракта.

73. Хронический некалькулезный холецистит: клинические проявления, «маски», лечение на догоспитальном этапе.

74. Онконастороженность. Паранеопластические синдромы: классификация, клиническая значимость.

75. Инфекционный мононуклеоз у взрослого пациента: диагностика, тактика ведения, показания к госпитализации, терапия на амбулаторном этапе, мероприятия в очаге.

76. Ветряная оспа у взрослого пациента: диагностика, тактика ведения, показания к госпитализации, терапия на амбулаторном этапе, мероприятия в очаге.

77. Скарлатина у взрослого пациента: диагностика, тактика ведения, показания к госпитализации, терапия на амбулаторном этапе, мероприятия в очаге.

78. Краснуха у взрослого пациента: диагностика, тактика ведения, показания к госпитализации, терапия на амбулаторном этапе, мероприятия в очаге.

79. Корь у взрослого пациента: диагностика, тактика ведения, показания к госпитализации, терапия на амбулаторном этапе, мероприятия в очаге.

80. Эпидемический паротит у взрослого пациента: диагностика, тактика ведения, показания к госпитализации, терапия на амбулаторном этапе, мероприятия в очаге.

81. Дифтерия в практике врача-терапевта поликлиники: диагностика, тактика ведения.

82. Гепатит А в практике врача-терапевта поликлиники: диагностика, тактика ведения, показания к госпитализации, терапия, мероприятия в очаге.

83. Гепатит В в практике врача-терапевта поликлиники: диагностика, тактика ведения.

84. Острая кишечная инфекция в практике врача-терапевта поликлиники: диагностика, тактика ведения, показания к госпитализации, терапия на амбулаторном этапе, мероприятия в очаге.

85. Программа вторичной профилактики ГЭРБ.

86. Программа вторичной профилактики язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки.

87. Программа вторичной профилактики хронического атрофического гастрита.

88. Программа вторичной профилактики хронического неатрофического гастрита.

89. Программа вторичной профилактики хронического панкреатита.

90. Программа вторичной профилактики хронического некалькулезного холецистита.

91. Программа вторичной профилактики дисфункции желчевыводящих путей.

92. Программа вторичной профилактики хронического гепатита.

93. Программа вторичной профилактики неалкогольной жировой болезни печени.

94. Программа вторичной профилактики функциональных гастроинтестинальных расстройств (ФГИР).

95. Программа вторичной профилактики железодефицитной анемии.

96. Программа вторичной профилактики В12-дефицитной анемии.

97. Программа вторичной профилактики фолиеводефицитной анемии.

98. Программа вторичной профилактики остеоартрита.

99. Программа вторичной профилактики ревматоидного артрита.

100. Программа вторичной профилактики гипертонической болезни.

101. Программа вторичной профилактики остеопороза.

102. Программа вторичной профилактики подагры.

103. Программа вторичной профилактики ХОБЛ.

104. Программа вторичной профилактики хронического бронхита курильщика.

105. Программа вторичной профилактики ХСН.

106. Программа вторичной профилактики ИБС.

107. Программа вторичной профилактики фибрилляции предсердий.

108. Программа вторичной профилактики сахарного диабета.

109. Программа вторичной профилактики заболеваний щитовидной железы.

110. Программа вторичной профилактики ТЭЛА.

111. Программа вторичной профилактики метаболического синдрома.

112. Программа вторичной профилактики хронического пиелонефрита.
 113. Программа вторичной профилактики хронического тонзиллита.
 114. Реабилитация пациента, перенесшего ОИМ: этапы, амбулаторный этап

Критерии и шкала оценивания устного опроса

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	выставляется обучающемуся, если: <ul style="list-style-type: none"> - теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов; - исчерпывающее, последовательно, четко и логически излагает теоретический материал; - свободно справляется с решение 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 вопросы обучающийся не отвечает аргументировано и полно. - знает твердо лекционный материал, грамотно и по существу отвечает на основные понятия.
Удовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: <ul style="list-style-type: none"> - теоретическое содержание курса освоено частично, но проблемы не носят существенного характера; - большинство предусмотренных учебной программой заданий выполнено, но допускаются не точности в определении формулировки; - наблюдается нарушение логической последовательности.
Неудовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: <ul style="list-style-type: none"> - не знает значительной части программного материала; - допускает существенные ошибки; - так же не сформированы практические компетенции; - отказ от ответа или отсутствие ответа.

Тематика рефератов

1. Оценка показателей здоровья населения на терапевтическом участке.
2. Анализ средней продолжительности жизни на терапевтическом участке.
3. Распределение пациентов амбулаторно-поликлинического участка по группам диспансерного наблюдения.
4. Оценка уровня инвалидности на терапевтическом участке. Распределение по группам инвалидности.
5. Современные информационные технологии в работе амбулаторно-поликлинических учреждений города и сельской местности.
6. Оценка первичного выхода на инвалидность на терапевтическом участке.
7. Анализ структуры заболеваемости населения терапевтического участка.
8. Экспертиза временной нетрудоспособности при ишемической болезни сердца. Экспертиза стойкой утраты трудоспособности при ИБС (на примере прикрепленного контингента).
9. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом дыхательной недостаточности на амбулаторном этапе.
10. Анализ средних сроков временной нетрудоспособности по наиболее распространенным заболеваниям на терапевтическом участке.

11. Противовирусные лекарственные средства. Обоснования к назначению при разных клинических ситуациях.
12. Современные методы профилактики пневмоний. Особенности пневмонии у лиц, вакцинированных пневмококковой вакциной.
13. Суточное мониторирование артериального давления как метод диагностики и динамического наблюдения за пациентом с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе.
14. Результаты комплексной реабилитации больных сахарным диабетом на терапевтической участке.
15. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Анализ эффективности методов профилактики у различных возрастных групп населения.
16. Первая помощь при возникновении гипертонического криза.
17. Неотложная помощь при крапивнице и отеке Квинке.
18. Неотложная помощь при пароксизмальных нарушениях ритма (суправентрикулярная тахикардия, фибрилляции предсердий).
19. Неотложная помощь при вегетативных кризах.
20. Неотложная помощь при возникновении гипогликемической комы.
21. Неотложная помощь при кетоацидотической коме.
22. Тактика при остром коронарном синдроме.
23. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
24. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
25. Неотложные состояния в нефрологии. Догоспитальная помощь.
26. Неотложная помощь при обмороке.
27. Неотложная помощь при коллапсе.
28. Неотложная помощь при приступе стенокардии.
29. Неотложная помощь при осложнениях пневмонии (острая дыхательная недостаточность, инфекционно-токсический шок).
30. Неотложная помощь при судорожном синдроме у взрослого.
31. Неотложная помощь пациенту с лихорадкой на догоспитальном этапе.
32. Неотложная помощь на догоспитальном этапе при острой сердечной недостаточности.
33. Виды терапевтической помощи в поликлинике.
34. Принципы и формы первичной медико-санитарной помощи населению.
35. Вопросы организации экспертизы нетрудоспособности. Показания для направления пациента на медико-социальную экспертизу (приказы, документация).
36. Перечень медицинских мероприятий на II этапе диспансеризации.
37. Перечень мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на выявление онкологических заболеваний во время диспансеризации взрослого населения.
38. Категории взрослых граждан, подлежащих вакцинации по национальному календарю прививок. Вакцинация против гриппа.
39. Организация диспансерного наблюдения пациентов с ишемической болезнью сердца: стабильной стенокардией I-II ФК, контролируемые показатели.
40. Организация диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией 1-3 степени, контролируемые показатели.
41. Организация диспансерного наблюдения пациентов с сахарным диабетом 2 типа, контролируемые показатели.
42. Организация диспансерного наблюдения пациентов с гиперхолестеринемией выше 8 ммоль/л, контролируемые показатели.
43. Этапы диспансеризации взрослого населения (нормативные документы).
44. Порядок проведения профилактического медицинского осмотра.
45. Группы здоровья по результатам диспансеризации (критерии).
46. Перечень мероприятий, проводимых для граждан 65 лет и старше на I этапе диспансеризации.

47. Перечень мероприятий, проводимых для граждан от 40 до 64 лет на I этапе диспансеризации.
48. Функциональные обязанности участкового терапевта. Паспорт участка.
49. Санитарно-просветительная деятельность участкового терапевта. Здоровый образ жизни.
50. Этапы диспансеризации взрослого населения.

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 выделить ведущее звено патогенеза и причинно-следственную связь в патогенезе, оценить наличие «порочного круга» в патогенезе болезни пользоваться научной литературой, сетью интернет для профессиональной деятельности;</p> <p>Умеет выбрать оптимальный вариант лечения, назначить медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждения их нежелательных побочных действий, выписать рецепты (с учетом социальных прав на льготные лекарства) на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства;</p> <p>Умеет оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной или экстренной медицинской помощи. Оказывать неотложную или экстренную медицинскую помощь;</p>

Тестовые задания для подготовки к зачету

10 семестр

1. Функции врача общей практики:

- 1) экспертиза временной нетрудоспособности
- 2) сопровождение пациента в стационар
- 3) сопровождение трупа в морг после констатации смерти
- 4) экспертиза стойкой утраты трудоспособности

2. К стационарзамещающей структуре относится:

- 1) дневной стационар в лечебно-профилактическом учреждении, стационар дневного пребывания в больнице, стационар на дому
- 2) кабинет доврачебного контроля
- 3) кабинеты физиотерапевтического отделения
- 4) процедурный кабинет

3. Диспансеризация включает:

- 1) активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения
- 2) организацию условий труда и быта
- 3) плановую госпитализацию больных в стационар
- 4) активное лечение населения

4. Врачебной ошибкой не является:

- 1) гипердиагностика с назначением большого количества анализов при ясном диагнозе
- 2) добросовестное заблуждение, не содержащее состава преступления или признаков проступков при исполнении своих профессиональных обязанностей
- 3) неправильное определение болезни врачом или неправильное врачебное мероприятие, обусловленные добросовестным заблуждением врача
- 4) добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности, халатности или невежества в профессиональной деятельности

5. Термин «паллиативная» происходит от латинского слова «pallium» и означает:

- 1) защита, покрывало
- 2) обеспечение
- 3) забота
- 4) всесторонняя опека больного

6. К незаменимым аминокислотам относится:

- 1) фенилаланин
- 2) аргинин
- 3) цистеин
- 4) аланин

7. Цель работы дневного стационара:

- 1) проведение диагностического лечения, профилактических и реабилитационных мероприятий
- 2) проведение только профилактических мероприятий
- 3) проведение круглосуточного медицинского наблюдения
- 4) проведение только лечебных мероприятий

8. Целями диспансеризации является:

- 1) профилактика заболеваний
- 2) организация плановой госпитализации в стационар
- 3) организация экстренной госпитализации в стационар
- 4) формирование, сохранение и укрепление здоровья лиц, перенесших только острые заболевания

9. Что означает патерналистическая модель поведения врача?

- 1) ограничивает права пациента в получении абсолютно полной информации и тем самым ограничивает его возможность в принятии решений по тому или иному вмешательству
- 2) имеет определенные пациентом ограничения в предоставлении ему информации
- 3) не имеет ограничений в предоставлении информации пациенту
- 4) подразумевает совещательный тип отношений между врачом и пациентом

10. Выберите причину кашля эндокринного генеза:

- 1) микседема
- 2) феохромоцитомы
- 3) климактерический период
- 4) гипертиреоз

11. Для какого заболевания курение табака не является фактором риска?

- 1) болезни глаз
- 2) хроническая обструктивная болезнь легких
- 3) рак пищевода
- 4) рак легкого

12. Что из перечисленного не относится к немедикаментозным методам лечения артериальной гипертензии?

- 1) отказ от употребления кофе
- 2) снижение потребления поваренной соли
- 3) отказ от курения
- 4) нормализация массы тела

13. Понятие «паллиативная помощь» означает:

- 1) подход, позволяющий облегчить страдания больного и улучшить качество жизни пациентов в терминальной стадии заболеваний и их семей
- 2) лечение сопутствующих заболеваний
- 3) профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития тяжелых заболеваний
- 4) метод лечения, позволяющий полностью вылечить пациента

14. Представители какой расы более устойчивы к действию опиоидов?

- 1) европеоидная раса
- 2) монголоидная раса
- 3) негроидная раса
- 4) все расы одинаково устойчивы

15. Кому непосредственно подчиняется участковый врач-терапевт?

- 1) заведующему отделением, а при его отсутствии — руководителю лечебно-профилактического учреждения или его заместителю
- 2) главному врачу лечебно-профилактического учреждения
- 3) заместителю главного врача лечебно-профилактического учреждения
- 4) главной медицинской сестре лечебно-профилактического учреждения

16. Оказание медицинской помощи в стационаре на дому осуществляется:

- 1) только инвалидам
- 2) только больным детям
- 3) больным взрослым
- 4) больным взрослым, детям, инвалидам

17. Как часто проводится диспансеризация взрослого населения?

- 1) 1 раз в 3 года в предусмотренные возрастные периоды
- 2) 2 раза в год
- 3) 1 раз в год
- 4) 1 раз в 2 года

18. Какое осложнение может развиваться при кашле?

- 1) нарушение ритма сердца
- 2) разрыв барабанной перепонки
- 3) гайморит
- 4) инвагинация кишечника

19. Паллиативную помощь можно применять:

- 1) для лечения больных, умирающих от рака и других заболеваний, в терминальной стадии
- 2) для лечения любого хронического заболевания
- 3) для оказания неотложной помощи
- 4) для спасения жизни человека

20. Участковый врач не имеет права:

- 1) оставлять пациента без необходимой медицинской помощи
- 2) назначать необходимые для комплексного обследования пациента методы инструментальной, функциональной и лабораторной диагностики; проводить диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры с использованием разрешенных методов диагностики и лечения; привлекать при необходимости врачей других специальностей для консультаций, обследования и лечения больных

3) вносить руководству учреждения предложения по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, улучшению работы административно-хозяйственных и параклинических служб, вопросам организации и условий своей трудовой деятельности

4) самостоятельно устанавливать диагноз по специальности на основании клинических наблюдений и обследования, сбора анамнеза, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований; определять тактику ведения больного в соответствии с установленными правилами и стандартами

21. В дневной стационар не направляют больных:

- 1) в случае необходимости круглосуточного наблюдения
- 2) с целью проведения комплексного курсового лечения
- 3) с целью проведения реабилитации и курсового лечения
- 4) с целью подбора терапии

23. За проведение диспансеризации взрослого населения на терапевтическом участке ответственность несет:

- 1) участковый врач-терапевт
- 2) фельдшер фельдшерско-акушерского пункта
- 3) врач скорой помощи
- 4) дежурный врач поликлиники

24. При консультировании в конфликтной ситуации нельзя:

- 1) дотрагиваться до больного, раздражаться, отказываться от больного
- 2) позволить пациенту обратиться с жалобой к руководству медицинского учреждения
- 3) успокаивать пациента, предлагать альтернативные пути решения возникшей проблемы
- 4) слушать, оставаться спокойным, успокаивать

25. Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен:

1. Воспалением слизистой оболочки крупных бронхов
2. Воспалением слизистой оболочки мелких бронхов
3. Повышенной чувствительностью рефлексогенных зон
4. Гипотрофией слизистой оболочки бронхов.

26. На федеральные учреждения медико-социальной экспертизы возлагается

1. разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов
2. привлечение населения участка к прохождению диспансеризации
3. краткое профилактическое консультирование
4. участие в оформлении паспорта здоровья

27. Индивидуальная программа реабилитации инвалида разрабатывается

1. отделениями реабилитации
2. бюро медико-социальной экспертизы
3. отделениями медицинской профилактики
4. санаторно-курортными учреждениями

28. На медико-социальную экспертизу пациента направляет

1. лечащий врач
2. главный врач
3. врачебная комиссия медицинской организации
4. лечащий врач и заведующий отделением

29. При ОРВИ с высокой температурой показано применение:

1. аспирин
2. эритромицин
3. бисептол
4. осельтамивир (тамифлю)

30. К источникам инфекции при гриппе относят:

1. вирусоносителя
2. больного человека в первые пять дней болезни
3. домашних животных

4. птиц

Эталон ответа

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	1	1	1	3	1	2	3	4	2

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

Критерии оценивания на зачете

Шкала оценивания	Показатели
Зачтено	<p>Достаточный объем знаний в рамках изучения дисциплины</p> <p>В ответе используется научная терминология.</p> <p>Стилистическое и логическое изложение ответа на вопрос правильное</p> <p>Умеет делать выводы без существенных ошибок</p> <p>Владеет инструментарием изучаемой дисциплины, умеет его использовать в решении стандартных (типовых) задач.</p> <p>Ориентируется в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине.</p> <p>Активен на практических (лабораторных) занятиях, допустимый уровень культуры исполнения заданий.</p>
Не зачтено	<p>Не достаточно полный объем знаний в рамках изучения дисциплины</p> <p>В ответе не используется научная терминология.</p> <p>Изложение ответа на вопрос с существенными стилистическими и логическими ошибками.</p> <p>Не умеет делать выводы по результатам изучения дисциплины</p> <p>Слабое владение инструментарием изучаемой дисциплины, не компетентность в решении стандартных (типовых) задач.</p> <p>Не умеет ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине.</p> <p>Пассивность на практических (лабораторных) занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.</p> <p>Не сформированы компетенции, умения и навыки.</p> <p>Отказ от ответа или отсутствие ответа.</p>

Тестовые задания для подготовки к зачету

11 семестр

1. При осмотре на дому пациента с подозрением на пневмонию при использовании шкалы *сrb65* не оценивают следующий параметр:

1. индекс массы тела
2. частота сердечных сокращений
3. возраст

4. нарушение сознания

2. Что из перечисленного относительно лечения инфекционно-токсического шока у больного с пневмонией является неверным:

1. требуется введение больших количеств жидкости под контролем центрального венозного давления

2. допамин для повышения сосудистого тонуса имеет преимущества перед норадреналином

3. маннитол и фуросемид могут использоваться для профилактики повреждений почечных канальцев

4. кортикостероиды противопоказаны в связи с опасностью дальнейшей генерализации инфекции

3. При оценке степени тяжести внебольничной пневмонии учитывается:

1. Выраженность лихорадки и синдрома интоксикации.

2. Наличие сопутствующей гипертонической болезни.

3. Возраст пациента.

4. Объем поражения легочной ткани.

5. Наличие осложнений.

4. Лечение пневмонии в поликлинических условиях у лиц молодого возраста следует начинать с:

1. гентамицина

2. фторхинолонов

3. макролидов нового поколения

4. полусинтетических пенициллинов

5. Наличие какого признака обязательно для верификации диагноза пневмонии:

1. очагово-инфильтративные изменения по результатам рентгенологического исследования

2. фебрильная температура тела

3. аускультативное определение влажных мелкопузырчатых хрипов или крепитации

4. лейкоцитоз или лейкопения в общем клиническом анализе крови

6. Наиболее информативен в диагностике стенокардии Prinzmetal метод:

1. холтеровского мониторирования ЭКГ

2. велоэргометрии

3. чрезпищеводной стимуляции левого предсердия

4. электрокардиографии

7. При наличии противопоказаний к приему бета-адреноблокаторов больным со стабильной стенокардией напряжения может быть назначен:

1. нифедипин

2. гидрохлоротиазид

3. эналаприл

4. ивабрадина гидрохлорид

8. К основным медикаментозным средствам лечения ХСН относят

1. ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов и нитраты

2. ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды, диуретики, бета-блокаторы

3. ингибиторы АПФ и антиаритмики

4. ингибиторы АПФ и антибиотики

9. Средством выбора для антиангинальной терапии при стабильной стенокардии напряжения являются

1. ингибиторы I_f-каналов синусового узла (ивабрадин)

2. нитраты

3. β-адреноблокаторы

4. дигидропиридиновые антагонисты кальция

10. Показанием к назначению клопидогрела у пациентов со стабильной стенокардией напряжения является

1. сопутствующая фибрилляция предсердий

2. непереносимость аспирина
3. желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе
4. сопутствующая ХСН

11. Больного с нестабильной стенокардией на приеме в поликлинике следует

1. направить на консультацию к кардиологу
2. госпитализировать по «03» в БИТ
3. направить на ЭКГ
4. направить на анализ крови

12. При остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST, сопровождающемся повышением маркеров повреждения миокарда, показано проведение коронароангиографии в течение ____ часов

1. 24
2. 48
3. 72
4. 96

13. Предположить наличие на ЭКГ постинфарктной аневризмы можно в случае выявления:

1. «застывшего» подъема сегмента ST
2. глубоких отрицательных зубцов T
3. комплексов типа QS с «застывшим» подъемом сегмента ST
4. высоких зубцов R в правых грудных отведениях

14. Установите соответствие между длительностью кардиалгии и ее причиной:

1. до 15 мин
 2. до 60 мин
 3. постоянная с меняющейся интенсивностью при движениях туловища (наклон)
- А) инфаркт миокарда
Б) стабильная стенокардия напряжения
В) миокардит
Г) перикардит
4. до 24 ч

15. Шкала grase используется для оценки риска летального исхода при:

1. ишемическом инсульте
2. ОКС без подъема сегмента ST
3. острой левожелудочковой недостаточности
4. хронической сердечной недостаточности

16. Основные осложнения, не встречающиеся при хроническом пиелонефрите.

1. карбункул почки;
2. уросепсис;
3. бактериальный эндокардит;
4. апостоматозный пиелонефрит;
5. абсцесс почки.

17. При хроническом пиелонефрите обязательным признаком болезни является:

1. высокая относительная плотность мочи;
2. брадикардия;
3. бактериурия;
4. лейкоцитурия;
5. гематурия;

18. Противорецидивное лечение хронического пиелонефрита предусматривает назначение антибактериальной терапии:

1. курсовое весной и осенью;
2. ежемесячное в течение недели со сменой препаратов;
3. эпизодическое;
4. может проводиться по любой описанной методике;
5. не должно проводиться.

19. Какие изменения не включает в себя мочевого синдром?

1. рН мочи;
2. протеинурию;
3. лейкоцитурию;
4. эритроцитурию;
5. цилиндрурию.

20. Для хронического пиелонефрита характерны все признаки, кроме:

1. дизурия;
2. бактериурия более 100 тыс. в мл;
3. деформация лоханок и чашечек почек;
4. снижение клубочковой фильтрации;
5. снижение канальцевой реабсорбции.

21. Для лечения хронического пиелонефрита применяются все средства, кроме:

1. антибиотики;
2. нитрофурановые;
3. кортикостероиды;
4. сульфаниламиды;
5. производные налидиксовой кислоты.

22. При хроническом гепатите с синдромом гиперспленизма опасным является:

1. снижение содержания тромбоцитов до $50 \times 10^9/\text{л}$
2. повышение аланинаминотрансферазы
3. эозинофилия
4. ускоренная скорость оседания эритроцитов

23. Какое сочетание симптомов наиболее характерно для холангита?

1. желтуха
2. анемия
3. лейкоцитоз
4. асцит

24. Выберите соответствие между типом желтухи и цветом кожных покровов:

1. Надпеченочная
2. Печеночная
3. Подпеченочная
- А) зелено-желтый с бронзовым или серым оттенком
- Б) лимонно-желтый
- В) красно-желтый с оранжевым оттенком

25. Гиперспленизм диагностируют при сочетании спленомегалии и

1. лейкоцитоза, анемии, тромбоцитопении
2. лейкоцитоза, эритроцитоза, тромбоцитоза
3. лейкопении, анемии, тромбоцитопении
4. лейкопении, анемии, тромбоцитоза

26. О наличии синдрома холестаза свидетельствует

1. повышение щелочной фосфатазы
2. повышение уровней аминотрансфераз
3. повышение уровня гамма-глобулинов
4. снижение уровня липопротеидов

27. Для профилактики эрозивно-язвенных осложнений при НПВ-терапии рекомендуется

1. сукралфат
2. алгедрат+магния гидроксид
3. метилурацил
4. омепразол

28. К гастропротекторам относится

1. фамотидин
2. омепразол

3. ребамипид

4. атропин

29. Эрозивно-язвенные изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта реже всего возникают на фоне приема

1. целекоксиба

2. индометацина

3. ацетилсалициловой кислоты

4. диклофенака

30. В лечении постпрандиального дистресс-синдрома используются

1. желчегонные препараты

2. прокинетики

3. спазмолитики

4. панкреатические ферменты

Эталон ответа

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	4	1,5	3	1	1	4	2	3	2
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2	1	1,3	1 - Б, 2 - А, 3 - Г, 4 - В	2	3	1,3,4	2	1	4
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
3	1	1,3	1 - Б, 2 - В, 3 - А	3	1	4	3	1	2

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

Критерии оценивания на зачете

Шкала оценивания	Показатели
Зачтено	Достаточный объем знаний в рамках изучения дисциплины В ответе используется научная терминология. Стилистическое и логическое изложение ответа на вопрос правильное Умеет делать выводы без существенных ошибок Владеет инструментарием изучаемой дисциплины, умеет его использовать в решении стандартных (типовых) задач. Ориентируется в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине. Активен на практических (лабораторных) занятиях, допустимый уровень культуры исполнения заданий.

Не зачтено	<p>Не достаточно полный объем знаний в рамках изучения дисциплины В ответе не используется научная терминология. Изложение ответа на вопрос с существенными стилистическими и логическими ошибками. Не умеет делать выводы по результатам изучения дисциплины Слабое владение инструментарием изучаемой дисциплины, не компетентность в решении стандартных (типовых) задач. Не умеет ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине. Пассивность на практических (лабораторных) занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий. Не сформированы компетенции, умения и навыки. Отказ от ответа или отсутствие ответа.</p>
------------	--

Тестовые задания для подготовки к экзамену

1. Для какого заболевания курение табака не является фактором риска?

- 1) болезни глаз
- 2) хроническая обструктивная болезнь легких
- 3) рак пищевода
- 4) рак легкого

2. К нерациональным комбинациям антигипертензивных препаратов относятся:

- 1) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина II
- 2) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента + диуретики
- 3) блокаторы рецепторов ангиотензина II + антагонисты кальция
- 4) блокаторы рецепторов ангиотензина II + диуретики

3. Укажите основные препараты, применяемые для длительного лечения хронической сердечной недостаточности:

- 1) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -блокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- 2) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -блокаторы, диуретики
- 3) β -блокаторы, диуретики, сердечные гликозиды
- 4) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -блокаторы, сердечные гликозиды

4. Что из перечисленного не относится к немедикаментозным методам лечения артериальной гипертензии?

- 1) отказ от употребления кофе
- 2) снижение потребления поваренной соли
- 3) отказ от курения
- 4) нормализация массы тела

5. Железо депонируется в основном в форме:

- 1) ферритина
- 2) трансферрина
- 3) протопорфирина
- 4) гема

6. Понятие «паллиативная помощь» означает:

- 1) подход, позволяющий облегчить страдания больного и улучшить качество жизни пациентов в терминальной стадии заболеваний и их семей
- 2) лечение сопутствующих заболеваний
- 3) профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития тяжелых заболеваний
- 4) метод лечения, позволяющий полностью вылечить пациента

7.К химическим канцерогенным веществам относятся следующие классы соединений:

- 1) нитросоединения
- 2) свинец
- 3) медь
- 4) соляная кислота

8. Средняя прибавка веса за период беременности в норме:

- 1) 5–7 кг
- 2) 8–10 кг
- 3) 15–20 кг
- 4) 18–22 кг

9. Основная причина обструктивных обмороков:

- 1) аортальный стеноз
- 2) аортальная недостаточность
- 3) митральная недостаточность
- 4) коарктация аорты

10.К факторам риска ишемической болезни сердца относятся все перечисленные, кроме:

- 1) эмоциональные перегрузки
- 2) артериальная гипертензия
- 3) сахарный диабет
- 4) курение

11. К факторам риска ишемической болезни сердца относятся:

- 1) артериальная гипертензия
- 2) эмоциональные перегрузки
- 3) артериальная гипотензия
- 4) недостаточная масса тела

12. Гипертония нижнего пищевого сфинктера встречается при следующих заболеваниях:

- 1) ахалазия кардии
- 2) халазия кардии
- 3) хронический рефлюкс-эзофагит
- 4) грыжа пищевого отверстия диафрагмы

13. Для клиники деформирующего остеоартроза характерно:

1) механический ритм болей, возникновение боли под влиянием дневной физической нагрузки и стихание в течение ночного отдыха

- 2) наличие утренней скованности более 1 часа
- 3) ограничение подвижности сустава уже в ранней стадии заболевания
- 4) резкое воспаление мягких тканей

14. Представители какой расы более устойчивы к действию опиоидов?

- 1) европеоидная раса
- 2) монголоидная раса
- 3) негроидная раса
- 4) все расы одинаково устойчивы

15. Для инфаркта миокарда характерна:

1) длительная боль, не купирующаяся нитратами
2) длительная боль, купирующаяся нитратами
3) кратковременная боль, купирующаяся нитратами
4) кратковременная боль, купирующаяся нестероидными противовоспалительными средствами

16. На электрокардиограмме интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более чем на 0,10 с; зубцы P (в отведениях I, II, AVF) положительные перед каждым комплексом QRS. Можно предположить:

- 1) ритм синусовый, регулярный

- 2) ритм синусовый, нерегулярный
- 3) ритм атриовентрикулярного соединения, регулярный
- 4) ритм атриовентрикулярного соединения, нерегулярный

17. Обязательный признак метаболического синдрома:

- 1) абдоминальное ожирение
- 2) гипергликемия
- 3) дислипидемия
- 4) гиперурикемия

18. Фактор агрессии слизистой оболочки желудка:

- 1) гипертонус n. vagus
- 2) антродуоденальный кислотный тормоз
- 3) простагландины E2
- 4) слизисто-бикарбонатный барьер

19. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи наиболее эффективна:

- 1) магнитно-резонансная холангиография
- 2) внутривенная холеграфия
- 3) ретроградная панкреатохолангиография
- 4) прямая спленопортография

20. Биохимическими признаками синдрома цитолиза является повышение:

- 1) аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, γ -глутамилтранспептидазы
- 2) холестерина, общего билирубина
- 3) аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, прямого билирубина
- 4) щелочной фосфатазы, γ -глутамилтранспептидазы, непрямого билирубина

21. Больная Л., 23 года поступила в отделение с диагнозом «язвенно-некротическая ангина». Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. До поступления самостоятельно принимала бисептол по 1,0 г 4 раза в день. В общем анализе крови: лейкоциты $2,2 \times 10^9/\text{л}$: эозинофилы — 1 (палочкоядерные — 0, сегментоядерные — 10), лимфоциты — 77, моноциты — 12, СОЭ 40 мм/ч.

Предположительный диагноз:

- 1) иммуно-аллергический агранулоцитоз
- 2) изоиммунная нейтропения
- 3) ангина Симановского-Венсана
- 4) острый лимфобластный лейкоз

22. Кому непосредственно подчиняется участковый врач-терапевт?

- 1) заведующему отделением, а при его отсутствии — руководителю лечебно-профилактического учреждения или его заместителю
- 2) главному врачу лечебно-профилактического учреждения
- 3) заместителю главного врача лечебно-профилактического учреждения
- 4) главной медицинской сестре лечебно-профилактического учреждения

23. Можно ли выдать листок нетрудоспособности безработному?

- 1) можно, при наличии у него документа о взятии на учет по безработице
- 2) можно, только при ургентном заболевании
- 3) можно, в случае госпитализации
- 4) нельзя

24. Оказание медицинской помощи в стационаре на дому осуществляется:

- 1) только инвалидам
- 2) только больным детям
- 3) больным взрослым
- 4) больным взрослым, детям, инвалидам

25. Листок нетрудоспособности имеют право выдать следующие лица, за исключением:

- 1) медицинских работников учреждений скорой медицинской помощи

- 2) лечащих врачей клиник НИИ протезирования или протезостроения
- 3) фельдшеров — в отдельных случаях (по решению органов здравоохранения)
- 4) лечащих врачей медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения при наличии лицензии на право заниматься экспертизой временной нетрудоспособности

26. Как часто проводится диспансеризация взрослого населения?

- 1) 1 раз в 3 года в предусмотренные возрастные периоды
- 2) 2 раза в год
- 3) 1 раз в год
- 4) 1 раз в 2 года

27. Неправильное оформление медицинской документации включает:

- 1) неинформативные записи в амбулаторной карте
- 2) статическую регистрацию заболеваемости в листе уточненных диагнозов
- 3) осмотр пациента с заполнением талона на прием
- 4) оформление листка временной нетрудоспособности

28. Внешние помехи общению врача и пациента:

- 1) недостаток времени
- 2) врач и пациент одного пола
- 3) врач и пациент разного возраста
- 4) врач и пациент — родственники

29. Какое осложнение может развиваться при кашле?

- 1) нарушение ритма сердца
- 2) разрыв барабанной перепонки
- 3) гайморит
- 4) инвагинация кишечника

30. Тип боли, не характерный для приступа стенокардии:

- 1) колющая в области сердца, связанная с дыханием
- 2) жгучая в области сердца
- 3) сжимающая за грудиной
- 4) давящая за грудиной с иррадиацией в левую руку

31. Длительность термометрии:

- 1) 1–2 минуты
- 2) 5–10 минут
- 3) 10–15 минут
- 4) 15–20 минут

32. Основные противовоспалительные средства лечения больных бронхиальной астмой:

- 1) ингаляционные глюкокортикостероидные гормоны
- 2) антибиотики
- 3) кромогликат натрия
- 4) β 2-агонисты

33. Основные клинические синдромы внебольничной пневмонии:

- 1) интоксикационный, бронхо-легочно-плевральный
- 2) тахикардический
- 3) гектическая лихорадка
- 4) дыхательная недостаточность

34. Что выявляется при исследовании мокроты у больных бронхиальной астмой?

- 1) кристаллы Шарко–Лейдена
- 2) атипичные клетки
- 3) пробки Дитриха
- 4) патогенная микрофлора

35. Для какого онкологического заболевания курение табака является фактором риска?

- 1) рак пищевода
- 2) рак молочной железы
- 3) рак яичников
- 4) рак простаты

36. Антагонисты рецепторов к ангиотензину II, применяемые для лечения хронической сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса левого желудочка:

- 1) кандесартан, лозартан
- 2) телмисартан, валсартан
- 3) лозартан, ирбесартан
- 4) эпросартан, кандесартан

37. Что не является правилом начала терапии артериальной гипертензии?

- 1) диуретик — обязательный компонент любой комбинированной терапии
- 2) блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы — обязательный компонент терапии
- 3) настоятельно рекомендован более ранний переход на комбинированную терапию при неэффективной монотерапии
- 4) немедикаментозные рекомендации подтверждены и приобрели статус достоверности

38. Самая частая причина развития железодефицитной анемии у мужчин:

- 1) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта
- 2) алкогольный гепатит
- 3) гематурическая форма гломерулонефрита
- 4) кровохарканье

39. Паллиативную помощь можно применять:

- 1) для лечения больных, умирающих от рака и других заболеваний, в терминальной стадии
- 2) для лечения любого хронического заболевания
- 3) для оказания неотложной помощи
- 4) для спасения жизни человека

40. Курение является фактором риска возникновения:

- 1) рака легкого
- 2) рака почки
- 3) рака желудка
- 4) рака толстой кишки

41. Какие препараты противопоказаны во время беременности:

- 1) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- 2) антибиотики
- 3) препараты железа
- 4) кардиоселективные β -блокаторы

42. При проведении сердечно-легочной реанимации одним реаниматором соотношение количества компрессий/частоты дыхательных движений должно быть следующим:

- 1) 15:1
- 2) 15:2
- 3) 30:1
- 4) 30:2

43. Какой тип нарушения липидного обмена характерен для сахарного диабета?

- 1) I
- 2) IIa
- 3) IIb
- 4) III

44. Основная функция витамина D в организме:

- 1) участвует в регуляции кальциево-фосфорного обмена

- 2) обладает противooksидлительными свойствами
- 3) участвует в клеточном обмене и процессах дыхания
- 4) способствует усвоению витамина С

45. При лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни часто применяется комбинация препаратов:

- 1) прокинетики, антациды, антисекреторные препараты
- 2) прокинетики, спазмолитики, анальгетики
- 3) спазмолитики, анальгетики, антациды
- 4) нитраты, прокинетики, спазмолитики

46. Кристаллы пирофосфата кальция накапливаются в суставных тканях при:

- 1) псевдоподагре
- 2) подагре
- 3) деформирующем остеоартрозе
- 4) ревматоидном артрите

47. Признак лимфатических отеков:

- 1) болезненность
- 2) безболезненность
- 3) уменьшение при изменении положения тела
- 4) снижение пульсации на периферических артериях

48. При высокой «нефротической» протеинурии выделение белка в сутки:

- 1) следы белка
- 2) до 0,5 г
- 3) до 3,0 г
- 4) более 3,5 г

49. Курение во время беременности способствует формированию у плода:

- 1) железодефицитной анемии в раннем возрасте
- 2) устойчивости к гипоксии в период родов
- 3) врожденных респираторных заболеваний
- 4) аллергической реакции замедленного типа

50. Для купирования болевого синдрома при инфаркте миокарда вводят:

- 1) морфин внутривенно
- 2) нитроглицерин внутривенно
- 3) баралгин внутримышечно
- 4) нитроглицерин сублингвально

51. На электрокардиограмме ритм желудочковых сокращений неправильный (интервал RR разный), зубец P отсутствует, комплекс QRST не расширен. ЧСС — около 130 в минуту. Это указывает на:

- 1) фибрилляцию предсердий
- 2) желудочковую экстрасистолию
- 3) предсердную экстрасистолию
- 4) нерегулярный синусовый ритм

52. К критериям метаболического синдрома относится:

- 1) объем талии
- 2) объем бедер
- 3) уровень липопротеинов низкой плотности
- 4) уровень мочевой кислоты

53. Причина гиперпродукции соляной кислоты при язвенной болезни:

- 1) увеличение массы париетальных клеток
- 2) синтез простагландинов E2
- 3) увеличение количества главных клеток
- 4) снижение секреции гастрина

54. Специфические маркеры хронической алкогольной интоксикации:

- 1) изотрансферрин, ацетальдегидмодифицированный гемоглобин
- 2) аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза

- 3) щелочная фосфатаза, билирубин
- 4) макроцитарная анемия, гиперхолестеринемия

55. Для наследственного хронического панкреатита не характерно:

- 1) повышение уровня IgG и IgG4-сыворотки
- 2) быстро прогрессирующее течение
- 3) развитие в молодом возрасте
- 4) риск развития рака поджелудочной железы

56. Ликвидатор аварии на Чернобыльской АЭС, 24 года, получил облучение, превышающее предельно допустимое. При обследовании: эритроциты — $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 90 г/л, ретикулоциты — 0,5 %, тромбоциты — $100 \times 10^9/л$, лейкоциты — $2,4 \times 10^9/л$: эозинофилы — 0 (палочкоядерные — 2, сегментоядерные — 20), лимфоциты — 72, моноциты — 6. При дополнительном исследовании — нормоцитоз, нормохромия. Какие обстоятельства могли обусловить такую картину крови?

- 1) апластическая анемия
- 2) гемолиз
- 3) гемодилуция
- 4) острое кровотечение

57. Участковый врач не имеет права:

1) оставлять пациента без необходимой медицинской помощи

2) назначать необходимые для комплексного обследования пациента методы инструментальной, функциональной и лабораторной диагностики; проводить диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры с использованием разрешенных методов диагностики и лечения; привлекать при необходимости врачей других специальностей для консультаций, обследования и лечения больных

3) вносить руководству учреждения предложения по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, улучшению работы административно-хозяйственных и параклинических служб, вопросам организации и условий своей трудовой деятельности

4) самостоятельно устанавливать диагноз по специальности на основании клинических наблюдений и обследования, сбора анамнеза, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований; определять тактику ведения больного в соответствии с установленными правилами и стандартами

58. Какой рентгенологический признак характерен для ревматоидного артрита:

- 1) множественные узурсы
- 2) эпифизарный остеосклероз
- 3) хондрокальциноз
- 4) субкортикальные кисты в эпифизах костей (симптом пробойника)

59. В дневной стационар не направляют больных:

- 1) в случае необходимости круглосуточного наблюдения
- 2) с целью проведения комплексного курсового лечения
- 3) с целью проведения реабилитации и курсового лечения
- 4) с целью подбора терапии

60. Листок нетрудоспособности может быть выдан при проведении:

- 1) эзофагогастродуоденоскопии с биопсией
- 2) компьютерной или магнитно-резонансной томографии
- 3) обследования в Центре здоровья
- 4) рентгенологического исследования

Эталон ответа

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1	4	2	1	1	1	1	4	1	1
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1	1	1	1	1	1	1	1	1	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
<p>Владеет навыками владения простейшими медицинскими инструментами; интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики для выявления патологических процессов в органах и системах пациентов;</p> <p>Владеет выбрать оптимальный вариант лечения, назначить медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждения их нежелательных побочных действий, выписать рецепты (с учетом социальных прав на льготные лекарства) на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства;</p> <p>Владеет основными мероприятиями по оказанию первой помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;</p>

Типовые практические задания для подготовки к экзамену

Задача № 1

Мужчина 54 лет впервые обратился к врачу общей практики с целью диспансеризации. Он отрицает наличие каких-либо хронических заболеваний и не принимает никаких лекарственных средств. Его отец умер в возрасте 74 лет от острого инфаркта миокарда. Его мать жива, ей в настоящее время 80 лет, получает лечение по поводу артериальной гипертензии. У него есть младшие родные брат и сестра, в отношении которых он утверждает, что они не страдают никакими хроническими заболеваниями. Пациент не курит, не употребляет алкоголь, никогда не применял наркотические средства. Он ведет малоподвижный образ жизни, работает финансовым советником, не занимается физическими упражнениями. При объективном физикальном исследовании не отмечается отклонений от нормы по всем органам и системам. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 127/82 мм.рт.ст., ЧДД 18 в минуту. Рост 170 см, масса тела 86 кг, индекс массы тела (ИМТ) 29,8 кг/м², окружность талии 98 см.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (после опроса на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, антропометрии и измерения АД)?

2. Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечнососудистого риска у данного пациента?

3. Какие исследования в рамках первого и второго этапов диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента?

4. По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови 3,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови 4,1 ммоль/л, ЭКГ без отклонений от нормы. Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)? 5. Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту?

Эталон ответа:

1. Определение уровней общего холестерина в крови, глюкозы в крови, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорография легких, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, измерение внутриглазного давления.

2. Измерение АД (скрининг артериальной гипертензии) и исследование липидов (холестерина) крови (скрининг дислипидемии).

3. В рамках первого этапа диспансеризации проводятся флюорография легких и исследование кала на скрытую кровь, в рамках второго этапа – эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия или ректороманоскопия, анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (ПСА). 4. Суммарный сердечно-сосудистый риск умеренный ($\geq 1\%$ и

Задача № 2

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика - 21 пачка/лет). При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ – 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 70 ударов в мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. 162 Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови - 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма. Абсолютный сердечнососудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

Вопросы:

1. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.

2. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.

3. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции лёгких по обструктивному типу.

4. Составьте план индивидуального профилактического консультирования.

5. Предложите пациенту способы отказа от курения.

Эталон ответа:

1. Группа здоровья I, так как у пациента низкий суммарный сердечно-сосудистый риск и нет заболеваний, требующих диспансерного наблюдения участкового терапевта.

2. Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза, поскольку у пациента имеются клинические симптомы (кашель с мокротой) и факторы риска развития ХОБЛ (курение). В рамках 2 этапа диспансеризации пациенту показано проведение спирометрии.

3. Спирометрические признаки бронхиальной обструкции: снижение ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ $\leq 0,7$. Больному показано обследование за рамками диспансеризации для уточнения диагноза ХОБЛ: клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулёза спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, тест с 6-минутной ходьбой, рентгенография органов грудной клетки, пульсоксиметрия. При подтверждении диагноза ХОБЛ для оценки выраженности

симптомов необходимо провести тестирование по одному из опросников (mMRC, CAT, CCQ) и определить риск обострений.

4. Пациенту необходимо рекомендовать отказ от курения, так как курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Кроме того, необходимо проведение вакцинации против гриппа и профилактика ОРВИ, так как вирусные инфекции провоцируют обострение ХОБЛ. Методы профилактики ОРВИ – закаливание, рациональное питание, достаточный сон, соблюдение гигиены; возможно рассмотреть (убедительные доказательства эффективности отсутствуют) использование витаминотерапии, приём иммуномодуляторов (интерфероны, Циклоферон), использование противовирусных средств для постконтактной профилактики (в случае контакта с больными гриппом).

5. Никотинзамещающие препараты: никотиновая жевательная резинка, ингалятор, назальный спрей, накожный аппликатор, подъязычные таблетки или пастилки. Препараты, снижающие никотиновую зависимость: Варениклин, Бупропион. Психотерапевтические методы: рациональная психотерапия, аутотренинг, гипноз.

Задача № 3

На терапевтическом участке с численностью взрослого населения 1700 человек на конец календарного года на диспансеризацию пришли 395 человека. 2 пациента не заполнили анкету и 2 других пациента не были осмотрены врачом-терапевтом участковым. Объём выполненных исследований в рамках 1 этапа составил 86%, в рамках 2 этапа – 100%. Всем пациентам, осмотренным врачом-терапевтом участковым, проведено краткое профилактическое консультирование. Углублённое индивидуальное консультирование проведено 62% из направленных в кабинет медицинской профилактики. Углублённое групповое (в рамках школ) консультирование проведено 62% из направленных в кабинет медицинской профилактики. Все пациенты с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями взяты под диспансерное наблюдение врачом-терапевтом участковым или врачами специалистами.

Вопросы:

1. Рассчитайте количество человек, прошедших диспансеризацию на данном участке. Обоснуйте Ваш ответ.

2. Рассчитайте показатель «Охват диспансеризацией» на данном участке и оцените его.

3. Оцените объём выполненных исследований в рамках 1 и 2 этапов, обоснуйте Ваш ответ.

4. Оцените охват пациентов углублённым профилактическим консультированием в рамках 2 этапа, обоснуйте Ваш ответ.

5. Рассчитайте показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» и оцените его.

Эталон ответа:

1. Диспансеризацию прошли 391 пациент (2 пациентов, которые не заполнили анкету и 2 других, которые не явились на осмотр врачом-терапевтом участковым, не включают в число, прошедших диспансеризацию, так как заполнение анкеты и осмотр врачом-терапевтом участковым являются обязательными для каждого пациента).

2. Показатель «Охват диспансеризацией» на терапевтическом участке рассчитывается как отношение количества пациентов, прошедших в данном календарном году диспансеризацию, к количеству взрослого населения, проживающего на этом участке. Диспансеризацию прошли 391 пациент. Охват диспансеризацией на данном участке составил 23%, что свидетельствует о достаточном охвате (плановое значение – не менее 23%).

3. Диспансеризацию следует считать завершённой, так как объём выполненных исследований в рамках 1 этапа составил 86% (плановое значение – не менее 85%), в рамках 2 – 100% (плановое значение 100%).

4. Пациенты с высоким или очень высоким сердечно-сосудистым риском должны быть направлены в кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углублённого индивидуального или группового профилактического

консультирования. По итогам диспансеризации охват пациентов углублённым профилактическим консультированием составил 62%, то есть охват достаточный (плановое значение – не менее 60%).

5. Все пациенты с впервые выявленными заболеваниями, включёнными в список заболеваний, при которых устанавливается диспансерное наблюдение, должны быть взяты под диспансерное наблюдение. Показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» рассчитывается как отношение числа пациентов, взятых под диспансерное наблюдение, к числу пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении (в процентах). В данном случае все пациенты с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями взяты под диспансерное наблюдение, то есть показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» составил 100%. Это хороший показатель, так как целевой уровень этого показателя должен быть близок к 100%.

Задача № 4

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

Эталон ответа:

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфно-клеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рНметрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.

4. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рек-но применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

5. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учёте у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно. Рекомендуется осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и фиброгастроскопии с биопсией. По возможности - анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.

Задача № 5

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента

Эталон ответа:

1. Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.

2. План обследования: клинический анализ крови; ЭКГ, спирометрия; рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; общий анализ мокроты; консультация врача-пульмонолога.

3. План лечения: отказ от курения; с целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять β₂-адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол). Для постоянного приёма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β₂-агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут). Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.

4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжелый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.

5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1

Задача № 6

Пациент С. 45 лет, инженер, жалоб на момент осмотра не имеет. Лечился в амбулаторных условиях по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, впервые выявленной. По данным эзофагогастродуоденоскопии был дефект слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 0,4 см. Язва зарубцевалась. Общее состояние удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС – 72 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Печень и селезёнка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час. Анализ мочи: удельный вес – 1018, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Тест на Нр после эрадикационной терапии (–).

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Дайте подробные рекомендации по медикаментозной профилактике рецидивов.

Обоснуйте Ваше решение.

3. Назовите показания к профилактике рецидивов «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии.

4. Укажите длительность диспансерного наблюдения, составьте алгоритм (схему динамического наблюдения).

5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, лёгкое течение, фаза ремиссии.

2. Показана профилактика рецидивов «по требованию». Рекомендовано: при появлении первых симптомов обострения заболевания необходим приём препаратов протонной помпы в лечебной дозе (Омепразол по $0,02 \times 2$ раза в день, или Лансопразол по $0,03 \times 2$ раза в день, или Пантопразол по $0,04 \times 2$ раза в день, или Рабепразол по $0,02 \times 2$ раза в день, или Эзомепразол по $0,02 \times 2$ раза в день) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель. Если в течение первых 2-3 дней лечения симптомы не исчезнут, необходимо явиться к врачу и сделать эзофагогастродуоденоскопию. Рекомендована медикаментозная профилактика рецидивов «по требованию», так как течение заболевания лёгкое и эрадикационная терапия была успешной (тест на Нр после лечения (–)). Данный вид медикаментозной профилактики рекомендуется при лёгкой и средней тяжести течения язвенной болезни и успешной эрадикационной терапии.

3. Показания для «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии антисекреторным препаратом в половинной дозе (ежедневно вечером по 150 мг Ранитидина или по 20 мг Фамотидина): неэффективность проведённой эрадикационной терапии; осложнения (язвенное кровотечение или перфорация); наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения нестероидных противовоспалительных препаратов; сопутствующий эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит; больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением болезни, несмотря на адекватную курсовую терапию; выраженная рубцовая деформация поражённого органа; язвенная болезнь у злостных курильщиков.

4. Пациент подлежит диспансерному наблюдению у врача-терапевта участкового в течение 5 лет после обострения. Кратность осмотра – 1 раз в год. Консультация врача-гастроэнтеролога – 1 раз в год. Эзофагогастродуоденоскопия и анализ кала на скрытую

кровь – при обострении. Если в течение 5 лет не было рецидива заболевания с диспансерного учета можно снять.

5. В период ремиссии пациент трудоспособен, так как работа инженера связана с умеренным эмоциональным напряжением и не противопоказана пациенту. В период обострения больной временно нетрудоспособен. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 14-16 дней. Санаторно-курортное лечение – в период ремиссии в санаторно-курортных организациях в климатической зоне проживания пациента. Курорты: бальнеологические с питьевыми минеральными водами, грязевые и климатические. В период обострения заболевания санаторнокурортное лечение противопоказано.

Задача № 7

Пациент С. 53 лет, водитель автобуса, выписан из стационара, где лечился в течение 28 дней по поводу инфаркта миокарда. Жалобы на боль за грудиной при ходьбе через 300 метров и при подъеме на второй этаж, исчезающую в покое или после приема 1 таблетки Нитроглицерина, небольшую одышку при ходьбе. Общее состояние сравнительно удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Границы сердца: правая – на 0,5 см от правого края грудины, верхняя – 3 ребро, левая – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 64 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Нб – 138 г/л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час. Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Липиды крови: общий холестерин (ОХС) – 5,6 ммоль/л; триглицериды (ТГ) – 1,6 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) – 1,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) – 3,7 ммоль/л. Креатинин – 100 мкмоль/л; СКФ – 75 мл/мин. ЭКГ: ритм синусовый правильный, ЧСС – 66 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца. В отведениях II, III, AVF патологический зубец Q, сегмент ST на изолинии, зубец T слабо отрицательный. Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,1 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 1,1 см. Размер левого предсердия – 4,2 см. Конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) – 2,4 см. Конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) – 5 см. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 52 %. Гипокинез нижней стенки левого желудочка. Трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы (E/A=0,8).

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие лекарственные препараты следует назначить пациенту? Назовите препараты, обоснуйте их назначение.
4. Показана ли пациенту консультация врача-кардиохирурга? Обоснуйте Ваш ответ.
5. Проведите экспертизу трудоспособности и решите вопрос санаторнокурортного лечения. Обоснуйте Ваш ответ.

Эталон ответа:

1. ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 3 ФК. Постинфарктный (дата) кардиосклероз. ХСН I стадия, 1 ФК.
2. Диагноз «ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 3 ФК» установлен на основании жалоб больного (сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе через 300 метров при подъеме на второй этаж, исчезающие в покое или после приема Нитроглицерина). Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» поставлен на основе данных анамнеза (лечился в стационаре по поводу инфаркта миокарда), данных ЭКГ (патологический зубец Q в отведениях II, III, AVF, сегмент ST на изолинии, зубец T слабо отрицательный свидетельствуют о старом инфаркте с зубцом Q нижней стенки левого желудочка), данных Эхо-КГ (гипокинез нижней стенки). ХСН I стадия установлена на основании диастолической дисфункции миокарда левого желудочка по гипертрофическому типу (трансмитральный диастолический поток с преобладанием

предсердной систолы: $E/A=0,8$) и дилатации левого предсердия. ХСН I ФК установлен по шкале оценки клинического состояния (ШОКС по Марееву) (1 балл, то есть менее 3,5 баллов).

3. Необходимо назначить статины (Аторвастатин 20-40 мг или Розувастатин 10-20 мг в сутки) (целевой уровень ХС ЛПНП – менее 1,8 ммоль/л), ингибиторы АПФ или сартаны (с целью замедления прогрессирования ХСН), два антиагреганта (Аспирин 75-100 мг/сут + Клопидогрель 75 мг/сут) на 1 год (через год продолжить приём Аспирина 75-100 мг/сут), бетаадреноблокаторы под контролем ЧСС (целевой уровень ЧСС – 60 ударов в минуту в покое и 110 ударов в минуту при физической нагрузке), так как эти группы препаратов снижают риск развития повторного инфаркта, замедляют прогрессирование ХСН, снижают риск внезапной смерти и улучшают долгосрочный прогноз. Для уменьшения частоты приступов стенокардии и улучшения переносимости физических нагрузок необходимо назначить к бета-блокатору 1-2 препарата из группы антиангинальных лекарственных средств таких, как антагонисты кальция, пролонгированные нитраты, Триметазидин, Ранолазин. Для купирования приступов стенокардии необходимо назначить Нитроглицерин в таблетках или спрее.

4. Учитывая наличие стенокардии 3 ФК, при отсутствии эффекта от антиангинальных препаратов, при согласии пациента на хирургическое вмешательство показаны консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга и коронароангиография.

5. Больной временно нетрудоспособен. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – до 4 месяцев (необходимо продление листка нетрудоспособности врачебной комиссией с периодичностью 15 дней). После окончания срока временной нетрудоспособности необходимо направить пациента на МСЭ. Работа водителя автобуса связана со значительным эмоциональным напряжением и большим риском для жизни других людей при внезапном её прекращении и поэтому противопоказана для данного пациента с постинфарктным кардиосклерозом. Пациент может выполнять работу с умеренным эмоциональным или незначительным физическим напряжением. Пациент ограниченно трудоспособен (ограничение трудоспособности 1 степени, ограничение способности к передвижению 1 степени), необходимо направить на МСЭ (2 группа инвалидности). Санаторно-курортное лечение противопоказано, так как постинфарктный кардиосклероз в сочетании со стенокардией 3 ФК является противопоказанием к санаторно-курортному лечению.

Задача № 8

Больной К. 53 лет, водитель автобуса, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодически тошноту, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, склонность к запорам. Считает себя больным в течение года, когда стал отмечать общую слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Похудел на 7 кг за последние 6 месяцев. В течение последних 2 месяцев появилось увеличение живота. Злоупотребляет алкоголем в течение 20 лет. Общее состояние средней степени тяжести. Питание умеренное. Кожа бледновато-серого цвета, небольшая желтушность. Единичные сосудистые звёздочки на груди. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 76 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в объёме, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень +3 см из-под края рёберной дуги, поверхность гладкая, край закруглён, плотный, умеренно болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову – 15×12×10 см. Размеры селезёнки – 12×8 см. В боковых отделах живота перкуторно определяется наличие свободной жидкости. Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л; лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, нейтрофилы – 77%, лимфоциты – 26%. СОЭ – 33 мм/час. Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Биохимические анализы крови: АСТ – 52 ЕД/л, АЛТ – 48 ЕД/л, тимоловая проба – 12 ЕД, общий холестерин – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 36 ммоль/л, прямой – 27 ммоль/л, непрямой – 9 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, альбумины – 45% (29 г/л), глобулины: альфа-1 – 6%, альфа-2 – 16%, бета – 14 %, гамма – 26%. Протромбиновый индекс – 70%. Анализ крови на маркеры вирусов: Hbs антиген, Hbe

антиген, антитела к Нвс антигену вируса В, антитела к вирусу С не обнаружены. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, расширение вен нижней трети пищевода до 4 мм в диаметре, слизистая желудка бледновата, рельеф несколько сглажен, двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: варикозное расширение вен нижней трети пищевода. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, гепато- и спленомегалия, расширение портальной вены, наличие свободной жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Где может лечиться пациент (в поликлинике или стационаре)? Обоснуйте ответ.

Назовите показания к госпитализации в стационар.

4. Дайте рекомендации по лечению пациента, обоснуйте выбор препаратов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.

Эталон ответа:

1. Цирроз печени алкогольный, быстро прогрессирующее течение, активность 2 степени, субкомпенсированный (класс В по Чайлд-Пью): печёчно-клеточная недостаточность 2 степени, портальная гипертензия 2 стадии (умеренное расширение варикозных вен пищевода, асцит, спленомегалия).

2. Диагноз «цирроз печени алкогольный» поставлен на основании жалоб (общая слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, периодически тошнота, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота), анамнеза (злоупотребляет алкоголем) и отсутствия маркеров вирусного поражения печени. Быстро прогрессирующее течение – на основании похудения и быстрого нарастания симптомов. Активность 2 степень – на основании лабораторных синдромов цитолиза (повышены АСТ и АЛТ до 1 степени активности, билирубин – до 2) и иммунного воспаления (повышены тимоловая проба и гамма-глобулины – до 2 степени активности). Индекс тяжести по Чайлду-Пью класс В – по сумме баллов (характеризующих уровень билирубина, протромбинового индекса, альбумина, наличия энцефалопатии и асцита). Сумма баллов составила 8. (Класс А – 5-6 баллов; класс В – 7-9 баллов; класс С – 10 и более). Печёчно-клеточная недостаточность 2 степени – на основании снижения уровня альбуминов, холестерина и протромбинового индекса. Портальная гипертензия 2 стадии – на основании наличия асцита и спленомегалии (по данным осмотра и УЗИ), варикозных вен пищевода (по данным ЭФГДС).

3. Показана госпитализация больного в стационар, так как активность 2 степени, появился асцит. Показаниями к госпитализации являются: класс тяжести по Чайлд-Пью В и С; подозрение на кровотечение из варикозных вен пищевода; гепаторенальный синдром; асцит, осложнённый нарушением дыхания; энцефалопатия III и IV стадии, а также II стадии при невозможности адекватно осуществлять лечение и наблюдение в амбулаторных условиях.

4. В первую очередь необходим отказ от алкоголя, так как этиологическое лечение является приоритетным. Необходимо назначение гепатопротекторов, предпочтительно Гептрала, так как эффект этого препарата при алкогольном циррозе доказан. Лечение асцита должно включать ограничение поваренной соли до 2 г в сутки, диуретики (Верошпирон или Эплеренон по 100 мг/сутки, Торасемид 5-20 мг/сутки) под контролем ежедневной оценки массы тела (критерием эффективности и безопасности диуретической терапии является снижение массы тела на 500-600 г в сутки). По мере уменьшения асцита дозу диуретиков необходимо снижать до поддерживающей. Учитывая склонность к запорам, необходимо назначить Лактулозу (в среднем 30- 60 мл/сутки) с индивидуальным подбором дозы (до частоты стула 2-3 раза в сутки). Для уменьшения диспепсических проявлений – ферментные препараты (Панкреатин, Креон, Мезим) во время приёма пищи. При появлении симптомов энцефалопатии – ограничение белка в рационе питания до 1 г/кг массы тела

5. Учитывая медицинские критерии (активность цирроза, наличие печёночно-клеточной недостаточности 2 степени, портальной гипертензии 2 стадии) и социальные критерии (работа водителя автобуса противопоказана, так как связана с вибрацией и значительным эмоциональным напряжением) больной временно нетрудоспособен (ориентировочный срок временной нетрудоспособности 30-45 дней). После окончания временной нетрудоспособности (но не позднее чем через 4 месяца) необходимо направить больного на медико-социальную экспертизу (больной ограниченно трудоспособен, снижение способности к трудовой деятельности 1 степени) для определения 3 группы инвалидности. Санаторно-курортное лечение противопоказано, так как есть активность процесса, печёночно-клеточная недостаточность и портальная гипертензия.

Задача № 9

Женщина 35 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, похудание на 5 кг за 3 месяца, мигрирующие боли в межфаланговых суставах кистей и голеностопных суставах, красные пятна неправильной формы на лице, субфебрильную температуру тела. Считает себя больной около 6 месяцев. Начало заболевания постепенное. Появились боли в межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочередно на правой и левой кисти. Постепенно присоединились слабость, 171 недомогание. За медицинской помощью не обращалась. 2 месяца назад (июль) - отдых в Таиланде. После возвращения отметила ухудшение самочувствия: усилилась слабость, присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до 37,5°C, без ознобов. Отметила наличие красных пятен на лице, долгое время считала их последствиями загара. Во время очередного планового медосмотра выявлены анемия и изменения в моче, в связи с чем обратилась к врачу-терапевту участковому. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Части скелета пропорциональны, кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, местная гиперемия. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 78 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Отёчность и гиперемия красной каймы губ. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $2,7 \times 10^9$ л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты - 98×10^9 . Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016; белок - 0,3 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 5-8 в поле зрения, цилиндры восковидные - 2-3 в поле зрения, соли - нет. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 38,8 мкмоль/л, прямой - 8,2, непрямой - 30,6 мкмоль/л, креатинин - 0,09% ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, АСТ - 10,0 ммоль/л, АЛТ - 19,0 ммоль/л, холестерин - 4,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 86 г/л, альбумины - 45%, α_1 - 3,5%, α_2 - 10,5%, β - 13,6%, γ - 27,4%, фибриноген - 6,2 г/л, СРБ - + + +, серомукоид - 0,32 г/л. Обнаружены антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, 6 LE-клеток

на 1000 лейкоцитов. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузные дистрофические изменения миокарда левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. Рентгенография суставов кистей и голеностопных суставов: патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

Эталон ответа:

1.СКВ, подострое течение, активность III ст. Артрит пястнофаланговых и межфаланговых суставов кистей. Анемия лёгкой степени тяжести, нормохромная.

2.Диагноз поставлен на основании выделенных синдромов: кожный, суставной, лихорадочный, лимфоаденопатии, анемический, мочевого.

3.Пациенту рекомендовано: ЭхоКГ (выявление поражения сердца), определение СКФ расчётным методом (определение ХПН и ХБП), биопсия почки (золотой стандарт диагностики). Иммуноблоттинг на системные иммунные маркеры, Sm антиген, антифосфолипидные антитела.

4.Госпитализация в профильное отделение. Диета с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, кальция, вит. Д. Цитотоксические препараты (Циклофосфамид 1 г/м² болюсом ежемесячно не менее 6 мес. или Метотрексат 15 мг/нед. подкожно), ГК (высокие дозы, пульс-терапия), НПВП, плазмаферез, генно-инженерные биологические препараты (Ритуксимаб или Оренсия).

5.Прогноз относительно благоприятный: возможно достижение стойкой клиниколабораторной ремиссии при пожизненной поддерживающей терапии.Необходимо определение группы инвалидности (II)

Задача № 10

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов. Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38 °С, появились умеренная головная боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40 °С. Заболевание связывает с переохлаждением. При осмотре больного температура тела 38 °С, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отёчны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Выявлены умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В лёгких при аускультации жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчётливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет. Лабораторная диагностика. Кровь: эритроциты – 3,5Ч10¹²/л, Нв – 116 г/л, лейкоциты – 7,8Ч10⁹/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%. Моча: без патологии. Рентгенография грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.

5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Эталон ответа:

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, средне тяжёлое течение. Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку 40°C, умеренную головную боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании; данных объективного осмотра: лихорадку 40°C, носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов, конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы, умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки, пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы.

2. Дифференциальную диагностику проводят с ОРВИ другой этиологии, дифтерией ротоглотки, дифтерией глаза, ангиной, инфекционным мононуклеозом.

3. Методы экспресс-диагностики представлены РИФ, ПЦР, ИФА. Также применяют серологические методы: РТГА и РСК.

4. Лечение симптоматическое (жаропонижающие, витаминные препараты, десенсибилизирующая терапия). При конъюнктивите - 30 Сульфацил-натрия.

5. Необходимости госпитализации данного пациента нет (госпитализируют лиц, живущих в общежитиях, домах престарелых, детских домах, а также лиц с тяжёлым течением болезни и тяжёлыми осложнениями). Посылка экстренного извещения в ГЦСЭН. В очаге проводят текущую дезинфекцию, больных - изолируют. Детей разобщают в коллективах не менее 10 дней.

Задача № 11

Больной Д. 34 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Беспокоит повышение температуры до 39 °С, выраженная слабость, головная боль, боли в мышцах, чувство ссаждения за грудиной. Заболел вчера вечером. Работает инженером в конструкторском бюро. Месяц назад на работе проходила вакцинация от гриппа, от прививки отказался. Вместе с пациентом проживает беременная жена (срок беременности 24 недели) и дочь 5 лет. При осмотре: температура 38,5 °С, лицо гиперемировано, инъекция склер и мягкого нёба. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритмичные. Пульс - 86 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Назначьте план обследования в условиях поликлиники.

3. Составьте программу лечения.

4. Проведите экспертизу утраты трудоспособности

5. Каковы диспансерное наблюдение и профилактика при данной патологии?

Эталон ответа:

1. Диагноз «грипп, средней степени тяжести».

2. Учитывая то, что специфических изменений в лабораторных показателях при гриппе, как правило, не наблюдается, общеклиническое обследование не назначается. Вирусологическое обследование по распоряжению Роспотребнадзора.

3. Программа лечения: режим домашний с ограничением физической нагрузки. Обильное тёплое питьё. Влажные обтирания с гигиенической целью. После нормализации температуры гигиенический душ. Питание легкоусвояемыми продуктами. Исключить алкоголь, курение, горячее, холодное, острое, газированные напитки; медикаментозная терапия. По рекомендации экспертов ВОЗ как можно раньше, без лабораторного подтверждения этиологии заболевания, показана противовирусная терапия, что позволит сократить сроки заболевания, предотвратить развитие осложнений; препараты выбора - ингибиторы нейраминидазы озельтамивир - Тамифлю (75 мг 1 раз в сутки) или занамивир (Реленза по 2 ингаляции 1 блистер по 5 мг на ингаляцию в общей дозе 10 мг дважды в день), имидазолилэтанамид пентадионовой кислоты (Ингавирин 90 мг в сутки). Препараты адамантанового ряда (Ремантадин) не показаны из-за нечувствительности к ним основных штаммов вируса гриппа. При температуре тела более 38,5°C – Парацетамол

0,5 г (до 2 г в сутки). При появлении симптомов ринита – топические деконгестанты не более 5 дней (Ксилометезолин, Оксиметазолин, Нафазолин).

4. Больной нетрудоспособен, так как является источником вирусной инфекции и по состоянию здоровья не может выполнять профессиональные обязанности. Выдается листок нетрудоспособности на 5 дней с последующими осмотрами и решением вопроса о восстановлении трудоспособности.

5. Пациенты, перенёвшие грипп, при отсутствии осложнений диспансерному наблюдению не подлежат.

Задача № 12

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к участковому терапевту. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β_2 -агонист (флутиказона пропионат 100 мкг + сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает. При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет. Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ₁=85%.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы?

Эталон ответа:

1. Бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, контролируемая.
2. Диагноз «бронхиальная астма» у больной установлен по анамнезу (она состоит на диспансерном учёте по этому заболеванию, принимает контролирующую терапию). Степень тяжести установлена на основании того, что у пациентки астма контролируется на фоне терапии в объёме 3-й ступени (низкие дозы ингаляционных глюкокортикоидов в комбинации с длительно действующими β_2 -агонистами). Можно отметить, что в последних международных рекомендациях определение степени тяжести на фоне терапии не рассматривается. Уровень контроля определён на основании следующих критериев: симптомы астмы возникают менее 2 раз в неделю, ночных симптомов нет, использование препаратов для неотложной помощи (Сальбутамол) менее 2 раз в неделю, активность не нарушена.

3. Больной рекомендовано уменьшить объём контролирующей терапии, перейти на 2-ю ступень в связи с тем, что контроль над астмой сохраняется в течение более 3 месяцев. Предпочтительным является уменьшение кратности приема Флутиказона и Сальметерола до 1 раза в сутки, полная отмена длительно действующих β_2 -агонистов сопряжена с более высоким риском декомпенсации бронхиальной астмы. Контрольный осмотр после изменения терапии через 1 месяц.

4. Пациенту с бронхиальной астмой средней степени тяжести показан осмотр врачом-терапевтом участковым 1 раз в 3 месяца, врачами пульмонологом и аллергологом 1 раз в 6 месяцев, другими специалистами (врачи оториноларинголог, стоматолог, психотерапевт) по показаниям. Рекомендовано проведение следующих диагностических исследований: антропометрия, клинический анализ крови, крупнокадровая флюорография, глюкоза крови, иммуноглобулин Е общий сыворотки крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, спирометрия. Возможными (не обязательными) являются исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе и

бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам (при наличии).

5. Направление в бюро медико-социальной экспертизы пациентке не показано, т. к. у неё отсутствуют признаки стойкой утраты трудоспособности: нет нарушений основных функций организма, в частности нет признаков дыхательной недостаточности, сохранена способность к основным категориям жизнедеятельности человека (активность больной не ограничена из-за астмы).

Задача № 13

Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъем на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика=37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением. Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м². Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лёгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лёжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки. Общий анализ крови: эритроциты – 4,8·10⁹ /л, Нб – 168 г/л, лейкоциты – 6,1·10⁹ /л (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ1=30,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SaO₂=87%. 175 ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Рентгенография органов грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

Эталон ответа:

1. ХОБЛ, бронхитический тип, крайне тяжёлая бронхиальная обструкция (GOLD 4), с выраженными симптомами (САТ – 28), высокий риск обострений, (группа D). Хроническое лёгочное сердце. ДН 3 ст. ХСН IIБ, ФК III (NYHA).

2.Диагноз «ХОБЛ» установлен на основании жалоб на кашель с выделением мокроты и одышку, наличия в анамнезе фактора риска (курение), наличия признаков бронхиальной обструкции (сухие свистящие хрипы, снижение ОФВ1/ФЖЕЛ

3.Поскольку пациент относится к группе D, ему предпочтительно показан один из вариантов лечения: 1) комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикоидами и длительно - действующими бета-агонистами (например, Флутиказон 500 мкг + Сальметерол 50 мкг или Будесонид 320 мкг + Формотерол 9 мкг – по 2 ингаляции в сутки); 2) длительно-действующие антихолинергические препараты (например, Тиотропия бромид 18 мкг 1 ингаляция в сутки), либо 3) их комбинация. Альтернативной терапией является комбинация ингаляционного глюкокортикоида + длительно-действующего бета-агониста с ингибитором фосфодиэстеразы4 (Рофлумиласт таблетки 0,5 мг 1 раз в день),либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с ингибитором фосфодиэстеразы-4,либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с длительно-действующим бетаагонистом. Возможно назначение короткодействующих бронхолитиков бета-агонистов (например, Формотерол)

или антихолинергических средств (например, Ипратропия бромид) по требованию. Для лечения ХСН следует назначить ингибитор АПФ (например, Лизиноприл 5 мг/сут) или блокатор рецепторов ангиотензина (например, Кандесартан 8 мг/сут), бета-блокатор (один из 4 возможных препаратов – Метопролола сукцинат, Бисопролол, Карведилол или Небиволол в очень низких дозах, например, Бисопролол 1,25 мг/сут) и диуретики (Торасемид 2,5-5 мг/сут).

4. Пациенту с ХОБЛ крайне тяжёлого течения показан осмотр участковым терапевтом 1 раз в 3 месяца, пульмонологом 1 раз в 6 месяцев, другими специалистами (оториноларинголог, стоматолог, психотерапевт) по показаниям. Рекомендовано проведение следующих диагностических исследований: антропометрии, крупнокадровая флюорографии, ЭКГ, клинического анализа крови, общего анализа мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, посева мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, спирометрии с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, пульсоксиметрии, теста с 6-минутной ходьбой. Дополнительно (необязательные исследования) показано исследование углекислого газа в выдыхаемом воздухе, исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе.

5. Пациенту показано направление в бюро медико-социальной экспертизы, так как у него имеются признаки стойкой утраты трудоспособности: выраженные нарушения функции дыхания (ДН 3 ст.) и функции кровообращения (ХСН IIБ ст.), а также нарушение способностей к передвижению и самообслуживанию 1 степени.

Задача № 14

Мужчина 44 лет с жалобами на повышение температуры тела, ознобы, кашель с небольшим количеством мокроты. Считал себя полностью здоровым до последней недели, когда появилась заложенность носа, насморк и небольшая боль в горле. К врачу не обращался, лечился самостоятельно противопростудными безрецептурными препаратами («Фервекс»). Прошлой ночью отметил внезапное повышение температуры тела до 39°C, озноб, выраженную общую слабость и появился кашель, вначале сухой, затем – с небольшим количеством светлой мокроты, а также боли в правой половине грудной клетки. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит по 1 пачке сигарет в течение 15 лет, аллергические реакции отрицает. Объективно: температура тела 37,8°C, кожные покровы чистые. Перкуторный звук укорочен справа в нижних отделах, дыхание справа ниже угла лопатки бронхиальное, мелкопузырчатые хрипы в конце вдоха в этой области, а также усиление голосового дрожания и бронхофонии, частота дыхания 22 в минуту, сатурация периферической крови кислородом 99%. Сердечно-сосудистая система без отклонений от нормы, ЧСС – 80 уд. в минуту, АД – 120/72 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, периферических отёков нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?
3. Проведите оценку прогноза и осуществите выбор места лечения пациента.
4. Сформулируйте план лечения.
5. Опишите методы профилактики данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, нетяжёлая.
2. Критериями диагноза «пневмония» являются рентгенологически подтвержденная очаговая инфильтрация легочной ткани плюс по меньшей мере, два клинических признака из числа следующих: острая лихорадка в начале заболевания (температура тела >38,0°C); кашель с мокротой; физикальные признаки уплотнения легочной ткани (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука); лейкоцитоз >10×10⁹/л и/или палочкоядерный сдвиг (>10%). Таким образом, для подтверждения диагноза «пневмония» у данного пациента требуется выполнение рентгенографии легких в передне-задней и правой боковой проекциях. Также возможно выполнение общего анализа крови для идентификации лейкоцитоза и/или палочкоядерного сдвига.

3. Прогноз летального исхода внебольничной пневмонии следует определять с использованием прогностических шкал PORT PSI, CURB-65 или CRB-65. В Российской Федерации в амбулаторных условиях рекомендована шкала CRB-65: спутанность сознания (+1), частота дыхательных движений ≥ 30 в минуту (+1), САД < 90 мм.рт. ст. или ДАД ≤ 60 мм рт. ст. (+1), возраст ≥ 65 лет (+1). Таким образом, по CRB -65 пациент набирает 0 баллов, что соответствует риску летального исхода менее 1,2%. Пациенту показано амбулаторное лечение.

4. Пациенту показано амбулаторное антибактериальное лечение. Пациент относится к первой клинико-эпидемиологической группе: внебольничная пневмония нетяжелого течения у лиц без сопутствующих заболеваний, не принимавших в последние 3 месяца antimicrobных препаратов. Для лечения этой группы препаратами выбора являются амоксициллин внутрь или макролиды с улучшенными фармакокинетическими свойствами (Азитромицин, Кларитромицин) или благоприятным профилем безопасности и минимальной частотой лекарственных взаимодействий (Джозамицин, Спирамицин). Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через 48-72 часов после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки являются снижение температуры, уменьшение симптомов интоксикации, уменьшение одышки и других проявлений дыхательной недостаточности. Если у пациента сохраняется высокая лихорадка и интоксикация или симптоматика прогрессирует, то лечение следует признать неэффективным. В этом случае необходимо пересмотреть тактику антибактериальной терапии и повторно оценить целесообразность госпитализации пациента. Антибактериальная терапия может быть завершена при стойкой нормализации температуры тела на протяжении 3-4 дней, при таком подходе длительность лечения составляет 7-10 дней.

5. Для профилактики пневмонии используются пневмококковая вакцина, которая вводится однократно, и гриппозная вакцина, которая вводится ежегодно, оптимальное время для проведения вакцинации - октябрь-первая половина ноября. В РФ используется 23-валентная неконъюгированная вакцина, содержащая очищенные капсулярные полисахаридные антигены 23 серотипов *S.pneumoniae* и 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина. Вакцинация пневмококковой вакциной рекомендуется группам лиц с высоким риском развития инвазивных пневмококковых инфекций. Введение гриппозной вакцины с целью профилактики внебольничной пневмонии, рекомендуется при наличии высокого риска осложненного течения гриппа. При наличии показаний обе вакцины (пневмококковая и гриппозная) могут вводиться одновременно.

Задача № 15

Мужчина 51 года, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гноной мокроты, повышение температуры до 38,5 °С. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38 °С. В анамнезе с 48 лет сахарный диабет 2 типа, контролируется только диетой. Другие хронические заболевания отрицает. Контакта с больными туберкулезом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день около 30 лет. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД - 18 в минуту. В лёгких перкуторно справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Пульс - 95 в минуту, ритмичный. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет. Общий анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $10,2 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 71%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%. СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мочи: без патологии. Анализ мокроты: слизисто-гноная, без запаха, лейкоциты - 30-40 в поле зрения, эритроциты - не обнаружены, эпителий плоский - 10-25 в поле зрения,

эластических волокон нет, ВК не обнаружено. Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем лёгочном поле (S9) участок инфильтрации лёгочной ткани неоднородной структуры, с нечёткими контурами. Сердце без патологии. Врач-терапевт участковый поставил диагноз «пневмония». Назначил лечение в амбулаторных условиях: Азитромицин 500 мг 1 раз в день – 3 дня, Ацетилцистеин 600 мг 1 раз в день, Парацетамол 500 мг 3 раза в день.

Вопросы:

1. Правильно ли врач-терапевт участковый поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ.

2. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65.

3. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал антибактериальный препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ.

Эталон ответа:

1. Врач-терапевт участковый правильно установил нозологию: о наличии пневмонии свидетельствуют характерные симптомы (кашель, лихорадка), признаки синдрома уплотнения лёгочной ткани (локальное притупление лёгочного звука, ослабленное дыхание, крепитация; рентгенологические данные), но формулировка диагноза неполная: не указаны локализация пневмонии, степень тяжести и условия развития, а также сопутствующие заболевания. Тяжесть пневмонии оценивается по витальным показателям, которые у данного пациента в пределах нормы (ЧДД 18 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 95 в минуту), следовательно, пневмония имеет нетяжёлое течение. Следует указать сахарный диабет 2 типа, для пациента в возрасте 40–65 лет без тяжёлых макрососудистых осложнений и с низким риском гипогликемии, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) < 7%. Правильная формулировка диагноза «внебольничная пневмония в нижней доле правого лёгкого (S9), нетяжёлого течения. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c < 7%».

2. Выбор врача-терапевта участкового правильный, пациенту показано лечение в амбулаторных условиях, так как по шкале CRB-65 он набирает 0 баллов: пациент в сознании, ЧД и АД в норме, возраст - 51 год.

3. Препарат выбран неверно, так как пациент имеет сопутствующее заболевание (сахарный диабет), поэтому относится ко 2 группе пациентов, которые могут лечиться в амбулаторных условиях. Наиболее вероятными возбудителями пневмонии у этих пациентов являются пневмококк, гемофильная палочка, хламидия, золотистый стафилококк, энтеробактерии. Пациентам 2 группы рекомендовано назначение ингибиторо-защищённых аминопенициллинов (Амоксициллин + Клавулонат или Амоксициллин + Сульбактам) ± макролид (в том числе Азитромицин), либо респираторных фторхинолонов (Левифлоксацин, Моксифлоксацин).

4. Пациент временно нетрудоспособен. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности (ВН) при нетяжёлой пневмонии 20–21 день.

5. После перенесённой пневмонии пациент находится под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев, осмотр терапевта проводится 1 раз в 3 месяца. Диспансерное наблюдение необходимо, поскольку острые болезни органов дыхания (БОД) даже у ранее здоровых пациентов являются фактором риска развития хронических БОД. Острые БОД часто развиваются у больных с хроническими БОД, которые могут быть выявлены при дополнительном обследовании пациента в восстановительном периоде после острого процесса.

Задача № 16

Больной Р. 30 лет длительно проживавший в Юго-Восточной Азии, обратился с жалобами на постоянную боль в животе, обильный кашицеобразный стул с примесью слизи и крови. При осмотре: состояние больного средней тяжести. температура 37,3 °С.

Пульс - 74 в минуту. Дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен серым налётом. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный по ходу толстой кишки, отмечается отчётливая болезненность и инфильтрация сигмовидной кишки. Стул калового характера с примесью слизи и крови.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования больного с целью подтверждения диагноза.
4. Какие препараты Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Перечислите опасные осложнения данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Острый кишечный амёбиаз, средней степени тяжести.
2. Пребывание в эндемичной местности, отсутствие интоксикации, синдром колита (болезненность по ходу толстой кишки, болезненность и инфильтрация сигмовидной кишки) стул калового характера с примесью слизи и крови позволяют заподозрить кишечный амёбиаз.
3. Гемограмма: анемия, лейкоцитоз, эозифилия, моноцитоз и лимфоцитоз, ускоренное СОЭ. Паразитологическое исследование: мазки кала *ex tempore* на наличие простейших - у больных кишечным амёбиазом выявляются трофозоиты *Entamoeba histolytica*.
4. Метронидазол (Трихопол, Тинидазол): с целью эрадикации инвазивных форм дизентерийных амёб. Этофамид: с целью эрадикации просветных форм дизентерийных амёб.
5. Осложнения: о Кишечное кровотечение. о Перфорация стенки кишки. о Абсцессы печени и других органов. о Кишечная непроходимость. о Амебома.

Задача № 17

Мужчина 32 лет, рабочий мясокомбината, обратился с жалобами на упорные боли в пояснице, длительное повышение температуры. Считает себя больным в течение года. При первичном обращении к врачу-терапевту участковому был поставлен диагноз «грипп». При обследовании отмечается выраженная болезненность по ходу седалищного нерва, в подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области пальпируются плотные болезненные образования вытянутой формы, положительный симптом Лассега, увеличены печень и селезёнка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие методы реабилитации Вы рекомендуете пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какое этиотропное лечение должен был получить данный пациент при правильной постановке диагноза при первичном обращении за медицинской помощью?

Эталон ответа:

1. Вторично-хронический бруцеллёз, обострение. Пояснично-крестцовый радикулит.
2. Диагноз установлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (работник мясокомбината) и анамнеза заболевания (болел более года, а вначале заболевания был острый период с симптомами лихорадки и, вероятно, с миалгиями и артралгиями, что позволило ошибочно заподозрить грипп) и с учётом данных настоящего времени: симптомы пояснично-крестцового радикулита (имеется симптом Лассега), наличия фиброзитов в поясничной области и гепатолиенального синдрома.
3. Необходимо назначить анализы крови на реакции Райта и Хеддельсона и провести кожно-аллергическую пробу Бюрне. Дополнительно назначить рентгенографию позвоночника для выявления возможных поражений тел позвонков и межпозвонковых дисков.

4. После стихания обострения (больной должен получить терапию антибиотиками, противовоспалительными средствами, физиотерапию) через 6 месяцев пациента можно направить на санаторно-курортное лечение. Показаны грязевые и бальнеологические курорты для лечения больных с патологией опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы.

5. Лечение остро-септической формы бруцеллёза проводится назначением длительных курсов антибиотикотерапии (не менее 4-6 недель). Препараты выбора фторхинолоны, аминогликозиды, тетрациклины.

Задача № 18

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает 180 частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет типа. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

Эталон ответа:

1. Артериальная гипертония 3 степени, 2 стадии, риск ССО 4. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.

2. Отягощённая наследственность по материнской линии. Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), гиперлипидемия, ожирение, альбуминурия.

3. Суточное мониторирование АД для оценки суточного профиля АД; ЭКГ; ЭХО-КГ для оценки поражения органа-мишени (выявление гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической функции сердца); лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи; анализ крови на содержание креатинина, глюкозы, калия, натрия); исследование сосудов глазного дна; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени; ЦДС сосудов головного мозга (для выявления поражений органа-мишени).

4. Диета с ограничением: а) соли до 4-6 г в сутки; б) насыщенных жиров; в) энергетической ценности рациона при ожирении; ограничение употребления алкоголя; регулярные физические упражнения; прекращение курения; снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды.

5. Хлорталидон, Индапамид или Торасемид (менее предпочтителен Гипотиазид в связи с его негативным влиянием на метаболизм углеводов и липидов)

Задача № 19

На повторном приёме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенёс респираторную вирусную инфекцию, по поводу которой обращался к врачу-терапевту участковому и во время осмотра у него было обнаружено повышенное АД до 164/98 мм рт. ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было. В настоящее время пациент чувствует

себя хорошо, жалоб не предъявляет. Пациент не курит, алкогольные напитки употребляет «как все», то есть «по праздникам, и, может, пару бутылок пива по выходным». Регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 69 лет, мать жива и, со слов пациента, здорова, в возрасте 72 лет. У него два старших брата, и он не осведомлен о наличии у них каких-либо хронических заболеваний. При осмотре: рост -177 см, масса тела -84 кг, окружность талии -103 см, температура тела 36,7 °С. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева –на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, справа –по правому краю грудины, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС -78 в минуту. АД -на левой руке 156/96 мм рт. ст., на правой руке –152/98 мм рт. ст. По остальным органам и системам без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа:

1. Гипертоническая болезнь 1 стадии, артериальная гипертензия 1 степени, риск 2 (умеренный).

2. Под гипертонической болезнью принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия (АГ), не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические АГ). У пациента дважды с интервалом две недели зарегистрировано АД, превышающее 140 мм рт.ст. для систолического и 90 мм рт.ст. для диастолического, кроме того имеются анамнестические указания на повышенное АД, что позволяет утверждать стойкий характер повышения АД. Очевидных признаков симптоматической (вторичной) артериальной гипертензии не имеется, что позволяет считать диагноз гипертонической болезни (эссенциальной гипертензии) правомерным. АГ классифицируется на степени в зависимости от уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления (мм рт.ст.): У пациента и САД и ДАД соответствуют степени АГ. У пациента имеются 2 установленных фактора риска – мужской пол и абдоминальное ожирение (окружность талии ≥ 102 см). Сочетание 2 факторов риска и 1 степени АГ соответствуют умеренному кардиоваскулярному риску. При обнаружении при обследовании дополнительных факторов риска и/или бессимптомного поражения органов-мишеней риск должен быть стратифицирован повторно и может быть оценён как «высокий».

3. После выявления АГ следует обследовать пациента на предмет исключения симптоматических АГ, определить степень и стадию АГ, а также кардиоваскулярный риск. При обследовании больного АГ необходимо идти от простых методов исследования к более сложным. На первом этапе выполняют рутинные исследования, обязательные у каждого больного для диагностики АГ. Если на этом этапе у врача отсутствуют основания подозревать вторичный характер АГ и полученных данных достаточно для чёткого определения группы риска пациента и, соответственно, тактики лечения, то на этом обследовании может быть закончено. На втором этапе рекомендуются дополнительные исследования для уточнения формы вторичной АГ, оценки факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Обязательные исследования: общий анализ крови и мочи; определение микроальбуминурии (при отсутствии протеинурии); содержание в плазме крови глюкозы (натощак); содержание в сыворотке крови общего холестерина, холестерина ЛПВП и ЛПНП, триглицеридов (липидный профиль), креатинина, расчёт скорости клубочковой фильтрации СКФ;

содержание в сыворотке крови мочевой кислоты, калия и натрия; ЭКГ в 12 отведениях. Исследования, рекомендуемые дополнительно, в зависимости от анамнестических данных, находок при физикальном обследовании и результатов обязательных исследований: гликированный гемоглобин (HbA1c) при уровне глюкозы в плазме крови >5,6 ммоль/л или сахарном диабете в анамнезе; количественная оценка протеинурии (если тест-полоски дают положительный результат) в пересчёте на креатинин мочи, концентрация калия и натрия в моче и их отношение; домашнее и суточное амбулаторное мониторирование АД; ЭхоКГ; нагрузочные пробы (стресс-тесты) в случае выявления признаков стабильной ишемической болезни сердца; холтеровское мониторирование в случае обнаружения нарушений ритма сердца; исследование глазного дна; УЗИ почек и надпочечников; УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий; определение лодыжечно-плечевого индекса; определение скорости пульсовой волны (показатель ригидности магистральных артерий).

4. Немедикаментозные методы, которые следует рекомендовать пациенту: нормализация массы тела для достижения ИМТ <25 кг/м², следует рекомендовать снижение массы тела на 6 кг и уменьшение объёма талии до менее 102 см; ограничение потребления алкогольных напитков менее 20–30 г/сут. в пересчёте на чистый алкоголь; увеличение физической нагрузки – регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30–40 мин. 5–7 раз в неделю; снижение потребления поваренной соли до 5–6 г/сут.; изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, молочных продуктов низкой жирности, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.

5. В настоящее время для лечения АГ рекомендованы 5 основных классов препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы медленных кальциевых каналов (антагонисты кальция), β-адреноблокаторы, диуретики (тиазидные, Хлорталидон и Индапамид). На выбор препарата могут повлиять многие факторы, наиболее важными из которых являются: наличие у больного определенных факторов риска, поражение органов-мишеней, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, сопутствующие заболевания, при которых необходимо назначение или ограничение применения различных классов препаратов, предыдущие индивидуальные реакции больного на препараты различных классов, вероятность взаимодействия с лекарствами, которые пациенту назначены по другим поводам, социально-экономические факторы, включая стоимость лечения. Результатами многоцентровых рандомизированных исследований доказано, что ни один из основных классов препаратов не имеет существенного преимущества, как в плане снижения АД, так и эффективности снижения кардиоваскулярного риска и смерти. Уменьшение риска больше зависит от величины, на которую снижается АД, чем от используемого класса препарата, и невозможно точно предсказать, какой препарат будет максимально эффективен у конкретного пациента. Поскольку у данного пациента не выявлены перечисленные важные факторы выбора определённого класса препаратов, то ему возможно назначение любого из 5 основных классов препаратов и выбор любого следует признать правильным.

Задача № 20

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально. Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал. Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м². Гипертеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отёков нет.

В лёгких дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХСЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте.
5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

Эталон ответа:

1. ИБС: стенокардия напряжения ФКЗ. Ожирение 2 степени. Дислипидемия IIb типа.
2. Диагноз «ИБС: стенокардии напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы или при подъёме по лестнице на 2 пролёта в обычном темпе), исчезновение боли после приёма нитратов (купируются приёмом 1 таблетки Нитроглицерина сублингвально). Принимая во внимание данные анамнеза, что приступы стенокардии с течением времени не прогрессируют, также служит доказательством того, что у пациента стенокардия напряжения. Диагноз «дислипидемии 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП и триглицеридов в липидном спектре крови. На основании результатов ИМТ, равному 36,2 кг/м², установлен диагноз ожирения 2 степени.

3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ.

4. 1) Бета-адреноблокаторы - за счёт блокады бета1-адренорецепторов в сердце предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде. Улучшение перфузии ишемизированных отделов миокарда при их назначении также обусловлено удлинением диастолы и «обратным коронарным обкрадыванием» вследствие увеличения сосудистого сопротивления в неишемизированных областях миокарда - например, Бисопролол в стартовой дозе 2,5-5 мг в день.

2) Блокаторы медленных кальциевых каналов - воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обуславливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде) - например, Верапамил в стартовой дозе 40 мг 3 раза в день или Амлодипин в стартовой дозе 5 мг в день.

3) Пролонгированные нитраты - проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоёв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде) - например, изосорбида мононитрат в стартовой дозе 10 мг 2 раза в день.

3) Антиагреганты - препятствуют тромбообразованию за счет угнетения функциональной активности тромбоцитов, например, ацетилсалициловая кислота 75 мг в день; 4) Статины - снижение активности фермента 3-гидрокси-3- метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина(ХС) в печеночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП, например, аторвастатин в стартовой дозе 10 мг в сутки.

5.Коронароангиография с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства, т. к. нарушение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии указывает на нарушение перфузии миокарда.

Задача № 21

Мужчина 40 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на эпизодически возникающие давящие боли за грудиной, длительностью 5-10 минут без иррадиации, не снимающиеся приёмом Нитроглицерина, появляющиеся как в покое, так и при нагрузке, головокружение, периодические обмороки. Из анамнеза: указанные симптомы беспокоят около года. Наследственный анамнез: брат и отец умерли в молодом возрасте от заболевания сердца. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост - 170 см, масса тела - 70 кг. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -18 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, верхушечный толчок усилен. Тоны сердца приглушены, на верхушке и у левого края грудины довольно грубый систолический шум, уменьшается к основанию, на сосуды шеи не проводится. АД - 130/90 мм рт. ст. ЧСС - 80 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. ЭКГ: ритм синусовый 80 в минуту, признаки выраженной гипертрофии и перегрузки левого желудочка, инверсия зубца Т.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования на амбулаторном этапе.
4. Составьте план лечения в условиях поликлиники.
5. Объясните, почему Нитроглицерин неэффективен и плохо переносится пациентом?

Эталон ответа:

1. Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. ХСН-0.
- 2.Диагноз «гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия» установлен на основании наличия у пациента нетипичных ангинозных болей, головокружения, синкопальных состояний, отягощённого наследственного анамнеза, типичных изменений гемодинамики, признаков гипертрофии левого желудочка по данным объективного обследования и ЭКГ.

3. Анализ крови общий. Анализ мочи общий. Биохимический анализ крови (глюкоза, липидограмма, АСТ, АЛТ, общий белок, белковые фракции, калий, натрий, креатинин). Электрокардиография. Эхокардиография. Рентгенография органов грудной клетки. Консультация врача-кардиолога.

4. При подтверждении диагноза: - ограничение значительных физических нагрузок; - Вадреноблокаторы (Метопролол, Бисопролол) с подбором эффективных и переносимых доз, при недостаточном эффекте - недигидропиридиновые антагонисты кальция (Верапамил); - для определения показаний к хирургическому лечению необходима консультация врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга).

5.Нитроглицерин является периферическим вазодилататором, уменьшает наполнение левого желудочка в диастолу, ухудшает коронарное и мозговое кровообращение.

Задача № 22

Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо,

возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приёмом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отёков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л. ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола. Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено. ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде. Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

Эталон ответа:

1. ИБС: Стенокардия напряжения III ФК. ХСН I ст. II ФК. 185

2. Диагноз «ИБС: Стенокардия напряжения III ФК» поставлен на основании: характера боли – сжимающая, локализации боли – за грудиной, иррадиации – в левое плечо, условий возникновения боли – связь с физической нагрузкой (боли возникают при ходьбе до 500 м, иногда в покое – это характерно для III ФК стенокардии), купирование болей Нитроглицерином – в течение 2-3 минут. Боли в сердце отмечает в течение 5 лет, последние полгода - снижение переносимости физической нагрузки, следовательно, стенокардия стабильная. Диагноз «ХСН I ст. II ФК» поставлен на основании того, что симптомы ХСН (одышка, сердцебиение) появляются при умеренной физической нагрузке; покое гемодинамика не нарушена.

3. Возраст: мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет или с ранней менопаузой; курение; артериальная гипертензия: АД >140/90 мм рт. ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов; сахарный диабет II типа: глюкоза крови натощак более 6,0 ммоль/л; абдоминальное ожирение: окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см; семейная гиперлипидемия по данным анамнеза: Па, Пб, или III тип; хроническое заболевание почек: ХПН со снижением СКФ < 60 мл/мин или гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит.

4. Немедикаментозное лечение ИБС: воздействие на факторы риска - гипохолестериновая диета, прекращение курения, достаточная физическая активность. Фармакотерапия: Нитроглицерин – для купирования приступа стенокардии + 1) препараты, улучшающие качество жизни: антиангинальная терапия: а) препараты первой линии: β-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов; б) препараты

второй линии: нитраты пролонгированного действия (Кардикет 20 мг 2 раза в день, Моночинкверетард 50 мг 1 раз в день), блокаторы If каналов (Кораксан 5 мг 2 раза в день), активаторы калиевых каналов (Никорандил 10-20 мг 3 раза в день), цитопротекторы (Триметазидин 7 мг 2 раза в день), блокаторы медленного натриевого тока (Ранолазин 5000 мг 2 раза в день); 2) препараты, улучшающие прогноз заболевания: антиагреганты (Ацетилсалициловая кислота 75-100 мг в сутки), гиполипидемические препараты (Розувастатин 10 мг 1 раз в день или Аторвастатин 20 мг 1 раз в день), и-АПФ (Периндоприл - 8 мг 1 раз в день). Показания к хирургическому лечению у данного больного имеются. Об этом свидетельствуют данные коронарографии: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%. При одно- и двухсосудистом поражении с нормальной фракцией выброса левого желудочка показаны чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика и стентирование

Задача № 23

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отёки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отёки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт ненапряжённого асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, край её закруглён, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы:

1. Выделите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите тактику лечения.
5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

Эталон ответа:

1. Синдром хронической сердечной недостаточности по большому и малому кругам кровообращения.

2. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II Б стадия, ФК IV.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, Эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки.

4. Ингибиторы АПФ, Дигоксин, бета-адреноблокаторы, диуретики.

5. Необходимо направить больную на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для обсуждения хирургической коррекции порока.

Задача № 24

Больной Ф. 78 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела. Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет. При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70

кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 ударов в минуту. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 ударов в минуту, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9Ч8Ч7 см. Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина. Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий. Назовите, какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

Эталон ответа:

1. На основании ЭКГ, зарегистрированной во время приступа аритмии, у больного пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.
2. Предсердная тахикардия, трепетание предсердий, частая предсердная экстрасистолия, двойное антероградное проведение через атрио-вентрикулярный узел. Могут характеризоваться частыми нерегулярными интервалами RR и имитировать фибрилляцию предсердий.
3. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца.
4. Определение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий проводится согласно шкале CHA₂DS₂-VASc. С учётом возраста пациента, наличия АГ риск ТЭО по шкале CHA₂DS₂-VASc > 2 баллов (3 балла), что является основанием для назначений антикоагулянтной терапии.
5. С фибрилляцией предсердий ассоциируются: структурное заболевание сердца, возраст, артериальная гипертензия, клинически выраженная сердечная недостаточность, тахиаритмическая кардиомиопатия, поражение клапанов сердца, первичные кардиомиопатии, ишемическая болезнь сердца, нарушение функции щитовидной железы, избыточная масса тела и ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лёгких, апноэ во время сна, хроническая болезнь почек. Из известных на момент осмотра больного состояний, ассоциирующихся с фибрилляцией предсердий, являются возраст и артериальная гипертензия.

Задача № 25

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать 188 появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания

отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было. При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

Эталон ответа:

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0 ст., ФК 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании жалоб больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании данных анамнеза (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующиеся в покое); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевины, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, СМАД, УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого врача-хирурга (при необходимости), консультация невролога.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА, АК, диуретиков). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75 мг/сут).

5. Противопоказаны комбинации БАБ и АК (недигидропиридинового ряда).

Задача № 26

Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный желтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии. 189 При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены,

ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах крови: эритроциты - $4,57 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - $5,51 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - 254×10^9 /л, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКДЕРИ) - 58 мл/мин, мочевины – 9,4 ммоль/л, мочевиная кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л. В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет желтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг. УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменён. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.

Эталон ответа:

1. Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертензия или гипертонический вариант. Хроническая болезнь почек IIIa стадии, альбуминурия 2 ст. (A2, высокая).

2. Диагноз «гломерулонефрит» установлен на основании данных анамнеза о появлении артериальной гипертензии и макрогематурии через неделю после ангины (вероятный острый гломерулонефрит), о повторном эпизоде макрогематурии на фоне ОРВИ спустя 1 год, а также на основании обнаружения характерного мочевого синдрома: протеинурии и эритроцитурии. Не обнаружено клинических симптомов и объективных данных, свидетельствующих об урологической патологии. Диагноз «симптоматическая артериальная гипертензия» установлен на основании обнаружения стабильно повышенного АД с высоким диастолическим АД у больного с мочевым синдромом, характерным для гломерулонефрита. Диагноз «хроническая болезнь почек» установлен на основании симптоматики гломерулонефрита в течение более 3 месяцев. Диагноз «IIIa стадии хронической болезни почек» установлен на основании СКФ 58 мл/мин (в диапазоне 45-59 мл/мин). Градация альбуминурии A2 - на основании суточной протеинурии 500 мг (в диапазоне 150- 500 мг, что соответствует высокой альбуминурии - 30-300 мг/л, или альбумин/креатинин мочи - 30-300 мг/г).

3. Пациенту рекомендованы консультации врача-нефролога для верификации диагноза «гломерулонефрит»; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; доплер-УЗИ почек и почечных артерий для оценки состояния почечных артерий и сосудов почек; биохимический анализ крови с определением уровня кальция, фосфора, калия, натрия для оценки состояния электролитного обмена и ранней диагностики нарушений фосфорно-кальциевого обмена; определение паратиреоидного гормона в крови для ранней диагностики вторичного гиперпаратиреоза.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – Ирбесартан.

5. Оставить антигипертензивную и нефропротективную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Усилить терапию нецелесообразно, так как за короткий промежуток времени (1 месяц) достигнут целевой уровень АД, существенно снизилась альбуминурия. Уменьшать медикаментозное лечение также нецелесообразно, так как применение препаратов в установленных дозах безопасно: не привело к существенному нарастанию креатинина крови, но альбуминурия остается по-прежнему высокой. Необходим контроль СКФ, альбуминурии и коррекция терапии через 3 месяца.

Задача № 27

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки Нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает. При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 минут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

Эталон ответа:

1. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.

2. Диагноз «ОКС» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, продолжающиеся около 2 часов, не купирующиеся приёмом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъём сегмента ST > 0,2 м в более чем в двух смежных отведениях для мужчины старше 40 лет. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 10 лет), стадия АГ установлена на основании наличия ОКС, свидетельствующего о заболевании сердца как ассоциированном клиническом состоянии. Постановка степени АГ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния.

3. Пациенту требуется экстренная госпитализация. Необходим вызов бригады скорой медицинской помощи - бригады интенсивной терапии. Учитывая то, что транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии составляет менее 120 минут с момента первого медицинского контакта, наиболее целесообразной тактикой является выполнение первичного ЧКВ.

4. На догоспитальном этапе (на этапе поликлиники, на дому): повторно - Нитроглицерин, Аспирин 500 мг разжевать. На этапе скорой медицинской помощи: купирование болевого синдрома - Нитроглицерин в/в, при неэффективности - Морфин в/в дробно. Анти тромботическая терапия: Аспирин 250 мг разжевать, нагрузочная доза

Клопидогрела - 300 мг внутрь, прямые антикоагулянты в/в болюсно - Гепарин. Кислородотерапия.

5.Данных недостаточно. «Золотым стандартом» диагностики инфаркта миокарда является обнаружение в крови кардиоспецифических ферментов. Диагноз может быть установлен на госпитальном этапе при обнаружении в крови наиболее специфических маркеров некроза миокарда - КФК-МВ, сердечных тропонинов.

Задача № 28

Больной 53 лет самостоятельно обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на интенсивную давящую боль за грудиной с иррадиацией в шею, левую руку. Из анамнеза: около 6 месяцев отмечает приступы давящих болей за грудиной, возникающих во время физической нагрузки, исчезающих в покое. Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожи, акроцианоз. Пальпация грудной клетки болезненности не вызывает. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево до средино-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. АД – 150/90 мм рт. ст. ЭКГ: ритм синусовый, смещение сегмента ST в I и II отведениях ниже изолинии, сливается с зубцом T, в III отведении сегмент ST ниже изолинии, патологический зубец Q не выявляется. Пациент срочно госпитализирован.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
- 2.Какие лечебные мероприятия необходимо провести такому больному на амбулаторном этапе?
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести такому больному на стационарном этапе?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.
- 2.Экстренная госпитализация. До приезда бригады скорой помощи уложить больного, обезболивание (Нитроглицерин сублингвально или ненаркотические анальгетики), 125 мг Аспирина разжевать, 75 мг Клопидогрела.
- 3.Общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови: тропонины T и I, миоглобин, КФК-МВ фракция, холестерин, триглицериды, глюкоза, белковые фракции, Среактивный белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, амилаза; ЭХОКГ; коронарография.
- 4.Перикардит, пороки сердца, миокардит, кардиомиопатия, артериальная гипертензия
- 5.Характерна дестабилизация стенокардии (приступы ангинозных болей становятся более интенсивными, продолжительными, вызываются меньшей нагрузкой).

Задача № 29

Больной 52 лет 3 день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание. Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на лёгочной артерии. ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной 1/3 зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в V1– V3 отведениях, высокие зубцы R в стандартных отведениях.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Постоперационная ТЭЛА.

2. Общий анализ крови; мочи; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, ЛДГ общая и по фракциям, серомукоид, фибрин; ЭКГ в динамике; рентгенологическое исследование легких; вентиляционно-перфузионное сканирование легких, исследование коагулограммы и D-димера в плазме крови; ЭХОКГ; селективная ангиопульмонография, инструментальная диагностика флеботромбозов нижних конечностей.

3. Тромболитическая терапия: рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, гепаринотерапия до 30 000 ЕД в сутки, постоянная оксигенотерапия через носовой катетер (в ряде случаев искусственная вентиляция легких), за 3-5 дней до отмены Гепарина назначают Варфарин, Синкумар, при шоке – Добутамин, при инфаркт-пневмонии – антибиотики (нежелателен Пенициллин), облегчение боли. Катетерные и хирургические эмболэктомии. Установка кава-фильтров. Антиагреганты.

4. Инфаркт миокарда, расслаивающаяся аневризма аорты, долевая пневмония, пневмоторакс, острый перикардит.

5. Внезапное начало, боль за грудиной разнообразного характера, одышка, кашель, кровохарканье, синдром острого легочного сердца, клиника инфарктной пневмонии.

Задача № 30

Мужчина 52 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинике. Работает электриком в организации в течение 25 лет. Жалобы на приступообразные боли в области сердца давящего характера, одышку при ходьбе и подъеме по лестнице на 3 этаж, периодические головные боли. Из анамнеза известно, что пациент 2 года назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. Около 10 лет страдает артериальной гипертензией (АГ), однако несмотря на рекомендации врачей постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому отмечалось АД – 160/100 мм рт. ст.; в биохимическом анализе крови гиперлипидемия. На ЭКГ в покое: синусовый ритм с ЧСС – 88 в минуту. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец T. Рентгеноскопия сердца: сердце увеличено влево (граница сердца смещена влево и кзади за счет левого желудочка). Дуга аорты уплотнена и развёрнута. Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное. ИМТ - 31 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, над верхушкой систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. АД – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, печень не пальпируется. Дизурии нет. Отеков нет. Анализы крови и мочи без патологии, общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л. ЭКГ: синусовый ритм. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец T. Единичная желудочковая экстрасистола.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план терапевтического лечения. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Определите трудовой, жизненный прогнозы, принципы диспансерного наблюдения.

Эталон ответа:

1. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия напряжения стабильная, функциональный класс (ФК) II. Постинфарктный кардиосклероз (дата). Артериальная

гипертония III стадии, II степени, ОВР (очень высокий риск). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIА стадии, ФК II. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «ИБС и стабильной стенокардии напряжения» установлен на основании жалоб больного на боль в области грудины давящего характера (возможно наличие иррадиации в левую руку, спину или нижнюю челюсть, длительность 2-5 мин, эквивалентами боли бывают одышка, ощущение «тяжести», «жжения», боль возникает во время физической нагрузки; вышеописанная боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки либо после приёма Нитроглицерина); данных анамнеза (пациент 2 года назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда). Установление II ФК стенокардии напряжения основано на жалобах (имеется небольшое ограничение повседневной жизни, приступ стенокардии возникает при ходьбе по ровной местности на расстоянии более двух кварталов (более 200 м) или подъёме на 1 этаж стандартной лестницы в обычном темпе. Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). 4 степень риска (ОВР) поставлена на основании наличия метаболических нарушений (ожирение, дислипидемия), ИБС, ХСН. Стадия ХСН установлена на основании наличия нарушения гемодинамики преимущественно в одном (малом) круге кровообращения, установление ФК обусловлено наличием умеренного 195 ограничения физической активности (обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку и др. симптомы).

3. Пациенту рекомендовано проведение общего анализа крови, биохимического анализа крови, который должен включать определение креатинина, глюкозы, липидного спектра (общий холестерин, ХС-ЛВП, ХС-ЛНП, триглицериды), печеночных тестов (АЛТ, АСТ), показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПВ, фибриноген). Проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в покое; суточного мониторирования ЭКГ (формы нарушения сердечного ритма), ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; рентгенографии грудной клетки. Консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек. В связи с тем, что почечная функция оказывает влияние на прогноз необходимо определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕР1.

4. Медикаментозное лечение должно проводиться с учётом сочетания АГ и ИБС. Рекомендуется диета (гипохолестериновая, потребление пищевой соли не должно превышать 5 г в сутки, овощей и фруктов не менее 400 г в сутки, включение в рацион рыбы). Контроль массы тела. Рекомендуются целевые уровни САД/ДАД в диапазоне 130-139/80-85 мм рт. ст. Наряду с использованием короткодействующих нитратов (Нитроглицерин 5 мг) или Изосорбида динитрат 10 мг сублингвально или в виде аэрозоля, ингибиторов АПФ, β -адреноблокаторов, гиполипидемических средств (статины), антиагрегантов (Аспирин ежедневно в низкой дозе, при непереносимости Клопидогрел) для лечения АГ, в составе комбинированной терапии наиболее обоснованно назначение антигипертензивных препаратов из групп ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов ангиотензину II (БРА), а также блокаторов кальциевых каналов.

5. Прогноз для жизни при соблюдении рекомендаций врача относительно благоприятный, для трудовой деятельности - неблагоприятный. Больной является инвалидом III группы (необходимо рациональное трудоустройство). Санаторно-курортное лечение с выездом в другие регионы нежелательно, возможно лечение только в местных санаториях кардиологического профиля или больнице восстановительного лечения. Диспансерное наблюдение в течение первого года после мелкоочагового инфаркта миокарда проводит врач-терапевт участковый и врач-кардиолог поликлиники 2-4 раза в год, с контролем общего анализа крови, общего анализа мочи, ЭКГ, липидного профиля, показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПВ, фибриноген), суточного

мониторирования ЭКГ, эхокардиографии. В дальнейшем больной должен наблюдаться у врача-терапевта участкового с периодическими консультациями врача-кардиолога.

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 искажившие 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

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)