

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

Рабочая программа дисциплины «Госпитальная терапия, эндокринология» согласована с заинтересованными работодателями: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская больница» г. Невинномысска.

База практической подготовки: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская больница» г. Невинномысска.

СОГЛАСОВАНО:

**Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
Ставропольского края «Городская
больница» города Невинномысска
(ГБУЗ СК «Городская больница»
г. Невинномысска)**



Е.Г. Ерхова

1. Цели и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является содействие становлению профессиональной компетентности врача-специалиста посредством формирования клинического мышления, целостного представления о современных проблемах внутренних болезней и патологии эндокринных органов, на основе понимания структуры и сущности нормального и патологического функционирования организма (этиологии, патогенеза, клиники, классификаций, принципов диагностики и дифференциальной диагностики синдромально схожих состояний, комплексного лечения и методов профилактики).

Задачи:

- приобретение студентами теоретических знаний в области этиологии, патогенеза, классификации, диагностики, дифференциальной диагностики, комплексного лечения и профилактики внутренних болезней и эндокринных заболеваний;
- обучение студентов умению выделить ведущие синдромы внутренних болезней и эндокринной патологии;
- обучение студентов дифференцированному выбору оптимальных методов обследования пациентов с патологией внутренних органов и эндокринной системы;
- формирование клинического подхода к диагностике основной и сопутствующей патологии внутренних органов и эндокринных болезней, а также клинического мышления;
- обучение проведению полного объема современных лечебных и профилактических мероприятий пациентов с различными заболеваниями внутренних органов и с эндокринной патологией;
- обучение студентов оказанию больным неотложной врачебной помощи при возникновении критических состояний в клинике внутренних болезней;
- обучение студентов выбору рациональных схем терапии некоторых нозологических форм в клинике внутренних болезней и эндокринологии;
- обучение ведению учетно-отчетной медицинской документации, заполняемой на пациента;
- формирование навыков изучения научной литературы, отраслевых стандартов и официальных статистических обзоров.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП по специальности

В соответствии с ФГОС ВО дисциплина «Госпитальная терапия, эндокринология» относится к Блоку 1 Базовая часть и преподается на 5-6 курсах. Изучение курса предполагает его связь с предшествующими дисциплинами:

Факультетская терапия и профессиональные болезни:

-знать: методику расспроса и осмотра пациента, уметь выявлять основные синдромы при патологии органов и систем; применять неинвазивные и инвазивные методы диагностики, определять диагностические возможности различных лабораторно-инструментальных исследований при обследовании пациента терапевтического профиля, проводить дифференцировку основных

клинических проявлений ряда схожих заболеваний, разрабатывать алгоритмы терапии и профилактики болезней внутренних органов;

-уметь: проводить первичное обследование пациента (собрать анамнез, провести опрос пациента и его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.)), сформулировать предварительный диагноз, в соответствии с современными классификациями, составить план дальнейшего лабораторного и инструментального обследования, в том числе с использованием высокотехнологических методов;

-владеть: интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, формулировать развернутый клинический диагноз с учетом выявленных осложнений и сопутствующих расстройств.

Фармакология:

-знать: классификацию и основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств, побочные эффекты, общие принципы оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств;

-уметь: выписывать рецепты лекарственных средств, использовать различные лекарственные формы при лечении определенных патологических состояний, исходя из особенностей их фармакодинамики;

-владеть: навыками применения лекарственных средств для лечения, реабилитации, профилактики различных заболеваний и патологических состояний.

Патофизиология, клиническая патофизиология:

-знать: структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем;

-уметь: интерпретировать результаты наиболее распространенных методов функциональной диагностики, применяемых для выявления патологии крови, сердца и сосудов, легких, почек, печени и других органов систем; определять и оценивать результаты электрокардиографии, спирографии; термометрии; гематологических показателей; обосновывать принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний;

-владеть: навыками применения лекарственных средств при лечении, реабилитации, и профилактике различных заболеваний и патологических состояний.

Биохимия:

-знать: физико–химическую сущность процессов, происходящих в живом организме; основные метаболические пути превращения углеводов, белков, жиров и т. д.;

-уметь: отличать в сыворотке крови нормальные значения от патологических, объяснять причину;

-владеть: навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей организма.

Анатомия:

-знать: строение, топографию, развитие клеток, тканей и органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии; анатомические особенности строения и развития здорового и больного организма;

-уметь: пальпировать на человеке основные костные ориентиры, обрисовать топографические контуры органов, сосудистых и нервных стволов;

-владеть: медико – анатомическим понятийным аппаратом.

3. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В процессе освоения дисциплины у студента формируются следующие компетенции:

Общепрофессиональные:

Категория (группа) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование компетенции	Компетенции и индикаторы их достижения
Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.	ОПК-7.ИД1 – Использует современные методики сбора и обработки информации. ОПК-7.ИД2 – Проводит статистический анализ полученных данных в профессиональной области и интерпретирует его результаты. ОПК-7.ИД3 – Проводит анализ основных демографических показателей и состояния здоровья населения, оценивает их тенденции и определяет прогноз развития событий. ОПК-7 ИД-4 - Оценивает эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у взрослых.

Профессиональные:

Категория (группа) профессиональных компетенций	Код и наименование компетенции	Компетенции и индикаторы их достижения
Теоретические и практические основы профессиональной деятельности	ПК-3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность	<p>ПК-3.ИД1 - Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.ИД2 – Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ПК-3.ИД3 – Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.ИД4 – Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных</p>

		<p>препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p> <p>ПК-3.ИД5 – Оказывает паллиативную медицинскую помощь при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.</p> <p>ПК-3.ИД6 – Организует персонализированное лечение пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения.</p>
--	--	---

В результате освоения дисциплины студент должен знать:

- организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения, вопросы экспертизы нетрудоспособности и медико-юридической помощи населению при наличии заболеваний внутренних органов;
- ведение типовой учетно-отчетной документации в медицинских организациях;
- показатели здоровья населения, факторы, формирующие здоровье человека (экологические, профессиональные, природно-климатические, эндемические, социальные, эпидемиологические, психоэмоциональные, профессиональные, генетические);
- гигиенические проблемы медико-санитарной помощи работающему населению;
- заболевания внутренних органов, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов;
- основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
- этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов, современную классификацию заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;
- методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы, ультразвуковую

диагностику, электрокардиографию, методы оценки функции внешнего дыхания);

- основы организации медицинской помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных терапевтического профиля, основы организации медицинского обеспечения занимающихся физической культурой;

- критерии диагноза различных заболеваний внутренних органов;

- особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации больных терапевтического профиля;

- методы лечения и показания к их применению, механизм лечебного действия лечебной физкультуры и физиотерапии, показания и противопоказания к их назначению, особенности их проведения;

- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у пациентов терапевтического профиля;

уметь:

- планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды;

- участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической помощи населению с учетом его социально-профессиональной и возрастно-половой структуры;

- 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.д.), оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи, провести первичное обследование систем и органов: дыхательной, сердечно-сосудистой, крови и кроветворных органов, пищеварительной, мочевыделительной;

- оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента: культурные, этнические религиозные, индивидуальные, семейные, социальные факторы риска, поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;

- наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;

- определить по рентгенограмме наличие свободного газа в брюшной полости, наличие гидропневмоторакса;

- записать электрокардиограмму;

- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с клинической ситуацией: первичная, скорая, госпитализация;

- сформулировать клинический диагноз;

- разработать план терапевтических действий с учетом протекания болезни и ее лечения;

- использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики заболеваний терапевтического профиля (на основе доказательной медицины), устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействий факторов среды обитания;

- проводить реанимационные мероприятия при возникновении клинической смерти;

- проводить с населением прикрепленного участка мероприятия по первичной и вторичной профилактике наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов, осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов физической культуры и спорта, закаливания, пропагандировать здоровый образ жизни;

- заполнять историю болезни, выписать рецепт;

- применить правовые и медицинские аспекты констатации смерти человека, констатировать биологическую и клиническую смерть;

Владеть:

- навыками правильного ведения медицинской документации;

- методами общеклинического обследования;

- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики (ЭКГ, рентгенограммы, и др.);

- алгоритмом развернутого клинического диагноза;

- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;

- основными врачебными, диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

4. Объем дисциплины и виды учебной работы. Общая трудоемкость дисциплины.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 15 зачетных единицы (540 часов).

Вид учебной работы	Всего часов/з.е.	Семестры			
		9	10	11	12
Аудиторные занятия (всего)	540/15	108/3,0	144/4,0	108/3,0	180/5,0
В том числе:					
Лекции (Л)	60/1,66	20/0,55	20/0,55	10/0,28	10/0,28
Клинические практические занятия (КПЗ)	328/9,11	80/2,22	80/2,22	84/2,33	84/2,33
Семинары (С)					
Лабораторные работы (ЛР)					
Самостоятельная работа студентов (СР) (всего)	61,5	7,75	8,0	13,75	32
В том числе:					
Курсовой проект (работа)					
Расчетно-графические работы					
Реферат					
Другие виды СР (если предусматриваются, приводится перечень видов СР)					
1. Работа с рекомендуемой литературой.					
2. Решение ситуационных задач.					
3. Изучение медицинской документации.					
Контроль (всего)	89,3		27		36
Форма промежуточной аттестации: зачет, экзамен		зачет	экзамен	зачет	экзамен
Общая трудоемкость	540/15	108/3	144/4	108/3	180/5

5. Структура и содержание учебной и воспитательной деятельности при реализации дисциплины.

5.1. Содержание разделов дисциплины «Госпитальная терапия, эндокринология», образовательные технологии Лекционный курс

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
9 семестр						
Раздел 1. Введение во внутренние болезни.						
1.	Болезни кроветворения	2	Сбор и анализ информации о состоянии здоровья пациента, обучение профессиональному алгоритму решения практических задач диагностики, лечения больных и профилактики заболеваний, навыкам профессионального врачебного поведения. Ведение медицинской документации. Обсуждение основных гематологических синдромов, выявить особенности диагностики острых и хронических гемобластозов. Основные синдромы, стадии течения. Лабораторно-морфологическая характеристика. Диагностические критерии. Осложнения. Лечение (химиотерапия, кортикостероиды, гемотрансфузии).	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: алгоритм сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента Уметь: решать практические задачи диагностики и лечения больных с гематологическими заболеваниями Владеть: навыками профессионального врачебного поведения, ведения медицинской документации, осо-	лекция

			Возможности современной терапии. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация. Возможности современной терапии. Цитостатическая терапия. Глюкокортикоиды. Поддерживающая терапия. Осложнения лечения. Прогноз. Диспансерное наблюдение.		бенностями оформления схем полихимиотерапии.	
Раздел 2. Болезни органов дыхания						
2.	Тема 1. Пневмонии	2	Пневмонии. Этиология (бактериальные, вирусные, Ку-рикетсиозные и др.). Патогенез. Влияние алкоголя, охлаждения, травм, операций, патологии носоглотки и предшествующего поражения бронхов. Значение иммунного статуса организма. Клинико-морфологическая характеристика (паренхиматозная очаговая и крупозная, интерстициальная), характер течения. Крупозная пневмония. Симптоматология в различные периоды болезни с учетом клинико-морфологической характеристики. Основные синдромы (синдром общих и местных воспалительных изменений в легочной ткани, интоксикационный гипоксический, вовлечения в процесс других органов и систем). Очаговые пневмонии.	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: этиологию, патогенез, и меры профилактики заболевания; методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую	Академическая лекция

			<p>Классификация. Критерии диагноза. Определение тяжести течения болезни. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Особенности течения. Лечение. Идентификация возбудителя, как важный этап в постановке развернутого клинического диагноза и выбора этиологической терапии. Диета. Антибактериальная терапия. Противовирусные препараты. Симптоматические средства, повышающие сопротивляемость организма. Стимуляторы иммунитета. Десенсибилизирующая терапия. Физиотерапия, лечебная дыхательная гимнастика. Критерии выздоровления. Исходы болезни. Прогноз.</p>		<p>диагностику); клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболевания и неотложных состояний у пациентов.</p> <p>Уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.), оценить состояние пациента для принятия решения о</p>	
--	--	--	---	--	---	--

					<p>необходимости оказания ему медицинской помощи; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических действий, с учетом протекания болезни и ее лечения; заполнять историю болезни, выписать рецепт;</p> <p>Владеть: методами общеклинического обследования; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; правильным ведением медицинской документации.</p>	
3.	Тема 2. Бронхиты.	2	<p>Бронхиты. Этиология и патогенез. Значение эндогенных и экзогенных факторов в развитии заболевания: курения, инфекции,</p>	<p>ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p>Знать: этиологию, патогенез, и меры профилактики заболевания</p>	Проблемная лекция

			<p>охлаждения, профессиональных и эндогенных факторов. Эпидемиология. Классификация хронического бронхита: простой, гнойный, обструктивный, гнойно-обструктивный. Клиническая картина в зависимости от формы, стадии и фазы процесса. Характеристика синдрома бронхиальной обструкции, возможности его верификации и определения обратимости. Течение и осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение (антибактериальная, бронхолитическая, муколитическая и противокашлевая терапия). Интратрахеальное введение лекарственных препаратов. Физиотерапия и ЛФК. Прогноз. Трудовая экспертиза и трудоустройство. Профилактика.</p>		<p>ния; методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику); клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболевания и неотложных состояний у пациентов.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>Уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.), оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических действий, с учетом протекания болезни и ее лечения; заполнять историю болезни, выписать рецепт;</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					Владеть: методами общеклинического обследования; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; правильным ведением медицинской документации.	
Раздел 3. Болезни органов кровообращения						
4.	Тема 1. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия.	2	Ишемическая болезнь сердца. Понятие об ишемической болезни сердца (ИБС). Актуальность проблемы (социальное значение, эпидемиология). Факторы риска ИБС, их значение. Классификация ИБС. Лечение ИБС. Немедикаментозные методы. Купирование и предупреждение болевых приступов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция). Принципы ступенчатой терапии. Место физических тренировок в комплексном лечении. Показания к хирургическому лечению. Профилактика	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: основные особенности сердечной мышцы. Уметь: применить знания для объяснения механизмов саморегуляции гемодинамики и сердечной деятельности. Владеть: основными навыками регистрации функций сердца	Проблемная лекция

			(первичная и вторичная). Прогноз. Трудовая экспертиза. Стенокардия (грудная жаба). Клинические варианты: стабильная, нестабильная (впервые возникающая, прогрессирующая, вариантная). Степени тяжести. Диагноз. Характеристика болей, факторы риска. Роль ЭКГ в выявлении коронарной недостаточности (ЭКГ с фармакологическими и нагрузочными пробами). Радионуклидные методы. Роль инвазивных методов (коронароаргиография, тест частой предсердной стимуляции). Течение.			
5.	Тема 2. Острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда	2	Острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда. Патогенез острого коронарного синдрома. Клиника. Нестабильная стенокардия. Классификация нестабильной стенокардии. Клиника. Инструментальные методы исследования: ЭКГ. Лабораторные методы исследования. Инфаркт миокарда, факторы риска, этиология, патогенез, патоморфология. Патофизиологические изменения. Классификация инфаркта миокарда. Клиническая картина неосложненного инфаркта миокарда (с зубцом Q), периоды инфаркта миокарда, лабораторные	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: этиопатогенез острого коронарного синдрома диагностику и дифференциальную диагностику острого коронарного синдрома в условиях скорой помощи, принципы лечения острого коронарного синдрома в условиях скорой медицинской помощи. Уметь: выбирать рациональные методы	

			<p>и инструментальные методы исследования. Атипичные формы. Лечение. Значение ранней госпитализации. Помощь на догоспитальном этапе. Врачебная тактика в различные периоды инфаркта миокарда. Роль специализированных машин скорой помощи: палата (отделение) интенсивной терапии. Купирование болевого приступа, борьба с кардиогенным шоком, сердечной недостаточностью, аритмиями. Возможности антикоагулянтной и тромболитической терапии. Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти. Прогноз. Реабилитация больных. Трудовая экспертиза и трудоустройство. Диспансеризация.</p>		<p>лечения острого коронарного синдрома на этапе скорой медицинской помощи.</p> <p>Владеть: оказания первой медицинской помощи при остром коронарном синдроме.</p>	
6.	Тема 3. Хроническая сердечная недостаточность.	2	<p>Этиология и патогенез. Классификация сердечной недостаточности и клиническая картина. Лабораторные данные и инструментальные исследования. Прогноз. Этиология и клиническая картина. Лечебная программа: этиологическое лечение, режим, лечебное питание, усиление сократительной способности миокарда (лечение сердечными гликозидами и инотропными средствами),</p>	<p>ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p>Знать: диагностику ХСН, базироваться на выявлении клинических симптомов заболевания;</p> <p>Уметь: выявить клинические симптомы заболевания, подробно описать и определить реакции больного на нагрузку</p>	

			устранение отечного синдрома (лечение диуретиками), уменьшение пред и постнагрузки на левый желудочек (лечение периферическими вазодилататорами), снижение активности симпатoadреналовой системы, метаболическая и антиоксидантная терапия, назначение антигипоксантов, кислородотерапия, ЛФК и массаж, санаторно-курортное лечение		(например, в тесте 6-минутной ходьбы), на данных инструментальных и лабораторных методов исследования больного, а также в оценке ответа на лечение; Владеть: оказания первой медицинской помощи при ХСН.	
7.	Тема 4. Гипертоническая болезнь	2	Артериальная гипертензия, распространенность. Физиологические механизмы регуляции: гемодинамические и нейрогуморальные (система быстрого кратковременного и длительного действия). Методика измерения артериального давления. Суточное мониторирование артериального давления, методика и основные показатели. Гипертоническая болезнь. Этиология, роль генетических факторов, роль факторов внешней среды. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Поражение органов мишеней (сердца, периферических артерий (микро и макроангиопатии), почек, сосудов сетчатки глаза, сосудов головного мозга), лабораторные и инстру-	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: особенности жалоб и анамнеза при гипертонической болезни; критерии синдрома артериальной гипертензии; классификацию антигипертензивных препаратов; классификацию артериальной гипертензии; патофизиологию выявленных синдромов. Уметь: проводить обследование больного при выявлении артериальной гипертензии; формулировать	

			<p>ментальные методы выявления. Клинические варианты и формы артериальной гипертензии, диагностика. Гипертонические кризы, этиология, патогенез, диагностические критерии. Классификация, дифференциальный диагноз. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Основные принципы лечения гипертонической болезни. Показания к стационарному лечению. Лечебная программа: устранение психоэмоциональных и психосоциальных стрессовых ситуаций, немедикаментозные методы, медикаментозная гипотензивная терапия, улучшение церебрального кровотока, лечение осложнений, экстракорпоральная терапия, санаторно-курортное лечение.</p>		<p>план диагностики и лечения при артериальной гипертензии; диагностировать гипертоническую болезнь, степени тяжести, осложнения; интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований сердечно-сосудистой системы.</p> <p>Владеть: навыками обследования больного при выявлении артериальной гипертензии, диагностики и дифференциальной диагностики артериальной гипертензии.</p>	
Раздел 4. Эндокринные заболевания						
8	Тема 1. Сахарный диабет. Вопросы диагностики и современной терапии	2	Сахарный диабет. Социальное значение проблемы. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития диабета 1 и 2 типов. Особенности клинических проявлений при диабете 1 и 2 типов, дифференциально-диагностические различия. Значение лабораторных тестов:	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	<p>Знать: основные принципы функционирования эндокринной системы, отдельно взятых желез.</p> <p>Уметь: на основе знаний предположить</p>	

			<p>глюкозотолерантных тестов, гликированного гемоглобина, определения С-пептида в дифференциальной диагностике сахарного диабета. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Особые формы сахарного диабета — МОДИ-диабет, диабет 2 типа у молодых. Значение наследственных, алиментарных факторов риска, факторов труда и быта, физического воспитания и физической активности, рационального питания в возникновении диабета. Лечебно-профилактическое применение медикаментов. Лечение сахарного диабета: рациональная инсулинотерапия. Виды инсулинов. Пероральная сахароснижающая терапия. Комбинированная сахароснижающая терапия.</p>		<p>возможные варианты нарушений функции эндокринной системы. Владеть: интерпретировать данные анализов, характеризующих функции желез внутренней секреции.</p>	
9	Тема 2. Диагностика и лечение диабетического кома.	2	<p>Диабетические комы: гипогликемическая, лактацидемическая, гипергликемическая, гиперосмолярная, их атогенез и условия возникновения; факторы риска развития диабетических ком. Критерии дифференциальной диагностики. Особенности клинических проявлений при диабете 1 и 2 типов, дифференциально-диагностические различия. Значение лабораторных тестов в</p>	<p>ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p>Знать: какие из них содержат больше углеводов, а какие — больше белков, жиров и балластной клетчатки, с какой скоростью тот или иной продукт повышает уровень глюкозы в</p>	

			<p>дифференциальной диагностике. Неотложные мероприятия в лечении диабетических ком. Алгоритм на догоспитальном и госпитальном этапах оказания помощи при диабетических комах.</p>		<p>крови и как этот процесс зависит от консистенции продукта и его температуры.</p> <p>Уметь: тщательно планировать любые физические нагрузки при диабете, так как они поддерживают тонус организма и понижают сахар крови, но эти нагрузки должны быть легкими или средними, а не тяжелыми; дозу инсулина, количество и качество пищи, время и интенсивность нагрузки.</p> <p>Владеть: навыками контроля диабета и прежде всего научиться пользоваться глюкометром и тест-полосками, позволяющими определить содержание сахара в моче и крови; контролировать свой</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					вес, а для этого необходимы напольные весы.	
10	Тема 3. Заболевания щитовидной железы.	2	Эндемический зоб. Социальное значение проблемы. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития эндемического зоба, гипертиреоза. Гипотиреоза и рака щитовидной железы. Особенности клинических проявлений, дифференциально-диагностические различия вариантов патологии щитовидной железы. Значение лабораторных тестов. Определение концентрации гормонов щитовидной железы, окомаркеров для дифференциальной диагностики патологических процессов. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Инструментальная диагностика заболеваний щитовидной железы — роль ультразвуковых методов для скрининга и уточнения патологии щитовидной железы, сцинтиграфия и ТАБ в диагностике онкопатологии щитовидной железы. Лечебно-профилактическое применение медикаментов в зонах эндемического проживания. Лечение эндемического зоба, препараты йода. Лечение гипо- и гиперфункции щитовидной железы: тиреостатики,	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: клинику, диагностику, лечение заболеваний щитовидной железы; принципы неонатального скрининга; причины развития эндемического зоба; патогенетические механизмы развития тиреотоксикоза; особенности клинического течения гипотиреоза и тиреотоксикоза у подростков. Уметь: определить показания к операциям на щитовидной железе; обозначить тактику в лечении; выявлять симптомы заболеваний щитовидной железы; дифференцировать увеличение щитовидной же-	

			<p>препараты заместительной терапии при гипопункции щитовидной железы. Тиреотоксический криз. Механизм возникновения, клинические проявления. Подходы к оказанию неотложной помощи.</p>		<p>лезы различного происхождения; уметь провести дифференциальную диагностику эндемического и спорадического зоба, гипотиреоза, врожденного и приобретенного, тиреотоксикоза при ДТЗ и зобе Хашимото;</p>
					<p>Владеть: овладеть практическими навыками выявления симптомов тиреотоксического и гипотиреоидного кризов; овладеть методикой проведения индивидуальной и общей йодной профилактики эндемического зоба; медицинской этикой и деонтологией; методами общеклинического обследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия,</p>

					аускультация); интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	
11	Тема 4. Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы и надпочечников.	2	Гипо- и гиперфункция надпочечников, клинические проявления центрального поражения и нарушения функции периферических желез. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития гиперкортицизма, гипокортицизма, опухолей гипоталамо-гипофизарной области и надпочечников. Особенности клинических проявлений нарушений минералокортикоидной активности, гипо-, гиперкортицизма, нарушения выработки катехоламинов. Дифференциально-диагностические различия вариантов патологии надпочечников, гипоталамо-гипофизарной области: болезнь и синдром Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, болезнь Кона, Болезнь Аддисона. Значение лабораторных тестов. Определение концентрации гормонов надпочечников, адренокортикотропных гормонов, проведение дексаметозного теста, пробы со спиронолактоном, натрия хлоридом в дифференциальной	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: критерии для отбора пациентов при подозрении на дефицит гормона роста; определить объём необходимых дополнительных исследований (биохимических, гормональных, рентгенологических, ультразвуковых и пр.), уметь оценивать данные костного возраста; провести дифференциальную диагностику различных форм задержки роста; определить тактику лечения пациентов с соматотропной недостаточностью. Уметь: оценивать физическое развитие по	

			<p>диагностики патологических процессов. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Инструментальная диагностика заболеваний надпочечников, гипоаламо-гипофизарной области — роль ультразвуковых методов, МРТ, КТ для скрининга и уточнения патологии. Лечение заболеваний надпочечников, гипоталамо-гипофизарной области. Возможности хирургического, эндоскопического лечения.</p>		<p>перцентильным таблицам; определять тип ожирения; рассчитывать и оценивать ИМТ; диагностировать основные клинические формы ожирения; составить план обследования; оценить данные дополнительного обследования при ожирении; давать оценку физического развития; оценивать данные костного возраста; проводить первичную дифференциальную диагностику вариантов задержки роста; знать критерии отбора пациентов при подозрении на дефицит соматотропного гормона (СТГ) для проведения проб со стимуляцией; знать принципы лече-</p>	
--	--	--	---	--	--	--

					<p>ния СТН и конституциональной задержки роста (КЗР).</p> <p>Владеть: медицинской этикой и деонтологией; методами общеклинического обследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.</p>	
	Итого 9 семестр	22				
	10 семестр					
Раздел 6. Болезни органов пищеварения						
12.	Тема 1. Болезни пищевода. Хронический гастрит.	2	Болезни пищевода. Эзофагит острый и хронический, пептическая язва пищевода. Ахалазия пищевода. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рак пищевода. Этиология, патогенез, клиническая картина, инструментальные методы диагностики. Лечение. Прогноз. Профилактика. Хронический гастрит. Рак желудка.	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: современные методы профилактики и диетотерапии заболеваний органов пищеварения; вопросы смежной патологии (кишечные инфекции и инвазии, инфекционные заболевания печени, гельминтозы, пищевая аллергия);	

		<p>Хронический гастрит. Определение. Распространенность. Этиология (ведущие экзогенные и эндогенные факторы, роль <i>Helicobacter pylori</i>). Патогенез (значение нарушения секреторной и моторной функции желудка). Клиническая картина. Основные синдромы. Классификация по морфологическому, функциональному и этиологическому принципам. Диагноз. Значение рентгенологического, эндоскопического исследований, возможности гастробиопсии. Осложнения. Прогноз. Лечение, диета, медикаментозная терапия, лечение сопутствующих заболеваний. Санаторно-курортное лечение. Хронический гастрит с сохраненной и повышенной секрецией. Клинические особенности. Лечение в зависимости от этиологических факторов, состояния секреторной функции желудка, от стадии (обострение, ремиссии); диета, медикаментозная терапия. Санаторно-курортное лечение. Течение. Прогноз. Диспансеризация. Рак желудка. Распространенность. Факторы, способствующие развитию рака желудка. Понятие о предраковых заболеваниях желудка.</p>	<p>клинические проявления основных заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной, эндокринной и нервной систем; вопросы деонтологии и врачебной этики, клинической психологии; клинику, диагностику и основные методы оказания неотложной помощи при дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности, аллергическом шоке, отравлениях.</p> <p>Уметь: выявить специфические жалобы больного на момент осмотра; собрать анамнез (у пациента или родственников), выделив возможные причины заболевания; выявить характерное начало заболевания</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Клиническая картина. Значение "синдрома малых признаков". Зависимость клинических проявлений от локализации опухоли, формы роста, распространенности процесса, осложнений. Условность выделения клинических форм рака желудка. Варианты течения. Стадии болезни. Диагноз. Значимость клинических, лабораторных и инструментальных методов. Лечение. Возможности хирургического лечения, возможности химиотерапии. Прогноз.</p>		<p>(острое или постепенное с продромальными явлениями), сезонность обострения заболевания; при объективном обследовании выявить специфические признаки заболевания; уметь выбрать минимальный, необходимый для постановки диагноза комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования; выполнять ряд исследований самостоятельно (пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, рН-метрия желудочного содержимого, дуоденальное зондирование, промывание желудка); интерпретировать полученные данные лабораторно-инструмен-</p>	
--	--	--	---	--	---	--

					<p>тальных и рентгенологических методов исследования, обнаружить признаки патологии.</p> <p>Владеть: основными принципами лечения заболеваний пищевода; основными принципами лечения болезней желудка и 12-перстной кишки; основными принципами лечения патологии тонкой и толстой кишки; основными принципами лечения заболеваний печени и билиарной системы; основными принципами лечения болезней поджелудочной железы; принципами дифференциальной диагностики заболеваний органов пищеварения.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

13.	Тема 2. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.	2	<p>Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Основные и предрасполагающие факторы. Мультифакториальность патогенеза. Клиника, зависимость ее от локализации язвы. Диагноз. Значение анамнеза, физикального и лабораторно-инструментального обследования, рентгенологического и эндоскопического методов исследования. Выявление нарушений секреторной и моторной функции желудка. Особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Осложнения: перфорации, кровотечения, пенетрация, стеноз привратника или двенадцатиперстной кишки, перигастрит, перидуоденит. Особые формы язвенной болезни (язва пилорического канала, постбульбарные язвы, множественные, гигантские, ювенильные язвы и язвы у стариков). Дифференциальный диагноз (первично-язвенная форма рака желудка, симптоматические язвы). Лечение. Особенности диеты. Медикаментозные препараты: холинолитики, антациды, блокаторы гистаминорецепторов, блокаторы протонной помпы, стимуляторы регенера-</p>	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	<p>Знать: методику исследования; международную классификацию болезней; тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями;</p> <p>Уметь: провести исследования по системам, выявить симптомы поражения; применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки; определить тактику при заболеваниях.</p> <p>Владеть: методикой исследования организма человека; знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней; тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями.</p>	
-----	--	---	--	-------------------------------------	--	--

			<p>ции слизистой, антибактериальные препараты. Введение лекарств при эндоскопии. Физиотерапия. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению. Дифференцированное противорецидивное лечение. Абсолютные и относительные показания к хирургическому лечению. Трудовая экспертиза. Тактика лечения язвенной болезни в зависимости от локализации, состояния секреции, возраста, осложнений.</p>			
14.	<p>Тема 3. Заболевания кишечника: болезнь Крона, неспецифический язвенный колит.</p>	2	<p>Неспецифический язвенный колит (НЯК). Определение. Этиология. Патогенез. Роль эндогенных и экзогенных факторов риска в развитии заболевания. Классификация. Клиника. Основные клиничко-лабораторные синдромы (синдром недостаточности пищеварения, кишечной диспепсии, синдром недостаточности всасывания, синдром экссудативной энтеропатии, дискинетический синдром, системные проявления при НЯК). Диагноз. Лечение. Диета. Медикаментозные препараты, воздействующие на этипатогенез, влияющие на иммунные реакции — 5 АСК, кортикостероиды, заместительная терапия, препа-</p>	<p>ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p>Знать: физиологию пищеварительной системы; патофизиологию основных гастроэнтерологических расстройств при болезни Крона; основы доказательной медицины, современные научные концепции клинической патологии при болезни Крона; возможные типы их нарушений и принципы лечения при болезни Крона.</p>	

			<p>раты, влияющие на моторику кишечника. Санаторно-курортное лечение. Прогноз. Трудовая экспертиза. Болезнь Крона. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика НЯК и болезни Крона. Роль рентгеноконтрастных и эндоскопических исследований. Лечение. Диета. Медикаментозная терапия. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению. Прогноз.</p>		<p>Уметь: получить информацию о болезни Крона; определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, лучевых, функциональных, морфологических, медикогенетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты при болезни Крона.</p> <p>Владеть: техникой переливания крови, препаратов крови, кровезаменителей при болезни Крона; проведения лечебных и диагностических процедур.</p>	
15.	Тема 4. Рак желудка. Рак кишечника.	2	<p>Рак желудка. Предрасполагающие факторы. Наиболее частая локализация, зависимость клинических проявлений от локализации, формы роста, распространенности процесса, величины опухоли. Возможности рентгенологической и эндоскопической диагностики, биопсия.</p>	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	<p>Знать: правила выполнения лучевого исследования и правила радиационной безопасности; рентгенологическую анатомию пищевода, желудка и</p>	

			<p>«Маски» рака желудка, затрудняющие диагностику, дифференциально-диагностические критерии рака и язвы желудка. Осложнения. Локализация метастазов. Возможности оперативного вмешательства. Прогноз. Рак толстой кишки. Предрасполагающие факторы. Наиболее частая локализация. Зависимость клинических проявлений от локализации, формы роста, распространенности процесса, величины опухоли. Возможности рентгенологической и эндоскопической диагностики, биопсия. Осложнения. Локализация метастазов. Возможности оперативного вмешательства. Прогноз.</p>		<p>кишечника; функциональные особенности пищевода, желудка и кишечника; основные рентгенологические синдромы при патологии пищевода, желудка и кишечника; алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний, проявляющихся данными синдромами; контрастные вещества, используемые для лучевого исследования пищевода, желудка и кишечника; правила приема больного направленного в рентгенологический кабинет; правила составления и ведения документации рентгенологического кабинета.</p> <p>Уметь: узнавать органы желудочно-кишечного тракта на рентгенограммах, их</p>	
--	--	--	---	--	--	--

					<p>анатомические отделы в норме и при патологии; путем сопоставления клинических и рентгенологических данных распознать воспаление, изъязвление, опухоль, грыжу, аномалию развития и другие виды патологии отделов желудочно-кишечного тракта; принять больного, направленного в рентгенологический кабинет на исследование, с соблюдением всех правил медицинской деонтологии; собрать краткий анамнез и ознакомиться с клинической картиной болезни (посредством физикального осмотра и/или изучения истории болезни); принять участие в рентгенологическом исследова-</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>нии больного, соблюдая при этом правила радиационной безопасности; сопоставить данные анамнеза, клинической картины и рентгенологического исследования и сформулировать заключение о состоянии пищевода, желудка и кишечника и кишечника у обследуемого.</p> <p>Владеть: методиками лучевого исследования полого органа; алгоритмом интерпретации результатов лучевого исследования пищевода, желудка и кишечника; алгоритмом постановки рентгенологического диагноза при патологии пищевода, желудка и кишечника; правильным ведением медицинской документации</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					при выполнении лучевых исследований пищевода, желудка и кишечника.	
Раздел 7. Болезни печени и желчевыводящих путей.						
16.	Тема 1. Хронический панкреатит, рак поджелудочной железы.	2	Хронический панкреатит, опухоли поджелудочной железы. Хронический панкреатит. Определение. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные панкреатиты. Клиническая картина. Зависимость клинических проявлений от локализации процесса. Роль исследования функции поджелудочной железы и инструментальных методов исследования. Дифференциальная диагностика с раком поджелудочной железы. Лечение. Диета в зависимости от формы и стадии болезни. Дифференцированная терапия с учетом формы болезни и фазы течения. Показания к хирургическому лечению. Санаторно-курортное лечение.	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: современные взгляды на этиологию и патогенез хронического панкреатита; классификацию и клинические проявления хронического панкреатита; основные принципы консервативной терапии хронического панкреатита; о наиболее информативных методах исследования при заболеваниях поджелудочной железы; основные принципы консервативной терапии хронического панкреатита; основные методы оперативной коррекции ХП; классификацию, клинику кист поджелудочной железы; о прямых и	

					<p>непрямых методах лучевой диагностики ПЖ; методы оперативного лечения кист поджелудочной железы; клинические проявления опухоли головки поджелудочной железы; принципы паллиативного и радикального лечения опухолей головки поджелудочной железы.</p> <p>Уметь: произвести пальпацию поджелудочной железы по Гротту; определить симптомы Курвуазье, Гротта; нарисовать схему операций по Кейтлю, Дювалю, Пиеставу; нарисовать схемы операций дренирования кист поджелудочной железы; нарисовать схемы паллиативных и радикальных операций при</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					раке головки поджелудочной железы; провести дифференциальную диагностику между механической и паренхиматозной желтухой. Владеть: методикой исследования организма человека; знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней; тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями.	
17.	Тема 2. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей	2	Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП). Определение. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные ДЖВП, особенности патогенеза гипо- и гипермоторной ДЖВП. Клиническая картина. Зависимость клинических проявлений от вида процесса. Роль исследования функции желчевыводящих путей, дуоденальное зондирование и инструментальных методов исследования. Дифференциальная диагностика с	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: этиологией, патогенезом, клиническими проявлениями острого и хронического холецистита; основные направления в лечении и профилактике острого и хронического холецистита, хронических гепатитов, цирроза печени, острой и хронической	

			<p>холециститом. Лечение. Диета в зависимости от формы и стадии болезни. Дифференцированная терапия с учетом формы болезни и фазы течения. Санаторно-курортное лечение. Хронический холецистит. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные холециститы, особенности патогенеза. Клиническая картина. Зависимость клинических проявлений от наличия конкрементов, проявления желчной колики. Роль исследования функции желчевыводящих путей, дуоденальное зондирование, РХПГ и других инструментальных методов исследования. Лечение. Диета в зависимости от формы и стадии болезни. Дифференцированная терапия с учетом формы болезни и фазы течения. Санаторно-курортное лечение.</p>		<p>печеночной недостаточности. Уметь: перечислить основные этиологические факторы и факторы риска острого и хронического холецистита; описать клиническую картину острого и хронического холецистита; дать определение понятию хронический гепатит; описать этиологию, патогенез и клиническую картину хронического гепатита; дать определение понятию цирроз печени. Владеть: основными методами диагностики; принципами лечения и профилактики холецистита, хронических гепатитов, цирроза печени, а также острой и хронической</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					печеночной недостаточности.	
18.	Тема 3. Хронический гепатит. Наследственные пигментные гепатозы	2	Хронический гепатит. Доброкачественные гипербилирубинемии. Этиология (вирусная инфекция, алкоголь, промышленные вредности, различные медикаменты). Патогенез. Роль персистенции вируса и иммунологических нарушений. Морфология. Серологическая диагностика вирусных гепатитов, важность лабораторных исследований в определении репликации вируса (ИФА, ПЦР). Классификация: персистирующий, активный, холестатический гепатит. Особенности течения различных форм. Клинические и лабораторные синдромы (мезенхимально-воспалительный, цитолиза, холестаза, геморрагический, печеночно-клеточной недостаточности, желтушный и пр.), исследование альфа-фетопротеина в диагностике рака печени. Диагностика, значение пункционной биопсии печени, ультразвуковых, радионуклидных методов исследования. Дифференциальный диагноз с жировой дистрофией печени, доброкачественной гипербилирубинемией (синдром Жильбера, Дабина–Джонсона, Ротера). Течение и исходы	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: этиологией, патогенезом, клиническими проявлениями острого и хронического холецистита; основные направления в лечении и профилактике острого и хронического холецистита, хронических гепатитов, цирроза печени, острой и хронической печеночной недостаточности. Уметь: перечислить основные этиологические факторы и факторы риска острого и хронического холецистита; описать клиническую картину острого и хронического холецистита; дать определение понятию хронический гепатит; описать этиологию, патогенез и	

			<p>болезни. Острая печеночная недостаточность, клиника. Лечение, особенности терапии хронического вирусного активного, персистирующего и холестатического гепатита. Показания к применению интреферонов, индуктров интерферона, химиопрепаратов в лечении вирусных гепатитов; новые классы противовирусных препаратов. Применение кортикостероидов и иммуносупрессивных препаратов. Методы экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез, печеночный альбуминовый диализ). Гипербарическая оксигенация. Санаторно-курортное лечение. Трудоспособность.</p>		<p>клиническую картину хронического гепатита; дать определение понятию цирроз печени. Владеть: основными методами диагностики; принципами лечения и профилактики холецистита, хронических гепатитов, цирроза печени, а также острой и хронической печеночной недостаточности.</p>	
19	<p>Тема 4. Цирроз печени. Рак печени.</p>	2	<p>Цирроз печени. Рак печени. Цирроз печени. Определение. Этиология (инфекционные, нутритивные факторы, роль алкоголя и токсических веществ). Патогенез. Роль иммунологических нарушений. Ведущие клинически синдромы (портальной гипертензии, отечно-асцитический). Классификация. Клинико-морфологические синдромы. Течение. Возможности клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Диагностические критерии. Особенно-</p>	<p>ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p>Знать: анатомию и физиологию печени и селезенки; методы физического обследования больных с заболеваниями печени и желчных путей. Уметь: провести расспрос, осмотр, пальпацию и перкуссию печени, селезенки; интерпретировать данные субъективного и</p>	

			сти клиники, течения и диагноз макронодулярного, микронодулярного и билиарного цирроза печени. Осложнения цирроза печени: цирроз-рак, печеночная кома, кровотечения, анемия, гиперспленизм. Лечение цирроза печени. Диета. Медикаментозные средства. Показания к применению иммуносупрессивных препаратов, гепатопротекторов. Лечение осложнений. Хирургическое лечение — портокавальное шунтирование, трансплантация печени. Профилактика. Экспертиза трудоспособности. Рак печени. Распространенность. Способствующие факторы. Классификация. Клиническая картина. Возможности диагностики, исследование альфа-фетопротеина в скрининге рака печени. Роль инструментальных методов исследования: ультразвуковое исследование, скинтирование, лапароскопия. Лечение. Прогноз.		объективного исследований больного с патологией печени; составить план дополнительного обследования печени. Владеть: методикой пальпации и перкуссии печени и желчного пузыря, уметь правильно оценить полученные данные и использовать их в диагностическом процессе.	
Раздел 8. Болезни почек и мочевыводящих путей						
20	Тема 1. Гломерулярные заболевания почек.	2	Гломерулонефрит. Острый нефрит. Современные представления об этиологии и патогенезе. Значение иммунного звена патогенеза. Классификация. Клиническая картина. Основные клиниче-	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: этиологию и патогенез почек; основные клинические синдромы; синдромы хронической почечной недостаточности	

		<p>ские синдромы (нефротический, гипертензивный, мочево́й). Лабораторно-инструментальные показатели функции почек. Клинические формы и варианты течения. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Трудовая экспертиза. Лечение: режим, диета, стероидные, иммуносупрессивные препараты, антикоагулянты, антиагреганты и другие медикаментозные средства. Профилактика. Диспансеризация больных, перенесших острый нефрит. Подострый (быстро прогрессирующий, злокачественный) гломерулонефрит. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии хронического нефрита. Клиническая картина злокачественной формы гломерулонефрита, особенности течения. Лабораторно-инструментальные методы исследования при подостром нефрите. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, стероидная, иммуносупрессивная, антиагрегантная, антикоагулянтная терапия, показания к гемодиализу. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика. Хронический гломерулонефрит. Современные представления</p>	<p>(ХПН); инфекции мочевыводящих путей (МП); артериальной гипертензии (АГ); дизурических нарушений, почечной колики. Уметь: интерпретация биохимических анализов крови; интерпретация анализов суточного белка в моче; применять в практике диагностические критерии и классификацию ОПП, ХБП; выявлять ФР развития ОПП и ФР возникновения и прогрессирования ХБП; оценивать функцию почек по СКФ (СКД-ЕРІ); определять категорию альбминурии. Владеть: основными методами диагностики; принципами лечения и профилактики лечения почек, хронических заболеваний</p>	
--	--	---	--	--

			<p>об этиологии, патогенезе и морфологии хронического нефрита. Клиническая классификация: нефротическая, гипертоническая, смешанная, латентная формы. Морфологическая классификация (мезангиальный, пролиферативные варианты, минимальные изменения, экстракапиллярный и пр.) Лабораторно-инструментальные методы исследования при хроническом нефрите. Течение, исходы болезни, особенности разных форм. Лечение: режим, диета, стероидная, иммуносупрессивная, антиагрегантная, антикоагулянтная терапия, симптомаические лекарственные средства. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.</p>		<p>почек, а также острой и хронической печеночной недостаточности.</p>	
21	Тема 2. Тубуло-интерстициальные заболевания почек	2	<p>Острый тубуло-интерстициальный нефрит. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии, роль нарушений уродинамики и воспалительных инфекционных процессов в развитии болезни. Клиническая классификация пиелонефритов. Лабораторно-инструментальные методы исследования при остром пиелонефрите, роль бактериологического обследования, исследования осадочных</p>	<p>ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p>Знать: этиологию и патогенез хронического пиелонефрита; лечение и исходы болезни; роль нарушений уродинамики и воспалительных инфекционных процессов в развитии болезни; синдромы пора-</p>	

		<p>проб по Нечипоренко в диагностике болезни. Применение ультразвуковых, рентгенконтрастных методов исследования. Лечение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, антибактериальная терапия и симптоматические лекарственные средства. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика. Хронический тубуло-интерстициальный нефрит. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии, роль нарушений уродинамики и воспалительных инфекционных процессов в развитии болезни. Клиническая классификация. Лабораторно-инструментальные методы исследования при хроническом пиелонефрите, роль бактериологического обследования, исследования осадочных проб по Нечипоренко в диагностике болезни, применение ультразвуковых, рентгенконтрастных методов исследования для уточнения нарушений уродинамики. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, антибактериальная терапия и симптоматические лекар-</p>		<p>жения почек и мочевыводящих путей (мочевой, нефротический (НС), нефритический, тубуло-интерстициальный, острой почечной недостаточности (ОПН). Уметь: интерпретировать пробу Зимницкого; интерпретировать данные лучевых методов исследования мочевыводящей системы. Владеть: документацией о лабораторных исследованиях, бактериологических обследованиях, исследованиях осадочных проб по Нечипоренко.</p>	
--	--	--	--	---	--

			ственные средства. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.			
22	Тема 3. Хроническая болезнь почек. Острая и хроническая почечная недостаточность. Виды и показания к заместительной почечной терапии.	2	Хроническая болезнь почек (ХБП). Социальное значение. Эпидемиология. Факторы риска ХБП, вклад экстраренальных патологий в развитие и прогрессирование ХБП. Классификация ХБП, тактика ведения и нефропротективная стратегия на различных стадиях ХБП, ограничение использования рентгенконтрастных методов исследования. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии. Классификация. Лабораторно-инструментальные методы исследования при ХПН, роль бактериологического обследования, исследования осадочных проб по Нечипоренко в диагностике болезни, применение ультразвуковых методов для уточнения степени почечной дисфункции. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, симптоматические лекарственные средства, применение энтеросорбентов, препаратов кетокилот, антианемических препаратов. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.	ОПК-7 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Знать: синдромы поражения почек и мочевыводящих путей (мочевой, нефротический (НС), нефритический, тубуло-интерстициальный, острой почечной недостаточности (ОПН); хронической почечной недостаточности (ХПН); инфекции мочевыводящих путей (МП); артериальной гипертензии (АГ); дизурических нарушений, почечной колики; современные представления об этиологии, патогенезе ОПН и ХБП; определение ОПН острой болезни почек (ОБП).	Уметь: проводить скрининг пациентов для выявления нарушения функции почек;

			<p>Вторичная профилактика. Острое почечное повреждение (ОПП). Острая почечная недостаточность. Этиология, факторы риска и патогенез развития ОПП. Классификация. Лабораторно-инструментальные методы исследования при ОПП. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, симптоматические лекарственные средства, применение энтеросорбентов, препаратов кетокилот, показания к началу заместительной почечной терапии.</p>		<p>составлять план амбулаторного обследования при ОПП и ХБП и проводить дифференциальную диагностику при ОПП и ХБП; определять показания к госпитализации при ОПП и ХБП; проводить рациональную терапию при ХБП и определять показания к ЗПТ у нефрологических больных; проводить первичную и вторичную профилактику ОПП и ХБП.</p> <p>Владеть: выявить синдром поражения мочевыделительной системы; методикой мониторинга ФР и профилактикой ОПП и ХБП в амбулаторных условиях; методами своевременной диагностики и дифференциальной диагностики ОПП и ХБП в</p>	
--	--	--	---	--	---	--

					<p>амбулаторных условиях; способностью к назначению индивидуализированной терапии при ХБП в амбулаторных условиях; способностью к амбулаторному ведению пациентов с ОПП и ХБП (диспансеризации, экспертизе нетрудоспособности, санаторно-курортному отбору, трудоустройству, работе с медицинской документацией); способностью проводить первичную и вторичную профилактику ОПП и ХБП в амбулаторных условиях; способностью выписывать медикаментозные средства, используемые для лечения, профилактики ОПП и ХБП, заполнять основную меди-</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					цинскую документацию при амбулаторном ведении этих пациентов.	
	Раздел 9 Промежуточная аттестация					Экзамен
	Итого 10 семестр	22				
	11 семестр					
Раздел 10. Эндокринные заболевания						
23	Тема1. Метаболический синдром. Ожирение.	2	Метаболический синдром (МС) и ожирение. Социальное значение проблемы. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития ожирения и МС. Особенности клинических проявлений. Значение лабораторных тестов в диагностике МС. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Значение наследственных, алиментарных факторов риска, факторов труда и быта, физического воспитания и физической активности, рационального питания в возникновении МС и ожирения. Лечебно-профилактическое применение медикаментов. Лечение ожирения: рациональная терапия, возможности хирургического лечения.	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	Знать: патогенез и этиологию метаболического синдрома; биохимию человека; классификацию, особенности и эпидемиологию заболевания; Уметь: определить концентрацию липопротеидов низкой, очень низкой плотности и уровня мочевой кислоты, азотовыделительной функции почек; определить важнейшие показатели коагулограммы (фибриноген и фибри-	

				<p>нолитическая способность сыворотки крови); провести тест на микроальбуминурию (при высоком и стабильном артериальном давлении); проконсультироваться у эндокринолога с целью последующего определения глюкозы и инсулина натощак, провести глюкозотолерантный и инсулиновый тесты с дальнейшим выявлением инсулинорезистентности, определить уровень кортизола.</p> <p>Владеть: схемой обследования при выявлении маркеров МС.</p> <p>Клиническая часть:</p> <p>а) наследственный анамнез (предрасположенность к ожирению, артериальной гипертензии, сахарному</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>диабету II типа, подагре, атеросклерозу и его формам);</p> <p>б) социальный анамнез (оценка статуса питания, уровня физической активности, состава семьи, стрессовых воздействий);</p> <p>в) протекание беременности, наличие осложнений в перинатальном периоде, перенесенные ранее нейроинфекции, травмы, интенсивность роста и развития в последнее время;</p> <p>г) антропометрическая характеристика обследуемого (рост, вес, индекс массы тела, окружности талии);</p> <p>д) измерение артериального давления;</p> <p>Лабораторная часть:</p>	
--	--	--	--	---	--

					определить в биохимическом анализе крови холестерин, триглицерид, липопротеид высокой плотности, уровня глюкозы натощак.	
24	Тема 2. Сахарный диабет. Вопросы диагностики и современной терапии. Диагностика и лечение и диабетических ком.	2	Сахарный диабет. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития диабета 1 и 2 типов. Особенности клинических проявлений при диабете 1 и 2 типов, дифференциально-диагностические различия. Значение лабораторных тестов: глюкозотолерантных тестов, гликированного гемоглобина, определения С-пептида в дифференциальной диагностике сахарного диабета. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Инсулинорезистентность, профилактика, возможности немедикаментозного воздействия. Особые формы сахарного диабета — МОДИ-диабет, диабет 2 типа у молодых. Диабетические комы: гипогликемическая, лактацидемическая, гипергликемическая, гиперосмолярная, их патогенез и условия возникновения; факторы риска развития диабетических	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	Знать: основные принципы функционирования эндокринной системы, отдельно взятых желез. Уметь: на основе знаний предположить возможные варианты нарушений функции эндокринной системы. Владеть: интерпретировать данные анализов, характеризующих функции желез внутренней секреции.	

			ком. Критерии дифференциальной диагностики. Неотложные мероприятия в лечении диалитических ком. Алгоритм на догоспитальном и госпитальном этапах оказания помощи при диабетических комах.			
25	Тема 3. Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы.	1	Эндемический зоб. Факторы риска развития эндемического зоба, гипертиреоза, гипотиреоза и рака щитовидной железы. Особенности клинических проявлений, дифференциально-диагностические различия вариантов патологии щитовидной железы. Дифференциальное значение лабораторных тестов: определение концентрации гормонов щитовидной железы, онкомаркеров для дифференциальной диагностики патологических процессов. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Инструментальная диагностика заболеваний щитовидной железы — роль ультразвуковых методов для скрининга и уточнения патологии щитовидной железы, сцинтиграфия и ТАБ в диагностике онкопатологии щитовидной железы. Лечебно-профилактическое применение медикаментов в зонах эндемического проживания. Лечение эндемического зоба, препараты	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	Знать: клинику, диагностику, лечение заболеваний щитовидной железы; принципы неонатального скрининга; причины развития эндемического зоба; патогенетические механизмы развития тиреотоксикоза; особенности клинического течения гипотиреоза и тиреотоксикоза у подростков. Уметь: определить показания к операциям на щитовидной железе; обозначить тактику в лечении; выявлять симптомы заболеваний щитовид-	

			<p>йода. Лечение гипо- и гиперфункции щитовидной железы: тиреостатики, препараты заместительной терапии при гипопункции щитовидной железы.</p>		<p>ной железы; дифференцировать увеличение щитовидной железы различного происхождения; уметь провести дифференциальную диагностику эндемического и спорадического зоба, гипотиреоза, врожденного и приобретенного, тиреотоксикоза при ДТЗ и зобе Хашимото;</p> <p>Владеть: овладеть практическими навыками выявления симптомов тиреотоксического и гипотиреоидного кризов; овладеть методикой проведения индивидуальной и общей йодной профилактики эндемического зоба; медицинской этикой и деонтологией; методами общеклинического обследования (сбор</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
26.	Тема 4. Дифференциальная диагностика заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы и надпочечников.	1	Гипо- и гиперфункция надпочечников, дифференциально — диагностические различия клинических проявлений центрального поражения и нарушения функции надпочечников. Патогенез. Факторы риска развития гиперкортицизма, гипокортицизма, опухолей гипоталамо-гипофизарной области и надпочечников. Особенности клинических проявлений, дифференциально-диагностические критерии нарушений минералокортикоидной активности, гипо-, гиперкортицизма, нарушения выработки катехоламинов. Дифференциально диагностические различия вариантов патологии надпочечников, гипоталамо-гипофизарной области: болезнь и синдром Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, болезнь Кона, Болезнь Аддисона. Определение концентрации гормонов надпочечников, адренориткотроп-	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	Знать: критерии для отбора пациентов при подозрении на дефицит гормона роста; определить объём дополнительных исследований (биохимических, гормональных, рентгенологических, ультразвуковых и пр.), уметь оценивать данные костного возраста; провести дифференциальную диагностику различных форм задержки роста; определить тактику лечения пациентов с соматотропной недостаточностью.

			<p>ных гормонов, проведение дексаметознового теста, пробы со спиронолактоном, натрия хлоридом в дифференциальной диагностике центрального и периферического поражения. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Инструментальная диагностика заболеваний надпочечников, гипоаламо-гипофизарной области — роль ультразвуковых методов, МРТ, КТ для скрининга и уточнения патологии. Лечение заболеваний надпочечников, гипоталамо-гипофизарной области. Возможности хирургического, эндоскопического лечения.</p>		<p>Уметь: оценивать физическое развитие по перцентильным таблицам; определять тип ожирения; рассчитывать и оценивать ИМТ; диагностировать основные клинические формы ожирения; составить план обследования; оценить данные дополнительного обследования при ожирении; давать оценку физического развития; оценивать данные костного возраста; проводить первичную дифференциальную диагностику вариантов задержки роста; знать критерии отбора пациентов при подозрении на дефицит соматотропного гормона (СТГ) для проведения проб со стимуляцией;</p>	
--	--	--	---	--	--	--

					<p>знать принципы лечения СТН и конституциональной задержки роста (КЗР).</p> <p>Владеть: медицинской этикой и деонтологией; методами общеклинического обследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.</p>	
Раздел 11. Болезни кровообращения						
27	Тема 1. Дифференциальная диагностика синдрома кардиалгии. Лечение ОКС.	1	Ишемическая болезнь сердца. Актуальность проблемы Факторы риска ИБС, их значение. Особенности ангинозного синдрома, варианты типичного и атипичного течения. Классификация ИБС. Лечение ИБС. Немедикаментозные методы. Купирование и предупреждение болевых приступов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция). Место физических тренировок в комплексном лечении. Показания к хирургическому лечению. Профилактика (первичная и	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	Знать: дифференциально-диагностические признаки кардиалгии при остром коронарном синдроме; при тромбоэмболии легочной артерии; при расслаивающей аневризме аорты; спонтанном пневмотораксе; сухом перикардите.	

			<p>вторичная). Прогноз. Трудовая экспертиза. Некоронарная кардиалгия (миокардиты, кардиомиопатии). Клинические критерии, особенности болевого синдрома. Роль лабораторных критериев поврежденния миокарда (тропонины, креатинкиназа) в дифференциальной диагностике. Роль ЭКГ, ЭХО-КС, в дифференциальной диагностике коронарной недостаточности (ЭКГ с фармакологическими и нагрузочными пробами). Радионуклидные методы. Роль инвазивных методов (коронароангиография, тест частой предсердной стимуляции). Лечение.</p>		<p>Уметь: провести физикальное обследование больного (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД) и выявить основные признаки заболеваний при острой боли в области сердца; установить и обосновать клинический диагноз при острой боли в области сердца; составить план обследования больного с острой болью в области сердца; осуществить дифференциальный диагноз заболеваний при острой боли в области сердца.</p> <p>Владеть: методами пальпации, перкуссии и аускультации; интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов обследования больного с острой болью в области сердца;</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					алгоритмом постановки предварительного клинического диагноза при острой боли в области сердца; выполнением основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи при острой боли в области сердца.	
28	Тема 2. ОКС и инфаркт миокарда. Дифференциальная диагностика, дифференцированные подходы к терапии	1	Острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда. Патогенез острого коронарного синдрома. Клиника. Нестабильная стенокардия. Классификация нестабильной стенокардии. Клиника. Инструментальные методы исследования: ЭКГ. Лабораторные методы исследования. Инфаркт миокарда, факторы риска, этиология, патогенез, патоморфология. Патофизиологические изменения. Классификация инфаркта миокарда. Клиническая картина неосложненного инфаркта миокарда, дифференциальная диагностика инфаркта миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST. Инструментальные методы исследова-	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	Знать: основы оказания и стандарты амбулаторной и стационарной помощи больным с острым коронарным синдромом; правила оказания неотложной медицинской помощи; основы фармакотерапии с острым коронарным синдромом; правила оформления медицинской документации Уметь: проводить полное общее и специальное физикальное	

			<p>ния: ЭКГ. Лабораторные методы исследования. Лечение, применение эндоваскулярных методов малоинвазивной терапии. Значение ранней госпитализации. Помощь на догоспитальном этапе. Врачебная тактика в различные периоды инфаркта миокарда. Неотложная помощь Купирование болевого приступа, борьба с кардиогенным шоком, сердечной недостаточностью, аритмиями. Возможности антикоагулянтной и тромболитической терапии. Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти. Прогноз. Реабилитация больных. Трудовая экспертиза и трудоустройство. Диспансеризация.</p>		<p>обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); установить диагноз и провести необходимое лечение при ишемической болезни сердца, инфаркт миокарда, стенокардия, нестабильная стенокардия; диагностика и терапия неотложных состояний (кардиогенный шок, отек легких, разрыв межжелудочковой перегородки, тахикардии, брадикардии), реанимация в кардиологии.</p> <p>Владеть: данные лабораторных и биохимических методов исследования; эхокардиографии; радиоизотопных методов исследования; коронарографии; ЭКГ.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

29	Тема 3. Дифференциальная диагностика кардиомегалии	1	<p>Характеристика синдрома кардиомегалии — клинические и инструментальные критерии. Кардиомиопатии (КМП). Актуальность проблемы Факторы риска КМП, их значение. Особенности синдрома кардиомегалии от варианта болезни. Класификация КМП. Лечение КМП: возможности терапевтической коррекции, виды и показания к хирургическому лечению. Приобретенные пороки сердца. Факторы риска развития пороков сердца, роль воспалительных заболеваний, их значение. Особенности синдрома кардиомегалии от вида порока сердца. Понятие о комбинированных и сочетанных пороках сердца. Класификация пороков. Лечение: возможности терапевтической коррекции, виды и покзания к хирургическому лечению. Миокардиты. Актуальность проблемы Факторы риска миокардитов, значение воспаления в прогрессировании миокардита. Особенности синдрома кардиомегалии в зависимости от варианта болезни (диффузный, очаговый). Класификация миокардитов. Диагностика миокардитов, роль общеклинических, бактриологических и инстру-</p>	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	<p>Знать: понятия и общие признаки; классификацию; клиническую картину и диагностику; современные аспекты этиопатогенеза и патоморфологии первичных КМП; современные методы диагностики КМП; классификацию КМП; основные группы препаратов, используемые при лечении КМП.</p> <p>Уметь: научиться дифференцированно подходить к назначению диагностических методов обследования и интерпретации полученных результатов.</p> <p>Владеть: основами клинической диагностики КМП.</p>	
----	--	---	--	---	--	--

			менальных методов. Лечение: возможности терапевтической коррекции, антибактериальной терапии. Прогноз. Трудовая экспертиза.			
30	Тема 4. Дифференциальная диагностика артериальных гипертоний	1	Артериальная гипертензия, понятие о синдроме, факторы риска эссенциальной гипертонии и спектр заболеваний, сопровождающихся повышением артериального давления. Физиологические механизмы регуляции артериального давления: гемодинамические и нейрогуморальные (система быстрого кратковременного и длительного действия). Суточное мониторирование артериального давления, методика и основные показатели, основные типы кривых. Гипертоническая болезнь. Этиология, роль генетических факторов, роль факторов внешней среды. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Поражение органов мишеней (сердца, периферических артерий (микро и макроангиопатии), почек, сосудов сетчатки глаза, сосудов головного мозга), лабораторные и инструментальные методы выявления. Эндокринные артериальные гипертонии, особенности при патологии надпочечников, сахарном диабете, патологии щитовидной железы.	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	<p>Знать: определить степень и стабильности повышения уровня АД; диагноз АГ устанавливается на основании, по меньшей мере, двукратного измерения АД на разных визитах; исключение вторичных (симп-ких) форм АГ, при наличии – установление ее формы.</p> <p>Уметь: выяснение жалоб и сбор анамнеза; лабораторно-инструментальные методы исследования: рутинные на первом этапе и сложные — на втором этапе обследования (по показаниям);</p> <p>Владеть: повторные измерения АД; объективное обследование;</p>	

			Роль лабораторных и инструментальных критериев. Реноваскулярные и ренопаренхиматозные артериальные гипертонии, роль доплерометрических и ангиографических методов в диагностике. Клинические варианты и формы артериальной гипертензии, диагностика. Основные принципы лечения артериальной гипертензии. Показания к стационарному лечению. Лечебная программа: устранение психоэмоциональных и психосоциальных.		исключение вторичных (симп-ких) АГ при необходимости; оценка общего сердечно-сосудистого риска.	
31	Тема 5. Острая и хроническая недостаточность кровообращения. Оказание неотложной помощи.	1	Этиология и патогенез. Классификация острой и хронической сердечной недостаточности, клиническая картина. Патогенез острой недостаточности кровообращения (лево- и правожелудочковой), критерии дифференциальной диагностики. Лабораторные данные и инструментальные исследования. Прогноз. Этиология и клиническая картина. Неотложная помощь при острой недостаточности кровообращения. Хроническая недостаточность кровообращения, классификация (Нью-Йоркская, по Стражеско-Василенко). Лечебная программа: этиологическое лечение, режим, лечебное питание, применение	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	Знать: определение понятия "острое отравление", "химическая болезнь"; предмет и задачи клинической токсикологии; общие сведения; классификацию; врачебно-трудовую экспертизу. Уметь: ориентироваться в конкретных ситуациях наличия; определить стадию острого отравления (токсикогенная, соматогенная).	

			иАПФ, саратанов, бета-блокаторов, диуретиков, усиление сократительной способности миокарда (лечение сердечными гликозидами и инотропными средствами), уменьшение пред и постнагрузки на левый желудочек (лечение периферическими вазодилататорами), снижение активности симпатoadrenalной системы, метаболическая и антиоксидантная терапия, назначение антигипоксантов, кислородотерапия, ЛФК и массаж, санаторно-курортное лечение.		Владеть: при теоретическом разборе обсуждаются вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения острых отравлений; при клиническом разборе рекомендуется определить особенности данных анамнеза заболевания или жизни, выделить типичные и атипичные симптомы и клинические синдромы.
32	Тема 6 Дифференциальная диагностика и лечение нарушений ритма и проводимости сердца.	1	Нарушения ритма сердца. Факторы риска, патогенез — механизм ре-ентри, триггерный, механизм повторного входа импульса и пр. Особенности клинических симптомов в зависимости от вида нарушения ритма и проводимости, см Морганьи-Эдемса-Стокса. Классификация аритмий. Диагностика нарушений ритма — ЭКГ, СМ ЭКГ, ЭФИ. Лечение аритмий пароксизмальных и постоянных вариантов течения болезни. Показания к хирургическому ле-	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	Знать: этиологию, патогенез, клинику и диагностику различных форм нарушений проводимости сердца; алгоритм дифференциальной диагностики нарушений проводимости сердца; диагностические возможности методов 12-канальной ЭКГ, ЭКГ с нагрузкой.

			<p>чению - РЧА. Профилактика (первичная и вторичная). Прогноз. Трудовая экспертиза.</p>		<p>Уметь: провести физикальное обследование больного (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение свойств пульса) и выявить признаки нарушений проводимости сердца; установить и обосновать клинический диагноз пациента с нарушениями внутрисердечной проводимости; расшифровать ЭКГ; составить план обследования; оказать неотложную помощь; проводить реанимационные мероприятия в случаях возникновения клинической смерти.</p> <p>Владеть: методами аускультации сердца и сосудов; интерпретацией результатов инструментальных методов обследования</p>	
--	--	--	---	--	---	--

					больного с нарушениями проводимости сердца; алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) пациента с нарушениями проводимости сердца.	
33	Тема 7. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний сердца	2	Миокардит. Актуальность проблемы, эпидемиология Факторы риска миокардитов, значение воспаления в прогрессировании миокардита. Особенности клинического течения от этиологии болезни (грибковый, сифилитический, вирусный, бактериальный и пр.), в зависимости от варианта болезни (диффузный, очаговый). Миокардит Абрамова-Фидлера. Классификация миокардитов. Диагностика миокардитов, роль общеклинических, бактериологических и инструментальных методов. Перикардит. Актуальность проблемы, эпидемиология Факторы риска перикардитов, значение воспаления в прогрессировании перикардита. Особенности клинического течения в зависимости от	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	Знать: этиологию, патогенез, клинику и диагностику врождённых и приобретённых пороков сердца; причины, механизм возникновения, классификацию и аускультативные проявления врождённых и приобретённых пороков сердца. Уметь: выявить систолический и диастолический шум в области сердца; чтение рентгенограмм боль-	

		<p>этиологии болезни — бактериальный, грибковый. См Дресслера, критерии диагностики. Классификация перикардитов. Диагностика перикардитов, роль общеклинических, бактериологических и инструментальных методов.</p> <p>Эндокардит. Актуальность проблемы, эпидемиология Факторы риска эндокардитов, значение воспаления в прогрессировании эндокардит, формировании порока сердца. Особенности клинического течения в зависимости от этиологии болезни — бактериальный, грибковый, аутоиммунный. Классификация эндокардитов. Диагностика эндокардитов, роль общеклинических, бактериологических и инструментальных методов.</p> <p>Лечение: возможности терапевтической коррекции, антибактериальной терапии, противовоспалительного лечения. Возможности и виды хирургического лечения.</p> <p>Прогноз. Трудовая экспертиза.</p>		<p>ных; оценить результаты ЭХО-КС с доплер-анализом больных с пороками сердца.</p> <p>Владеть: методами аускультации сердца и сосудов; интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов обследования больного с систолическим шумом в области сердца; выполнением основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при сердечной астме, отеке легких, тромбоэмболии легочной артерии, фибрилляции желудочков.</p>	
Раздел 12. Промежуточная аттестация					
Итого:		14			
12 семестр					
Раздел 13. Болезни суставов и соединительной ткани.					

34.	Тема 1. Дифференциальная диагностика суставного синдрома	2	<p>Характеристика суставного синдрома. Ревматоидный артрит. Современные представления об этиологии и патогенезе. Значение иммунного звена патогенеза. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические проявления суставного синдрома. Лабораторно-инструментальные показатели в диагностике ревматоидного артрита. Клинические формы и варианты течения болезни, особые формы — синдром Фелти, синдром Стилла, ювенильный ревматоидный артрит. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Трудовая экспертиза. Лечение: режим, диета, стероидные, иммуносупрессивные препараты, антиагреганты и другие медикаментозные средства. Профилактика. Диспансеризация больных, противорецидивная терапия.</p> <p>Подагра. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии. Клиническая картина и особенности суставного синдрома при подагре. Критерии диагностики — основные и дополнительные. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, медикаментозная терапия — урикоstaticические,</p>	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	<p>Знать: систему кроветворения и гемостаза, физиологию и патофизиологию свертывающей системы крови; основы кровезаместительной терапии, показатели гомеостаза в норме и патологии; клиническую симптоматику и патогенез основных терапевтических заболеваний у взрослых и подростков, их профилактику, диагностику и лечение; клиническую симптоматику пограничных состояний в терапевтической клинике.</p> <p>Уметь: определять степень нарушения гомеостаза и выполнять все мероприятия по его нормализации; определять показания для госпитализации и организовать ее. 6.</p>	
-----	--	---	---	---	---	--

			<p>урикозурические и смешанного действия препараты. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика. Остеоартроз. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии болезни. Клиническая классификация: критерии диагностики. Лабораторно-инструментальные методы исследования при остеоартрозе. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, ФТЛ, ЛФК, симптоматические лекарственные средства. Эндопротезирование суставов. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.</p>		<p>Выявлять факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, осуществлять первичную профилактику в группах высокого риска.</p> <p>Владеть: методикой правильной формулировки, проведения дополнительного обследования и назначения лечения; навыками соблюдения требований врачебной этики и деонтологии.</p>
35	Тема 2. Дифференциальная диагностика болезней соединительной ткани	2	<p>Системная красная волчанка (СКВ). Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии. Клиническая картина и особенности суставного, кожного синдрома при СКВ. Критерии диагностики — основные и дополнительные. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, медикаментозная терапия — иммуносупрессивная, кортикостероиды, понятие о пульс-терапии в ревматологии. Эфферентные методы лечения — плазмаферез. Тру-</p>	<p>ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6</p>	<p>Знать: основы и клиническое значение лабораторных и инструментальных исследований в диагностике диффузных заболеваний соединительной ткани; значение иммунологических методов в диагностике диффузных заболеваний соединительной ткани;</p>

			<p>довая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика. Системная склеродермия (ССД). Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии болезни. Особенности кожного синдрома. Поражения внутренних органов, CREST синдром. Клиническая классификация: критерии диагностики. Лабораторно-инструментальные методы исследования, серологические маркеры ревматологических заболеваний. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, ФТЛ, ЛФК, симптоматические лекарственные средства. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.</p>		<p>диагностические критерии диффузных заболеваний соединительной ткани. Уметь: интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных, иммунологических методов; осуществлять диспансерное наблюдение за больными, получающими иммуносупрессивную терапию, проводить профилактические мероприятия. Владеть: навыками соблюдения требований врачебной этики и деонтологии при общении с пациентами разных категорий, а также их родственниками и близкими;</p>	
36	Тема 3. Дифференциальная диагностика болезней	2	<p>Системная красная волчанка (СКВ) и васкулиты с поражением сосудов микроциркуляторного русла. Гранулематоз Вегенера, узелковый полиартериит,</p>	<p>ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6</p>	<p>Знать: основные подходы к методам и дифференциальной диагностики, терапии системных васкулитов,</p>	

ней соединительной ткани и васкулитов.

синдром Гудпасчера. Клиническая картина и особенности суставного, кожного синдрома, особенности поражения внутренних органов при васкулитах, полисиндромность проявлений. Критерии диагностики — основные и дополнительные. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, медикаментозная терапия — иммуносупрессивная, кортикостероиды, понятие о пульс-терапии. Эфферентные методы лечения.

диффузных заболеваний соединительной ткани, показания к госпитализации.

Уметь: выявить синдромы поражения почек; назначить патогенетическую терапию при поражении почек при системных васкулитах и диффузных болезнях соединительной ткани.

Владеть: основными подходами к назначению патогенетической терапии при системных васкулитах, диффузных заболеваниях соединительной ткани; основными подходами к особенностям патогенетической терапии при поражении почек при системных васкулитах, диффузных заболеваниях соединительной ткани.

Раздел 14. Болезни органов дыхания

37	Тема1. Дифференциальная диагностика синдрома инфильтрации легочной ткани.	2	<p>Синдром инфильтрации легочной ткани — клиническая и инструментальная диагностика. Пневмонии. Этиология. Патогенез. Симптоматология в различные периоды болезни с учетом клинико-морфологической характеристики. Основные синдромы (синдром общих и местных воспалительных изменений в легочной ткани, интоксикационный гипоксический, вовлечения в процесс других органов и систем). Осложнения — местные и общие. Лечение. Идентификация возбудителя, как важный этап в постановке развернутого клинического диагноза и выбора этиологической терапии. Диета. Антибактериальная терапия, особенности ее назначения в зависимости от этиологии, степени тяжести пневмонии. Симптоматические средства, повышающие сопротивляемость организма. Физиотерапия, лечебная дыхательная гимнастика. Критерии выздоровления. Исходы болезни. Прогноз. Туберкулез легких. Социальное значение. Этиология. Патогенез. Симптоматология в различные периоды болезни с учетом</p>	<p>ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6</p>	<p>Знать: основные клинические синдромы, сопровождающие пневмонию; определение, этиологию, патогенез и классификации ВП; тактику врача; неотложную помощь при острой дыхательной недостаточности, инфекционно-токсическом шоке, РДСВ на догоспитальном этапе. Уметь: выделить синдромы воспалительной инфильтрации легкого, сухого плеврита, скопления жидкости в полости плевры, дыхательной недостаточности, инфекционно-токсического шока, респираторного дистресссиндрома взрослых. Владеть: диагностировать синдромы при заболеваниях органов</p>	
----	---	---	--	--	---	--

			<p>клинико-морфологической характеристики, «маски» легочного туберкулеза. Основные синдромы (синдром общих и местных воспалительных изменений в легочной ткани, интоксикационный гипоксический, вовлечения в процесс других органов и систем). Осложнения — местные и общие. Лечение фтизиостатиками. Диета. Санаторно-курортный этап реабилитации после перенесенного процесса.</p>		<p>дыхания; составить план обследования и оценить данные клинико-рентгенологического и лабораторного исследования.</p>	
38	<p>Тема 2. Дифференциальная диагностика синдрома бронхиальной обструкции</p>	2	<p>Обструктивный бронхит. Этиология и патогенез. Значение эндогенных и экзогенных факторов в развитии заболевания: курения, инфекции, охлаждения, профессиональных и эндогенных факторов. Эпидемиология. Клиническая картина в зависимости от формы, стадии и фазы процесса. Характеристика синдрома бронхиальной обструкции, возможности его верификации и определения обратимости посредством функциональных дыхательных тестов. Лечение (антибактериальная, бронхолитическая, муколитическая и противокашлевая терапия). Интратрахеальное введение лекарственных препаратов. Физиотерапия и ЛФК. Прогноз. Трудовая экс-</p>	<p>ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6</p>	<p>Знать: анатомию, патофизиологию органов дыхания; механизм течения основных патологических процессов в организме больного; определение БОС; принципы лечения; функциональные параметры при БОС; рентгенологическую диагностику БОС. Уметь: определить причину БОС у больного; выявить факторы риска, способ-</p>	

			<p>пертиза и трудоустройство. Профилактика. Бронхиальная астма. Роль воспаления, экзо- и эндоаллергенов, наследственно-конституциональных и профессиональных факторов, очаговой инфекции верхних дыхательных путей и бронхов, состояния центральной и вегетативной нервной системы. Механизм приступа, механизм развития обратимости бронхиальной обструкции при астме, в отличие от обструктивного бронхита, терапевтические возможности оказания помощи. Клиническая симптоматология различных этиологических вариантов астмы. Диагностические критерии астмы (основные и дополнительные). Классификация по ВОЗ и по тяжести течения. Астматический статус, предрасполагающие факторы. Критерии диагноза и стадии течения. Лечение. Купирование приступа. Применение небулайзерной терапии. Ступенчатое лечение астмы.</p>		<p>ствующие возникновению бронхообструкции; провести топическую диагностику, назначить необходимые исследования, оценить их, определить степень дыхательной недостаточности; назначить лечение; провести ингаляционную терапию БОС.</p> <p>Владеть: диагностировать синдромы; составить план обследования и оценить данные лабораторного исследования.</p>	
Раздел 15. Болезни почек и мочевых путей						
39	Тема1. Дифференциальная диагностика нефротического синдрома	2	Клинико-лабораторные критерии нефротического синдрома. Острый нефрит. Значение иммунного звена патогенеза. Классификация. Клиническая	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	Знать: клинические и лабораторные симптомы, особенности; наиболее часто встре-	

			<p>картина. Основные клинические синдромы (нефротический, гипертензивный, мочево́й). Лабораторно-инструментальные показатели функции почек. Клинические формы и варианты течения. Критерии диагноза. Подострый (быстро прогрессирующий, злокачественный) гломерулонефрит. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии нефрита. Клиническая картина злокачественной формы гломерулонефрита, особенности течения. Лабораторно-инструментальные методы исследования при подостром нефрите. Течение, исходы болезни. Вторичные нефропатии (диабетическая). Особенности патогенеза и течения диабетической нефропатии, критерии диагностики и стадии по Mogesen. Лечение: режим, диета, стероидные, иммуносупрессивные препараты, антикоагулянты, антиагреганты и другие медикаментозные средства с антипротеинурической активностью. Профилактика.</p>		<p>чающиеся заболевания, при которых может встречаться данный синдром; методы верификации данных заболеваний.</p> <p>Уметь: на основании комплексного анализа клинико-лабораторных симптомов установить наличие нефротического синдрома и перечень наиболее вероятных заболеваний, которые могут сопровождаться НС; составить план; интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований; установить клинический диагноз.</p> <p>Владеть: алгоритмом развернутого клинического диагноза; основными врачебными диагностическими и ле-</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					чебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при нефротическом кризе.	
40	Тема 2. Дифференциальная диагностика мочевого синдрома	2	Лабораторные критерии мочевого синдрома. Представления об этиологии, патогенезе и морфологии, роль нарушений уродинамики и воспалительных инфекционных процессов в развитии мочевого синдрома. Клиническая классификация пиелонефритов. Лабораторно-инструментальные методы исследования при пиелонефрите, роль бактериологического обследования, исследования осадочных проб по Нечипоренко в диагностике болезни. Применение ультразвуковых, рентгенконтрастных методов исследования. Лечение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, антибактериальная терапия и симптоматические лекарственные средства. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.	ОПК-7 ПК-3.3 ПК-3.4 ПК-3.5 ПК-3.6	Знать: патогенез и определение мочевого синдрома; клинические проявления и особенности течения основных заболеваний; интерпретацию данных, полученных с помощью основных лабораторных и инструментальных методов обследования. Уметь: провести полное клиническое обследование; провести дифференциальную диагностику и поставить диагноз; составить и обосновать комплексный план лечения Владеть: использовать для дифференциальной диагностики	

					данные дополнительных методов исследования и составить развернутый клинический диагноз.
Раздел 17. Промежуточная аттестация					
Итого:		14			
Итого:		80			

5.2 Практические занятия, их наименование, содержание и объем в часах

№ п/п	№ раздела дисциплины	Наименование практических занятий	Содержание	Объем в часах
9 семестр				
1.	Раздел 1. Болезни крови	Анемии	Железодефицитная, В12 дефицитная, гемолитическая анемия. Пути транспорта железа, фолиевой кислоты, витамина В12 в организме, депонирование железа, суточная потребность организма в железе, фолатах, В 12. Основные этиологические факторы. Этапы развития дефицита железа в организме. Сидероахрестические состояния. Клиническая картина, основные синдромы, критерии диагноза. Дифференциальный диагноз с В12-дефицитной, апластической, гемолитической анемией. Лечение. Контроль за эффективностью терапии препаратами железа. Течение болезни. Исходы. Профилактика.	6
		Острые лейкозы	Острый лимфо- и миелолейкоз. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Стадии течения. Бластный	

		<p>криз. Лабораторно-морфологическая диагностика. Осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение (химиотерапия, кортикостероиды, гемотрансфузии). Возможности современной терапии. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация. Возможности современной терапии. Цитостатическая терапия. Глюкокортикоиды. Поддерживающая терапия. Осложнения лечения.</p>	4
	Хронические лейкозы	<p>Хронический лимфо- и миелолейкоз. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Стадии течения. Лабораторно-морфологическая диагностика. Осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение (химиотерапия, кортикостероиды, гемотрансфузии). Возможности современной терапии. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация. Поддерживающая терапия. Осложнения лечения.</p>	4
	Геморрагические диатезы	<p>Геморрагическая тромбоцитопеническая пурпура (б-нь Верльгофа) Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Классификация. Лабораторно-морфологическая диагностика. Осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение, виды и объем хирургического лечения. Возможности современной терапии. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация. Поддерживающая терапия. Осложнения лечения.</p>	4
<p>Раздел 2. Болезни органов дыхания</p>	Пневмонии	<p>Этиология. Патогенез. Влияние алкоголя, охлаждения, травм, операций, патологии носоглотки и предшествующего поражения бронхов. Значение иммунного статуса организма. Клинико-морфологическая характеристика (паренхиматозная очаговая и крупозная, интерстициальная),</p>	10

			<p>характер течения. Классификация по этиологии (внебольничная, госпитальная, нейтропеническая). Симптоматология в различные периоды болезни с учетом клинико-морфологической характеристики. Основные синдромы (синдром общих и местных воспалительных изменений в легочной ткани, интоксикационный, гипоксический, вовлечения в процесс других органов и систем). Определение тяжести течения болезни. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Особенности течения. Лечение. Идентификация возбудителя, как важный этап в постановке развернутого клинического диагноза и выбора этиологической терапии. Диета. Антибактериальная терапия. Симптоматические средства, повышающие сопротивляемость организма. Стимуляторы иммунитета. Десенсибилизирующая терапия. ФТЛ, ЛФК</p>	
2.		Бронхиальная астма	<p>Распространенность. Этиология и патогенез. Роль воспаления, экзо- и эндоаллергенов, наследственно-конституциональных и профессиональных факторов, очаговой инфекции верхних дыхательных путей и бронхов, состояния центральной и вегетативной нервной системы. Механизм приступа, механизм развития обратимости бронхиальной обструкции при астме, терапевтические возможности оказания помощи. Клиническая симптоматология различных этиологических вариантов астмы. Диагностические критерии астмы (основные и дополнительные). Классификация по ВОЗ и по тяжести течения. Роль аллергического обследования. Осложнения. Астматический статус, предрасполагающие факторы. Критерии диагноза и стадии течения. Ле-</p>	10

			<p>чение. Купирование приступа. Борьба с астматическим статусом и его профилактика. Лечение в межприступном периоде (санация очагов инфекции, прекращение контакта с аллергеном, специфическая и неспецифическая гипосенсибилизация), ступенчатое лечение астмы. Санация очагов инфекции. Воздействие на ЦНС: седативные средства, психотерапия. Глюкокортикоиды: ингаляционные и системные, бронхолитики</p>	
3.	<p>Раздел 3. Болезни органов кровообращения</p>	<p>Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия</p>	<p>Ишемическая болезнь сердца. Понятие об ишемической болезни сердца (ИБС). Актуальность проблемы (социальное значение, эпидемиология). Факторы риска ИБС, их значение. Классификация ИБС. Лечение ИБС. Немедикаментозные методы. Купирование и предупреждение болевых приступов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция). Принципы ступенчатой терапии. Место физических тренировок в комплексном лечении. Показания к хирургическому лечению. Профилактика (первичная и вторичная). Прогноз. Трудовая экспертиза. Стенокардия. Патогенез болевого синдрома (роль функциональных и анатомических факторов). Клинические варианты: стабильная, нестабильная (впервые возникающая, прогрессирующая, вариантная). Степени тяжести. Диагноз. Характеристика болей, факторы риска. Роль ЭКГ в выявлении коронарной недостаточности (ЭКГ с фармакологическими и нагрузочными пробами, СМЭКГ, ЧПЭС). Радионуклидные методы. Роль инвазивных методов (коронароаргиография, тест частой предсердной стимуляции). Течение.</p>	8

		<p>Инфаркт миокарда. ОКС. Осложнения и лечение.</p>	<p>Острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда. Патогенез острого коронарного синдрома. Клиника. Нестабильная стенокардия. Классификация нестабильной стенокардии. Клиника. Инструментальные методы исследования: ЭКГ. Лабораторные методы исследования. Инфаркт миокарда, факторы риска, этиология, патогенез, патоморфология. Патофизиологические изменения. Классификация инфаркта миокарда. Клиническая картина неосложненного инфаркта миокарда (ИМ с ПСТ, ИМ без ПСТ), периоды инфаркта миокарда, лабораторные и инструментальные методы исследования. Атипичные формы. Лечение. Значение ранней госпитализации. Помощь на догоспитальном этапе. Врачебная тактика в различные периоды инфаркта миокарда. Роль специализированных машин скорой помощи: палата (отделение) интенсивной терапии. Купирование болевого приступа, борьба с кардиогенным шоком, сердечной недостаточностью, аритмиями. Возможности антикоагулянтной и тромболитической терапии – сроки проведения. Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти. Прогноз. Реабилитация больных. Трудовая экспертиза и трудоустройство. Диспансеризация.</p>	8
		<p>Гипертоническая болезнь. Атеросклероз.</p>	<p>Артериальная гипертония. Понятие об артериальной гипертонии (АГ), виды, особенности вторичной АГ. Актуальность проблемы (социальное значение, эпидемиология). Факторы риска АГ, их значение. Классификация АГ. Лечение АГ, купирование гипертонических кризов, согласно их патогенетической классификации. Немедикаментозные ме-</p>	8

			<p>тоды лечения. Место физических тренировок в комплексном лечении. Профилактика (первичная и вторичная). Прогноз. Трудовая экспертиза. Атеросклероз. Патогенез атеросклероза (роль функциональных и анатомических факторов). Клинические варианты течения в зависимости от пораженного сосудистого бассейна. Роль инвазивных методов (коронароаргиография, аортография, реновазография и пр.). Течение, методы первичной и вторичной профилактики. Лечение атеросклероза, место статинов в комплексной терапии болезни.</p>	
4.	<p>Раздел 4. Эндокринные заболевания</p>	<p>Сахарный диабет 1 типа. Инсулинотерапия</p>	<p>Сахарный диабет 1 типа. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития диабета 1 типа. Особенности клинических проявлений при диабете, дифференциально-диагностические различия. Значение лабораторных тестов: глюкозотолерантных тестов, гликированного гемоглобина, определения С-пептида в дифференциальной диагностике сахарного диабета. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Особые формы сахарного диабета — МОДИ-диабет, Диабетические комы: гипогликемическая, лактацидемическая, гипергликемическая, гиперосмолярная, их патогенез и условия возникновения; факторы риска развития диабетических ком. Критерии дифференциальной диагностики. Неотложные мероприятия в лечении диабетических ком. Алгоритм на догоспитальном и госпитальном этапах оказания помощи при диабетических комах. Виды инсулинов, их классификация, особенности базисно-базисной инсулинотерапии.</p>	6

		<p>Сахарный диабет 2 типа. Пероральные сахароснижающие препараты</p> <p>Сахарный диабет 2 типа. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития диабета 2 типа. Особенности клинических проявлений при диабете 2 типа, дифференциально-диагностические различия. Значение лабораторных тестов: глюкозотолерантных тестов, гликированного гемоглобина, определения С-пептида в дифференциальной диагностике сахарного диабета. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Инсулинорезистентность, профилактика, возможности немедикаментозного воздействия. Особые формы сахарного диабета — диабет 2 типа у молодых. Диабетические комы: гипогликемическая, лактацдемическая, гипергликемическая, гиперосмолярная, их патогенез и условия возникновения; факторы риска развития диабетических ком. Критерии дифференциальной диагностики. Неотложные мероприятия в лечении диабетических ком. Алгоритм на догоспитальном и госпитальном этапах оказания помощи при диабетических комах. Виды пероральных сахароснижающих препаратов, классификация, комбинированной терапии. Возможности и показания к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа.</p>	6
		<p>Заболевания щитовидной железы</p> <p>Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития эндемического зоба, гипертиреоза. Гипотиреоза и рака щитовидной железы. Особенности клинических проявлений, дифференциально-диагностические различия вариантов патологии щитовидной железы. Значение лабораторных тестов. Определение концентрации гормонов щитовидной железы, окомаркеров для дифференциальной диагностики патологических процессов. Профилактика первичная и</p>	4

			<p>вторичная, их современные возможности. Инструментальная диагностика заболеваний щитовидной железы — роль ультразвуковых методов для скрининга и уточнения патологии щитовидной железы, сцинтиграфия и ТАБ в диагностике онкопатологии щитовидной железы. Лечебно-профилактическое применение медикаментов в зонах эндемичного проживания. Лечение эндемического зоба, препараты йода. Лечение гипо- и гиперфункции щитовидной железы: тиреостатики, препараты заместительной терапии при гипофункции щитовидной железы. Тиреотоксический криз. Механизм возникновения, клинические проявления. Подходы к оказанию неотложной помощи.</p>	
		<p>Заболевания надпочечников</p>	<p>Гипо- и гиперфункция надпочечников, дифференциально — диагностические различия клинических проявлений центрального поражения и нарушения функции надпочечников. Патогенез. Факторы риска развития гиперкортицизма, гипокортицизма, опухолей надпочечников. Особенности клинических проявлений, дифференциально-диагностические критерии нарушений минералокортикоидной активности, гипо-, гиперкортицизма, нарушения выработки катехоламинов. Дифференциально диагностические различия вариантов патологии надпочечников, синдром Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, болезнь Кона, Болезнь Аддисона. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Инструментальная диагностика заболеваний надпочечников роль ультразвуковых методов, МРТ, КТ для скрининга и уточнения патологии. Лечение заболеваний надпочечников. Возможности хирургического.</p>	<p>4</p>

5.	Промежуточная аттестация			зачет
	Итого:			82
10 семестр				
	Раздел 6. Болезни органов пищеварения	Болезни пищевода.	Болезни пищевода. Эзофагит острый и хронический, пептическая язва пищевода. Ахалазия пищевода. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рак пищевода. Этиология, патогенез, клиническая картина, инструментальные методы диагностики. Лечение. Прогноз. Профилактика. Значимость клинических, лабораторных и инструментальных методов. Лечение. Возможности хирургического лечения, возможности химиотерапии. Прогноз.	6
11.		Хронический гастрит.	Хронический гастрит. Рак желудка. Хронический гастрит. Определение. Распространенность. Этиология (ведущие экзогенные и эндогенные факторы, роль <i>Helicobacter pylori</i>). Патогенез (значение нарушения секреторной и моторной функции желудка). Клиническая картина. Основные синдромы. Классификация по морфологическому, функциональному и этиологическому принципам. Диагноз. Значение рентгенологического, эндоскопического исследований, возможности гастробиопсии. Осложнения. Прогноз. Лечение, диета, медикаментозная терапия, лечение сопутствующих заболеваний. Санаторно-курортное лечение. Хронический гастрит с сохраненной и повышенной секрецией. Клинические особенности. Лечение в зависимости от этиологических факторов, состояния секреторной функции желудка, от стадии (обострение, ремиссии); диета, медикаментозная терапия. Санаторно-курортное лечение. Течение. Прогноз.	6

			<p>Диспансеризация. Рак желудка. Распространенность. Факторы, способствующие развитию рака желудка. Понятие о предраковых заболеваниях желудка. Клиническая картина. Значение "синдрома малых признаков". Зависимость клинических проявлений от локализации опухоли, формы роста, распространенности процесса, осложнений. Условность выделения клинических форм рака желудка. Варианты течения. Стадии болезни. Диагноз. Значимость клинических, лабораторных и инструментальных методов. Лечение. Возможности хирургического лечения, возможности химиотерапии. Прогноз.</p>	
12.		<p>Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки</p>	<p>Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Основные и предрасполагающие факторы. Мультифакториальность патогенеза. Клиника, зависимость ее от локализации язвы. Диагноз. Значение анамнеза, физикального и лабораторно-инструментального обследования, рентгенологического и эндоскопического методов исследования. Особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Осложнения: перфорации, кровотечения, пенетрация, стеноз привратника или двенадцатиперстной кишки, перигастрит, перидуоденит. Особые формы язвенной болезни (язва пилорического канала, постбульбарные язвы, множественные, гигантские, ювенильные язвы и язвы у стариков). Дифференциальный диагноз (первично-язвенная форма рака желудка, симптоматические язвы). Лечение. Особенности диеты. Медикаментозные препараты: холинолитики, антациды, блокаторы гистаминорецепторов, юлокаторы протоновой помпы, стимуля-</p>	6

			торы регенерации слизистой, антибактериальные препараты. Введение лекарств при эндоскопии. Физиотерапия. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению. Дифференцированное противорецидивное лечение.	
13.		Заболевания кишечника: болезнь Крона, неспецифический язвенный колит.	Неспецифический язвенный колит (НЯК). Определение. Этиология. Патогенез. Роль эндогенных и экзогенных факторов риска в развитии заболевания. Классификация. Клиника. Основные клинико-лабораторные синдромы (синдром недостаточности пищеварения, кишечной диспепсии, синдром недостаточности всасывания, синдром эксудативной энтеропатии, дискинетический синдром, системные проявления при НЯК). Диагноз. Лечение. Диета. Медикаментозные препараты, воздействующие на этиопатогенез, влияющие на иммунные реакции — 5 АСК, кортикостероиды, заместительная терапия, препараты, влияющие на моторику кишечника. Санаторно-курортное лечение. Прогноз. Трудовая экспертиза. Болезнь Крона. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика НЯК и болезни Крона. Роль рентгеноконтрастных и эндоскопических исследований. Лечение. Диета. Медикаментозная терапия. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению. Прогноз.	6
14.	Раздел 7. Болезни печени, желчных путей и поджелудочной железы	Хронический панкреатит, рак поджелудочной железы.	Хронический панкреатит. Определение. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные панкреатиты. Клиническая картина. Зависимость клинических проявлений от локализации процесса. Роль исследования функции поджелудочной железы и инструментальных методов исследования. Дифференциальная диагностика с раком поджелудочной	8

			железы. Лечение. Диета в зависимости от формы и стадии болезни. Дифференцированная терапия с учетом формы болезни и фазы течения. Показания к хирургическому лечению. Санаторно-курортное лечение.	
15.		Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей	Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП). Определение. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные ДЖВП, особенности патогенеза гипо- и гипермоторной ДЖВП. Клиническая картина. Зависимость клинических проявлений от вида процесса. Роль исследования функции желчевыводящих путей, дуоденальное зондирование и инструментальных методов исследования. Дифференциальная диагностика с холециститом. Лечение. Диета в зависимости от формы и стадии болезни. Дифференцированная терапия с учетом формы болезни и фазы течения. Санаторно-курортное лечение. Хронический холецистит. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные холециститы, особенности патогенеза. Клиническая картина. Зависимость клинических проявлений от наличия конкрементов, проявления желчной колики. Роль исследования функции желчевыводящих путей, дуоденальное зондирование, РХПГ и других инструментальных методов исследования. Лечение. Диета в зависимости от формы и стадии болезни. Дифференцированная терапия с учетом формы болезни и фазы течений.	8
16.		Хронический гепатит. Наследственные пигментные гепатозы	Хронический гепатит. Доброкачественные гипербилирубинемии. Этиология (вирусная инфекция, алкоголь, промышленные вредности, различные медикаменты). Патогенез. Роль персистенции вируса и иммунологических нарушений. Морфология. Серологическая диагностика вирусных	8

			<p>гепатитов, важность лабораторных исследований в определении репликации вируса (ИФА, ПЦР). Классификация: персистирующий, активный, холестатический гепатит. Особенности течения различных форм. Клинические и лабораторные синдромы (мезенхимально-воспалительный, цитолиза, холестаза, геморрагический, печеночно-клеточной недостаточности, желтушный и пр.), исследование альфа-фетопротеина в диагностике рака печени. Диагностика, значение пункционной биопсии печени, ультразвуковых, радионуклидных методов исследования. Дифференциальный диагноз с жировой дистрофией печени, доброкачественной гипербилирубинемией (синдром Жильбера, Дабина–Джонсона, Ротера). Течение и исходы болезни. Острая печеночная недостаточность, клиника. Лечение, особенности терапии хронического вирусного активного, персистирующего и холестатического гепатита. Показания к применению интерферонов, индукторов интерферона, химиопрепаратов в лечении вирусных гепатитов; новые классы противовирусных препаратов. Применение кортикостероидов и иммуносупрессивных препаратов. Методы экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмамерез, печеночный альбуминовый диализ). Гипербарическая оксигенация.</p>	
17.		Цирроз печени. Рак печени	<p>Цирроз печени. Определение. Этиология (инфекционные, нутритивные факторы, роль алкоголя и токсических веществ). Патогенез. Роль иммунологических нарушений. Ведущие клинические синдромы (портальной гипертензии, отечно-асцитический). Классификация. Клинико-морфологические синдромы. Течение. Возможности клинической,</p>	8

			<p>лабораторной и инструментальной диагностики. Диагностические критерии. Особенности клиники, течения и прогноз макронодулярного, микронодулярного и билиарного цирроза печени. Осложнения цирроза печени: цирроз-рак, печеночная кома, кровотечения, анемия, гиперспленизм. Лечение цирроза печени. Диета. Медикаментозные средства. Показания к применению иммуносупрессивных препаратов, гепатопротекторов. Лечение осложнений. Хирургическое лечение — портокавальное шунтирование, трансплантация печени. Профилактика. Экспертиза трудоспособности.</p> <p>Рак печени. Распространенность. Способствующие факторы. Классификация. Клиническая картина. Возможности диагностики, исследование альфа-фетопротеина в скрининге рака печени. Роль инструментальных методов исследования: ультразвуковое исследование, скинтирование, лапароскопия. Лечение. Прогноз.</p>	
18.	Раздел 8. Болезни почек и мочевых путей	Гломерулярные заболевания почек	<p>Гломерулонефрит Острый нефрит. Современные представления об этиологии и патогенезе. Значение иммунного звена патогенеза. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические синдромы (нефротический, гипертензивный, мочево́й). Лабораторно-инструментальные показатели функции почек. Клинические формы и варианты течения. Критерии диагноза. Подострый (быстро прогрессирующий, злокачественный) гломерулонефрит. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии хронического нефрита. Клиническая картина злокачественной формы гломерулонефрита, особенности течения. Лабораторно-инструментальные методы исследования</p>	10

			<p>при подостром нефрите. Хронический гломерулонефрит. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии хронического нефрита. Клиническая классификация: нефротическая, гипертоническая, смешанная, латентная формы. Морфологическая классификация (мезангиальный, пролиферативные варианты, минимальные изменения, экстракапиллярный и пр.) Лабораторно-инструментальные методы исследования при хроническом нефрите. Лечение: режим, диета, стероидная, иммуносупрессивная, антиагрегантная, антикоагулянтная терапия, симптоматические лекарственные средства. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.</p>	
19.		Тубуло-интерстициальные заболевания почек	<p>Острый тубуло-интерстициальный нефрит. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии, роль нарушений уродинамики и воспалительных инфекционных процессов в развитии болезни. Клиническая классификация пиелонефритов. Лабораторно-инструментальные методы исследования при остром пиелонефрите, роль бактериологического обследования, исследования осадочных проб по Нечипоренко в диагностике болезни. Применение ультразвуковых, рентгеноконтрастных методов исследования. Хронический тубуло-интерстициальный нефрит. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии, роль нарушений уродинамики и воспалительных инфекционных процессов в развитии болезни. Клиническая классификация. Лабораторно-инструментальные методы исследования при хроническом пиелонефрите, роль бактериологического обследования, исследования</p>	8

			осадочных проб по Нечипоренко в диагностике болезни, применение ультразвуковых, рентгенконтрастных методов исследования для уточнения нарушений уродинамики. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, антибактериальная терапия и симптоматические лекарственные средства. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.	
20		Хроническая болезнь почек. Острая и хроническая почечная недостаточность. Виды и показания к заместительной почечной терапии.	Хроническая болезнь почек (ХБП). Социальное значение. Эпидемиология. Факторы риска ХБП, вклад экстраренальных патологических состояний в развитие и прогрессирование ХБП. Классификация ХБП, тактика ведения и нефропротективная стратегия на различных стадиях ХБП, ограничение использования рентгенконтрастных методов исследования. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии. Классификация. Лабораторно-инструментальные методы исследования при ХПН, роль бактериологического обследования, исследования осадочных проб по Нечипоренко в диагностике болезни, применение ультразвуковых методов для уточнения степени почечной дисфункции. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, симптоматические лекарственные средства, применение энтеросорбентов, препаратов кетокислот, антианемических препаратов. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика. Острое почечное повреждение (ОПП). Острая почечная недостаточность. Этиология, факторы риска и патогенез развития ОПП. Классификация. Лабораторно-инструментальные методы исследования	10

			при ОПП. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, ди- ета, симптоматические лекарственные средства, примене- ние энтеросорбентов, препаратов кетокислот, показания к началу заместительной почечной терапии	
	Итого			84
	Промежуточная аттестация			Экзамен
	11 семестр			
	Раздел 10. Эндокрин- ные заболева- ния	Метаболический син- дром. Ожирение.	Метаболический синдром (МС) и ожирение. Социальное значение проблемы. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития ожирения и МС. Особенности клинических проявлений. Значение лабораторных тестов в диагностике МС. Профилактика первичная и вторичная, их современ- ные возможности. Значение наследственных, алиментар- ных факторов риска, факторов труда и быта, физического воспитания и физической активности, рационального пита- ния в возникновении МС и ожирения. Лечебно-профиллак- тическое применение медикаментов. Лечение ожирения: рациональная терапия, возможности хирургического лече- ния.	8
		Сахарный диабет. Во- просы диагностики и современной терапии. Диагностика и лечение и диабетических ком.	Сахарный диабет. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития диабета 1 и 2 типов. Особенности клиниче- ских проявлений при диабете 1 и 2 типов, дифференциально диагностические различия. Значение лабораторных тестов: глюкозотолерантных тестов, гликированного гемоглобина, определения С-пептида в дифференциальной диагностике сахарного диабета. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Инсулинорезистентность, профилактика, возможности немедикаментозного воздей- ствия. Особые формы сахарного диабета-МОДИ-диабет,	8

		диабет 2 типа у молодых. Диабетические комы: гипогликемическая, лактацидемическая, гипергликемическая, гиперосмолярная, их патогенез и условия возникновения; факторы риска развития диабетических ком. Критерии дифференциальной диагностики. Неотложные мероприятия в лечении диабетических ком. Алгоритм на догоспитальном и госпитальном этапах оказания помощи при диабетических комах.	
	Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы.	Эндемический зоб. Факторы риска развития эндемического зоба, гипертиреоза, гипотиреоза и рака щитовидной железы. Особенности клинических проявлений, дифференциально-диагностические различия вариантов патологии щитовидной железы. Дифференциальное значение лабораторных тестов: определение концентрации гормонов щитовидной железы, онкомаркеров для дифференциальной диагностики патологических процессов. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Инструментальная диагностика заболеваний щитовидной железы — роль ультразвуковых методов для скрининга и уточнения патологии щитовидной железы, сцинтиграфия и ТАБ в диагностике онкопатологии щитовидной железы. Лечение-профилактическое применение медикаментов в зонах эндемического проживания. Лечение эндемического зоба, препараты йода. Лечение гипо- и гиперфункции щитовидной железы: тиреостатики, препараты заместительной терапии при гипотиреозе щитовидной железы.	8
	Дифференциальная диагностика заболеваний	Гипо- и гиперфункция надпочечников, дифференциально — диагностические различия клинических проявлений центрального поражения и нарушения функции надпочеч-	8

		гипоталамо-гипофизарной системы и надпочечников	ников. Патогенез. Факторы риска развития гиперкортицизма, гипокортицизма, опухолей гипоталамо-гипофизарной области и надпочечников. Особенности клинических проявлений, дифференциально-диагностические критерии нарушений минералокортикоидной активности, гипо-, гиперкортицизма, нарушения выработки катехоламинов. Дифференциально диагностические различия вариантов патологии надпочечников, гипоталамо-гипофизарной области: болезнь и синдром Иценко-Кушинга, феохромоцитома, болезнь Кона, Болезнь Аддисона. Значение лабораторных тестов в дифференциальной диагностике. Определение концентрации гормонов надпочечников, адренокортикотропных гормонов, проведение дексаметозного теста, пробы со спиронолактоном, натрия хлоридом в дифференциальной диагностике центрального и периферического поражения. Инструментальная диагностика заболеваний надпочечников, гипоталамо-гипофизарной области-роль ультразвуковых методов, МРТ, КТ для скрининга и уточнения патологии. Лечение заболеваний надпочечников, гипоталамо-гипофизарной области. Возможности хирургического, эндоскопического лечения.	
Раздел 11. Болезни кровообращения	Дифференциальная диагностика синдрома кардиалгии. Лечение ОКС.	Ишемическая болезнь сердца. Актуальность проблемы. Особенности ангинозного синдрома, варианты типичного и атипичного течения. Классификация ИБС. Лечение ИБС. Немедикаментозные методы. Купирование и предупреждение болевых приступов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция). Место физических тренировок в комплексном лечении. Показания к хирургическому лечению. Про-	10	

			<p>филактика (первичная и вторичная). Прогноз. Некоронаро-генная кардиалгия (миокардиты, кардиомиопатии). Клини-ческие критерии, особенности болевого синдрома. Роль ла-бораторных критериев поврежденния миокарда (тропонины, креатинкиназа) в дифференциальной диагностике. Роль ЭКГ, ЭХО-КС, в дифференциальной диагностике коронар-ной недостаточности (ЭКГ с фармакологическими и нагру-зочными пробами). Радионуклидные методы. Роль инва-зивных методов (коронароаргиография, тест частой пред-сердной стимуляции). Лечение.</p>	
		<p>ОКС и инфаркт мио-карда. Дифференциаль-ная диагностика, диф-ференцированные под-ходы к терапии</p>	<p>Острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда. Патогенез острого коронарного син-дрома. Клиника. Нестабильная стенокардия. Классифика-ция нестабильной стенокардии. Клиника. Инструменталь-ные методы исследования: ЭКГ. Лабораторные методы ис-следования. Инфаркт миокарда, факторы риска, этиология, патогенез, патоморфология. Патофизиологические измене-ния. Классификация инфаркта миокарда. Клиническая кар-тина неосложненного инфаркта миокарда, дифференциаль-ная диагностика инфаркта миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST. Инструментальные методы исследо-вания: ЭКГ. Лабораторные методы исследования. Лечение, применение эндоваскулярных методов малоинвазивной те-рапии. Значение ранней госпитализации. Помощь на догос-питальном этапе. Врачебная тактика в различные периоды инфаркта миокарда. Неотложная помощь. Купирование бо-левого приступа</p>	<p>10</p>

		<p>Дифференциальная диагностика артериальных гипертоний</p>	<p>Артериальная гипертензия, понятие о синдроме, факторы риска эссенциальной гипертензии и спектр заболеваний, сопровождающихся повышением артериального давления. Физиологические механизмы регуляции артериального давления: гемодинамические и нейрогуморальные (система быстрого кратковременного и длительного действия). Суточное мониторирование артериального давления, методика и основные показатели, основные типы кривых. Гипертоническая болезнь. Этиология, роль генетических факторов, роль факторов внешней среды. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Поражение органов мишеней (сердца, периферических артерий (микро и макроангиопатии), почек, сосудов сетчатки глаза, сосудов головного мозга), лабораторные и инструментальные методы выявления. Эндокринные артериальные гипертонии, особенности при патологии надпочечников, сахарном диабете, патологии щитовидной железы. Роль лабораторных и инструментальных критериев. Реноваскулярные и ренопаренхиматозные артериальные гипертонии, роль доплерометрических и ангиографических методов в диагностике. Клинические варианты и формы артериальной гипертензии, диагностика. Основные принципы лечения артериальной гипертонии.</p>	10
		<p>Дифференциальная диагностика нарушений ритма сердца</p>	<p>Нарушения ритма сердца, понятие о синдроме, факторы риска аритмий и спектр заболеваний, сопровождающихся пароксизмальными и постоянными нарушениями ритма сердца. Физиологические механизмы регуляции сердечного ритма. Суточное мониторирование ЭКГ в диагностике аритмий. Нарушения возбудимости сердца (экстрасистолии,</p>	10

			пароксизмальные тахикардии, фибрилляции и трепетания предсердий и желудочков), дифференциальная диагностика. Роль вагусных проб. Нарушения проводимости сердца, блокады. Неотложная помощь, виды антиаритмиков, их классификация. Роль хирургических методов лечения в коррекции аритмий (РЧА, имплантация ЭКС и пр.). Первичная и вторичная профилактика аритмий при ИБС и экстракардиальных заболеваниях (тиреотоксикоз).	
		Дифференциальная диагностика и неотложная терапия острой и хронической сердечной недостаточности	Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), понятие о синдроме, факторы риска, современные классификации. Особенности клинического течения в зависимости от преобладания картины поражения малого и/или большого кругов кровообращения. Методы диагностики и их роль в верификации синдрома ХСН (6-ти минутный гарузочный тест, ЭХО-КГ и пр.). Острая сердечная недостаточность понятие о синдроме, факторы риска, современные классификации. Особенности клинического течения в зависимости от преобладания картины поражения малого и/или большого кругов кровообращения. Неотложная помощь при отеке легких, ТЭЛА. Первичная и вторичная профилактика ХСН и ОСН.	16
	Промежуточная аттестация			зачет
	Итого			88
	12 семестр			
	Раздел 13. Болезни суставов	Дифференциальная диагностика суставного синдрома	Характеристика суставного синдрома. Ревматоидный артрит. Современные представления об этиологии и патогенезе. Значение иммунного звена патогенеза. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические прояв-	8

	<p>вов и соединительной ткани</p>		<p>ления суставного синдрома. Лабораторно-инструментальные показатели в диагностике ревматоидного артрита. Клинические формы и варианты течения болезни, особые формы — синдром Фелти, синдром Стилла, ювенильный ревматоидный артрит. Критерии диагноза. Лечение: режим, диета, стероидные, иммуносупрессивные препараты, антиагреганты и другие медикаментозные средства. Профилактика. Диспансеризация больных, противорецидивная терапия.</p> <p>Подагра. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии. Клиническая картина и особенности суставного синдрома при подагре. Критерии диагностики — основные и дополнительные. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, медикаментозная терапия — урико-статические, урикозурические и смешанного действия препараты. Трудовая экспертиза. Остеоартроз. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии болезни. Клиническая классификация: критерии диагностики. Лабораторно-инструментальные методы исследования при остеоартрозе. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, ФТЛ, ЛФК, симптоматические лекарственные средства. Эндопротезирование суставов. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.</p>	
		<p>Дифференциальная диагностика болезней соединительной ткани</p>	<p>Системная красная волчанка (СКВ). Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии. Клиническая картина и особенности суставного, кожного синдрома при СКВ. Критерии диагностики — основные и дополнительные. Течение, исходы болезни. Лечение: режим,</p>	<p>8</p>

			диета, медикаментозная терапия — иммуносупрессивная, кортикостероиды, понятие о пульс-терапии в ревматологии. Эфферентные методы лечения — плазмаферез. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика. Системная склеродермия (ССД). Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии болезни. Особенности кожного синдрома. Поражения внутренних органов, CREST синдром. Клиническая классификация: критерии диагностики. Лабораторно-инструментальные методы исследования, серологические маркеры ревматологических заболеваний. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, ФТЛ, ЛФК, симптоматические лекарственные средства. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.	
		Дифференциальная диагностика болезней соединительной ткани и васкулитов.	Системная красная волчанка (СКВ) и васкулиты с поражением сосудов микроциркуляторного русла. Гранулематоз Вегенера, узелковый полиартериит, синдром Гудпасчера. Клиническая картина и особенности суставного, кожного синдрома, особенности поражения внутренних органов при васкулитах, полисиндромность проявлений. Критерии диагностики — основные и дополнительные. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, медикаментозная терапия — иммуносупрессивная, кортикостероиды, понятие о пульсотерапии. Эфферентные методы лечения	8
Раздел 14. Болезни органов дыхания	Дифференциальная диагностика синдрома инфильтрации легочной ткани.	Синдром инфильтрации легочной ткани — клиническая и инструментальная диагностика. Пневмонии. Симптоматология в различные периоды болезни с учетом клинико-мор-	8	

		<p>фологической характеристики. Основные синдромы (синдром общих и местных воспалительных изменений в легочной ткани, интоксикационный гипоксический, вовлечения в процесс других органов и систем). Осложнения — местные и общие. Лечение. Антибактериальная терапия, особенности ее назначения в зависимости от этиологии, степени тяжести пневмонии. Симптоматические средства, повышающие сопротивляемость организма. Физиотерапия, лечебная дыхательная гимнастика. Критерии выздоровления. Исходы болезни. Прогноз.</p> <p>Туберкулез легких. Социальное значение. Симптоматология в различные периоды болезни с учетом клинико-морфологической характеристики, «маски» легочного туберкулеза. Основные синдромы (синдром общих и местных воспалительных изменений в легочной ткани, интоксикационный гипоксический, вовлечения в процесс других органов и систем). Осложнения — местные и общие. Лечение фтизиостатиками. Диета. Санаторно-курортный этап реабилитации после перенесенного процесса.</p>	
	<p>Дифференциальная диагностика синдрома бронхиальной обструкции</p>	<p>Обструктивный бронхит Этиология и патогенез. Значение эндогенных и экзогенных факторов в развитии заболевания: курения, инфекции, охлаждения, профессиональных и эндогенных факторов. Эпидемиология. Клиническая картина в зависимости от формы, стадии и фазы процесса. Характеристика синдрома бронхиальной обструкции, возможности его верификации и определения обратимости посредством функциональных дыхательных тестов. Лечение (антибакте-</p>	<p>8</p>

			<p>риальная, бронхолитическая, муколитическая и противокашлевая терапия). Интратрахеальное введение лекарственных препаратов.</p> <p>Бронхиальная астма. Роль воспаления, экзо- и эндоаллергенов, наследственно-конституциональных и профессиональных факторов, очаговой инфекции верхних дыхательных путей и бронхов, состояния центральной и вегетативной нервной системы. Механизм приступа, механизм развития обратимости бронхиальной обструкции при астме, в отличие от обструктивного бронхита, терапевтические возможности оказания помощи. Клиническая симптоматология различных этиологических вариантов астмы. Диагностические критерии астмы (основные и дополнительные). Классификация по ВОЗ и по тяжести течения. Астматический статус, предрасполагающие факторы. Критерии диагноза и стадии течения. Лечение. Купирование приступа. Применение небулайзерной терапии. Ступенчатое лечение астмы.</p>	
		<p>Дифференциальная диагностика синдрома выпота в плевральную полость.</p>	<p>Синдром выпота в плевральную полость — возможности клинической и инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика транссудата и экссудата. Этиология, патогенез бактериальных плевритов. Симптоматология в различные периоды болезни с учетом клинико-морфологической характеристики. Основные синдромы (синдром общих и местных воспалительных изменений, интоксикационный гипоксический). Осложнения — местные и общие, эмпиема плевры. Лечение. Идентификация возбудителя, как важный этап в постановке развернутого клинического диагноза и выбора этиологической терапии. Плевральная пунк-</p>	<p>8</p>

			ция, торакоцентез. Подходы к терапии. Диета. Антибактериальная терапия, особенности ее назначения в зависимости от этиологии, степени тяжести плеврита. Симптоматические средства, повышающие сопротивляемость организма. Физиотерапия, лечебная дыхательная гимнастика. Критерии выздоровления. Исходы болезни. Прогноз.	
Раздел 15. Болезни почек и мочевых путей	Дифференциальная диагностика нефротического синдрома	Клинико-лабораторные критерии нефротического синдрома. Острый нефрит. Значение иммунного звена патогенеза. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические синдромы (нефротический, гипертензивный, мочево́й). Лабораторно-инструментальные показатели функции почек. Клинические формы и варианты течения. Критерии диагноза. Подострый (быстро прогрессирующий, злокачественный) гломерулонефрит. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии нефрита. Клиническая картина злокачественной формы гломерулонефрита, особенности течения. Лабораторно-инструментальные методы исследования при подостром нефрите. Течение, исходы болезни. Вторичные нефропатии (диабетическая). Особенности патогенеза и течения диабетической нефропатии, критерии диагностики и стадии по Mogesen. Лечение: режим, диета, стероидные, иммуносупрессивные препараты, антикоагулянты, антиагреганты и другие медикаментозные средства с антипротеинурической активностью. Профилактика.	8	
	Дифференциальная диагностика мочевого синдрома	Клинико-лабораторные критерии мочевого синдрома. Острый пиелонефрит. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические проявления. Лабораторно-инструментальные показатели функции почек. Клинические	8	

			<p>формы и варианты течения. Критерии диагноза. Поарезные поек при туберкулезном поражении, современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии нефрита. Клиническая картина туберкулезного поражения почек, особенности течения. Лабораторно-инструментальные методы исследования при подостром нефрите. Течение, исходы болезни. методы верфикации инфекционного возбудителя в диагностике заболеваний мочевыделительной системы. Лечение: режим, диета, антибактериальные препараты, антикоагулянты, антиагреганты и другие медикаментозные средства с антипротеинурической активностью. Профилактика первичная и вторичная. Лечение пиелонефрита у беременных.</p>	
		<p>Дифференциальная диагностика острого почечного повреждения и хронической болезни почек. Заместительная почечная терапия.</p>	<p>Клинико-лабораторные критерии острого почечного повреждения(ОПП) и хронической болезни почек (ХБП). Классификация. Клиническая картина. Основные клинические проявления. Лабораторно-инструментальные показатели функции почек. Клинические формы и варианты течения. Критерии диагноза. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, антибактериальные препараты, антикоагулянты, антиагреганты и другие медикаментозные средства с антипротеинурической активностью. Профилактика первичная и вторичная. Виды заместительной почечной терапии: понятие о трансплантации почек, перитонеальном и гемодиализе. Принципы диализирующих методов, варианты и виды иммуносупрессивной терапии в трансплантологии.</p>	8

Раздел 16 Бо- лезни крове- творения	Хронический лейкоз (миелолейкоз, лимфолейкоз).	Гемобластозы. Хронический миелолейкоз. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Стадии течения. Бластный криз. Лабораторно-морфологическая диагностика. Осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение (химиотерапия, кортикостероиды, гемотрансфузии). Возможности современной терапии. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация. Хронический лимфолейкоз. Клиническая картина. Основные синдромы, стадии течения. Лабораторно-морфологическая характеристика. Диагностические критерии. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация. Возможности современной терапии. Цитостатическая терапия. Глюкокортикоиды. Поддерживающая терапия. Осложнения лечения. Прогноз. Диспансерное наблюдение.	8
	Дифференциальная диагностика анемического синдрома. Лечение анемий.	Понятие и критерии диагностики анемического синдрома. Клиническая картина. Основные клинические синдромы (сидеропенический, сидероахрестический и пр.). Классификация. Лабораторно-морфологическая диагностика. Осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение (препараты железа, эпоэтины, показания к гемотрансфузии). Возможности современной терапии В12, гипо- и апластических анемий. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация.	8
	Острые лейкозы, диагностика, схемы полихимиотерапии.	Острый миелобластный, лимфобластный лейкозы. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Основные клинические синдромы. Стадии течения. Лабораторно-морфологическая диагностика. Осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение (химиотерапия, кортикостероиды, гемотрансфузии). Возможности современной терапии.	8

		Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация. Эритремия. Клиническая картина. Основные синдромы, стадии течения. Лабораторно-морфологическая характеристика. Диагностические критерии. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация. Возможности современной терапии. Цитостатическая терапия. Глюкокортикоиды. Поддерживающая терапия. Осложнения лечения. Прогноз. Диспансерное наблюдение.	
	Промежуточная аттестация		экзамен
	Итого		96
	Всего		350

5.3. Самостоятельная работа студентов

№ п/п	Разделы и темы рабочей программы самостоятельного изучения	Перечень домашних заданий и других вопросов для самостоятельного изучения	Сроки выполнения	Объем в часах
9 семестр				
Раздел 1. Болезни кроветворения				
1.	Болезни крови	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1
Раздел 2. Болезни органов дыхания				
2.	Пневмонии	1. Работа с рекомендуемой литературой.	По расписанию	1

		2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.		
Раздел 3. Болезни органов кровообращения				
9.	Острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1
Раздел 4. Эндокринные заболевания				
11.	Сахарный диабет. Вопросы диагностики и современной терапии	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1
Итого:				4
10 семестр				
Раздел 6. Болезни органов пищеварения				
14.	Болезни пищевода. Хронический гастрит.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1
15.	Заболевания кишечника: болезнь Крона, неспецифический язвенный колит.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1

16.	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1
17.	Рак желудка. Рак кишечника.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1
Раздел 7. Болезни печени, желчных путей и поджелудочной железы				
18.	Хронический панкреатит, рак поджелудочной железы.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1
19.	Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1
20.	Цирроз печени. Рак печени.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации	По расписанию	1
Раздел 8. Болезни почек и мочевых путей				
21.	Гломерулярные заболевания почек.	1. Работа с рекомендуемой литературой.	По расписанию	2

		2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.		
22.	Хроническая болезнь почек. Острая и хроническая почечная недостаточность. Виды и показания к заместительной почечной терапии.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	2
Итого:				11
11 семестр				
Раздел 10. Эндокринные заболевания				
23.	Метаболический синдром. Ожирение.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1
24.	Сахарный диабет. Вопросы диагностики и современной терапии. Диагностика и лечение и диабетических ком.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1
25.	Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	1
Раздел 11. Болезни кровообращения				
26.	Дифференциальная диагностика синдрома кардиалгии. Лечение ОКС.	1. Работа с рекомендуемой литературой.	По расписанию	1

		2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации		
27.	Дифференциальная диагностика и лечение нарушений ритма и проводимости сердца	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации	По расписанию	2
Итого:				6
12 семестр				
Раздел 13. Болезни суставов и соединительной ткани				
28.	Дифференциальная диагностика суставного синдрома	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации	По расписанию	2
29.	Дифференциальная диагностика болезней соединительной ткани	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации	По расписанию	2
Раздел 14. Болезни органов дыхания				
30.	Дифференциальная диагностика синдрома инфильтрации легочной ткани.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2.Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации	По расписанию	2
Раздел 15. Заболевания почек и мочевыводящих путей				

31.	Дифференциальная диагностика нефротического синдрома	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации	По расписанию	2
32.	Острая и хроническая почечная недостаточность.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации	По расписанию	2
33.	Показания и виды заместительной почечной терапии	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации	По расписанию	2
Раздел 6. Болезни системы кроветворения				
34.	Гемолитическая, апластическая, железодефицитные анемии.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	2
35.	Гемобластозы острые и хронические	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Решение ситуационных задач. 3. Изучение медицинской документации.	По расписанию	4
Итого:				34
Всего:				59

5.8. Календарный график воспитательной работы по дисциплине

Модуль 1. Проектная и проектно-исследовательская деятельность обучающихся

Дата, место проведения	Название мероприятия	Форма проведения мероприятия	Ответственный	Достижения обучающихся
Декабрь	Представление результатов исследовательских проектов «Эпидемиология и принципы лечения ХБП в Ставропольском крае»	Индивидуальная	Ведущий преподаватель	Сформированность ПК-3.3 ПК-3.5

6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине.

Литература для самостоятельной работы

1. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов/Мед. лит., 2004 – 416 с
2. О कोरोков А.Н. Лечение болезней внутренних органов/Мед. лит., 2004 – 518 с
3. Громнацкий, Н.И. Внутренние болезни: учебник для студентов мед.вузов / Н.И. Громнацкий. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - 688 с.
4. Косарев, В.В. Профессиональные болезни: учеб. пособие для студентов мед. вузов / В.В. Косарев, В.С. Лотков, С.А. Бабанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 160 с.
5. Нефрология: учебное пособие для послевузовского образования/ под ред Е.М. Шилова - 2-е изд испр и доп – М: ГЭОТАР-Медиа, 2008 г – 696с.

7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине Госпитальная терапия, эндокринология

7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Этапы формирования компетенции (номер семестра согласно учебному плану)	Наименование учебных дисциплин, формирующих компетенции в процессе освоения образовательной программы
--	---

ОПК-7. Способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

ОПК-7.ИД1 – Использует современные методики сбора и обработки информации

ОПК-7.ИД2 – Проводит статистический анализ полученных данных в профессиональной области и интерпретирует его результаты.

ОПК-7.ИД3 – Проводит анализ основных демографических показателей и состояния здоровья населения, оценивает их тенденции и определяет прогноз развития событий

ОПК-7 ИД-4 - Оценивает эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у взрослых

ПК-3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность

ПК-3.ИД1 - Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

ПК-3.ИД2 – Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

ПК-3.ИД3 – Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

ПК-3.ИД4 – Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных

препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения.

ПК-3.ИД5 – Оказывает паллиативную медицинскую помощь при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.

ПК-3.ИД6 – Организует персонализированное лечение пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения.

7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкалы оценивания

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<p>ОПК-7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.</p> <p>ОПК-7.ИД1 – Использует современные методики сбора и обработки информации</p> <p>ОПК-7.ИД2 – Проводит статистический анализ полученных данных в профессиональной области и интерпретирует его результаты.</p> <p>ОПК-7.ИД3 – Проводит анализ основных демографических показателей и состояния здоровья населения, оценивает их тенденции и определяет прогноз развития событий</p> <p>ОПК-7 ИД-4 - Оценивает эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у взрослых</p> <p>ПК-3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ПК-3.ИД1 - Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ПК-3.ИД2 – Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ПК-3.ИД3 – Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ПК-3.ИД4 – Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения.</p> <p>ПК-3.ИД5 – Оказывает паллиативную медицинскую помощь при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.</p>					

ПК-3.ИД6 – Организует персонализированное лечение пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения.

<p>Знать: современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением; - современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;</p>	<p>Фрагментарные Знания</p>	<p>Неполные знания</p>	<p>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания</p>	<p>Сформированные систематические знания</p>	<p>Устный опрос, письменный опрос, тестирование, подготовка сообщения.</p>
--	---------------------------------	----------------------------	---	--	--

<p>механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания в его назначении; побочные эффекты, осложнения, вызванные его назначением.</p>					
<p>Уметь: составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста, пола, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания с учетом</p>	<p>Частичные умения</p>	<p>Неполные умения</p>	<p>Умения полные, допускаются небольшие ошибки</p>	<p>Сформированные умения</p>	

<p>стандартов медицинской помощи; оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания.</p>					
<p>Владеть: навыками разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, и в соответствии с клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; навыками назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания с учетом стандартов медицинской помощи; навыками оценки эффективности и безопасности применения</p>	<p>Частичное владение навыками</p>	<p>Несистематическое применение навыков</p>	<p>В систематическом применении навыков допускаются пробелы</p>	<p>Успешное и систематическое применение навыков</p>	

<p>лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения;</p> <p>навыками оказания паллиативной помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками;</p> <p>навыками организации персонализированного лечения, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения.</p>					
--	--	--	--	--	--

7.3. Типовые контрольные задания и иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Контрольные вопросы и задания для проведения текущего контроля КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 1.

Больной В., 40 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, преимущественно вокруг пупка, повышение температуры тела, боль в суставах, кровоизлияние на коже голени, стоп.

Анамнез болезни: В течение нескольких лет периодически появлялись мелкоточечные геморралгические высыпания на коже голени и стоп, бедер, сопровождавшиеся субфебрильной температурой. За помощью не обращался, но совету врача-соседа принимал аскорутин, но кожные высыпания всякий раз проходили лишь через 3-4 недели.

Анамнез жизни: страдает пищевой аллергией на цитрусовые, два дня тому назад, на празднике употреблял апельсиновый сок, частые ангины.

Объективный статус: больной в приемном отделении осмотрен хирургом и терапевтом, состояние тяжелое, на разгибательных поверхностях верхних конечностей были обнаружены красного цвета геморрагические высыпания мелкоточечных до более крупных, местами сливные. Голеностопные и коленные суставы увеличены в объеме, кожа над ними гиперемирована, движения затруднены. Выражение лица страдальческое, во время приступов болей в животе беспокоен. Верхушечный толчок в V межреберье по левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости сердца; верхняя - III межреберье, левая - по среднеключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. Сердечные тоны ритмичные, достаточной звучности, частота сердечных сокращений 90 в минуту, артериальное давление 90/70 мм рт. столба. В легких везикулярное дыхание по всей поверхности, живот вздут, но при пальпации мягкий, болезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x8 см, селезенка не увеличена. Во время осмотра схваткообразные боли повторялись, больной, просит помощи, прижимает голени к животу, в постели беспокоен, в приемном отделении взят общий анализ крови и коагулограмма: Э- 4,5Т/Л, Нв- 140 г/л, цв. пок.0,9 тромбоцитов 200 Г/Л, Л-11, П- 15%, М- 10%, М-5%, СОЭ-35 мм/ч. Протромбиновый индекс 90%, фибриноген 6 г/л, время кровотечения - 4 мин, этаноловый и протаминсульфатный тесты положительные. В моче белок 0,1г/л, эритроциты до 10-20 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. Вы врач приемного отделения. В какое отделение Вы госпитализируете больного, если по заключению хирурга оперативное лечение больному не показано?
2. Каковы средства неотложной помощи при данной патологии?
3. Какие клинические синдромы можно выделить по имеющимся данным (перечислите)?

4. Сформулируйте диагноз при направлении больного в соответствующее отделение, если в талоне бригады скорой помощи значится диагноз направления: «Острый живот»?
5. Следует ли применять стероидные гормоны у данного больного, если необходимо, то в каких дозах, способ введения?
6. Перечислите все методы лечения при данной патологии.
7. Какие показания для введения свежезамороженной плазмы существуют при данном заболевании? Нужно ли вводить криоплазму?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 1.

1. Данного больного следует госпитализировать в терапевтическое отделение или (при наличии) в ревматологическое отделение, так как по клиническим признакам это геморрагический васкулит или болезнь Шенлейн-Геноха.

2. Средством неотложной помощи при данном заболевании является введение гепарина в дозе 300 Ед/кг массы тела в сутки равными лозами (под кожу живота 4 раза в сутки), так как он ингибирует систему активации комплемента, тормозит тромбообразование в сосудах, за счет инактивации тромбина антитромбином III, тормозит агрегацию тромбоцитов, подавляет образование иммунных комплексов, и в конечном счете - деблокирует сосудистое русло (микрососуды).

3. Диагноз при направлении больного в терапевтическое отделение: геморрагический васкулит, (болезнь Шенлейна-Геноха), кожно-суставно-абдоминальная форма.

4. Учитывая абдоминальный синдром, тяжесть заболевания следует применять стероидные гормоны под прикрытием гепарина, доза может составлять 150-300 мг в сутки внутривенно. Гепарин и антиагреганты здесь являются базисной терапией, стероидные гормоны применяются по жестким показаниям, так как повышают коагуляционный потенциал крови, угнетают фибринолиз.

5. Клинические синдромы:

- * геморрагический (высыпания на коже конечностей васкулитно-пурпурного типа).
- * суставной (отек суставов, гиперемия кожи, боль в суставах).
- * абдоминальный синдром.
- * лихорадочный синдром.
- * почечный синдром (изменения в моче).

6. Методы лечения: постельный режим, голод на 2-3 дня, гепарин, антиагреганты (курантил, трентал, тиклопидин), глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, купирующие суставной синдром, снижающие агрегацию тромбоцитов, плазмаферез, при наличии обильных кожных высыпаний с некротизацией - димексид 33-50% с вольтареном или гепарином в виде аппликаций. Никотиновая кислота в максимально переносимых дозах, ангиопротекторы.

При кожной форме продектин (ангинин, пармидии), при рецидивирующих формах, как в данном случае - производные 4-аминохинолинов (плаквенил,

делагил). Полное исключение провоцирующих продуктов при пищевой аллергии.

7. Свежезамороженная плазма применяется при отсутствии эффекта от больших доз гепарина (гипокоагуляционного), т.е. когда имеет место дефицит антитромбина III, так как плазма является источником антитромбина III, фибронектина, плазминогена и других физиологических антиагрегантов, а также при упорном абдоминальном синдроме. Необходимость применения свежезамороженной плазмы в данном случае можно установить при наблюдении за больным и после применения достаточных доз гепарина. Криоплазму обычно вводят по 300-400 мл ежедневно 3-4 дня вместе с гепарином (5000 ед. во флакон).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №2.

Больной Б., 22 лет доставлен в приемное отделение больницы врачом скорой помощи с жалобами на одышку в покое, переходящую в удушье, сухой мучительный кашель, давящие постоянные боли за грудиной, слабость.

Анамнез болезни: заболел после перенесенного «гриппа» около двух недель тому назад. Лечился самостоятельно противокашлевыми средствами, горячим чаем, ингаляциями, валидолом. Состояние не улучшалось, нарастала одышка, последние 2 ночи спал сидя.

Анамнез жизни: в детстве и в юношеские годы болел острыми респираторными заболеваниями, однократно - пневмонией.

Объективный статус: лицо одутловато, кожа лица и шеи бледна с цианотичным оттенком, положение вынужденное, сидячее с наклоном вперед, набухание шейных вен, усиливающееся на вдохе. Пульс 130 ударов в минуту, парадоксальный. А/Д 100/75 мм.рт.ст. Левая граница сердца по передней аксиллярной линии, правая- на 3 см кнаружи от правого края грудины, границы абсолютной сердечной тупости приближаются к границам относительной. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений 110 в 1 минуту. В легких везикулярное дыхание, частота дыхания 30 в минуту. Живот мягкий, печень 15x12x12. см. по Курлову, край ее закруглен при пальпации. Стопы и голени пастозны. Температура тела – 37,8 градусов С.

Параклинические показатели:

ОАК: эритроциты - 4,6 т/л, лейкоциты 9,0 г/л, Э - 2%, палочкоядерные нейтрофилы: - 14% сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%. С - реактивный белок 186 мг/л, ОАМ: относительная плотность 1,026; РН -6,0, белок 0,26 г/л.

ЭКГ: Снижение вольтажа QRS с его альтернативой, отрицательный зубец Т в отведениях I, II, V2 - V6. Рентгенография органов грудной клетки: частичный ателектаз нижней доли левого легкого, остальные легочные поля без патологии. Сердце увеличено во все стороны, пульсация резко снижена, правый кардиодиафрагмальный угол тупой.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите заболевания, проявляющиеся кардиомегалией.

2. Используя клинико-параклинические данные (синдромы) проведите дифференциальный диагноз и сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие исследования необходимы дополнительно для верификации клинического диагноза?
4. Нуждается ли больной в неотложной помощи? Если да, то в чем она заключается?
5. Назначьте курсовое лечение заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 2.

1. Заболевания проявляющиеся кардиомегалией:

- * пороки сердца- врожденные (коарктация аорты, ДМЖП, ДМПП, тетрада Фалло и др.),
- * пороки сердца- приобретенные (ревматические),
- * кардиомиопатии (дилатационная и ИГСС),
- * воспалительные поражения сердца: миокардиты и перикардиты,
- * ИБС (постинфарктный кардиосклероз, аневризма ЛЖ),
- * Артериальная гипертония в поздних стадиях.

2. Синдромы:

- лихорадочный,
- кардиомегалии,
- ателектаза (н/доли левого легкого),
- недостаточности кровообращения (гепатомегалия, пастозность н/конечностей, ортопноэ).

Дифф. диагноз следует проводить с миокардитом, пневмонией, сепсисом, раковым перикардитом.

Клинический диагноз: острый вирусный экссудативный перикардит НК 2 Б ст.

3. Дополнительные исследования; 1) Эхо-КГ (размеры полостей, жидкость в перикарде, состояние клапанного аппарата); 2) R-графия органов грудной клетки в 3-х проекциях с контрастированным пищеводом; 3) Диагностическая пункция перикарда. 4) Посев крови на стерильность. 5) Мочевина, креатинин крови.

4. У больного создается угроза тампонады сердца. После Эхо-КГ (верификации выпота в перикард) провести лечебно-диагностическую пункцию перикарда.

5. Больного доставляют в палату интенсивной терапии:

- 1) госпитализация в кардиологическое отделение ();
- 2) постельный режим, покой;
- 3) оксигенотерапия (ателектаз);
- 4) пункция перикарда;
- 5) учитывая связь с вирусной инфекцией - нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, ортофен, вольтарен в табл или в/м инфекциях);
- б) при высеивании бактериальной флоры из крови или перикардальной жидкости, а также при наличии ателектаза н/доли левого легкого следует назначить антибиотики в течение 14 дней - бензилпенициллин 4-6 млн./сутки в/м на 4-6 инъекций;

7) витаминотерапия, общеукрепляющие средства.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 3.

Больной В., 64 лет обратился с жалобами на приступообразную, загрудинную боль при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большего числа приемов нитроглицерина, чем прежде.

Амнез болезни: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, 14 лет сахарным диабетом, 11 –приступообразной болью за грудиной. Лечился ателололом, арифоном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появилась не резко выраженная боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастральной области вскоре после еды, изжога.

Анамнез жизни: больной не курит, алкоголь не употребляет, прекратил занятия физическими упражнениями из-за боли в левой ноге. 14 лет страдает сахарным диабетом, строго соблюдает «диабетическую» диету с низким содержанием холестерина.

Объективный статус: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма. Пульс регулярный, 74 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге. А/Д180/80 мм. рт. ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации сердца отмечено приглушение 1 тона у верхушки, легкий систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Над легкими везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из – под реберной дуги, край закруглен, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Селезенка не пальпируется, костно - мышечная система без патологии. Отеков нет.

Параклинические показатели: общий анализ крови: эритроциты - 4,5 т/л, лейкоциты - 5,0 г/л, тромбоциты -223 г/л. эоз.- 2%, сегментоядерные нейтрофилы- 61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%.

ОАМ: относительная плотность 1,015; РН- 6,0, белок 0,25 г/л, лейкоциты - 2-3 в п/з, эр. -1-2-3 в п/з. Исследования мочи по Зимницкому:

№ п/п.	Объем	От. Плот.
1п.	120 мл.	1,014
2п.	100 мл.	1,016
3п.	150 мл.	1,012
4п.	110 мл.	1,016
5п.	180 мл.	1,010
6п.	130 мл.	1,011
7п.	80 мл.	1,018
8п.	100 мл.	1,010

Биохимические исследования крови:

Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин — 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП- 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды-1,51 ммоль/л, мочевины 10,2 ммоль/л, ммоль/л, креатинин 0,136ммоль/л.

На ЭКГ, зарегистрированной в покое, признаки гипертрофии левого желудочка. При суточном ЭКГ — мониторингом исследованием во время ходьбы — депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы.

При ЭХО-доплером исследовании аорты и ее ветвей выявлено сужение в месте бифуркации левой общей подвздошной артерии.

ВОПРОСЫ:

1. Дайте оценку всем параклиническим методам исследования.
2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом выделенных синдромов.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения или уточнения диагноза?
4. Неотложная терапия.
5. Назначьте лечение.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 3.

1. Анализ параклинических методов исследования позволяет заключить:
а) суточное ЭКГ-мониторирование выявило нарушение коронарного кровообращения в передне-боковой стенке левого желудочка и экстрасистолию во время ходьбы.

б) доплеровское исследование позволило заключить о сужении левой общей подвздошной артерии, по-видимому, склеротического происхождения.

в) биохимические исследования крови свидетельствуют о повышении уровня холестерина за счет липопротеинов низкой плотности, мочевины (норма 8,32 ммоль/л) и креатинина (норма 0,106ммоль/л).

г) исследование мочи по Зимницкому: умеренное снижение относительной плотности мочи, несоответствие "объем - относительная плотность", нарушение соотношения "дневной ночной" диурез-1:1 (вместо 3:1). Протеинурия. Общий анализ крови без отклонений от нормы.

2. Клинические синдромы:

- стенокардии;
- артериальной гипертензии;
- нарушенного углеводного обмена (или диабетические синдромы);
- атеросклероза магистральных и периферических сосудов;
- желудочной диспепсии.

Предварительный диагноз:

ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз аорты и ее ветвей с окклюзией общей левой подвздошной артерии, перемежающаяся хромота слева. Гипертоническая болезнь 3 ст. Сахарный диабет, 2 тип, инсулинонезависимый, синдром Киммельстиля – Уилсона.

3. После стабилизации стенокардии больной нуждается в проведении коронарно –и артографии для возможной хирургической коррекции сосудов

(аорто-коронарное шунтирование, балонная коронарная ангиопластика, ангиопластика левой общей подвздошной артерии).

4. Неотложная терапия:

- а) ограничение двигательного режима;
- б) фраксипарин 0,3 мл 2 раза в день;
- в) нитросорбид 40 мг каждые 6 часов;
- г) атенолол 25 мг (50мг) 2 раза в день;
- д) тиклопидин 250 мг 2 раза в день (т.к. аспирин противопоказан).

5. Назначенная терапия проводится в течение 48 – 72 часов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 4.

Больная М., 75 лет, поступила с жалобами на сильную боль под левой лопаткой и в позвоночнике, за грудиной которая то утихла, то возобновлялась, тошноту, однократную рвоту, боль в подложечной области.

Анамнез болезни: боль в сердце и за грудиной беспокоят с 63 лет, однако нитроглицерин, нитросорбид и но-шпу принимала только по необходимости. За два дня до поступления в кардиологическое отделение больницы скорой медицинской помощи после небольших физических усилий появилась очень сильная боль под левой лопаткой и в позвоночнике с распространением за грудину, волнообразно появляясь и затихая. Принимала но-шпу, нитроглицерин. Через сутки появилась тошнота, однократная рвота боли по всему животу приступообразного характера, сильная боль в области сердца. Врачом скорой медицинской помощи доставлена в кардиологическое отделение.

Анамнез жизни: детских болезней не помнит. С 1993 года беспокоит боль в правом подреберье после приема жирной __пищи, с этого же времени отмечается непостоянное повышение артериального давления. В августе 1994 года находилась в кардиологическом отделении по поводу нестабильной стенокардии, а в январе 1995 года лечилась в гастроэнтерологическом отделении по поводу панкреатита и эрозий в желудке.

Объективный статус: избыточного питания, кожа чистая, бледновата. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм.рт.ст. Границы относительной тупости сердца: левая - по среднеключичной линии, правая - на 1 см кнаружи от края грудины, верхняя - III межреберье. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой густо обложен белым налетом. Живот вздут, болезненный в проекции поджелудочной железы. Признаков раздражения брюшины нет Перистальтика кишечника отчетливая. Размеры печени по Курлову 10х9х8см. Симптомы Ортнера, Кера, Мюссе отрицательные.

Общий анализ крови: эритроциты — 4,2 т/л, лейкоциты - 12,8 г/л, эозинофилы - 1%, базофилы - 0%, палочкоядерные - 7%, сегментоядерные - 61%, лимфоциты - 26%, моноциты - 5%. Биохимические исследования:

Общий белок крови -82 г/л, АСТ - 140 ед/л, АЛТ - 136 ед/л. КФК -560 ед/л. Холестерин - 6,8 ммоль/л, билирубин общий 18 мкмоль/л, непрямой -16 мкмоль/л, прямой 2 мкмоль/л, амилаза крови - 70 ед/л, фибриноген 4,8 г/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,020, белка нет, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты 0-1 в п/з. ЭКГ:

1. ритм синусовый, правильный;
2. во II, III, AVF отведениях зубец Q 0,05н, глубокий, с элевацией сегмента ST, зубец R в этих отведениях низкой амплитуды;
3. в I отв. депрессия сегмента ST;

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости грубой патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. а) есть ли необходимость дополнительных исследований для решения вопроса о диагнозе?
б) соблюдена ли профильность отделения?
2. В соответствии с клинико-параклиническими синдромами сформулируйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз по ведущему синдрому.
4. Назначьте лечение.
5. План дополнительного обследования больной на ближайшие сутки.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 4.

1. а) судя по клиническим проявлениям, следует думать о сердечной коронарной патологии с гастралгическим синдромом и возможных заболеваниях органов брюшной полости. В связи с этим возникает необходимость в исследовании: уровня амилазы крови и мочи, УЗИ поджелудочной железы, желчного пузыря и печени, ЭХО-кардиографии, консультации хирурга. Все исследования должны проводиться с соблюдением постельного и охранительного режима.

б) больной следует находиться в кардиологическом отделении. Профильность соблюдена.

2. Клинико – параклинические синдромы:

- Ангинозный;
- Артериальной гипертензии (по анамнезу);
- Желудочной диспепсии;
- Абдомальный;
- Резорбционно – некротический.

Предварительный диагноз: ИБС. Первичный крупно – очаговый инфаркт миокарда в нижней (задней) стенке левого желудочка (или первичный нижний ИМ с зубцом Q). Хронический рецидивирующий панкреатит средней степени тяжести в фазе обострения. Хронический холецистит.

3. Дифференциальный диагноз следует проводить по ангинозному синдрому, желудочной диспепсии и абдоминалгии: инфаркт миокарда и ТЭЛА (по наличию зубца Q в 3 стандартном отведении и повышенному уровню трансаминаз), инфаркт миокарда абдоминальная форма (по началу) с язвенной болезнью, панкреатитом.

4. Лечение:

а) купирование боли: нитроглицерин сублингвально, аспирин 0,25 или тиклопедин в конкретном случае. Сразу начинать в/в капельное введение нитроглицерина 2 мл 1% раствора, разведенного в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида (по 25 мг/мин, ориентироваться на уровень АД). Фентанил 1-2 мл 0,005% в сочетании с дореперидолом 2 – 4 мл 0,25 % раствора в/в или в/м.;

б) антикоагулянтная терапия: фраксипарин 0,32 раза в сутки под кожу живота (высокомолекулярный гепарин больной не показан).

в) оксигенотерапия;

г) б – блокаторы – атенолол 25 мг в сутки. Назначение тромболитической терапии не показано. Стационарный этап лечения 3 – 4 недели.

5. План дополнительного обследования на ближайшие сутки: ЭКГ-мониторирование, МВ- фракция КФК, АСТ, АЛТ, тропонин, коагулограмма, амилаза крови и мочи, обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полости.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА №5.

Больной С, 42 лет был госпитализирован в реанимационное отделение по Экстренным показаниям. Жалобы на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, боли постоянные, жгучие, без иррадиации, на тошноту, частую рвоту, задержку стула, судороги в мышцах конечностей выраженную слабость.

Анамнез болезни: со слов жены, заболел остро, с неделю назад после приема алкоголя появились резкие боли в животе, тошнота, рвота. В течение недели принимал соду, которая первоначально снимала боль, но рвота сохранялась, нарастала. Больной категорически отказывался от медицинской помощи и в течение недели облегчал состояние приемом соды, минеральной воды, но-шпы. Состояние не улучшилось. Нарастала слабость, появились судороги. Родственники вызвали скорую помощь, которой был доставлен в стационар.

Анамнез жизни: установлено, что у больного на протяжении нескольких лет в весенние месяцы отмечалось обострение болезни в виде выраженных болей в животе, тошноты, рвоты. Больной к врачам не обращался, не обследовался, лечился сам приемами соды, трав. Состояние улучшалось через 2 недели, боли купировались. Больной - многолетний курильщик, употребляет алкоголь. Работает шофером в нефтеразведке, по работе имеет частые командировки.

Объективное обследование: общее состояние больного тяжелое, заторможен, вял. Питание снижено отмечается гипотермия. Кожные покровы сухие легко, собираются в складку. Цвет кожных покровов бледный с сероватым оттенком. Органы дыхания без патологии. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, частые экстрасистолы АД 80/50 мм рт. ст. Язык сухой, густо обложен коричневым, налетом. Живот запавший, при пальпации отмечается болезненность в правой половине эпигастрия, положительный в этой зоне с. Менделя. Печень, селезенка не увеличены. Пальпаторные симптомы на холецистит - отрицательные.

Параклинические показатели:

ОАК: Эр-5,2 т/л, Нв-160 г/л, Л-12 г/л, Э-4%, П-7%, С-72%, Л-12%, М-6%.

ОАМ: уд. вес-1029, белок-0,33 г/л, гиалиновые цилиндры до 3 в п/з.

БАК: Общий белок-76 г/л, альбумины-66%, глобулины-34%. Общий билирубин-24 мкмоль/л, АЛТ-46 ед, АСТ-50ед, Глюкоза-5,7ммоль/л. Калий 5,7 ммоль, креатинин-180 мкмоль/л, Мочевина-8,8ммоль/л, натрий-110 ммоль/л, хлор-90 ммоль/л, Холестерин-6,8 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: размеры печени не увеличены, диффузная гиперэхогенность. Селезенка без особенностей. Поджелудочная железа не увеличена, отмечается неоднородная гиперэхогенность.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Укажите какие осложнения характерны при предполагаемом заболевании.
4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.
5. Ваша тактика ведения данного больного.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 5.

1. Основные синдромы:

- болевой;
- диспептический;
- аритмический;
- электролитных нарушений (гипохлоремия, гипонатриемия);
- обезвоженность;
- судорожный;
- мочевого

2. Предполагаемый диагноз: язвенная болезнь, пилородуоденальная форма, фаза обострения, тяжелое течение. Рубцово-язвенный пилоростеноз гипохлоремия, гипонатриемия. Диагноз подтверждает анамнез (на протяжении нескольких лет у больного были сезонные боли в эпигастрии, рвота, купирующиеся антацидами). Настоящее обострение проявлялось длительной рвотой в течение недели, что привело к обезвоживанию и электролитным нарушениям - признак характерный для осложнения язвенной болезни (пилоростеноз). Электролитные нарушения явились причиной судорожного и аритмического синдромов.

3. Осложнения язвенной болезни: пилоростеноз, кровотечение, пенетрация, перфорация, малигнизация.

4. ФГДС, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ, кал на скрытую кровь.

5. Тактика ведения больного: наблюдения в условиях АРО, стабилизация электролитных расстройств (гипертонический раствор хлорида натрия, физраствор, раствор Рингера), инфузионная терапия (глюкоза, альбумин, протеин), противоязвенная терапия, консультация хирурга – решение вопроса об оперативной коррекции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 6.

Больная Ш., 51 год направлена в гастроэнтерологическое отделение из районной больницы для уточнения диагноза. Жалобы при поступлении на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, в правом подреберье, усиливающиеся натощак, увеличение живота, вздутие, снижение аппетита, тошноту, пожелтение кожи, склер, периодически – кожный зуд, отеки ног, слабость, потерю веса. За три дня до поступления в отделение отмечался стул черного цвета.

Анамнез болезни: болезнь развивалась постепенно. Впервые, 7 месяцев назад, больная заметила желтушность склер, тогда же появились ноющие боли в правом подреберье, слабость, в течение двух недель держалась субфебрильная температура. Терапевт диагностировал хронический холецистит, хронический панкреатит, реактивный гепатит. Амбулаторно проводилось лечение, состояние больной улучшилось. Через три месяца после тяжелой нагрузки вновь появились боли в правом подреберье, пожелтение кожи, склер, стал отмечаться кожный ЗУД. Объективно обнаружено увеличение печени и селезенки. От предложенной госпитализации больная отказалась, лечилась амбулаторно гепатопротекторами, ферментными препаратами, боли снимала анальгином. Значительное ухудшение состояния наступило в последние три месяца: усилились боли в животе, желтуха; прогрессировала слабость. Была госпитализирована и начато лечение преднизолоном, гепатопротекторами. Состояние не улучшалось, по настоянию родных, больная была переведена в специализированное отделение.

Анамнез жизни: до 49-летнего, возраста отличалась хорошим физическим здоровьем. В 49 лет стали беспокоить приливы жара, появление потливости, нарушилась регулярность менструального цикла, менструации стали обильными, дважды отмечались кровотечения. Больная неоднократно обследовалась и лечилась в гинекологическом отделении, в связи с развившейся анемией дважды переливалась кровь. Через год менструации прекратились полностью, состояние больной улучшилось. Сохраняются редкие приливы жара. Инфекционным гепатитом не болела.

Объективный статус: при поступлении, состояние средней тяжести, сознание в полном объеме, контактна. Масса тела снижена. Кожные покровы, склеры желтушные, на коже живота единичные расчесы. В области плеч, по передней поверхности грудной клетки—мелкие множественные телеангиоэктазии.

Со стороны легких - без патологии. Границы сердца: правая - правый край грудины, верхняя - 3 межреберье, левая - по левой срединноключичной линии. Тоны сердца приглушены, на верхушке - дующий систолический шум, Язык красного цвета гладкий, у корня обложен белым налетом. Живот увеличен, вздут, перхуторно над флангами живота — тупость. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, гладкая, плотноватая, болезненная при ощупывании. Пальпируется селезенка, край ее ниже реберной дуги на 2 см, уплот-

нена, безболезненная. Обращает внимание выраженная болевая чувствительность при пальпации пилородуоденальной зоне. Симптомы на холецистит— отрицательные.

Параклинические показатели:

ОАХ: Эр - 3,37 т/л, Нв - 90 г/л, Л- 2,83 г/л, тромбоциты -118 г/л.

ОАМ: без патологии.

БАК: общ. белок- 60 г/л, А/Г коэф.- 0,6, холестерин -3,9 ммоль / л, β-липопротеиды - 43 ед/л, АСТ- 179ед, АЛТ- 196 ед/л, ГГТП-270 ед/л, глюкоза- 5,5 ммоль/л.

Копроцитограмма: креаторея ++, стеаторея + +, положительная реакция Грегерсена. В сыворотке крови выявлен HbsAg. УЗИ органов брюшной полости:

Печень увеличена, край неровный, эхоструктура диффузно неоднородна, эхогенность повышена. Воротая вена диаметром- 16 мм, стенки желчного пузыря 5—6 мм, уплотненные, поджелудочная железа не увеличена, нормальной эхогенности, селезенка изменена- S-82СМ 2 (норма до 50 см 2) Сцинтиграфия печени: изображение печени с нечеткими контурами и диффузно равномерным распределением РФП, расположена в типичном месте. Размеры печени составляют: 18-10-22 см (норма 15-5-18 см). Нижний край печени выступает из под реберной дуги на 4-6 см. Селезенка размерами 19-8 см (норма 11-6 см). Уровень накопления препарата в ней составляет 28% по отношению к таковому в печени (норма до 20%).

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Укажите болезни с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз. Проведите диф. диагноз (в соответствии с перечисленными нозологиями).
4. Составьте план дообследования больного для верификации диагноза.
5. Составьте план лечения, обоснуйте.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 6.

1. Основные синдромы:

- болевой;
- диспептический;
- желтуха с преимущественной конъюгированной гипербилирубинемией;
- гепатоспленомегалия;
- гиперспленизм;
- анемия;
- портальная гипертензия;
- мальдигестия;
- желудочно-кишечное кровотечение (предположительно).

2. На основании выделенных синдромов, анамнеза (переливание крови), объективного обследования (похудание, желтушность кожи, склер, расчесы,

печеночные стигмы - "печеночные звездочки", "печеночный язык", гепатоспленомегалия - печень гладкая, перкуторно - жидкость в брюшной полости, данных параклинических (анемия, панцитопения, повышение билирубина, печеночных клеточных ферментов, диффузных изменений и паренхиме печени по УЗИ, сцинтиграфии, наличие в крови HbsAg).

Предполагаемый диагноз: хронический вирусный гепатит В. Синдромы: желтухи, портальной гипертензии 1 стадии, гиперспленизма. Сопутствующие: симптоматическая язва желудка, осложненная кровотечением, синдром мальабсорбции. Сопутствующий диагноз предполагается на основании особенностей болевого синдрома: тошкотовые боли в эпигастрии, выраженной локальной болезненности в пилородуоденальной зоне, наличия в анамнезе указаний - на "черный" стул, с приема ulcerогенных препаратов - анальгина, преднизалона.

3. Основные болезни, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз: цирроз печени, рак печени, болезнь Бадда-Кнари.

4. Дообследование: Ультразвуковая доплерография печеночных вен, лапароскопия с биопсией печени, фетопротеин, компьютерная томография печени, ФГДС, общий анализ крови в динамике (гематокрит, гемоглобин и др.)

5. Тактика лечения:

а) этиотропное лечение - противовирусные препараты.

б) патогенетическая - иммуномодуляторы (глюкокортикоиды в умеренных дозах, цитостатики) с последующими поддерживающими дозами до 6-12 месяцев.

в) гепатопротекторы - эссенциале, витамины группы В, карсил, гептарал и др.

г) инфузионная, дезинтоксикационная терапия (гемодез, 5% раствор глюкозы, альбумин, глютаминовая кислота).

д) симптоматическое лечение (мочегонные, вазодилататоры - при портальной гипертензии, холеретики - при холестазах и т.п).

е) гемосорбционная терапия (плазмаферез).

ж) при наличии язвенного дефекта - противоязвенная терапия.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 7.

Больная С., 23 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, головокружение, одышку, усилившиеся в положении сидя, снижение аппетита, извращение вкуса /ест мел, сухие макароны/ в последние два года, сухость кожи, появление "заед", выпадение волос.

Анамнез болезни: больной себя считает в течение 3-4-х лет, когда появились указанные жалобы, одышка усилилась в последние 6 месяцев. В момент поступления у больной прогрессирующая беременность 37 недель. Больная является беженкой из Таджикистана, перенесла много стрессовых ситуаций, питалась очень плохо. При переезде в один из районов Краснодарского края, в связи с резким ухудшением состояния, обратилась в районную больницу, обследовалась, ей сообщили о "плохом" анализе крови и направили в одну из клиник краевого центра с диагнозом: злокачественная анемия неясной этиологии. Анализ крови в направлении не был приведен.

Анамнез жизни: в анамнезе тяжелая, физическая работа, плохое питание. Замужем с 17-летнего возраста, первая беременность двойней закончилась благополучными родами, имела выкидыш в большом сроке, настоящая беременность третья. Менструальные начались в 12 лет, установились не сразу, были обильными, продолжались по 7-9 дней.

Объективный статус: больная астенического телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые резко бледны, в углах рта хилезы, кожа сухая, склеры ярко голубые. Язык лакированный, ногти ложкообразные с поперечной исчерченностью, "волнистые". Пульс 95 в минуту, слабого наполнения. АД 90/50 мм. рт. столба. Левая граница сердца на 1 см за среднеключичную линию, верхняя и правая не изменены, тоны сердца приглушены, ритмичные, на всех точках, с максимумом на верхушке систолический шум. В легких дыхание везикулярное, число дыханий 26 в минуту. Попытка выслушивания в положении сидя не удается из-за резкого усиления одышки. Живот увеличен в объеме в соответствии со сроком беременности, печень, селезенка не пальпируются. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Температура тела 37,3С. Параклинические показатели:

Срочно произведен анализ крови: эритроцитов 2,8 Т/Л, Гемоглобин 40 г/л, цветовой показатель 0,4, тромбоцитов 250 Г/Л, лейкоцитов 3,4 Г/Л, Э-1%, П-4%, С-42%, Л-42%, М-11%, СОЭ-25 мм/час, в мазке микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихромазия, встречаются оксифильные нормоциты 1:100. Общий анализ мочи без патологии.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные клинические синдромы и поставьте диагноз.
2. Перечислите исследования, необходимы для его подтверждения?
3. Перечислите методы лечения данного заболевания и необходимые препараты?
4. В чем будут заключаться особенности лечения данной больной?
5. Чем объяснить субфебрилитет у пациентки?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 7.

1. Учитывая имеющиеся в задаче данные можно выделить следующие клинические синдромы:

- пищеварительных расстройств (снижение аппетита, извращение вкуса - дисгевзия, лакированный язык, "заеды"),
- синдром тканевых расстройств (сухость кожи, выпадение волос, изменения ногтей);
- анемический синдром - бледность кожи и слизистых, голубые склеры, слабость, головокружение, одышка, сердцебиение, низкое АД, субфебрилитет, расширение границ сердца влево, систолический шум над всеми точками, обильные менструации в юности, беременность двойней и настоящая 3 беременность, плохое питание).
- Гематологический синдром.

Указанные синдромы позволяют поставить предварительный диагноз: Железодефицитная анемия тяжелой степени (с учетом анализа крови).

2. Для подтверждения диагноза необходимо исследование содержания железа в сыворотке крови, общей железосвязывающей способности, а при возможности - содержание ферритина сыворотки, насыщение железом трансферина, при проведении общего анализа крови следует предусмотреть подсчет числа ретикулоцитов.

3. Методы лечения данного заболевания: пероральный прием препаратов, содержащих сернокислое железо или сульфатные формы - ферроградумет, тардиферрон, актиферрин, ферроплекс, мальтофер, лишенный побочных эффектов, которые назначаются длительно в полной дозе до нормального уровня гемоглобина, затем в половинной дозе такой же период (до 3-4 месяцев). В данном случае больной предстоит скорое родоразрешение и данная ситуация позволяет использовать парентеральное введение железа (феррум-лек по схеме 1/2 ампулы в 1-й день, 1 ампула на 2-ой день, 2 ампулы в 3-ий день, затем по 2 ампулы 1 раз в 3 дня, разводя препарат в физрастворе (20 мл). Парентеральное применение препарата имеет строгие показания.

4. Особенность лечения данной пациентки будет заключаться не в пероральном, а в парентеральном введении железа для ускорения насыщения железом.

5. Субфебрилитет при железодефицитной анемии объясняется ускорением кровотока, а вместе с ним увеличением теплоотдачи, что приводит к повышению температуры тела, а также повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 8.

Больной П., 16 лет, учащийся, поступил в участковую больницу с жалобами на слабость, недомогание, повышение температуры.

Анамнез болезни: болен 5-ый день, в стационаре наряду с перечисленными проявлениями появилась боль в мышцах, температура тела достигала 38-40°C. Лечение антибиотиками, антипиретиками эффекту не дало. В связи с ухудшением состояния переведен в районную больницу.

Анамнез жизни: в детстве болел краснухой, паротитом. Аллергологический анамнез не отягощен. Учится хорошо.

Объективный статус: состояние тяжелое, температура тела 39,30°C, кожа бледная, на коже конечностей петехиально-пятнистые высыпания, кровоточивость десен при чистке зубов, осмотре полости рта. Лимфоузлы небольших размеров /до размера фасоли/, безболезненные, пальпируется край селезенки. Границы сердечной тупости не изменены, тоны ясные, 96 в минуту, ритмичны, на верхушке систолический шум.

В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается, из-за резкой слабости самостоятельно передвигаться не может. Произведен общий анализ крови: Эр- 2,54 Т/Л, Нв- 84г/л, Л- 6Г/Л, п- 2%, с- 11%, Л- 85%, м- 2%, СОЭ-55 мм/час: проведен консилиум, установлен диагноз хронического лимфолейкоза.

Направлен на консультацию в онкологическое учреждение, куда доставлен машиной скорой медицинской помощи. В приемном отделении произведен общий анализ крови: Эр-2,3 Т/Л, Нв-80 г/л, Л-57 Г/Л, П-3%, С-7%, Л-15%,

бластов- 69%. Тромбоцитоз 10- Г/Л, СОЭ-63 мм/час. В мазке крови анизоцитоз, пойкилоцитоз. Госпитализирован в гематологическое отделение, где на протяжении 6 недель проводилось специальное лечение, а также использовались гемостатики, антибиотики, гемотрансфузии. Состояние улучшилось: нормализовалась температура, исчезла боль в мышцах, не пальпировались лимфоузлы и селезенка.

Параклинические показатели: анализ крови Эр-4,57 Т/Л, Нв-152 г/л, Цв. пок- 1,0, тромбоциты 180 Г/Л, Л-8,0 Г/Л, П- 13%, С-40%, Л-44%, М-3%, СОЭ- 5 мм/час. Проведена стерильная пункция / ранее не проводилась из-за кровоточивости/, клеток нейтрофильного ряда-48% /норма- 43,2% —71%/, эритроидные элементы - 20,2%, при норме- 15-28%, бластов- 5%. Заключение: костный мозг богат клеточными элементами, бластов 5%.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы и поставьте диагноз.
2. Какая типичная ошибка была допущена врачом-лаборантом при интерпретации анализа крови в районной больнице?
3. Какое исследование следовало бы провести для уточнения варианта заболевания, обязательна ли для этого стерильная пункция?
4. Какое лечение было проведено данному больному, назовите схемы, препараты, этапы лечения?
5. Как называется период течения данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА №8.

1. На основании имеющихся данных можно выделить синдромы:

- лихорадочный (повышение температуры, потливость, слабость);
- геморрагический (петехиально-пятнистые высыпания на коже, кровоточивость десен); интоксикации;
- лимфоаденопатии увеличения селезенки (спленомегалия),
- гематологический (нормохромная анемия, тромбоцитопения – бицитопения, лейкоцитоз, бластоз, ускорение СОЭ).

Указанных синдромов и данных лабораторного исследования достаточно для установления диагноза острого лейкоза.

2. Типичная ошибка при интерпретации анализов в районной больнице- оценка властных клеток как лимфоцитов, чему способствует недостаточное знание лаборантами молодых клеток крови, плохая окраска мазка.

3. Для уточнения варианта заболевания необходимо проведение цитохимического типирования, т.е. окраски бластных клеток на миелопероксидазу, гликоген и липиды. В данном случае наиболее вероятна реакция бластов на гликоген в гранулярном виде при отрицательной реакции на пероксидазу и липиды, что позволило бы поставить лимфобластный вариант лейкоза. В пользу этого свидетельствуют возраст больного, кожный зуд, увеличение лимфоузлов и селезенки. Стерильная пункция для этого не обязательна, так как бласты имеются в периферической крови в значительном количестве.

4. Больному проводилось лечение курсами полихимиотерапии, наиболее известные ранее ВАМП, ЦВАМП, "7+3", "5+2". В схемы "7+3" и "5+2" входят цитозар и рубомицин, в ВАМП - винкристин, амептерин (метотрексат), б-меркаптопурин, преднизолон. Этапы лечения лейкоза - индукция ремиссии, консолидация ремиссии, поддержание ремиссии, профилактика нейрорлейкемии, при возникновении рецидива заболевания – реиндукция.

5. Достигнутое с помощью программного лечения цитостатиками состояние называется полной клинико-гематологической ремиссией (полное клиническое благополучие, нормализация показателей периферической крови и содержание бластов в стерильном пунктате не более 5%. При сохранении такого состояния на протяжении пяти лет, при редких курсах полихимиотерапии и стерильной пункции один раз в год, можно констатировать выздоровление больного.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 9.

Больная Н., 40 лет, поступила в кардиологическое отделение больницы скорой медицинской помощи с жалобами на одышку при малейшей физической нагрузке, отеки ног, боли в правом подреберье, увеличение в объеме живота, приступы удушья в ночное время.

Анамнез болезни: в 25-летнем возрасте после "гриппа" перенесла полиартрит - в течение 2 недель держалась температура, болели коленные и голеностопные суставы, отмечалась небольшая припухлость их. На фоне приема индометацина эти симптомы исчезли. В последующем рецидивов не было. Работала разнорабочей на фабрике. Около года назад стали беспокоить слабость, одышка при небольшой физической нагрузке. При обращении к врачу был заподозрен порок сердца. Наблюдалась ревматологом. Вскоре появились приступы удушья в ночное время. Одышка возникала при малейшей физической нагрузке, присоединились отеки ног, боли в правом подреберье, увеличился в объеме живот.

Анамнез жизни: родилась не доношенным ребенком, в детстве часто болела простудными заболеваниями, перенесла скарлатину. Месячные с 13 лет, по 3 дня, не обильные. Замужем с 19 лет, в возрасте 20, 22 лет имела 2 беременности, завершившиеся родами, дети здоровы. Работает контролером-сборщиком, сидя.

Объективный статус: состояние тяжелое, пониженного питания, акроцианоз. Отеки ног, симметричны до в/з голени, Пульс 100 УД в 1 мин, единичные экстрасистолы. АД 100/70 мм рт.ст. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая граница на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя нижний край II ребра, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. На верхушке I тон хлопающий, систолический шум на всех точках, в том числе и в 5 точке Боткина-Эрба, пресистолический шум на верхушке (определяется только в положении стоя), акцент II тона на а. pulmonalis. Частота дыхания 28 в 1 мин. Перкуторно над легкими в верхних отделах ясный легочной звук, дыхание жесткое. В нижних отделах с обеих сторон - укорочение перкуторного

звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание, большое количество мелкопузырчатых незвонких влажных хрипов. Печень на 8 см выступает из-под правой реберной дуги, мягкая, болезненная при пальпации. Селезёнка, почки не пальпируются. Имеется увеличение живота в объеме, притупление в отлогих местах живота, симптом "льдинки". Суставы не увеличены, кожа над ними обычного цвета.

Параклинические показатели: Анализ крови: эр.3,5x10¹²/л, гемоглобин 97г/л, Цв.п. 0,8, лейкоциты - 4,2 x 10⁹/л, СОЭ 19мм/час, СРВ +, тимоловая проба 10 ед., серомукоид 2.51 ммоль/л. На ЭКГ - ритм синусовый, предсердные экстрасистолы. Отклонение электрической оси сердца вправо. Диффузные изменения в миокарде. Рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода - усиление легочного рисунка застойного характера. Сердце резко увеличено, преимущественно за счет левого желудочка. Контрастированный пищевод отклоняется левым предсердием по дуге среднего радиуса. Во время пребывания в клинике появились периодические приступы резкой слабости, головокружения, удушья, чаще при быстрой перемене положения тела. При этом усиливался цианоз, кожные покровы покрывались холодным потом, отмечалось учащение пульса до 130-140 в 1 мин., снижалось АД, нарастало количество влажных хрипов в легких.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. С чем может быть связано усиление диастолического шума в вертикальном положении, а также приступы удушья и коллаптоидные состояния при перемене положения тела?
3. Диагностические мероприятия для уточнения диагноза?
4. Лечебная тактика?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 9.

1. Ревматизм активная фаза, I степень активности. Митрально-аортальный порок сердца - митральный порок с преобладанием стеноза. Стеноз устья аорты. ЗНК III, ХСН IV ф.кл. с приступами острой левожелудочковой недостаточности.

2. Возможно наличие шаровидного тромба в левом предсердии, учитывая быстрое нарастание декомпенсации при отсутствии мерцательной аритмии.

3. Эхокардиография. Вентрикулография.

4. а) Лечение активного ревматического процесса (нестероидные противовоспалительные средства, полусинтетические пенициллины).

б) Лечение сердечной недостаточности (сердечные гликозиды, мочегонные средства, ингибиторы АПФ).

в) Консультация кардиохирурга, особенно при наличии шаровидного тромба, делает необходимым ставить вопрос об оперативном лечении.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 10.

Больной К., 72 лет, в бессознательном состоянии поступил в реанимационное отделение БСМП по "Скорой помощи" с диагнозом: ОНМК по ишемическому типу.

Анамнез болезни: со слов родственников стало известно, что больной в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью. АД повышается до 220/120 мм рт. ст. при привычном 140/90. 4 года назад перенес инфаркт миокарда 10 лет назад – ОНМК. Последние годы периодически возникают приступы мерцания предсердий, по поводу которых больной неоднократно госпитализировался в кардиологическое отделение. Длительное время после последней госпитализации принимал: эналаприл - 20 мг в сутки, дигоксин - 0,25 мг в сутки, периодически аспирин - по 125 мг в сутки.

Анамнез жизни: в молодые годы болел язвенной болезнью желудка и 12п. кишки, обострения заболевания редкие. Курит. До 62-летнего возраста работал бухгалтером. Наследственность отягощена по артериальной гипертензии и язвенной болезни. Имеет двух здоровых сыновей.

Объективный статус: состояние больного тяжелое. Кома Больной гипертенического телосложения, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отмечается пастозность нижних конечностей. ЧДД = 28 в мин. В легких - везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах, здесь же - мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве. АД - 180/100 мм рт. ст. ЧСС - 110 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии, верхняя - III межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, мягкий систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий во всех отделах, в правом подреберье пальпируется увеличенная печень, мягко-эластической консистенции. Размеры печени по Курлову: 12-10-9 см, селезенка не пальпируется.

Параклинические показатели:

ОАК: эр. - 4,5 т/л; НВ - 145 г/л; лейкоц. - 6,8 г/л; СОЭ - 15 мм/ч.

ОАМ: белок 0,2 г/л; отн. плотн. - 1,008.

БАК: об. белок - 78 г/л; об. билирубин - 18,0 мкмоль/л, АСТ - 33 ед/л; АЛТ - 35 ед/л мочевины - 8 ммоль/л; креатинин - 0.13 ммоль/л; холестерин - 6,0 ммоль/л; В липопротеиды - 57 ед; глюкоза - 4,8 ммоль/л.

Больному назначено: глюкозо-инсулино-калиевая смесь, магния сульфат, контрикал, трентал, рибоксин, пирацетам, гепарин, дексаметазон, 40% р-р глюкозы, манит, витамины гр. В, С. На 5 день пребывания в стационаре у больного через назогастральный зонд появилось отделяемое цвета "кофейной гущи" около 250-300 мл. В динамике: в ОАК 1) эр.-3,2 т/л; .НВ – 105 г/л. 2) эр. - 2,8 т/л; НВ - 89 г/л. Выполнена ЭКГ: мерцание предсердий с ЧЖС 140 в мин. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой. Мелкоочаговые изменения в переднебоковой области.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз

3. О каком осложнении со стороны ЖКТ идет речь?
4. Какие назначенные препараты противопоказаны при данном осложнении?
5. Неотложная помощь при выявленном осложнении?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 10.

1. Клинические синдромы:

- артериальная гипертензия;
- синдром поражения миокарда (постинфарктный кардиосклероз);
- недостаточности кровообращения,
- нарушения ритма сердца;
- желудочного кровотечения;
- анемии

2. Гипертоническая болезнь 3 ст., с поражением органов мишеней: сердце – ИБС, головной мозг – ОНМК. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз Пароксизмальная мерцательная аритмия НК.

3. Язвенная болезнь желудка и ДПК, активная фаза осложненная кровотечением.

Осложнение: желудочно-кишечное кровотечение, источник - язвенная болезнь желудка и ДПК.

4. Гепарин, дексаметазон.

5. Купирование желудочно-кишечного кровотечения консервативными способами: эпсилонаминокапроновая кислота 5% - 100 мл в/в (или трансксамовая кислота 1,0-1,5 гр внутрь 2-3 раза в день) или ПАМБА 1% 5-10 мл в/в, в/м, дицинон 12,5% 2-4 мл в/в, в/м, аскорбиновая кислота 5% 2-4 мл в/в, в/м, викасол 1% 2-4 мл в/м. Переливание плазмозаменителей (полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль). Переливание крови. П

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 11.

В кардиологическое отделение бригадой "Скорой помощи" доставлен мужчина 40 лет с жалобами на сильные головные боли, боли в сердце ноющего-характера, носовые кровотечения.

Анамнез болезни: отмечает повышение АД в течение 20 лет; с этого же времени стали часто беспокоить ноющие боли в сердце, не связанные с физической нагрузкой. Наблюдается в поликлинике с диагнозом - гипертоническая болезнь II ст. В последние 5 лет участились гипертонические кризы, АД поднималось до 190/100 мм рт. ст. Постоянно принимает адельфан.

Анамнез жизни: из детских болезней помнит корь, в школе и в колледже занимался физкультурой без перегрузок, с 20-летнего возраста с появлением повышенного давления физические нагрузки исключил полностью. Аллергологический анамнез не отягощен. Не курит. Спиртные напитки употребляет редко. Женат. Имеет одну дочь.

Объективный статус: кожа чистая сухая нормостенического телосложения; лицо гиперемировано. Обращает на себя внимание непропорциональное телосложение - плечевой пояс развит более значительно, чем нижние конечности. Верхушечный толчок разлитой, смещен в VI межреберье; левая граница

относительной сердечной тупости - на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая - по наружному краю грудины, верхняя - III межреберье. Ширина сосудистого пучка 10 см. Аускультативно: акцент II тона на аортой, во всех точках выслушивается систолический шум, максимум - во II межреберье справа от грудины. ЧСС - 95 в мин. АД - 170/90 мм рт. ст. В легких - везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. ЧДД - 22 в мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Периферических отеков нет.

На 2 день пребывания в стационаре к вечеру состояние больного ухудшилось: АД повысилось до 220/120 мм рт. ст., стала нарастать одышка до 32 в мин. (преимущественно инспираторного характера) с последующим развитием приступа удушья. Больной бледный, выражена потливость, принимает положение ортопноэ, возбужден. Отмечается тахикардия до 110 в мин., акцент и расщепление II тона над легочной артерией, пульс частый, альтернирующий. Появляется интенсивный кашель с пенистой розового цвета мокротой. При аускультации легких выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы.

Параклинические показатели: ЭКГ - синусовая тахикардия, 110 в мин. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой. Выраженные диффузные изменения миокарда. ОАК и ОАМ без патологии.

ВОПРОСЫ:

1. Перечислите клинические синдромы
2. О каком пороке можно думать?
3. Назовите метод исследования, необходимый для верификации диагноза
4. Какое осложнение развилось у больного на 2 день пребывания в стационаре?
5. Неотложная помощь при развившемся осложнении.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 11.

1. Клинические синдромы:

- Кардиалгии
- Артериальной гипертензии
- Кардиомегалии
- Недостаточности кровообращения
- Легочной гипертензии

2. Коарктация аорты.

3. Рентгенография органов грудной клетки, аортография, ЭХО-кардиография.

4. Гипертонический криз осложненный острой левожелудочковой недостаточностью.

Неотложная помощь: промедол 1% 1 мл в/в, нитропруссид натрия или нитроглицерин 1 мл на 100мл физраствора в/в капельно, лазикс 80 мг в/в, ингаляция кислорода с пеногасителем консультация кардиохирурга.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 12.

Больной К., 62 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на одышку в покое (не может лечь), кашель, кровохарканье (мокрота с кровью до

50 мл в сутки), боль и тяжесть в правой половине грудной клетки, отеки ног, больше левой.

Анамнез болезни: 6 лет назад перенес инфаркт миокарда, но после выписки из больницы работал, бывали тяжелые приступы стенокардии. Год назад поступил в стационар в связи с острыми болями за грудиной, выраженной одышкой, нарушением ритма (экстрасистолия). На ЭКГ выявлялась переходящая блокада левой ножки пучка Гиса. Состояние больного было расценено как инфаркт миокарда. После двухмесячного лечения в стационаре был выписан на амбулаторное лечение. Дома периодически возникало чувство нехватки воздуха, чаще по ночам. Неоднократно вызывал участкового врача и бригаду "Скорой помощи". Последние два месяца стал замечать отеки на ногах. За две недели до поступления в клинику стали нарастать одышка, кашель, появилось кровохарканье, отмечалось повышение температуры тела.

Анамнез жизни: в детстве и в юношеские годы болел редко, в 30-летнем возрасте - прободная язва желудка - ушивание. С 48 летнего возраста периодически беспокоила кратковременная загрудинная боль легко купируемая нитроглицерином, к врачам не обращался. Бывали редкие эпизоды незначительного повышения артериального давления в связи со стрессовыми ситуациями. Курит. Работает в аграрном университете преподавателем. Женат, имеет взрослого сына.

Объективный статус: состояние тяжелое, сидит в постели, выраженная одышка в покое -36 дыханий в минуту. Пониженного питания, бледен, цианоз губ, выраженные отеки нижних конечностей поясничной области. Вены нижних конечностей варикозно расширены, левая голень в окружности больше правой на 4 см, горячая на ощупь. Пульс 110 ударов в минуту, аритмичен, удовлетворительного наполнения. Левая, граница относительной сердечной тупости на 2 см кнутри от передней подмышечной линии, правая - на 1,5 см кнаружи от края грудины, тоны сердца приглушены, АД 100 /70 мм.рт.ст. В легких укорочение перкуторного звука справа ниже середины лопатки, там же резко ослаблены дыхание и голосовое дрожание, слева перкуторный звук не изменен, дыхание жесткое. По средней линии живота старый послеоперационный рубец. При пальпации живот мягкий, чувствителен в правом подреберье, прощупывается плотная печень на 6-7 см ниже реберной дуги.

Параклинические показатели:

Анализ крови; Эр 4,0 Т/л, гемоглобин 116 г/л, ЦП 0.88, лейкоциты 11.0 Г/л, эозин 1%, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 19%, моноциты 4%, СОЭ 21 мм/час.

Анализ мочи: отн. плотн. 1,022, белок 0,066 г/л, лейкоциты 4-5 в п/зр, эритроциты 7-8 в п/зр. Снята ЭКГ: разные расстояния R-R, разная высота желудочкового комплекса, синдром SI QIII, отсутствие зубцов P, регистрируются волны f. Рентгенография органов грудной клетки: из-за тяжести состояния не производилась.

ВОПРОСЫ:

1. Ведущие синдромы и их проявления.
2. Что не укладывается в клинику пневмонии?
3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план лечения.
5. Назначьте план обследования.
6. Консультации каких специалистов являются необходимыми?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 12.

1. Синдром воспалительного процесса в легких (повышение температуры, кашель с мокротой, боль в грудной клетке, укорочение перкуторного звука);

-синдром сердечной недостаточности (тахикардия, одышка, увеличение печени, отеки);

-синдром венной недостаточности нижних конечностей, синдром фибрилляции предсердий.

2. Выраженное кровохарканье, ослабление дыхания и голосового дрожания в месте укорочения перкуторного звука.

3. Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей. ТЭЛА, инфаркт-пневмония нижней доли правого легкого, правосторонний экссудативный плеврит. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. НК III ст. (ХСН IV ф.кл. NYHA).

4. Фибринолизин в сочетании с прямыми антикоагулянтами, антибактериальные препараты, сердечные гликозиды, диуретики, нитраты, спазмолитики, ингаляции кислородвоздушной смеси.

5. Рентгенологическое исследование легких, коагулограмма.

6. Консультация хирурга.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 13.

Больной К., 72 лет, пенсионер, в прошлом летчик. Жалобы при поступлении в клинику: одышка при незначительной физической нагрузке, приступы затрудненного свистящего дыхания по несколько раз в сутки, купирующиеся инъекциями эуфиллина внутривенно; упорный, иногда надсадный кашель со слизисто-гноющей мокротой периодически-кровохарканье, повышение температуры тела до 37,7°C, резкая слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез болезни: год назад перенес правостороннюю очаговую пневмонию, лечился в стационаре, но был выписан с субфебрильной температурой, плохим самочувствием. Через 1-2 месяца после выписки стали появляться приступы затрудненного свистящего дыхания, в связи с чем был госпитализирован повторно; был поставлен диагноз бронхиальной астмы и назначен преднизолон, который получает до настоящего времени. Последнее ухудшение началось месяц назад: повысилась температура, увеличилось количество гноющей мокроты, усилились одышка, кашель, появилось кровохарканье, участились приступы удушья.

Анамнез жизни: детские болезни не помнит. Будучи взрослым болел однократно пневмонией, осложнившейся экссудативным плевритом. Аллергологический анамнез не отягощен. Курит 15-18 сигарет в день. Женат имеет двух дочерей.

Объективный статус: состояние средней тяжести, положение в постели вынужденное - сидит; одышка в покое, кожные покровы бледноваты, небольшой цианоз губ, пульс 102 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, артериальное давление 130/70 мм.рт.ст., границы относительной сердечной тупости сердца: левая - по среднеключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро, тоны сердца приглушены. Число дыханий 32 в минуту, ритм правильный. Над легкими при перкуссии коробочный звук, справа под лопаткой укорочение перкуторного тона, при аускультации дыхание ослабленное с удлиненным, выдохом, сухими свистящими хрипами, больше справа; в месте укорочения перкуторного тона - жесткое дыхание. Живот мягкий, безболезненный, печень 9x8x7 см по Курлову, селезенка 6x8 см. Тошика и физические данные толстой кишки не нарушены.

Параклинические показатели:

Анализ крови: Эр 3,9 Т/л, гемоглобин 113 г/л, ЦП 0,88, Лейк 12,7 г/л; эоз 2%, пал 10%, сегм 63%, лимф 19%, мон 6%, СОЭ 48 мм/час. Анализ мочи - без патологии.

Анализ мокроты - кровянистая, при микроскопии - эритроциты покрывают все поле зрения, атипичные клетки и бактерии Коха не найдены.

На первичных (год назад) рентгенограммах грудной клетки в двух проекциях в шестом сегменте правого легкого определяется округлое образование размером 2.5x3 см, с неровными контурами, небольшим участком просветления в центре, дополнительных образований в правом корне не определяется, сердечно-сосудистая тень в пределах возрастной нормы. На повторных рентгенограммах органов грудной клетки, выполненных в настоящее время, выявляется резкое увеличение имевшегося образования до размеров 6x8 см, с большой полостью распада 6x6 см и широким горизонтальным уровнем содержимого, контуры образования неровные, бугристые. Через неделю после опорожнения полости содержимого в ней не определяется, внутренний контур ее также неровный, бугристый, правый корень резко расширен, имеет неровные, полициклические контуры, содержит увеличенные лимфатические узлы.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите ведущие синдромы и их проявления.
2. О каких заболеваниях следует думать в первую очередь?
3. Каким процессом могут быть обусловлены рентгенологические проявления?
4. Методы обследования, необходимые для постановки диагноза
5. Ваш окончательный диагноз
6. Какова лечебная тактика.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 13.

1. Бронхоспастический синдром (приступы затрудненного свистящего дыхания, купирующиеся внутривенными инъекциями эуфиллина, надсадный кашель, сухие свистящие хрипы в легких);

- синдром интоксикации (резкая слабость, плохой аппетит, повышение температуры).

2. О бронхиальной астме и воспалительном процессе в органах дыхания (пневмония), абсцессе.

Кровохарканье.

3. Пневмония с абсцедированием, туберкулезный инфильтрат с распадом, полостная форма рака легких.

4. Компьютерная томография легких, серийное исследование мокроты на МБК, атипические клетки, при возможности - бронхоскопия.

5. Рак периферического бронха шестого сегмента справа с распадом (полостная форма рака) и метастазами в лимфатические узлы средостения.

6. Лечение симптоматическое, учитывая возраст и метастазы в лимфоузлы средостения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 14.

Больной М., 53 лет, инженер, поступил в клинику с жалобами на приступы удушья 2-3 раза в сутки, с резким затруднением выдоха, свистящим дыханием, купирующиеся ингаляциями беротека или внутривенным введением эуфиллина, кашель с трудно отделяемой мокротой, заложенность носа, насморк, обычно по утрам, слабость, потливость.

Анамнез болезни: болен с трех лет. Первые приступы удушья развились после острого респираторного заболевания. Обострения болезни первые десятилетия протекали нетяжело, возникали один раз в два-три года, купировались назначением бронхорасширяющих препаратов (эфедрин, теофедрин) в сочетании с десенсибилизирующими препаратами. С 34 лет после пневмонии наблюдается утяжеление течения заболевания, требующее неоднократных госпитализаций, назначения преднизолона, который с перерывами больной получает до сегодняшнего дня. Последние два месяца принимает по одной таблетке в день. Приступы удушья у больного возникают чаще после "простуды", в сосновом лесу, при потреблении сухого вина, жареной рыбы при вдыхании запахов красок, лаков, сена. Настоящее ухудшение за две недели до госпитализации после двух инъекций плазмола.

Анамнез жизни: с детства экзема, с 37-летнего возраста - умеренная артериальная гипертензия, родственники страдают; аллергическими заболеваниями (бронхиальная астма у сестры и сына больного, экзема - у отца).

Объективный статус: состояние средней тяжести, конституция гиперстеническая, избыточный вес (рост 170 см, вес 90 кг), положение в постели вынужденное сидячее, дыхание - свистящее, слышимое на расстоянии. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения относительной сердечной тупости не определяются из-за выраженного коробочного перкуторного тона, тоны сердца приглушены, АД 150/100 мм, рт. ст. Грудная клетка несколько бочкообразной формы, межреберные промежутки широкие, над легкими коробочный перкуторный тон, ослабленное дыхание с удлинением

ным выдохом, сухие хрипы в большом количестве. Живот мягкий, безболезненный, печень 10x9x8 см по Курлову, селезенка не пальпируется, отеков нет. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон.

Параклинические показатели:

Анализ крови: Эр 4.2 Т/л, гемоглобин 136 г/л, ЦП 0.91, Лейк 7.8 Г/л, баз 4%. эоз 13%, пал 1%, сегм 53%, лимф 22%, мон 7%, СОЭ 8 мм/час.

Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, плотность 1,010, при микроскопии осадка лейкоц 30 -40. в поле зрения, эритроциты 0-1-3, цилиндры гиалиновые 0-1-0.

На рентгенограммах органов грудной клетки в трех проекциях повышена прозрачность легочных полей, усилен легочный рисунок в прикорневых и нижних отделах.

На ЭКГ: высокоамплитудный зубец Р во II, III aVF, в VI, V2 - положительный с заостренной вершиной, электрическая ось отклонена вправо. Диффузные изменения в миокарде. Исследование функции внешнего дыхания: частота дыханий 16 в минуту, ЖЕЛ 2024 мл (50% от должного), ОФВ за 1 сек - 0.81 л/сек (30% от должной).

ВОПРОСЫ:

1. Выделите ведущий клинический синдром, укажите его проявления.
2. Расшифруйте и оцените данные спирографии.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Варианты заболевания можно предполагать у данного больного?
5. Причины последнего обострения.
6. Причина артериальной гипертензии и прибавки массы тела.
7. Составьте план лечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 14.

1. Бронхообструктивный синдром (приступы удушья с затрудненным выдохом, купирующиеся бронхорасширяющими препаратами, вязкая мокрота, сухие свистящие хрипы);

2. ЖЕЛ-жизненная емкость легких (норма -более 95% должной), ОФВ-объем форсированного выдоха за первую секунду (норма-более 80% должного). По данным спирографии у больного резкие обструктивные нарушения вентиляционной способности легких.

3. Астма смешанная форма, тяжелое течение, фаза обострения, вторичная обструктивная эмфизема легких. ДН II ст. Хроническое легочное сердце в стадии компенсации. Хронический пиелонефрит в стадии обострения, симптоматическая артериальная гипертензия. ХПН 0 ст. Ожирение II ст.

4. Ведущий клинико-патогенетический вариант- атопический (наследственная предрасположенность, аллергическая конституция, связь приступов с пыльцевыми, бытовыми и пищевыми аллергенами), дополнительные - инфекционный (возникновение первых приступов удушья и ряда последующих обострений болезни после воспалительных заболеваний органов дыхания) и дисгормональный (многолетний прием глюкокортикостероидов, невозможность их отмены).

5. Снижение дозы преднизолона, введение плазмозаменителя.
6. Наличие пиелонефрита, терапия глюкокортикостероидами.
7. Глюкокортикостероиды, бронходилататоры, отхаркивающие, антигипертензивные.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 15.

Больной С, 45 лет, поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на жидкий стул 8-12 раз в сутки с большим количеством слизи и крови (суточный объем стула - более 1 литра), чаще в ночное время, тенезмы 6-8 раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5 градусов, общую и мышечную слабость, головокружение, потерю массы на 8 кг за 2 мес, отеки голеней и стоп.

Анамнез болезни: заболел около 5 лет назад, когда впервые стал беспокоить учащенный жидкий стул до 4 раз в сутки с примесью незначительного количества крови и слизи. По этому поводу не обследовался, не лечился. Ремиссии возникали спонтанно, продолжительностью до года. Периодически беспокоили боли в суставах (коленных, голеностопных), сопровождавшиеся их опуханием и незначительным покраснением. На протяжении года отмечал эпизодическое появление на передней поверхности голеней участков болезненного уплотнения кожи с их покраснением. В течение последних 2-х месяцев присоединились жалобы на боли в поясничной области, усиливающиеся при движении, наклоне туловища, в связи с чем в поликлинике были назначены нестероидные противовоспалительные препараты, физиотерапевтические тепловые процедуры, на фоне которых появились описанные жалобы.

Анамнез жизни: родился от третьей беременности, рос и развивался нормально. В детстве перенес скарлатину, краснуху. Кожно-венерические заболевания, гепатит, психоневрологические заболевания, сахарный диабет, малярию отрицает. В возрасте 37 лет получал превентивное противотуберкулезное лечение, находился на учете у фтизиатра по поводу контакта с больным туберкулезом (брат пациента страдал фиброзно-кавернозной формой туберкулеза и являлся бацилловыделителем). В настоящий момент с учета снят. Травм, операций не было. Вредных привычек нет. Аллергических заболеваний, непереносимости пищевых, лекарственных веществ не выявлено. Гемотрансфузий не было. Эпидемиологическое окружение благополучное, в контакте с инфекционными больными не был. Со слов пациента с 40 лет страдает хроническим гастритом, по поводу чего периодически принимает антисекреторные препараты (лосек, фамотидин) без консультации с врачом. Периодически пациент отмечает тупые, ноющие, колющие боли в области сердца, длительностью до часа, провоцирующиеся психо-эмоциональными нагрузками. По этому поводу не обследовался, не лечился.

Объективный статус: состояние при поступлении тяжелое. Больной пониженного питания, рост 178 см, масса 50 кг, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеки голеней, стоп, лодыжки. Мышечная система: тонус нормальный, активные и пассивные движения в полном объеме. Резкая мышечная слабость, мышечная сила - 3 балла,

при пальпации различных групп мышц болезненности не выявляется. Дыхательная система:

Носовое дыхание свободное, ЧДД = 20 в минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание проводится симметрично. Перкуторно - ясный легочный звук, одинаковый над симметричными легочными полями. Высота стояния легких -3,5 см над ключицами. Поля Кренига -5см. Подвижность нижних легочных краев -2,5 см. Аускультативно: над симметричными полями -везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система: Область сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по среднеключичной линии, ограниченный, умеренной силы и резистентности. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости - по правому краю грудины; левая по среднеключичной линии в 5 межреберье; верхняя - на уровне 3 ребра. Тоны сердца слегка приглушены, ослабление I тона на верхушке, дующий систолический шум на верхушке, ритм правильный. ЧСС =110 в минуту. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. А/Д 90/60 мм.рт.ст.

Органы пищеварения: Слизистая губ, рта бледная, чистая. Десны не изменены. Зев не гиперемирован, миндалины нормальные. Язык влажный обложен белым налетом. Живот правильной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, при пальпации в левой подвздошной области пальпируется спазмированная, болезненная сигмовидная кишка, умеренно болезненные нисходящая, поперечная и восходящая ободочные кишки. Печень пальпаторно выступает из-под реберной дуги на 1,5см, край закругленный, плотноэластической консистенции, безболезненный. Размеры по Курлову: 9см*8см*7см. Селезенка не пальпируется. Перкуторные размеры селезенки 8см*5см.

Параклинические исследования. Ректороманоскопия (без подготовки): При наружном осмотре патологии не выявлено, при пальцевом исследовании тонус сфинктера снижен, болезненности нет. Тубус введен на 12 см. Слизистая оболочка рыхлая, зернистая, сосудистый рисунок отсутствует, выраженная спонтанная кровоточивость, множественные, сливающиеся эрозии и язвы с гнойным отделяемым, на стенках кишки — слизисто-гнойные налеты в просвете -гнойно-геморрагическое содержимое без каловых масс.

Общий анализ крови: Эр. $3,1 \cdot 10^{12}/л$ НЬ 106г/л, цв. показатель 0,76, гематокрит- 28%, лейкоциты $12,4 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные 32%, сегментоядерные 40%, эоз. 1%, лимф. 18,5%, моноциты 7%. СОЭ 30 мм/ч. Биохимическое исследование крови. Общий белок 43г/л, калий 2,3ммоль/л, кальций 1,7ммоль/л, сывороточное железо -3,2 мкмоль/л, латентная железосвязывающая способность -101 мкмоль/л, ферритин -13мкг/л, глюкоза -4,2ммоль/л.

Общий анализ мочи. Цвет - соломенно-желтый, рН =7,8; удельная плотность -1,014; белок - нет, лейкоциты -1 -0-3 в поле зрения; эритроциты - 1 -0-2 поле зрения; плоский эпителий -1-2-1 в поле зрения; слизь -незначительное

количество. Из-за тяжести состояния больного и опасности осложнений от проведения колоно- и ирригоскопии было решено воздержаться.

Копрограмма: кал жидкой консистенции, эритроциты - в большом количестве; лейкоциты -30-40 в поле зрения, нейтральный жир (+), жирные кислоты (+++), мыла (+++); мышечные волокна без исчерченности (+++).

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Выделите основные синдромы.
3. Назначьте лечение.
4. Перечислите основные осложнения, свойственные данному заболеванию.
5. С каким синдромосходным заболеванием наиболее часто приходится дифференцировать данную патологию?
6. В чем особенность морфологической картины заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА №15.

1. Язвенный колит, рецидивирующая форма, распространенное (тотальное?) поражение, тяжелое течение, активность воспаления III степени. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени. Синдром малабсорбции высказать предположение о тотальном вовлечении толстой кишки в патологический процесс можно на основании степени выраженности интоксикационного синдрома, синдрома малабсорбции, данных физикального обследования (умеренная болезненность по ходу всей толстой кишки).

2. Синдром хронической диареи. Поносом следует называть частую (не реже 3-4раз в сутки) дефекацию жидким калом, суточная масса которого превышает 200г. Хронической считается диарея, продолжительность которой превышает 3 недели:

- синдром патологических примесей в кале. В данном случае синдром можно расценивать как «опорный», наличие слизи и крови в каловых массах является патогномичным для НЯК;

- интоксикационно-воспалительный синдром. В этот синдром можно включить жалобы на повышение температуры тела до 38,5 градусов, на общую слабость, утомляемость; верифицируют синдром умеренный лейкоцитоз в выраженным палочкоядерным сдвигом влево, повышение СОЭ;

- синдром малабсорбции. Под термином малабсорбции понимают нарушение транспорта нутриентов через мембрану энтероцитов или же, говоря иными словами, симптомокомплекс клинических проявлений, возникающих вследствие нарушенного всасывания в тонкой кишке, называется малабсорбцией. У данного пациента к этому синдрому можно отнести жалобы на похудание на 8 кг, на слабость, мышечную и общую, которая развилась вследствие нарушения белкового обмена (снижение общего белка до 43г/л), а так же в результате выраженных электролитных расстройств (снижение уровня калия, кальция) Имеющиеся у больного отеки также укладываются в рамки обсуждаемого синдрома и обусловлены снижением онкотического давления. Подтверждают наличие синдрома малабсорбции данные копрологического исследования – креаторея, стеаторея I;

- анемический синдром -развился вследствие хронической кровопотери;
- железодефицитный характер анемии подтверждает снижение цветового показателя до 0,76 и снижение сывороточного железа до 3,4 мкмоль/л;
- повышение латентной железосвязывающей способности, снижение ферритина;
- синдром поражения миокарда - токсического, анемического генеза. Опорные признаки указанного синдрома: расширение левой границы относительной сердечной тупости, приглушение сердечных тонов, ослабление I тона на верхушке, появление дующего систолического шума на верхушке;

3. Терапевтическая схема при неспецифическом язвенном колите зависит от степени тяжести заболевания. С учетом наличия тяжелой формы заболевания данному пациенту целесообразно назначить: гидрокортизон 125 мг в/в в сутки, гидрокортизон 125 мг или преднизалон 20 мг ректально калельно (препарат растворяется в 100 мл 0,9% р-ра натрия хлорида) дважды в сутки, сульфасалазин внутрь 2 г, при непереносимости - месалазин (салофальк, месакол) 1 г/сут., парентеральное питание и заместительное введение жидкостей, электролитов, альбумина.

Необходимо ежедневное проведение комплекса лабораторных исследований и в случае отрицательной клинической динамики - немедленная обзорная рентгенография брюшной полости с целью ранней диагностики осложнений, могущих потребовать неотложного оперативного лечения. При неэффективности консервативной терапии ЯК в течение 10 дней и прогрессировании атаки на фоне адекватной терапии показана консультация хирурга для своевременного решения вопроса о переходе от консервативной терапии к хирургическому лечению.

4. При тяжелой форме НЯК часто развиваются осложнения, которые обычно подразделяют на местные и общие. К местным осложнениям, являющимся результатом тяжелого прогрессирования заболевания, относят:

- токсическую дилатацию толстой кишки;
- перфорацию;
- кишечное кровотечение;
- формирование воспалительных псевдополипов;
- рак толстой кишки общие (или внекишечные) осложнения включают;
- узловатая эритему;
- увеит;
- иридоциклит;
- артрит;
- развитие склерозирующего холангита;
- амилоидоз.

5. Чаше всего НЯК приходится дифференцировать с гранулематозным колитом (болезнью Крона), т.к. при этом заболевании так же в патологический процесс может вовлекаться толстая кишка с развитием синдромов хронической диареи, мальабсорбции и с-ма наличия патологических примесей в кале.

б. Морфологической спецификой НЯК следует считать локализацию патологического процесса в пределах слизистой оболочки кишечника с формированием обширных поверхностных язвенных дефектов (в отличие от болезни Крона, для которой характерна трансмуральность поражения с развитием щелевидных глубоких язвенных дефектов). Весьма типичным для неспецифического язвенного колита следует считать формирование микроабсцессов крипт толстой кишки.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 16.

Больной М., 54-х лет поступил в клинику с жалобами на тупые боли в верхней части живота, тошноту, отрыжку, отсутствие аппетита (вплоть до отвращения к мясным блюдам), потерю массы тела (за последний месяц около 10 кг.), слабость, вялость, апатию.

Анамнез болезни: в течение 10 лет страдает хроническим атрофическим гастритом. В этом году у больного обнаружена язва желудка по поводу которой проходил несколько курсов противоязвенной терапии. Последнее ухудшение около 1 месяца назад, когда у больного появились постоянные тупые боли в верхней половине живота, тошнота пропал аппетит, стал терять в весе. Самостоятельно принимал ранитидин - без эффекта. Состояние ухудшалось: нарастала слабость, вялость, апатия, продолжал терять в весе, появилось отвращение к мясным блюдам.

Анамнез жизни: родился от второй беременности, рос и развивался нормально, в физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. Из детских инфекций перенес корь, ветрянку, оспу. Гепатит, туберкулез, кожно-венерические заболевания, сахарный диабет, малярию отрицает. Травм, гемотрансфузий не было. В контакте с инфекционными больными не был. 10 лет назад аппендэктомия по поводу катарального аппендицита. Аллергологический анамнез; - весенне-летний поллиноз (ринит, конъюнктивит).

Объективный статус: состояние средней тяжести, сознание в полном объеме, вял, апатичен. Больной пониженного питания, рост 180 см., масса 56 кг. Кожные покровы и видимые слизистые - бледноватые, обычной температуры и влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышечная система: тонус несколько снижен, активные и пассивные движения в полном объеме, выраженная мышечная слабость. При пальпации различных групп мышц болезненности не выявляется.

Дыхательная система: Дыхание через нос свободное. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание не изменено, проводится симметрично. Перкуторно: над всеми полями - ясный легочный звук. Аускультативно: - везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД- 18 в I мин.

Сердечно-сосудистая система: Область сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в 5 м/реберье на 1 см левее средне-ключичной линии, ограниченный, умеренной силы и резистентности. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости - по правому краю грудины; верхняя - на уровне 3 ребра; левая - 1 см левее среднеключичной линии. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные с ЧСС 88 в 1 мин. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричен. АД-110/70

мм.рт.ст. Органы пищеварения: Слизистая губ, рта бледноватая, чистая. Десны не изменены. Зев не гиперемирован, миндалины нормальные. Язык сухой, обложен серым налетом у корня. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень у края реберной дуги. Размеры по Курлову: 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Параклинические показатели:

ОАК ЭР- 3,77*10¹²/л, Нв- 96 г/л, л.- 4,1*10⁹/л, тр.-170*10⁹. ОАМ: цвет: сол-желтый, уд.вес: 1018, реакция - кислая, белок - abs, лейкоциты: 0-0-1 в поле зр., эр. - 0-1-1 вЧЗГе зр., пл. эпителий -1-2-1, слизь - незначительное кол-во.БАК: Общ. белок 48г/л, АЛТ-35ед, АСТ-34ед, амилаза -124ммоль/л. Реакция кала на скрытую кровь - положительная.

ВОПРОСЫ:

1. Выделить основные клинические синдромы.
2. Сформулировать и обосновать предварительный диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести диф. Диагностику.
4. План дообследования больного.
5. План лечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ № 16.

1. Основные синдромы:

- болевой
- диспептический
- кахектический
- астенический
- анемический

2. Предварительный диагноз: учитывая жалобы больного (боли в эпигастрии, тошноту, снижение аппетита, отвращение к мясным блюдам, снижение массы тела), данные анамнеза (длительное время страдал предраковыми заболеваниями: атрофическим гастритом, язвенной болезнью желудка, неэффективность противоязвенной терапии), объективного осмотра (масса тела снижена, вялость, апатия, боли при пальпации в эпигастрии), параклинических показателей (сниженное количество эритроцитов, гемоглобина) можно выставить предварительный диагноз: С-г желудка. Хроническая постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести.

3. Дифференцировать с обострением язвенной болезни желудка, раком поджелудочной железы.

4. R- графия ЖКТ с контрастированием;

- ЭФГДС с прицельной биопсией слизистой;
- УЗИ органов брюшной полости;
- КТ брюшной полости;
- Лапароскопия.

5. Оперативное лечение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 17.

Больной Н, 28 лет, водитель поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, лихорадку с ознобом в течение двух дней, кашель сначала сухой, затем с слизисто-гнойной мокротой, боли в грудной клетке справа, связанные с дыханием.

Анамнез болезни: Выше перечисленные симптомы появились у больного через день после сильного переохлаждения. Внезапно к вечеру повысилась температура до 39С, появился сильный озноб, всю ночь беспокоил сильный сухой кашель. Лечился самостоятельно: принимал аспирин, пил чай с малиной, однако самочувствие не улучшалось. Вызвал на дом врача, который и направил больного в стационар.

Анамнез жизни: Родился от первой беременности, рос и развивался нормально. В детстве часто болел ангинами. Кожно-венерические, психоневрологические заболевания, малярию, туберкулез отрицает. В возрасте 17 лет перенес болезнь Боткина. В 25-летнем возрасте болел бронхитом. Травм и операций не было. Курит (1/2 пачки в день), алкоголем не злоупотребляет. Аллергических заболеваний, непереносимости пищевых, лекарственных веществ не выявлено. Гемотрансфузий не было. На диспансерном учете по поводу каких-либо заболеваний не состоит. Эпидемиологическое окружение благополучное, в контакте с инфекционными больными не был.

Объективный статус: Состояние при поступлении средней тяжести. Больной нормального телосложения, рост 170 см, масса тела 68 кг. Кожные покровы обычной окраски, herpes labialis. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет.

Мышечная система: тонус нормальный активные и пассивные движений в полном объеме. При пальпации различных групп мышц болезненности не выявляется. Дыхательная система: носовое дыхание свободное, ЧДД=21 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает от противоположной в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная. Голосовое дрожание усилено справа ниже угла лопатки. Перкуторно определяется притупление перкуторного звука справа, начиная с угла лопатки, подвижность правого легочного края 1,5см. Высота стояния легких над ключицами 3,5 см, ширина полей Крепнига - 5 см. Аускультативно: справа, начиная от угла лопатки дыхание с бронхиальным оттенком, выслушиваются крепитация, влажные мелкопузырчатые и сухие хрипы.

Сердечно - сосудистая система: область сердца не изменена, верхушечный толчок пальпируется в 5 м/реберье по среднеключичной линии, ограниченный, умеренной силы и резистентности. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости находится по правому краю грудины, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии в 5 м/реберье, верхняя - на уровне 3 ребра. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС - 100 ударов в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. АД 110/70 мм.рт.ст. Органы пищеварения: слизистая губ, рта бледная, чистая. Десны не изменены. Зев не гиперемирован, миндалины нормальные. Язык

влажный, слегка обложен у корня белым налетом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. Печень пальпаторно не выступает из-под края реберной дуги, размеры по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется.

Параклинические исследования: рентгенологическое исследование грудной клетки: на рентгенограмме, выполненной в прямой проекции определяется инфильтрация легочной ткани, занимающая всю нижнюю долю правого легкого. Корень уплотнен, диафрагма четкая. Сердце и аорта в пределах нормы.

Общий анализ крови: Э - 4,1 т/л, НЬ - 132 г/л, ЦП - 0,9, L - 15,6 г/л, палочко-ядерные - 20%, сегментоядерные-50%, эозинофилы-1%, лимфоциты - 19%, моноциты 10%. СОЭ -26 мм/ч.

Общий анализ мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, содержит много нейтрофильных лейкоцитов, единичные эритроциты, эпителиальные клетки.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите ведущие клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для установления этиологии заболевания и исключения синдромов сходных заболеваний?
4. Наметьте план лечения.
5. Перечислите возможные осложнения заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 17.

1. Интоксикационный:

- инфильтрации легочной ткани;
- бронхообструктивный;
- лихорадочный;

2. Внебольничная правосторонняя н/долевая пневмония, средней тяжести, осложненная бронхообструктивным синдромом.

3. Посев мокроты на стерильность, с последующим определением чувствительности к антибиотикам, исследование мокроты на ВК и АК рентгенологическое исследование грудной клетки в двух проекциях прямой и боковой; ЭКГ;

4. 1) постельный режим весь лихорадочный период; обильное питье;
- 2) антибактериальная терапия: при внебольничных пневмониях препаратами выбора являются пенициллины, в том числе с клавулановой кислотой, макролиды и цефалоспорины 1 и чаще 2 поколения;
- 3) при повышении температуры тела >38-40 С целесообразно кратковременное применение НПВС;
- 4) в качестве противокашлевого и одновременно противовоспалительного средства целесообразно использовать эреспал, сироп или таблетки, глауцин, либексин, тусупрекс;

5) с целью купирования бронхообструктивного синдрома наиболее часто используют эуфиллин, в последние годы появились ингибиторы фосфодистеразы пролонгированного действия (теопек, теотард);

б) для восстановления дренажной функции бронхов назначают отхаркивающие средства и муколитики, когда кашель становится "влажным" (раствор калия йодида, корень алтея, мукалтин, бромгексин);

7) антиоксиданты, витамины per os, физио-терапевтическое лечение.

5. Легочные осложнения: парапневмонический плеврит, эмпиема плевры, абсцесс и гангрена легкого, множественная деструкция легких, бронхообструктивный синдром. ОПН. Внелегочные осложнения:

- инфекционно-токсический шок;

- острое легочное сердце;

- менингит,

- токсический гепатит;

- острый гломерулонефрит;

- ДВС крови;

- психозы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 18.

К участковому терапевту обратилась женщина в возрасте 32 лет с жалобами на раздражительность, чувство давления в области шеи, ощущения сердцебиения, перебоев в работе сердца, чувство жара, потливость, снижение работоспособности, стул 2 раза в сутки часто неоформленный.

Анамнез болезни: считает себя больной около года, в течение которого отмечает постепенное усиление выраженности симптомов. За последние месяцы похудела на 6-7 кг, несмотря на хороший аппетит. За медицинской помощью по поводу настоящего заболевания обратилась впервые.

Анамнез жизни: Кроме детских болезней перенесла пневмонию в 29 и 31-летнем возрасте. Другие болезни отрицает. В течение последнего года значительно снизилось либидо. Беременностей 3, аборт 2, роды 1, ребенок здоров. Аллергологический анамнез не отягощен. Мать больной страдает сахарным диабетом, мерцательной аритмией, отец перенес операцию по поводу рака пищевода.

Объективный статус: Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное, эмоционально лабильна, суетлива речь ускорена. Кожные покровы обычной окраски, горячие, влажные. Тремор пальцев вытянутых рук. Пониженного питания, индекс Кетле - 17,4 кг/м² щитовидная железа равномерно увеличена до 11 степени, при пальпации мягкая. Симптомы Грефе, Кохера, Штельвага и Мебиуса положительные В легких везикулярное дыхание. Частота дыхания - 20 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см и вправо на 1 см. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС - 106 в 1 мин. АД - 140 и 70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Размеры печени по Курлову 11х9х8 см. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Диурез не нарушен. Отеков нет.

Параклинические показатели:

Общий анализ крови: Эр - $3,4 \cdot 10^{12}/л$; НЬ - 103 г/л; ЦП - 0,9; Л - $4,5 \cdot 10^9/л$, П - 3%, М - 2%, Э - 4%, С - 62%, Л - 29%; СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи - без патологии. Биохимический анализ крови: белок общий - 63 г/л, альбумины - 55%, глобулины - 45%, холестерин общий - 3,3 ммоль/л, глюкоза - 5,9 ммоль/л. ЭКГ заключение. Синусовая тахикардия 100 в 1 мин. Вертикальное положение эл. оси. Умеренно выраженные диффузные изменения миокарда. УЗИ щитовидной железы. На фоне диффузного увеличения железы визуализируются два гиперэхогенных образования в левой доле размерами 7x5 и 5x4 мм. Исследование крови на гормоны - 0,17 МЕД/л, Тз - 55,3 нмоль/л, Т4 - 149 нмоль/л.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Можно ли объяснить изменения в анализах крови наличием этого заболевания?
3. Перечислите круг основных заболеваний для дифференциальной диагностики.
4. Предложите дополнительные методы исследования с учетом обнаружения новообразований в щитовидной железе.
5. Назначьте медикаментозную терапию выявленного заболевания.
6. Каковы объективные методы контроля эффективности лечения?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 18.

1. Диффузно – узловой токсический зоб средней степени тяжести.
2. Умеренная гипохромная анемия, гипопротейнемия, гипоальбуминемия, гипохолестеринемия, гипергликемия встречаются при токсическом зобе. Снижение уровня ТТГ при одновременном повышении уровней Т3 Т4 типично для тиреотоксикоза.
3. Токсическая аденома щитовидной железы, рак щитовидной железы, нейроциркуляторная дистония.
4. Определение в крови тиреостимулирующих иммуноглобулинов, радиоизотопное сканирование щитовидной железы, пункционная биопсия узлов щитовидной железы с микроскопией.
5. Тиреостатический препарат - мерказолил 0,005 г по 2 таб. 3-4 раза в день 2-4 недели и более. С момента наступления эутиреоза доза мерказолила постепенно снижается, примерно на 5 мг каждую неделю, до поддерживающей - 2,5-10 мг/сутки, которая применяется до 1 -1,5 лет.
6. Для уменьшения зобогенного эффекта тиреостатика - таблетки "Микройод" по 1 таб. 2-3 раза в день курсами по 20 дней с 10-20 дневными перерывами. Бета-адреноблокаторы, например, пропранолол по 40-160 мг/сутки внутрь в 3-4 приема.
7. Исследование крови на ТТГ, Т3, Т4, УЗИ щитовидной железы, РИИ щитовидной железы, нормализация частоты сердечных сокращений и клинических проявлений.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 19.

Больной М., 24 лет, токарь, поступил в клинику с жалобами на резкую общую слабость, головную боль, одышку, отеки лица и голеней, уменьшение количества и изменение цвета мочи.

Анамнез болезни: в течение нескольких дней «болело горло», повышалась температура тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, больной продолжал работать, лечился содовыми полосканиями утром и вечером, через 2 недели стал замечать по утрам припухлость век появились головные боли, два дня назад отеки распространились на все лицо, нижние конечности, появилась одышка, одновременно уменьшилось количество мочи до 500 мл/сутки, которая имела вид «мясных помоев».

Анамнез жизни: родился вторым ребенком в срок, в детстве перенес корь, скарлатину, эпидемический паротит, последние два года частые ангины, работа связана с переохлаждением, сквозняками.

Объективный статус: кожные покровы бледные, лицо одутловатое, отеки подкожно-жировой клетчатки живота, поясничной области, голеней, стоп. Пульс 60 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. Границы сердца: правая – 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро, левая - 0,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичные, небольшой акцент II тона над аортой. АД- 180/110.мм рт. ст., пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, напряжен. Частота дыханий 26 в 1 минуту. При перкуссии легких - в нижних отделах с обеих сторон укорочение перкуторного звука, при аускультации легких в верхних отделах - жесткое дыхание, в нижних - на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот правильной формы, симметричный, обе его половины равномерно участвуют в акте дыхания, поверхностная и глубокая пальпация живота безболезненная, печень выступает из-под края реберной дуги по правой средишю-ключичной линии на 2 см, край закруглен, поверхность гладкая, размеры печени 12x11x10 см по Курлову, селезенка не пальпируется, размеры ее 8x6 см, при перкуссии боковых отделов живота перкуторный звук тупой, пальпация поясничной области безболезненная, почки не пальпируются.

Параклинические показатели:

Общий анализ мочи: цвет красно-бурый, мутная, реакция резко кислая, плотность - 1,028, белок - 4 г/л, лейкоциты 4-6 в поле зрения, эритроциты 80-100 и более в поле зрения, большей частью измененные, цилиндры гиалиновые 1-2-3 п/зр, зернистые 2-3 в поле зрения.

Общий анализ крови: эр.- 3,8 т/л, НЬ -90 г/л, цветовой показатель - 0,8, лейкоц. - 4 г/л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные -57%, эозин. - 1%, моноциты - 7%, лимфоц. -31%, тромбоциты - 312г/л, СОЭ- 20 мм/час.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите ведущие клинические синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.

3. Какие дополнительные методы обследования лабораторные и инструментальные необходимы для подтверждения Вашего диагноза? Обоснуйте целесообразность их назначения и ожидаемые результаты?
4. Наметьте план лечения.
5. Возможные исходы заболевания, осложнения.
6. Определите прогноз заболевания в данном случае, рекомендации при выписке из стационара.
7. Профилактика заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 19.

1. отечный (нефротический);

- гипертонический;
- мочевого;
- недостаточности кровообращения.

2. Острый Диффузный гломерулонефрит (развернутая клиническая стадия),

3. Общий анализ крови (возможны умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, как проявление перенесенной инфекции, анемия - за счет «разведения» крови, биохимические показатели крови: креатинин, мочевины - возможно их повышение, как проявление ОПН, холестерин, липиды, белковый спектр крови - возможны гиперхолестеринемия, гиперлипидемия, гипопротеинемия - как проявление нефротического синдрома, с -реактивный протеин, титры АСЛ-О, комплемента; последний должен определяться повторно, так как при благоприятном течении заболевания он повышается до нормального уровня к концу месяца от начала заболевания, а при хронизации процесса остается сниженным. Электролиты крови К⁺, проба Реберга-Тареева - снижение клубочковой фильтрации, исследование глазного дна, ЭКГ.

4. Постельный режим, диета с резким ограничением соли, жидкости, форсирование диуреза внутривенным введением лазикса, гипотензивные препараты, комбинированное лечение иммунодепрессантами, гепарином и антиагрегантами, антибиотиками в течение 7-10 дней.

5. Выздоровление (60-65%), переход в хроническую форму. Эклампсия, острая левожелудочковая недостаточность, острая почечная недостаточность.

6. Эффективное лечение очаговой инфекции, в целях своевременного выявления начала болезни после вакцинации, перенесенных острых респираторных инфекций у всех больных обязательно исследовать общий анализ мочи.

7. Профилактика острого гломерулонефрита сводится к:

- а) эффективному лечению очаговой инфекции, в частности, хронического тонзиллита с рецидивирующими обструкциями;
- б) рациональному закаливанию;
- в) в случае острых респираторных инфекций, а также после вакцинации обязательно исследовать мочу для своевременного выявления начала болезни.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 20.

Больная В., 24 лет, студентка, обратилась в поликлинику по месту-жительства с жалобами на повышение температуры тела до 38° выраженную потливость, кожный зуд, непродуктивный кашель, общую, слабость, увеличение лимфатических узлов.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 1 месяца. Начало заболевания расценила как ОРЗ: появились слабость, кашель, потливость, повысилась температура. Принимала жаропонижающие, отхаркивающие препараты, на грудную клетку ставила горчичники. После появления припухлости на передней поверхности шеи по совету подруги делала согревающие компрессы, принимала ровомицин в течение 5 дней. Появление кожного зуда расценила как аллергическую реакцию на антибиотик. В течение 1 месяца похудела на 6 кг (при исходном весе 60 кг). Состояние на фоне проводимой терапии не улучшилось, в связи с чем обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни: родилась в срок, в детстве перенесла паротит и краснуху, развивалась соответственно возрасту, училась хорошо. Курит с 20 лет. Месячные обильные первые два дня, болезненные. Аллергологический анамнез не отягощен. Мать здорова, отец умер 20 лет тому назад от какого-то онкологического заболевания.

Объективный статус: кожные покровы бледные, влажные, следы расчесов на животе и голенях, $t = 38,5^{\circ}\text{C}$. Зев не гиперемирован. Вдоль *m. Sternocleidomastoideus* спереди, и в надключичной области справа пальпируются плотные, не спаянные друг с другом, подвижные лимфатические узлы 2x2,5 см, 3x2,5 см, кожа над ними не изменена. В легких везикулярное ослабленное дыхание ЧДД = 22. Размеры относительной тупости сердца: левая - 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая - 1 см кнаружи от парастеральной линии, верхняя - III ребро. Ширина сосудистого пучка - 10 см. Тоны сердца громкие, мелодия правильная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Размер печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка 8x5 см.

Параклинические показатели:

В условиях поликлиники были выполнены ОАК, коагулограмма и флюорография органов грудной клетки.

ОАК: СОЭ - 56 мм/ч; Эр - 2,8 т/л; Нв - 96 г/л; Тромбоц. - 420 г/л; Лейк. - 12,3 г/л; Эоз. - 6 %, Сегм. - 78%, Л - 7%, Лимф. - 5 %, Мон. - 4%. Фибриноген крови - 7,5 г/л. На ФГ определяется расширение тени средостения за счет увеличения медиастинальных лимфатических узлов. В условиях онкологического диспансера выполнена биопсия 2 лимфатических узлов из надключичной области: в обоих узлах признаки нодулярного склероза, обнаружены клетки Березовского - Штернберга.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Приведите современную клиническую классификацию (по стадиям).
3. Какой признак является определяющим при верификации диагноза.
4. Какие изменения в ОАК, характерны для данного заболевания.

5. Показано ли в данном случае проведение медиастиноскопии, обоснуйте свой ответ.
6. Какие органы, не относящиеся к лимфатической системе, поражаются при IV стадии этого заболевания.
7. Какие виды терапии применяют при лечении этого заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 20.

1. Лимфогранулематоз II Б стадия, нодулярный склероз.

2. Клиническая классификация.

Стадия I – локальные формы заболевания: поражение 1 или 2 смежных групп л/у, расположенных по одну сторону диафрагмы.

Стадия II – Регионарные формы заболевания: поражение 2 или более групп л/у, несмежных групп, расположенных по одну сторону диафрагмы, возможно вовлечение в процесс селезенки.

Стадия III – Генерализованные формы заболевания: поражение 2 и более групп л/у, расположенных по обе стороны диафрагмы; возможно вовлечение в процесс селезенки или очаговое поражение любого экстранодального органа.

Стадия VI – Диссеминированные формы заболевания: поражение органов (печень, кожа, легкие, плевра, кости, костный мозг), которое сочетается с увеличением л/у различной локализации или протекает без него. В диагнозе отражается: наличие (Б) или отсутствие (А) признаков общей интоксикации: лихорадка выше 38,0 С, профузные поты, похудание (потеря 10% массы тела за короткий срок); наличие (б) и отсутствие (а) биологических признаков активности: повышение СОЭ (более 30 мм/ч), гиперфибриногенемия (более 5,0 г/л), гипер-у-глобуленемия (>1,0 %), гипергаптоглобинемия (1,5 г/л), гипер-церулоплазминемия (>185 г/л).

3. Обнаружение при биопсии или в пункте клеток Березовского – Штернберга.

4. Повышение СОЭ, анемия, тромбоцитоз, лейкоцитоз, эозинофилия, абсолютная лимфопения в ОАК.

5. При увеличении л/у верхнего отдела переднего средостения перед проведением лучевой терапии необходимо уточнить их гистологическое строение (наличие клеток Березовского – Штернберга) методом медиастиноскопии.

6. Химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 21.

Больной Л., 30 лет, поступил в приемное отделение больницы скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные головные боли, снижение зрения, "туман" перед глазами, головокружение, одышку, сухой кашель, сердцебиение, выраженную слабость, боли в костях, тошноту, частое мочеиспускание в ночные часы.

Анамнез заболевания: Со слов больного, 2 года назад перенес рожистое воспаление кожи левой голени, лечился амбулаторно пенициллином, поливитаминами. Впоследствии сохранялась легкая слабость. Месяц спустя при "случайном" медицинском осмотре (прохождение медкомиссии при поступлении на работу) у больного выявлена небольшая протеинурия (0,8 г/сут). Состояние больного оставалось удовлетворительным, жалоб не предъявлял. Вел привычный образ жизни. В дальнейшем к врачу не обращался. В течение последнего года стал замечать появление головных болей, повышение АД до 160/100 мм рт.ст. (адаптирован к АД 130/80 мм рт.ст.), снижение работоспособности, перiorбитальные отеки по утрам, что связывал с физическим и психоэмоциональным переутомлением на работе. Настоящее ухудшение состояния в течение последнего месяца в виде стойкого повышения АД до 190/120 мм рт.ст., снижения зрения, нарастания отечности лица и конечностей, появления одышки и сердцебиений. Сегодня утром почувствовал сильную головную боль и нарастание одышки, усиливавшуюся в горизонтальном положении и сопровождающуюся сухим кашлем на фоне повышения АД до 200/130 мм рт.ст. Вызванная бригада скорой медицинской помощи доставила больного в приемное отделение больницы.

Анамнез жизни: Родился от 3-й беременности. В детстве рос и развивался соответственно возрасту и полу. Из детских инфекций перенес корь, паротит, частые ангины. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез - мать больного страдает гипертонической болезнью, перенесла инфаркт миокарда. Профессиональный анамнез - работает водителем автобуса, часто находится в длительных командировках.

Объективный статус: состояние средней тяжести. В сознании. Пониженное питание. Кожный покров бледный, сухой; подкожные сливные кровоизлияния ("синяки"). Пастозность лица, кистей рук умеренные отеки голеней и стоп. В легких: притупление перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон; аускультативно - везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД=28 в минуту. Верхушечный толчок в V м/р слева, разлитой, резистентный. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, верхняя: II межреберье слева, правая - в IV м/р по правому краю грудины. Аускультативно. I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на аорте. Систолический шум на верхушке, иррадиирующий в левую аксиллярную область. АД 200/130 мм рт. ст.) Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у реберного края, ее размеры по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется.

Параклинические показатели: ОАК- Эр.-3,2 г/л, Нв-98 г/л, Гематокрт-0,29. Лейкоциты-9,5 г/л, п-5%, с-68%, л-20%, м-7%. СОЭ -30 мм/ч. Глюкоза крови =5,6 ммоль/л. Мочевина-16,8 ммоль/л. Креатинин- 0,620 ммоль/л (620 мкмоль/л). Общий билирубин-18,2 ммоль/л. АЛТ-0,5 ммоль/л, АСТ- 0,3 ммоль/л. ОАМ - сол./желт., рН -нейтр., отн. плотн. 1008, белок- 1,8 г/л. Микроскопия осадка: эпителий - 6-8 в п/зр., лейкоциты - 6-10-12 в п/зр., эритро-

циты измененные – 35-40 в п/зр, цилиндры: гиалиновые - 6-8 в п/зр., зернистые-8-10 в п/зр. Проба Реберга-Тареева- клубочковая фильтрация 30 мл/мин, канальцевая реабсорбция -92%. ЭКГ-синусовый ритм, 82 в мин. Горизонтальное положение эл. оси сердца. Уплотнение зубца Т во всех отведениях. Гипертрофия левого желудочка. Р-графия органов грудной клетки - признаки венозного застоя в малом круге кровообращения, расширение левых границ сердца.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Перечислите клинико-патогенетические формы данного заболевания.
4. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимы для верификации клинического диагноза?
5. Нуждается ли больной в неотложной помощи? Если да, то в чем она заключается?
6. Укажите какие осложнения характерны при предполагаемом заболевании.
7. Назовите механизм развития артериальной гипертонии при данном заболевании.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 21.

1. Острой левожелудочковой недостаточности;

- Артериальной гипертонии;
- Кардиомегалии;
- Отечный;
- Анемический;
- Мочевой (протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, гемостенурия);
- Хронической почечной недостаточности.

2. Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, фаза обострения. Симптоматическая артериальная гипертония. Криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью. Хроническая почечная недостаточность II стадия по Рябову и Бондаренко.

3. Латентная, нефротическая, гипертоническая, гематурическая, смешанная.

4. Лабораторные: общий белок и фракции (диспротеинемия), белки острой фазы, электролиты крови, липиды крови, моча по Ничипоренко, моча по Зимницкому, Узи почек, биопсия почек.

5. Нуждается в проведении мероприятий по купированию явлений острой левожелудочковой недостаточности. В/в наркотические анальгетики (морфин, промедол), лазикс 60 – 80 мг, нитропруссид натрия (нитроглицерин в/в).

6. Осложнения: со стороны почек – ХПН, уремия; со стороны сердечно – сосудистой системы – острая левожелудочковая недостаточность, инфаркт миокарда, инсульт.

7. Артериальная гипертония в данном случае носит симптоматический (вторичный) характер, ее механизм – активация РААС (ренин – ангиотензин – альдостероновой системы).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 22.

Больная Л. 46 лет. Поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на высокую лихорадку (t-38-39 С) с ознобами, сухой кашель. Боли в левом подреберье, левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, кашле, тошноту, снижение аппетита, послабление стула (кашецеобразный до 3-4 раз в сутки).

Анамнез болезни: Заболела остро 5 дней назад. Отмечала день рождения, ела много жирной, острой пищи, пила крепкие напитки. Имел место фактор переохлаждения (выходила на балкон). На следующий день почувствовала недомогание, боли в левом подреберье, вздутие живота, тошноту, дважды была рвота. Больная расценила это как пищевое отравление, сделала промывание желудка, пила минеральную воду, голодала. Состояние не улучшалось, тошнота, рвота (на прием воды) сохранялись. К вечеру появился озноб, поднялась температура боли распространились вверх, охватывая весь левый бок, стало трудно дышать, появилось покашливание. Вызвала скорую помощь, была диагностирована левосторонняя пневмония, назначены антибиотики. На следующий день был вызван участковый врач, который подтвердил диагноз. Была сделана рентгенограмма, на которой обнаружен выпот в плевральной полости. Больная была направлена в стационар.

Анамнез жизни: Из анамнеза обращало внимание указание на то, что 3 года назад больная перенесла эпизод тяжелого острого панкреатита с желтухой, лечилась в хирургическом, гастроэнтерологическом отделениях. Тогда же был обнаружен крупный камень в желчном пузыре, предложена операция, от которой больная отказалась. После выздоровления стала придерживаться диеты, дважды прошла санаторно-курортное лечение, чувствовала себя хорошо.

Объективный статус: Состояние больной тяжелое. Держится фебрильная лихорадка. Истеричность склер. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Перкуторно легочной звук притуплён слева в подлопаточной области с ослаблением голосового дрожания и бронхофонки соответственно. При аускультации в этой области дыхание отсутствует, над остальными участками легких везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны приглушены, ритмичные, тахисистолия. Язык влажный, густо обложен белым налетом, отпечатки зубов на боковых поверхностях. На коже груди и живота «рубиновые капельки». Живот умеренно вздут, при пальпации – выраженная болезненность в верхней половине живота, особенно - в зоне Шоффара. Печень 10x10x8 см по Курлову, выступает из-под ребра на 1,5 см, умеренно болезненна при пальпации, симптом Ортнера слабо положительный. Селезенка не пальпируется. Признаков раздражения брюшины нет.

Параклинические показатели:

ОАК: Эр-4,3 т/л, Нв-130 г/л, Ц.П.-0,8, Л-13,9 г/л, Э-2%, П-18%, С-60%, Л-14%, М-6%, СОЭ-44 мм/час.

ОАМ: лейкоциты до 2-3 в п/зр, белок-0,33 г/л.

БАК: Общий белок - 78 г/л, А/Г коэф. - 2,2. Общий билирубин -38 мкмоль/л, прямой - 28 мкмоль/л. АСТ - 28 ед. АЛТ - 32 ед. ЩФ – 128 ед. Холестерин - 6, 7 ммоль/л, СРВ - 55 ед, амилаза - 420 ед, глюкоза 5,8 ммоль/л.

УЗИ брюшной полости: печень расположена в типичном месте, размеры органа не увеличены. Эхоструктура диффузно повышенной эхогенности. Желчный пузырь не изменен, толщина стенки 3-4 мм, в просвете определяется конкремент диаметром 15-20 мм. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа с нечетким контуром, размеры увеличены, неравномерно гиперэхогенна.

Рентгенография грудной клетки: Легочные поля без инфильтративных изменений, корни структурны. В левой плевральной полости выпот до 8 ребра. Небольшое количество жидкости в правом синусе. Сердце, аорта без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Выделить основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте.
3. С какими заболеваниями по болевому синдрому необходимо провести дифференциальный диагноз. Проведите с одним из них.
4. Какие обследования необходимо сделать для подтверждения предполагаемого диагноза.
5. Ваша тактика ведения больной и лечебные мероприятия.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 22.

1. Синдромы:

- Болевой;
- Диспептический;
- Воспаления (лихорадочный);
- Скопление жидкости в плевральной полости;
- Феномен “уклонения панкреатических ферментов”;
- Билиарный калькулез по (УЗИ).

2. Предполагаемый диагноз:

Хронический обструктивный панкреатит, обострение, тяжелая форма, холестаза. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Осложнение: вторичный ферментативный плеврит.

Диагноз подтверждается анамнезом (три года назад перенесла острый панкреатит с холестазом), клиническими синдромами (см. п. 1.), данными объективного и параклинического обследования.

3. Дифференциальный диагноз по болевому синдрому (без данных дополнительного обследования) необходимо было проводить с левосторонней пневмонией, экссудативным плевритом, язвенной болезнью, “острым животом” (непроходимость кишечника), абдоминальной формой инфаркта миокарда.

4. Дообследование:

- Плевральная пункция с исследованием жидкости на содержание панкреатических ферментов;

- ЭКГ;
- Обзорный снимок брюшной полости;
- Панкреатические ферменты в сыворотке крови (динамика в процессе лечения);
- ФГДС, рентгенологическое исследование желудка и 12 п. Кишки.
- Биохимия крови: АСТ, АЛТ, КФК, ЛДГ;
- Копроцитограмма;
- РХПГ.

5. 1) В остром периоде основная задача - снижение внешнесекреторной функции поджелуд. Железы: голод, аспирация желудочного содержимого; подавление секреторной ф-ции жел. (блокаторы H₂-рецепторов, гистамина, холинолитики); антациды.

2) Введение антиферментных преп-ов (контрикал, аprotитин, гордокс и др.) - под контролем содержания ферментов (амилазы) в крови, моче.

3) Инфузионная тер. не менее 3 л/сут (глюкоза, электролиты, альбумин, плазма) под контролем гемодинамических показателей.

4) АБ терапия (антибиотики широкого спектра).

5) Симптоматическое лечение (анальгетики, спазмолит, мотилиум, церукал и др.

6) При стабилизации состояния и расширении диеты - ферментные препараты.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 23.

Больной С, 42 лет был госпитализирован в реанимационное отделение по Экстренным показаниям. Жалобы на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, боли постоянные, жгучие, без иррадиации, на тошноту, частую рвоту, задержку стула, судороги в мышцах конечностей выраженную слабость. Жалобы на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, боли постоянные, жгучие, без иррадиации, на тошноту, частую рвоту, задержку стула, судороги в мышцах конечностей, выраженную слабость.

Анамнез болезни: Со слов жены, заболел остро, с неделю назад после приема алкоголя появились резкие боли в животе, тошнота, рвота. В течение недели принимал соду, которая первоначально снимала боль, но рвота сохранялась, нарастала. Больной категорически отказывался от медицинской помощи и в течение недели облегчал состояние приемом соды, минеральной воды, но-шпы. Состояние не улучшилось. Нарастала слабость, появились судороги. Родственники вызвали скорую помощь, которой был доставлен в стационар.

Анамнез жизни: Установлено, что у больного на протяжении нескольких лет в весенние месяцы отмечалось обострение болезни в виде выраженных болей в животе, тошноты, рвоты. Больной к врачам не обращался, не обследовался, лечился сам приемами соды, трав. Состояние улучшалось через 2 недели, боли купировались. Больной - многолетний курильщик, употребляет алкоголь. Работает шофером в нефтеразведке, по работе имеет частые командировки.

Объективное обследование: общее состояние больного тяжелое, заторможен, вял. Питание снижено отмечается гипотермия. Кожные покровы сухие легко, собираются в складку. Цвет кожных покровов бледный с сероватым оттенком. Органы дыхания без патологии. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, частые экстрасистолы АД 80/50 мм рт. ст. Язык сухой, густо обложен коричневым, налетом. Живот запавший, при пальпации отмечается болезненность в правой половине эпигастрия, положительный в этой зоне с. Менделя. Печень, селезенка не увеличены. Пальпаторные симптомы на холецистит - отрицательные.

Параклинические показатели:

ОАК: Эр-5,2 т/л, Нв-160 г/л, Л-12 г/л, Э-4%, П-7%, С-72%, Л-12%, М-6%. ОАМ: уд. вес-1029, белок-0,33 г/л, гиалиновые цилиндры до 3 в п/з. БАК: Общий белок-76 г/л, альбумины-66%, глобулины-34%. Общий билирубин-24 мкмоль/л, АЛТ-46 ед, АСТ-50ед, Глюкоза-5,7ммоль/л. Калий 5,7 ммоль, креатинин-180 мкмоль/л, Мочевина-8,8ммоль/л, натрий-110 ммоль/л, хлор-90 ммоль/л, Холестерин-6,8 ммоль/л. УЗИ органов брюшной полости: Размеры печени не увеличены, диффузная гиперэхогенность. Селезенка без особенностей. Поджелудочная железа не увеличена, отмечается неоднородная гиперэхогенность.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Укажите какие осложнения характерны при предполагаемом заболевании.
4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.
5. Ваша тактика ведения данного больного.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 23.

1. Основные синдромы: болевой, диспептический, аритмический, электролитных нарушений (гипо - хлоремия, гипонатриемия), обезвоженность, судорожный, мочевого.

2. Предполагаемый диагноз: ЯБ, пилородоуденальная локализация язвы, фаза обострения, тяжелое течение. Рубцово – язвенный пилоростеноз, гипохлоремия, гипонатриемия. Диагноз подтверждает анамнез (на протяжении нескольких лет у больного были сезонные боли в эпигастрии, рвота, купирующиеся антацидами. Настоящее обострение проявлялось длительной рвотой в течение недели, что привело к обезвоживанию и электролитным нарушениям – признак характерный для осложнения ЯБ- пилоростеноза. Электролитные нарушения явились причиной судорожного и аритмического синдромов.

3. Осложнения ЯБ: пилоростеноз, кр/теч, пенетрация, перфорация, малигнизация.

4. ФГДС, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ, кал на скрытую кровь, ЭКГ, Уровень Са, мочевины крови.

5. Тактика ведения больного:

- Наблюдение в условиях РАО,

- Стабилизация электролитных расстройств (гипертонический раствор хлорида натрия, физ. раствор),
- Инфузионная тер (глюкоза, альбумин, протеин и др.),
- Противоязвенная терапия,
- Консультация Хирурга – решение вопроса об оперативной коррекции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 24.

Больная М., 36 лет, поступила в стационар по направлению поликлиники с жалобами на желтизну кожных покровов, постоянную тяжесть в правом подреберье, усиливающуюся после незначительной физической нагрузки, боли в мышцах, неприятный вкус пищевых продуктов, тошноту, после приема жирной жареной пищи, слабость, утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке, головокружение, особенно в душном помещении, повышение температуры тела до 37,2С°, раздражительность.

Анамнез заболевания: связывает свое заболевание с перенесенным 3 недели назад ОРВИ. Ранее желтухой не болела, как и близкие родственники, проживающие совместно. Отмстила, что тяжесть в правом подреберье, тошнота, слабость, головокружения, раздражительность возникали эпизодически последние 2-3 года, их выраженность была незначительной, трудоспособность больной значительно не ограничивали, проходили самостоятельно.

Анамнез жизни: в анамнезе - детские инфекции: ветряная оспа, корь; аппендэктомия в возрасте 20 лет. Беременность в возрасте 22 лет, протекала без осложнений. Роды одни. Отмечает гемотрансфузию 13 лет назад ввиду «тяжелых» родов. Вредные привычки категорически отрицает. Аллергологический анамнез, со слов больной, не отягощен. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Работает учителем начальных классов.

Объективный статус: состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 168см, вес 64 кг Кожа и слизистые истеричны, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы без уплотнений. Над легкими ясный перкуторный звук, дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны, ясные, выслушивается нежный систолический шум на верхушке, ЧСС 88 в минуту. Пульс удовлетворительных качеств, АД 105/70 мм.рт.ст. Живот правильной формы, симметричен, участвует в акте дыхания, в правой подвздошной области имеется послеоперационный рубец. Пальпаторно живот мягкий, чувствителен в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 14x13x10 см, край заострен, чувствителен, плотноват, на 5 см выступает из – под края реберной дуги. Симптомы Грекова-Ортнера, Мюсси-Георгиевского отрицательны. Размеры селезенки 12x12см по Курлову. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Параклинические показатели:

В поликлинике произведены общий анализ крови: эритроциты 3,0 Т/Л, Нв 82 г/л, ЦП –0,76, лейкоциты 4,5 г/л, эоз 2%, палоч 4%, сегм 68%, лимф 21%, мон 5%, СОЭ 23 мм/час, тромбоциты - 120 г/л., общий билирубин 84 мкмоль/л,

конъюгированный 37 мкмоль/л, мочевины 6.5 ммоль/л, креатинин 94 мкмоль/л, АСТ - 80 Ед, АЛТ- 240 Ед.

ОАМ -цвет насыщенный, относ. Плот. 1,018, эр. - 1-2 в п/зр., лейкоц.- 3-3 в п/зр., билирубин. ЭКГ: нормальное положение электрической оси сердца, синусовый Правильный ритм, 88 в минуту. Признаки гипоксии миокарда. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Укажите методы верификации диагноза.
4. Наиболее вероятный, на Ваш взгляд, генез анемии.
5. Современные методы лечения данной патологии. Длительность и эффективность лечения.
6. Возможные исходы заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 24.

1. Системы: гепато-спленомегалии; желтухи; диспептич; циркуляторно-гипоксический (гипотензия, тахи, слабость, головокружение, систолич, шум, анемия); лихорадочный; астеновегетативный.

2. Хр. ВГ (возможно С), умеренная степень акт-сти. Гипохромная анемия средней степени тяжести.

3. Определить акт-сть щелочной фосфатазы, общий белок и фракции, сывороточное железо, железо-связывающая способность сыворотки, УЗИ печ, желчного пузыря, ПЖ, пункционная биопсия печени, маркеры вирусных гепатитов методом ПЦР. Определить возможный источник кровопотери. Консультация гинеколога (самая частая причина у женщин до 40 лет), исключить кр/теч из ЖКТ (геморрой).

4. Генез анемии может иметь двоякий характер:

а) результат гипоплазии (начинающейся аплазии) костного мозга, случающийся при гепатите С.

б) проявление гиперспленизма.

Оба варианта имеют право на существование на этом этапе исследования, т.к. у б-ной имеется панцитопения.

5. Если будет подтвержден вирусный генез гепатита применение противовирусной тер. на протяжении 12 мес. Д/лечения железодефицитной анемии препараты Fe внутрь: ферроградумет, фенюльс, тардиферон, сорбифер дурулес 1-2 мес. до достижения Нв 120 г/л, затем поддерж тер. такой же длительности, но в половинной дозе.

6. Возможен исход и цирроз печени, а также гепатоцеллюлярная карцинома.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 25.

Больная 3., 75 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, недомогание, отсутствие аппетита, тошноту, похудание,

тяжесть при дыхании в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха, одышка в покое и при небольшой нагрузке, редкий сухой кашель, повышение температуры.

Анамнез заболевания: считает себя больной 3 месяца, когда стала появляться общая слабость, ухудшился аппетит, начала терять в весе. За 2-3 недели до поступления в стационар состояние ухудшилось: появилась тяжесть в грудной клетке слева одышка, периодически повышалась t тела до 37,5 С.

Анамнез жизни: росла и развивалась в соответствии с возрастом, болела редко. Имела 5 беременностей, закончившихся родами. Работала садоводом-декоратором. В возрасте 55 лет болела туберкулезом легких, долго находилась на диспансерном учете (форму туберкулезного процесса не знает). Дети и муж активными формами туберкулеза не болели. Аллергологический анамнез неотягощен. Материальные условия хорошие.

Объективный статус: больная нормального телосложения, умеренного питания. Кожные покровы бледные, чистые; тургор кожи снижен. Периферических отеков нет. ЧДД = 32 в 1 минуту. Отмечается симметрия грудной клетки: выбухание и отставание левой половины грудной клетки при дыхании, Перкуторно: слева притупление перкуторного звука (отмечается в верхних отделах) вплоть до тупого книзу. Аускультативно: справа - везикулярное дыхание с жестким оттенком, слева - дыхание значительно, ослаблено ниже угла лопатки - не выслушивается. Голосовое дрожание и бронхофония не ПРОВОДЯТСЯ. АД = 150/70 мм рт. ст. ЧСС = 120 в 1 минуту. Границы относительной тупости сердца: правая - на 3 см кнаружи от правого края грудины, левая граница четко не определяется, верхняя II ребро. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Параклинические показатели:

ОАК: эрит. - 2,8 т/л; Нв - 88 г/л; лейкоц - 11,2 г/л; эоз. - 1%; п - 12%; с - 65%; Л - 15%. № - 7%, СОЭ - 50 мм/час.

ОАМ: уд вес - 1015; белок - abs; эпителий плоский - единично; Лейк - 3-4-5 в п/зр; эритроц. - 0-1-0;

БАК: общ белок - 62 г/л; альбумины - 55%; глобулин - 45%; А/Г = 1,2; билирубин - 20 мкмоль/л; АСТ - 50 ед/л; АЛТ - 40 ед/л; мочевины - 8,0 ммоль/л; креатинин - 0,12 ммоль/л; ЩФ - 12000 ед/л. Коагулограмма: ПТВ - 18 сек; фибриноген - 8,28 г/л фибриноген «В» (+++).

ЭКГ: синусовый ритм. 120 в 1 мин. Признаки гипертрофии левого желудочка. Гипоксия миокарда. Низкий вольтаж зубцов в отведениях от конечностей. R-графия органов грудной клетки: слева отмечается гомогенное затемнение легочной ткани с косой верхней границей на уровне I ребра. Органы средостения смещены вправо. Справа отмечается повышение воздушности легочной ткани. Купол диафрагмы справа четкий, слева не визуализируется. R-графия органов ЖКТ (с бариевой смесью): пищевод свободно проходим. Кардия смыкается полностью. Перистальтика слабая. По малой кривизне желудка ближе к пилорическому отделу имеется два дефекта наполнения размерами

1,0x1,2 см и 1,2x1,5 см. Пилорический отдел желудка деформирован. Двенадцатиперстная кишка без деформаций и структурных изменений. При проведении диагностической плевральной пункции получена жидкость вишневого цвета. При исследовании плевральной жидкости (общий анализ) уд. вес - 1020; белок – 30 г/л; проба Ривальта (+) положительная; нейтрофилы - 15%, лимфоциты - 85%; эритроциты - сплошь (все в п/зр).

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные синдромы.
2. Предварительный диагноз.
3. Обоснование диагноза
4. При каких других заболеваниях встречается геморрагический характер выпота в плевральную полость.
5. Общий анализ плевральной жидкости транссудат или экссудат?
6. Какие необходимы инструментальные и лабораторные методы исследования для подтверждения диагноза?
7. Принципы лечения больной?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 25.

1. Системы: скопления жидкости в плевральной полости, ДН систем «малых признаков»; желудочной диспепсии; лихорадочный.

2. Рак желудка IV стадии с метастазами в левое легкое.

Левосторонний экссудативный плеврит. ДВС крови латентное течение.

3. На основании жалоб больной, данных анамнеза, объективных данных, выделенных с-мов:

1) с-м «малых признаков»;

2) с-м скопления жидкости в плевральной полости;

3) с-м ДН; данных дополнительных м-дов иссл-я (лаб: анемия, ↑СОЭ; ↑ЩФ, фибриногена, фибриногена «В»); инструментальные данные R логически подтверждаются системам выпота в плевральной полости слева: R-логически выявлены дефекты наполнения по малой кривизне жел.: а также на основании рез-ов анализа плевральной жидкости (геморрагический х-р экссудата: лимфоцитарно-нейтрофильный коэфф.) выставлен предварительный диагноз.

4. Геморрагич-й х-р выпота в плевр-ую полость встреч, при: раке легкого, мезотелиоме плевры, травме гр. кл, при инфаркте легкого в рез-те ТЭЛА; геморагич-ом васкулите (Шейлейн-Геноха).

5. Экссудат.

6. ЭФГДС с биопсией; видеоторакоскопия с прицип биопсией, цитолог. Исследование плевральной жидкости.

7. Паллиативное лечение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 26.

Больной Т., 78 лет, поступил в терапевтическое отделение в тяжелом состоянии. При поступлении больной предъявлял жалобы на ноющие боли в сердце, сердцебиение, одышку в покое, усиливающуюся при незначительной

физической нагрузке, отеки ног, тяжесть в правом подреберье, выраженную слабость, тошноту, отсутствие аппетита, депрессию.

Анамнез болезни: Считает себя больным в течение последних 2 лет, когда постепенно появились, а затем стали прогрессировать вышеописанные симптомы. Из анамнеза выяснено также, что более 20 лет страдает гипертонической болезнью («рабочее» АД, со слов больного -190/120 мм.рт.ст), к лечению которой относился серьезно, но артериальное давление практически никогда не было ниже 180-190/110-100мм рт. ст. Однако в последние 2 года цифры артериального давления значительно уменьшились при отсутствии изменений в антигипертензивной терапии.

Анамнез жизни: Детских болезней не помнит, будучи взрослым непродолжительно болел малярией, во время войны имел контузию головного мозга. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Мать и отец умерли в пожилом возрасте (причин смерти не знает). Женат, имеет взрослых дочь и сына. Четыре года тому назад пациент был прооперирован по поводу опухоли толстого кишечника. В течение последнего полугодия в онкодиспансере не осматривался.

Объективный статус: телосложение нормостеническое. Кожный покров чистый, бледный. Исключение составляет темный цвет кожи лица, кистей рук, ореола сосков, ладонных и межфаланговых складок. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, здесь же выслушиваются крепитирующие хрипы в небольшом количестве, ЧДД - 22 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца: левая- 2,5см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя- нижний край III ребра. Аускультативно: тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой, ЧСС- 95 в 1 мин. АД -180/110мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, в левой подвздошной области пальпируется округлое образование 5х6 см, безболезненное, неподвижное. Печень при пальпации умеренно болезненна, размеры по Курлову 15х14х10 см. Стопы, голени, нижняя треть бедер отечны. Отеки «мягкие», при надавливании надолго остается глубокая ямка.

Параклинические показатели:

ЭКГ: Синусовая тахикардия с ЧСС 95 в 1 мин. Гипертрофия левого желудочка.

Р-графия органов грудной клетки: Легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента. Тень сердца расширена влево. Лабораторно: Об. Ан. крови: эр. – 2,3 Т/л., НВ - 98,г/л., ЦП - 0,8, лейкоц. - 8,3 г/л., сегм. 55%., пал. 4%., лим., 30%., мон. 3%., баз., 2%., эозин. 6%., СОЭ - 35 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: холест. -7,6 ммоль/л., □-липопротеиды - 105.Ед/л., креатинин -145 ммоль/л.. клубочковая фильтрация -68 мл/час., АСТ - 33 ммоль/л., АЛТ - 30 ммоль/л., об. белок - 55 г/л., альбумины - 45%., глобулины - 55%. Анализ мочи по Нечипоренко: относительная плотность - 1,018, белок- 4,5 г/л., лейкоц. - 1500, эритроц. 500., цилиндры - восков. - 3.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте основные клинические синдромы.

2. Выделите основные лабораторные синдромы.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем Вы можете объяснить снижение цифр артериального давления в последнее время у пациента, страдавшего ранее тяжелой артериальной гипертензией?
5. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
6. Определите принципы лечения больного.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 26.

1. Основные клинич. с-мы. нефротич. с-м, с-м ХПН, с-м ХСН, с-м АГ, с-м анемии, с-м новообразования толстого кишечника.

2. Лаб-ные с-м: с-м анемии, с-м ХПН, с-м гипопротеинемии, с-м диспротеинемии, с-м протеинурии, с-м «пустого мочевого осадка»

3. Дополнит. методы исследования, необходимые для уточнения диагноза:

-колоноскопия и /или ирригограф. для подтверждения или исключения (спаянный процесс?) рецидива опухоли толстого кишечника.

-биопсия слизистой десны, прямой кишки.

4. Снижение цифр АД у пациента, страдавшего ранее тяжелой АГ, можно объяснить по видимому амилоидозом надпочечников с последующим развитием хронической надпочечниковой недостаточности.

5. Предварительный клинический диагноз. Рецидив опухоли толстого кишечника? Вторичный амилоидоз почки нефротич. с-м. ХПН 1ст. ГБ, II ст., 3 ст. риск 4 (очень высокий). ХСН II Б ст. IV ф.кл.

6. Принципы лечения больного определение хир-кой стратегии после обследования больного. Применение колхицина как основного патогенетически обоснованного препарата. Адекватная антигипертензивная терапия.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 27.

Больная А., 35 лет, экономист, страдает сахарным диабетом в течение 20 лет, строго придерживается диеты, лечится инсулином (22 ЕД продленного инсулина в сутки). Содержание глюкозы в крови контролирует ежедневно глюкометром; последний месяц уровень глюкозы крови натошак не превышал 6-7 ммоль/л. Свое состояние здоровья оценивала как вполне удовлетворительное. Стационарно никогда не лечилась. Избегала физических и психологических нагрузок. Ежегодно за последние 5 лет получала санаторное лечение. (Горячий Ключ). Вечером 1 октября была экстренно прооперирована по поводу острого аппендицита. Послеоперационный период протекал благополучно. Однако утром, больная пожаловалась на сильную слабость, головную боль, жажду, полиурию. Отсутствовал аппетит. Отказалась вставать. К вечеру присоединилась тошнота, однократная рвота небольшим количеством содержимого желудка. Температура тела оставалась нормальной. Ухудшение самочувствия лечащий врач не расценивал как осложнение аппендэктомии. Заказав анализы крови и мочи, он пригласил на консультацию терапевта. В 21 час 3 октября больная была осмотрена дежурным терапевтом.

Анамнез жизни: из детских болезней помнит корь, краснуху, паротит, частые простудные эксцессы. Месячные с 13 лет необильные, в срок до настоящего времени. В 22 года родила сына весом 3800г. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические болезни отрицает, аллергологический анамнез не отягощен. Родители и близкие родственники сахарным диабетом не болеют.

Объективный статус: Рост 165 см, вес 60 кг. Состояние средней тяжести. Температура тела 36,8°C. Больная в сознании, несколько заторможена, на вопросы отвечает с трудом, неохотно. Кожа сухая, бледная, холодная на ощупь. Тонус мышц и глазных яблок понижен. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Дыхание глубокое, редкое - 12 в 1 мин: Ощущается запах ацетона. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя нижний край III ребра. Аускультативно: снижение 1 тона на верхушке и систолический шум, единичные экстрасистолы. Пульс 100 уд. в 1 мин. ритмичный, с редкими экстрасистолами, слабого наполнения. АД 100/160 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Признаков раздражения брюшины нет. Границы печени по Курлову: 12x10x9 см, пальпируется закругленный нижний край на уровне реберной дуги, эластичной консистенции Селезенка размером 6x8 см, не прощупывается. Периферических отеков нет.

Параклинические показатели:

Общий анализ крови: эр.- 4 Т/л, НЬ - 142 г/л, лейкоц. - 12 г/л, нейтрофильный сдвиг влево. СОЭ 13 мм/ч.

БАК: общий белок - 80 г/л, С-реактивный белок - 4 мг/л. АСТ - 19 ЕД/л, АЛТ - 20 ЕД/л. щелочная фосфатаза 70 ЕД/л, остаточный азот - 32 ммоль/л, креатинин - 0,2 ммоль/л, глюкоза - 20 ммоль/л, ацетон-0,18 ммоль/л, натрий 125 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, хлор - 96 ммоль/л, общий билирубин - 13,8 мкмоль/л, рН- 7,2, осмолярность крови 300 мосм/л. Анализ мочи: уд. плотность 1030 белок - 0,99%, гиалиновые цилиндры - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2-4 в п/зр., ацетон. ЭКГ: ритм синусовый 100 в 1 мин., вертикальная позиция эл. оси сердца. Единичные желудочковые экстрасистолы.

Больной в/в струйно введено 50 ЕД инсулина (actropid) на физ. растворе, а затем продолжено введение инсулина из расчета 5-6 ЕД в час в/в каплей но на физ. растворе. Параллельно вводился физ. раствор в объеме 1л в час. Через 3 часа у больной внезапно появился тремор конечностей, ощущение голода, потливость, затем - двигательное возбуждение. Тонус глазных яблок - не изменен, тахикардия 110 в 1 мин., АД 130/90. Повторно исследованы кровь и моча. В крови: глюкоза - 8,28 ммоль/л, ацетон - 0,16 ммоль/л, осмолярность - 320 мосм/л. В моче ацетон отсутствовал.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания.
2. Как назвать форму дестабилизации этого заболевания и чем она вызвана?
3. Согласны ли Вы с методом выведения больной из кетогцидоза или Вы можете предложить другой вариант?

4. Чем можно объяснить ухудшение состояния больной через 3 часа после введения инсулина?
5. Какие меры нужно принять для выведения больной из этого состояния?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА №27.

1. СД I типа средней тяжести.
2. Оперативное вмешательство является одной из возможных причин развития кетоацидоза (ДКА) и гипергликемической комы у больных СД. Появление у б-ной резкой слабости, тошноты, рвоты, головной боли, заторможенности, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, дыхание Куссмауля, сухость кожи, языка, тахикардия, экстрасистолия и лаб. данные-нейтрофильный L-цитоз, гипергликемия, ацетон, рН-7.2, повышенное содержания мочевины, креатинина, снижение Na, глюкозурия, ацетонурия, высокая уд. плотность мочи, наличие белка свидетельствуют о наличии у б-ной диабетического кетоацидоза.
3. Лечение ДКА включает устранение дефицита инсулина, дегидратации и возмещение потери электролитов. Дефицит инсулина устраняется введением инсулина короткого действия (желательно человеческого) методом «малых доз» 10-12 ЕД инсулина вводят струйно на физ. растворе. Контроль за уровнем глюкозы обязателен каждые 1,5-2 часа. После достижения уровня глюкозы 14-16 ммоль/л дозу инсулина уменьшают до ЕД/час и начинают вводить 10% раствор глюкозы в\в кап. на физ. растворе 200-300 мл/час для профилактики гипогликемии до тех пор, пока б-ной не сможет самостоятельно принимать пищу и жидкость. Тогда переходят п/к введение короткого инсулина перед каждым приемом пищи по 6-8 ЕД под контролем уровня глюкозы крови.
4. Исп-е режима «больших доз» введения иис-а при ДКА и коме вызывает позднюю гипогликемию. У больной через 3 ч. после в\в струйного введения 5-0 ЕД инсулина и дальнейшего кап-го его введения по 5-6 ЕД/ч появились потливость, голод, тремор конечн. Двигательное возбуждение повысилось АД, что свидетельствует о развитии гипогликемии. Поскольку содержания G1 в крови 8.28 ммоль/л не противоречит этому, т.к. хотя при гипогликемиях содержание глюкозы крови составляет обычно 3-2.5 ммоль/л, быстрое падение конц-ции глюкозы с 20 до 8,28 ммоль/л м. б. причиной развития клиники гипогликемии.
5. Лечение гипогликемии заключается в быстром в\в введ. 40-50 мл 40% р-ра глюкозы. При отсутствии эффекта квед. глюкозы повторяется. Показано также введение 1мг глюкагона в\м или 1 -2 мл адреналина п/к. Длительно не купирующаяся гипогликемия переходит в кому. У больных ИБС и головного мозга провоцируются острые нарушения коронарного или мозгового кровообращения, прогрессирует АГ, отек головного мозга. Достижение нормогликемии и даже гипергликемии на этой стадии не приводит к успеху. Смертность от гипогликемической комы достигает 10-25%.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 28.

Больной М, 36 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры до 38°C, кашель с мокротой гнойного характера до 500 мл/сут. причем мокрота лучше отходит при определенном положении тела, одышку при физической нагрузке, которую* ранее хорошо переносил.

Анамнез заболевания: Считает себя больным с детства: часто болел ОРВИ с затяжным кашлем до нескольких недель, а иногда месяцев, периодически - с повышением температуры до 37,3 - 38 С. Неоднократно лечился по поводу правосторонней пневмонии в разных стационарах города. Последнее ухудшение самочувствия наступило 3 недели назад, когда усилился и участился кашель с гнойной мокротой, повысилась t°, выросла общая слабость, резко снизившая трудоспособность. Обратился к участковому терапевту, после обследования направлен в клинику.

Анамнез жизни: в раннем детстве болел корью, коклюшем, в последующие годы только простудными заболеваниями. Курил с 18 до 34 лет. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: отец страдал хроническим бронхитом.

Объективный статус: состояние средней тяжести, T тела 37,8°C, астенического телосложения, кожные покровы бледные. Над легкими - справа, ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, слева в аналогичной области перкуторный звук с легким коробочным оттенком, Аускультативно с обеих сторон в верхних отделах и средне-нижних слева жесткое везикулярное дыхание сухие, хрипы, справа в подлопаточной области влажные хрипы, количество которых уменьшается после откашливания, ЧДД – 24/мин. Границы относительной сердечной тупости: левая - на 2 см кнутри от среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - III ребро, тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-98/мин. АД- 90/60 мм рт. ст.. Живот мягкий, безболезненный, границы печени по Курлову 9x8x7 см, пальпируется нижний край печени на уровне реберной дуги. Периферических отеков нет.

Анализ крови: Эр.- 4;6 т/л, НЬ - 121 г/л, лейкоциты - 10,2 г/л, п-14%. с-58%, э-1%, м-5% , л- 22 % , ССЗ - 28 мм/час

ЭКГ: вертикальное положение ЭОС, ритм синусовый. 100/мин з.Р. высокие, остроконечные во II, III, AVF отведениях диффузные изменения миокарда.

На рентгенограммах органов грудной клетки на фоне повышенной прозрачности легочной ткани в средней доле правого легкого определяется усиление, грубая деформация, ячеистость легочного рисунка. При бронхоскопии: двусторонний гнойный эндобронхит.

На бронхограммах справа видны начальные отделы сегментарных бронхов средней доли, которые сообщаются с множеством полостей различной формы и величины. В нижней доле бронхи прослеживаются до субсегментарных ветвей, сближены и заканчиваются округлыми и овальными полостями. Слева бронхограмма без выраженных изменений.

ВОПРОСЫ:

- Назовите основные синдромы.
- Чем обусловлены изменения на ЭКГ?

- Интерпретируйте результаты рентгенологических методов исследования.
- Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Составьте план лечения.
- Назовите возможные осложнения при данном заболевании.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА №28.

1. Системы: лихорадочный; ДН; гиперкринии; множественных легочных полостей; уплотнения легоч. тк; хронического легочного сердца; инфекционно-воспалительный.

2. Изменения ЭКГ обусловлены перегрузкой правого предсердия (р-pulmonale), т.е. развитием легочной гипертензии и хронического легочного сердца.

3. Учитывая результаты R-графии и бронхографии можно говорить о бронхоэктазах средней и нижней доли правого лёгкого.

4. БАК, анализ мокроты (общий, микроскопия, посев мокроты и определение чувствительности возбудителя к а/б), анализы мочи, исследование функции внешнего дыхания.

5. Бр/экт болезнь: смешанные бронхоэктазы средней и нижней долей правого лёгкого, фаза обострения. Хр.гнойный бронхит, ст. обострения. ДН I ст. Компенсированное легочное сердце.

6. а) полноценное богатое белками и витаминами питание;
 б) антибактериальные (желательно с учетом чувствительности возбудителя к а/б): полусинтетические пенициллины, макролиды, цефалоспорины 2-го и 3-го поколения, фторхинолоны;
 в) санация бронхиального дерева: постуральный дренаж. массаж груд.кл. лечебные бронхоскопии;
 г) отхаркивающие средства;
 д) дезинтоксикационная терапия;
 е) иммуномодулирующая терапия (адаптогены, поливитамины);
 ж) в период ремиссии - оперативное лечение.

7. Кровохарканье, легочное кр/теч, бронхообструктивный синдром, амилоидоз внутренних органов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 29.

Больной М.В., 48 лет, адвокат поступил в клинику с жалобами на жажду, повышенное мочеотделение, избыточный аппетит, похудание, общую слабость, повышенную утомляемость, не всегда мотивированную нервозность. Последние 1,5-2 месяца повышение температуры тела к вечеру 37,2-37,4 С.

Анамнез болезни: начало заболевания относит к концу июля прошлого года, когда после крупных неприятностей по службе, тяжело переживавшихся больным, появилась жажда и соответственно обильное мочеиспускание. Ситуация не была оценена как проявление болезни, а объяснена не обычной летней жарой. К врачу не обращался до октября месяца, когда наряду с прежней жаждой и полиурией больной начал худеть, несмотря на возросший аппетит.

Обследовался и лечился в местной поликлинике и в больнице, но недостаточно эффективно, что послужило поводом для госпитализации в клинику.

Анамнез жизни: родился шестым ребенком по счету, рос и развивался нормально. Все братья и сестры живы и здоровы. Отец умер в возрасте 75 лет от какой-то случайной причины, мать жива. В возрасте 39 лет перенес тяжелую контузию мозга, изменившую его характер: стал легко возбудимым, тревожно-мнительным. Работа напряженная, связанная с волнениями. Курит, иногда выпивает, предпочитает высококалорийную пищу, сладости, часто болеет ангинами, простудными заболеваниями. Год назад перенес воспаление легких. Аллергологический анамнез не отягощен. Женат. Две беременности у жены закончились выкидышами.

Объективный статус: сознание ясное, положение активное, подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, кожа собирается в тонкую складку. При росте 160 см масса тела 50 кг. Кожа лба, носа и щек розовая, чуть шелушится. Лимфатические узлы не изменены. Носовое дыхание свободно. На симметричных участках с обеих сторон грудной клетки перкуторный звук одинаков, ясный. Границы легких не изменены, подвижность легочных краев 7 см. Дыхание везикулярное. Сердечный толчок определяется в V межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии Правая граница сердца по правому краю грудины левая на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - по верхнему краю IV ребра. Ширина сосудистого пучка 5 см. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Периферические сосуды умеренно уплотнены. Пульс 78 в 1 минуту, ритмичный, одинаковый на обеих руках. АД 120/75 мм рт. ст. Живот втянут, брюшная стенка дряблая. Размеры печени по Курлову 12x11x10 см. Она плотновата, чувствительна при пальпации. Мочеполовая система без особенностей. Костно-суставных и мышечных изменений не выявлено. Отеков нет.

Параклинические показатели:

Общий анализ крови: Эр-4,3 Т/л. НЬ - 136 г/л, ЦП - 0,82, лейкоц. - 8 г/л, п - 3%, с - 69%. лим. - 24%, м - 4%. эсз - 0, СОЭ - 15 мм/час. Реакция Вассермана отрицательная. Общий белок 78 г/л. билирубин - 18 мкмоль/л. непрямой. Глюкоза крови 14,2 ммоль/л. Общий анализ мочи: плотность 1,032, белок - отсутствует. Лейк. - 2-3 в п/зр, эр - 1-0-1 в п/зр, глюкоза - 10,31 ммоль/сут. Копрограмма: кал полуоформлен, непереваренные мышечные волокна, капли нейтрального жира, растительная клетчатка.

Рентгенологическое исследование легких: в левой подключичной области две мягкие очаговые тени.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Какие из синдромов не присущи ведущему заболеванию?
3. Сформулируйте диагноз.

4. Какие дополнительные исследования следует провести для доказательности диагноза?
5. Консультации каких специалистов Вам необходимы?
6. Назначьте лечение.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 29.

1. Синдром нарушенного углеводного обмена (гипергликемия, глюкозурия, полиурия, электролитурия, дегидратация, нарушение образования гликогена, в ответ на энергетический дефицит - полифагия);

- синдром нарушенного белкового обмена (снижается активность пентозного цикла метаболизма глюкозы, ведущее к нарушению синтеза белка, истощению его запасов, а увеличенный катаболизм приводит к похуданию и атрофии мышц синдром упадка питания);
- астено-невротический синдром;
- лихорадочный синдром;
- синдром вторичного иммунодефицита;
- синдром кожных изменений - рубеоз;
- синдром сниженной внешнесекреторной ф-ции ПЖ;
- синдром очаговой инфильтрации легкого (R-ческий).

2. Ведущему (основному) заб-ю не присущ лихорадочный синдром и синдром очаговой инфильтрации легочной ткани.

3. Инсулиннезависимый СД средней степени тяжести, декомпенсированный (или: СД 2 тип, средней степени тяжести, декомпенсированный). Сопутствующий диагноз очаговый туберкулез верхней доли левого легкого.

4. а) Определение С - пептида в крови.
- б) Определение уровня инсулина в крови.
- в) Определение гликозилированного гемоглобина.
- г) Амилаза крови и мочи.
- д) Компьютерная томография легких.
- е) УЗИ поджелудочной железы.

5. Необходима консультация врача-эндокринолога, фтизиатра.

6. а) Режим физической активности: утренняя гимнастика, езда на велосипеде, плавание в медленном темпе, работа в саду.

б) Лечебное питание: стол № 9, исключить легко усвояемые углеводы, пищу следует принимать 4-5 раз в теч сут (она д.б.физиологичной по составу продуктов). В связи с тем, что больной истощен, базальная энергетическая потребность в сутки д.б.не менее 25-30 ккал/кг. Для расчета энергетической потребности необходимо: энергетическую потребность (в ккал/кг) умножить на массу (в кг) $30 \text{ ккал} \times 50 = 1500 \text{ ккал}$. (в учет принята работа больного адвокатом).

в) Акарбоза 100мг во время еды 3 р/д(глюкоמודу-лятор),

г) Манинил 0,005 перед завтраком и перед ужином. При недостаточном эффекте дозу ч/з нед можно увеличить еще на 1 табл. перед обедом с контролем гликемического профиля.

д) Лечение, назначенное врачом - фтизиатром.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 30.

Больная М., 35 лет, пианистка, поступила в клинику с жалобами на боли и тугоподвижность в суставах кистей рук и стоп, утреннюю скованность, слабость, недомогание, повышение температуры.

Анамнез болезни: считает себя больной с ноября месяца прошедшего года, когда после переохлаждения появились сильные боли в мелких суставах кистей рук и стоп и повысилась температура тела. Врачом поликлиники был назначен ортофен и аппликации димексида на пораженные суставы. Состояние несколько улучшилось, но оставалась боль в суставах ночью и при пробуждении утром, а с апреля присоединилась утренняя скованность движений во всех суставах, продолжительностью около 2 часов, усилилась боль и появилась припухлость в суставах рук и ног.

Анамнез жизни: Росла здоровым ребенком, имела 2 беременности, закончившиеся нормальными родами. Менструации в срок, без особенностей. Родители здоровы, сестра близнец страдает каким-то заболеванием суставов. Аллергологический анамнез но отягощен.

Объективный статус: среднего роста удовлетворительного питания, сознание ясное. Цвет кожи обычный, в том числе над пораженными суставами, которые горячее, чем остальная поверхность тела. Обращает на себя внимание ярко окрашенные кончики пальцев. Увеличены локтевые и подмышечные лимфоузлы. Обе половины грудной клетки симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания, перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро. Тоны сердца звучные, ритм правильный, 84 сокращения в 1 минуту. Периферических отеков нет. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 13x11x10 см., консистенция ее плотно-эластичная. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые и лучезапястные суставы отечны; пальцы веретенообразные, движения значительно ограничены в объеме. Начальные признаки атрофии межостных мышц. Плюснефаланговые; голеностопные суставы отечны, движения затруднены. Под кожей разгибательных поверхностей рук определяются мягкие болезненные узелки.

Параклинические показатели:

Общий анализ крови: Эр-3,1 т/л, НЬ -102 г/л, ЦП - 0,85, лейкоц - 8,1 г/г, п-3%, с - 63%, лим-24%, э-4%, тром-420 г/л, СОЭ- 51 мм/час.

Общий анализ мочи: отн. плот. 1,020, белка нет, эр - 0-1 в п/зр, лейкоц-2-2 в п/зр.

Реакция Ваалера-Розе положительная. Общий белок - 70 г/л, альбумин - , глобулиновое соотношение 0,8, фибриноген крови 6 г/л. R-графия кистей и стоп: начальные признаки околосуставного остеопороза. Консультация невролога: полинейропатия.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Поставьте развернутый клинический диагноз с указанием рентгенологической стадии болезни.
4. Назначьте лечение. Какие особенности течения заболевания следует учесть при назначении лечения?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать настоящее заболевание?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧА № 30.

1. С-м артрита; лихорадочный с-м; с-м гепатомегалии; с-м кожных проявлений (дигитальный васкулит, узелки); с-м лимфоаденопатии; с-м полинейропатии; с-м костных рентгенологических изменений, гемато-логический с-м (анемия, диспротеинемия, остро-фазовые, иммунологические изменения).

2. Диагностические критерии ревматоидного артрита:

- а) утренняя скованность-продолжительность 2 часа.
- б) артрит (4 суставные области) в т.ч. припухание проксимальных межфаланговых, лучезапястных суставов.
- в) симметричный артрит.
- г) ревматоидные узелки.
- д) ревматоидный фактор в сыворотке крови.
- е) рентгенологические изменения костей (остеопороз).

3. Клинический диагноз: ревматоидный артрит, суставно-висцеральная форма акт-сть III степень, серопозитивный, функциональная недостаточность 2-степени, 1-я R-стадия.

В пользу суставно-висцеральной формы свидетельствует поражение суставов кистей и стоп, полинейропатия, васкулит. у вел ич.печ, анемия. Наличие диспротеинемии, повышения уровня фибриногена, а также скорость оседания эр-цитов (52 мм/час) подтверждают активность 3-й степени. Профессиональная трудоспособность на момент поступления утрачена. Наличие околосуставного остеопороза свидетельствует в пользу 1 R-гической стадии.

4. Постельный режим:

- а) учитывая ночные и утренние суставные боли целесообразно использование 2-х препаратов: утром и днем бруфен. а вечером метиндол-ретард или вольтарен-ретард на 7-10 дней, (помня об увеличенной печени) с решением вопроса о назначении базисной терапии, т.к. у б-ной высокая степень активности, васкулит, висцерит.
- б) базисная терапия чаще начинается с сочетанного применения пульс-терапии: в 1-й день вводится в/в кап. в теч. 40 мин до 1000 мг циклофосфана в 300-400мл 0.9% хлорида натрия в сочетании с в/в кап введ 1000 мг метилпреднизолона, во 2-й и 3-й дни вводятся только метилпреднизолон в той же дозе.

Перейти на прием: метотрексат 5 мг в неделю + циклофосфамид 25 мг/сутки+плаквенил 400 МГ/сут сроком на 6 месяцев и больше:

- г) плазмафрез.

д) гипербарическая оксигенация.

При назначении лечения следует учесть:

а) высокую степень активности.

б) ревматоидный васкулит.

в) поражение нервной системы, печени, анемию.

5. Диф. д-з необходимо проводить с СКВ, подагрой, деформирующем остеоартрозом, с-м Рейтера, острыми инфекционными артритами.

Тема: Болезни органов кровообращения

Укажите один правильный ответ.

1. Какие из перечисленных механизмов гипоксии миокарда имеют место при ИБС?

1. артериальная гипоксемия
2. недостаточное поступление кислорода
3. снижение утилизации кислорода

2. Что является показанием для назначения дезагрегантов при стенокардии?

1. гипокоагуляция
2. повышение агрегации тромбоцитов
3. снижение агрегации тромбоцитов

3. Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии?

1. патологический зубец Q
2. депрессия сегмента ST
3. появление отрицательного зубца T
4. преходящая блокада ножек пучка Гиса

4. Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане:

1. развития инфаркта миокарда
2. тромбоэмболии мозговых сосудов
3. развития фатальных нарушений ритма сердца
4. развития легочной гипертензии
5. развития венозной недостаточности

5. Каков механизм действия нитратов при стенокардии?

1. увеличение диастолического объема желудочков сердца
2. улучшение кровообращения в субэндокардиальных слоях миокарда
3. увеличение внешней работы сердца

6. Для ангиоспастической стенокардии характерно:

1. подъем ST в период болей
2. появление отрицательного зубца T в период боли

7. Каков механизм действия α -адреноблокаторов?

1. уменьшение венозного возврата
2. увеличение сердечного выброса

3. снижение воздействия эндогенных катехоламинов

8. Особенностью боли при малосимптомном инфаркте миокарда является:

1. выраженная интенсивность
2. незначительная интенсивность
3. интенсивная боль, разделенная непродолжительными периодами значительного ослабления
4. иррадиация в левую руку
5. иррадиация в правую руку

9. Антиангинальным и противоаритмическим действием при стенокардии обладают такие препараты, как:

1. дипиридамол
2. обзидан
3. корватон
4. изосорбид-динитрат

10. Повышение каких сывороточных ферментов наблюдается в первые 6–12 часов инфаркта миокарда?

1. креатинфосфокиназа
2. лактатдегидрогеназа
3. аминотрансферазы
4. щелочная фосфатаза

11. Какое лечение показано в первые 6 часов инфаркта миокарда?

1. тромболитическая терапия
2. дигитализация
3. терапия антагонистами кальция

12. Показаниями к коронарному шунтированию служат:

1. стенокардия напряжения III-IV функционального класса, не поддающаяся максимальной лекарственной терапии
2. функционально значимые ($\geq 70\%$) стенозы одной и более коронарных артерий
3. стеноз основного ствола левой коронарной артерии $< 50\%$
4. правильно 1 и 2
5. правильно 1 и 3

13. Какой из перечисленных препаратов является антиагрегантом:

1. гепарин
2. аспирин
3. стрептокиназа
4. варфарин
5. фраксипарин

14. Астматический вариант инфаркта миокарда возникает преимущественно при:

1. повторных инфарктах миокарда
2. инфаркте сосочковых мышц
3. диафрагмальном инфаркте миокарда
4. правильно 1 и 2
5. правильно 2 и 3

15. При каком типе гиперлипопротеидемии повышено содержание в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПОНП?

- I
- IIa
- IIb
- III
- IV

16. Какой из перечисленных рентгенологических признаков является общим для миокардита и экссудативного перикардита?

1. кардиомегалия
2. отсутствие дуг по контурам сердечной тени
3. отсутствие застоя в легких
4. преобладание поперечника сердца над длинником
5. укорочение тени сосудистого пучка

17. Какие признаки характерны для констриктивного перикардита?

1. снижение сердечного выброса
2. наличие парадоксального пульса
3. нормальные размеры сердца
4. кальциноз перикарда
5. все ответы правильные

18. К аутоиммунным перикардитам относится:

1. посттравматический
2. постинфарктный (синдром Дресслера)
3. посткомиссуральный
4. постперикардитомный
5. все ответы правильные

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

1. кардиомегалия
2. характерная поза с наклоном тела вперед или коленно-локтевое положение
3. отсутствие шумов в сердце
4. асцит, отеки

20. Назовите показания к проведению пункции перикарда:

1. тампонада сердца
2. подозрение на гнойный процесс
3. замедленное рассасывание экссудата
4. диагностическая пункция
5. все ответы правильные

21. У больного, в прошлом перенесшего инфаркт миокарда, через 3 недели после АКШ на фоне приема антикоагулянтов усилилась одышка, появились отеки, значительно увеличались размеры сердца и сгладились дуги контура. Назовите наиболее вероятные причины:

1. гидроторакс
2. гемоторакс
3. повторный инфаркт миокарда
4. инфекционный экссудативный перикардит

22. Какие ЭКГ-критерии характерны для желудочковой экстрасистолии?

1. преждевременный комплекс QRS
2. экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован
3. наличие полной компенсаторной паузы
4. измененный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом
5. правильно 1, 2, 3

23. При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия?

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

24. Какие препараты показаны для купирования пароксизмальной наджелудочковой тахикардии?

1. ритмилен
2. финоптин
3. гилуритмал
4. кордарон
5. все ответы правильные

25. Какое осложнение наблюдается при мерцательной аритмии?

1. тромбоэмболический синдром
2. инфаркт миокарда
3. гипертонический криз

Эталонные ответы к тестам:

01 – 2 06 – 1 11 – 1 16 – 1 21 – 2

02 – 2 07 – 3 12 – 4 17 – 5 22 – 5
03 – 2 08 – 2 13 – 2 18 – 5 23 – 5
04 – 1 09 – 2 14 – 4 19 – 2 24 – 5
05 – 2 10 – 1 15 – 3 20 – 5 25 – 1

Тема: Болезни органов дыхания

Укажите один правильный ответ

1. При каких состояниях может появиться плевральный выпот?

- а) деструктивный панкреатит;
- б) цирроз печени с портальной гипертензией;
- в) поддиафрагмальный абсцесс; г) дивертикулез тонкого кишечника;
- д) опухоль яичников. Выберите правильную комбинацию:

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

2. При каких заболеваниях чаще всего обнаруживают геморрагический плеврит?

- а) туберкулез;
- б) опухоль;
- в) травма грудной клетки;
- г) тромбоэмболия легочной артерии.

Выберите правильную комбинацию:

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

3. При каких заболеваниях чаще всего обнаруживаются эозинофильные выпоты?

- а) пневмония;
- б) туберкулез;
- в) опухоли;
- г) глистные инвазии;
- д) травма.

Выберите правильную комбинацию:

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

4. Для какого заболевания наиболее характерны лимфоцитарный состав и незначительное количество мезотелиальных клеток в экссудате?

1. туберкулез
2. опухоль
3. ревматоидный артрит
4. лимфолейкоз
5. пневмония

5. Укажите показания для плевральной пункции:

1. ликвидация гидроторакса
2. анализ плевральной жидкости
3. неясные причины выпота
4. введение лекарственных препаратов
5. все ответы правильные

6. Наличие экссудата характерно для всех заболеваний, кроме:

1. пневмония
2. хроническая сердечная недостаточность
3. опухоль легких
4. опухоль плевры
5. туберкулез легких

7. Хилезный экссудат чаще всего обусловлен:

1. хронической сердечной недостаточностью
2. туберкулезом легких
3. опухолью легких и средостения
4. системным поражением соединительной ткани
5. пневмонией

8. Повторное быстрое накопление жидкости в плевральной полости – типичный признак:

1. мезотелиомы плевры
2. туберкулеза легких
3. хронической сердечной недостаточности
4. гипотиреоза
5. цирроза печени

9. Рентгенологическими признаками плеврального выпота являются:

1. сглаженность реберно-диафрагмального угла
2. уплощение реберно-диафрагмального синуса
3. осумкованный выпот
4. повышение уровня стояния диафрагмы
5. все ответы правильные

10. При каких заболеваниях наблюдается кровохарканье?

- а) тромбоэмболия легочной артерии;
- б) бронхоэктатическая болезнь;
- в) рак легкого; г) митральный стеноз;
- д) эмфизема легких.

Выберите правильную комбинацию:

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

11. При каких заболеваниях наблюдается повышение уровня амилазы в плевральной жидкости?

- а) панкреатит;
- б) туберкулез;
- в) злокачественная опухоль;
- г) перфорация пищевода;
- д) ревматоидный артрит.

Выберите правильную комбинацию:

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

12. Клиническими признаками легочного сердца являются:

- 1. подъем югулярного венозного давления
- 2. небольшие отеки на голеностопных суставах
- 3. лихорадка
- 4. правильно 1 и 2
- 5. правильно 1 и 3

13. Наиболее информативными критериями гипертрофии правого желудочка являются:

- а) выраженное отклонение оси QRS вправо;
- б) смещение переходной зоны вправо;
- в) смещение переходной зоны влево;
- г) S-тип ЭКГ.

Выберите правильную комбинацию:

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

14. Какие заболевания могут приводить к формированию легочного сердца?

1. хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма
2. силикоз, фиброзирующий альвеолит
3. ожирение, первичная эмфизема легких
4. правильно 1 и 3
5. все ответы правильные

15. У больного с хроническим легочным сердцем могут наблюдаться все признаки, кроме:

1. одышка
2. тахипноэ
3. цианоз
4. ритм перепела
5. акцент 2 тона над легочной артерией

16. Эхокардиографически при легочном сердце обнаруживают:

1. гипертрофию и дилатацию правых отделов сердца
2. гипертрофию и дилатацию левых отделов сердца
3. дилатацию всех камер сердца
4. гипертрофию левого желудочка
5. дилатацию левого желудочка

17. Женщину 35 лет, принимающую оральные контрацептивы более года, в течение 3-х дней беспокоит одышка, субфебрильная температура тела, мокрота при кашле с прожилками крови, боль в левой половине грудной клетки.

Наиболее вероятный диагноз:

1. острый коронарный синдром
2. спонтанный пневмоторакс
3. тромбоэмболия легочной артерии
4. пневмония
5. бронхоэктатическая болезнь

18. Нозокомиальные (госпитальные) пневмонии чаще вызываются: а) пневмококком; б) стафилококком; в) легионеллой; г) микоплазмой; д) грамотрицательной флорой. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

19. Лечение пневмонии, вызванной легионеллой, проводится:

1. пенициллином
2. кефзолом
3. эритромицином

4. тетрациклином
5. гентамицином

20. У больного грудная клетка правильной формы, тупой перкуторный звук, звонкие влажные хрипы.

Ваш диагноз:

1. пневмония
2. эмфизема
3. пневмоторакс
4. бронхоэктазы
5. фиброз легкого

21. Укажите основной рентгенологический признак пневмонии:

1. легочный инфильтрат
2. ателектаз
3. повышенная воздушность легких
4. ячеистость легочного рисунка
5. перибронхиальный фиброз

22. Пневмония считается нозокомиальной (госпитальной), если она диагностирована:

1. при поступлении в стационар
2. через 2–3 дня и более после госпитализации
3. после выписки из стационара

23. Наиболее частым возбудителем нозокомиальной (госпитальной) пневмонии у пожилых больных является:

1. клебсиелла
2. хламидия
3. микоплазма
4. пневмококк
5. вирус простого герпеса

24. Какие факторы могут быть причиной гиперэозинофилии крови и эозинофильных инфильтратов в легких?

- а) лечение антибиотиками;
- б) паразиты;
- в) экзема;
- г) аллергический бронхолегочный аспергиллез.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, г
2. б, в, г
3. а, б, в, г
4. б, г
5. б, в

25. Из перечисленных клинических признаков характерны для больных с синдромом бронхиальной обструкции?

- а) нарушение вдоха;
- б) нарушение выдоха;
- в) одышка;
- г) акроцианоз;
- д) диффузный цианоз.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

Эталоны ответов к тестам:

01 – 1	06 – 2	11 – 5	16 – 1	21 – 1
02 – 5	07 – 3	12 – 4	17 – 3	22 – 2
03 – 1	07 – 1	13 – 2	18 – 3	23 – 1
04 – 1	09 – 5	14 – 5	19 – 3	24 – 1
05 – 5	10 – 5	15 – 4	20 – 1	25 – 4

7.3.2. Контрольные вопросы и задания для проведения промежуточной аттестации. Примерный перечень вопросов к зачету (экзамену) по дисциплине.

Вопросы для подготовки к зачету (9 семестр).

- 1. Анемии, определение, критерии диагностики. Классификация.
- 2. Железодефицитная анемия. Критерии лабораторно-инструментальной диагностики. Лечение. Препараты железа, особенности применения.
- 3. В12 дефицитная анемия. Критерии лабораторно-инструментальной диагностики. Лечение. Препараты В12, особенности применения.
- 4. Гемолитическая анемия. Критерии лабораторно-инструментальной диагностики. Лечение. Показания к гемотрасфузии.
- 5. Бронхиты. Этиология и патогенез. Эпидемиология. Классификация хронического бронхита: простой, гнойный, обструктивный, гнойно-обструктивный. Клиническая картина в зависимости от формы, стадии и фазы процесса. Течение и осложнения.
- 6. Хронический бронхит. Диагностические критерии болезни. Лечение (антибактериальная, бронхолитическая, муколитическая и противокашлевая терапия).
- 7. Пневмонии. Этиология Патогенез. Клинико-морфологическая характеристика, характер течения.

8. Пневмонии. Антибактериальная терапия. Противовирусные препараты. Симптоматические средства, повышающие сопротивляемость организма. Стимуляторы иммунитета. Десенсибилизирующая терапия. Исходы болезни. Прогноз.
9. Абсцесс и гангрена легких. Этиология и патогенез (постпневмонические, аспирационные, гематогенно-эмболические и травматические нагноения легких).
10. Абсцесс и гангрена легких. Клинические проявления, их особенность в зависимости от стадии, локализации и распространенности, тяжести течения.
11. Абсцесс и гангрена легких. Осложнения. Лечение: общеукрепляющая терапия, антибактериальная терапия, интратрахеальное введение антибиотиков, антисептиков и других лекарств. Бронхоскопический дренаж, сегментарная катетеризация, трансторакальное микродренирование. Симптоматические средства. Первичная и вторичная профилактика. Показания к хирургическому лечению.
12. Бронхиальная астма. Распространенность. Этиология и патогенез. Роль воспаления, экзо- и эндоаллергенов, наследственно-конституциональных и профессиональных факторов, очаговой инфекции верхних дыхательных путей и бронхов, состояния центральной и вегетативной нервной системы. Роль аутоиммунизации. Механизм приступа.
13. Клиническая симптоматология астмы. Диагностические критерии бронхиальной астмы (основные и дополнительные). Классификация по тяжести течения. Роль аллергического обследования.
14. Бронхиальная астма. Осложнения. Астматический статус, предрасполагающие факторы.
15. Бронхиальная астма. Критерии диагноза и стадии течения. Лечение. Купирование приступа. Борьба с астматическим статусом и его профилактика.
16. Бронхиальная астма. Лечение в межприступном периоде (санация очагов инфекции, прекращение контакта с аллергеном, специфическая и неспецифическая гипосенсибилизация).
17. Рак легкого. Значение хронических бронхолегочных заболеваний в развитии рака. Классификация рака легкого по стадиям.
18. Рак легкого. Современные методы диагностики. Роль бронхоскопии и бронхографии, сцинтиграфия легких. Возможности хирургического лечения.
19. Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь). Распространенность. Этиология и патогенез. Роль центральных нарушений регуляции артериального давления, симпатической нервной системы, гуморальных и гормональных прессорных (ренин-ангиотензин, альдостерон) и депрессорных (кинины, простагландины) факторов в возникновении и прогрессировании заболевания. Значение нарушений метаболизма натрия и других факторов риска.
20. Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь). Классификация. Клиническая картина различных стадий заболевания. Гемодинамические варианты. Течение гипертонической болезни.

21. Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь). Осложнения. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. Гипертонические кризы. Злокачественная гипертензия. Ювенильная гипертензия. Дифференциальный диагноз.
22. Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь). Лечение. Режим, рациональное питание и другие немедикаментозные методы. Дифференциальное применение гипотензивных средств различного механизма действия с учетом стадии, тяжести течения, особенностей гемодинамических сдвигов и сопутствующих заболеваний. Принципы комбинированной фармакологии.
23. Атеросклероз. Социальное значение проблемы. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска.
24. Атеросклероз и гипертоническая болезнь. Наиболее частые локализации атеросклероза. Особенности клинических проявлений. Значение лабораторных, рентгенологических, инструментальных и ангиографических методов исследования в диагностике атеросклероза различных локализаций.
25. Атеросклероз. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Значение курения, липидов, тромбообразования, сахарного диабета, факторов труда и быта, физического воспитания и физической активности, рационального питания. Лечебно-профилактическое применение медикаментов.
26. Понятие об ишемической болезни сердца (ИБС). Актуальность проблемы (социальное значение, эпидемиология). Факторы риска ИБС, их значение. Классификация ИБС.
27. Стенокардия. Патогенез болевого синдрома (роль функциональных и анатомических факторов). Клинические варианты: стабильная, нестабильная (впервые возникающая, прогрессирующая, вариантная). Степени тяжести.
28. Ишемическая болезнь сердца. Диагноз. Характеристика болей, факторы риска. Роль ЭКГ в выявлении коронарной недостаточности (ЭКГ с фармакологическими и нагрузочными пробами). Радионуклидные методы. Роль инвазивных методов (коронароаргиография, тест частой предсердной стимуляции). Течение.
29. Лечение ИБС. Немедикаментозные методы. Купирование и предупреждение болевых приступов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция). Принципы ступенчатой терапии. Место физических тренировок в комплексном лечении. Показания к хирургическому лечению. Профилактика (первичная и вторичная). Прогноз. Трудовая экспертиза.
30. Q – Инфаркт миокарда. Эпидемиология инфаркта миокарда (распространенность, факторы риска). Патогенез. Клиническая картина в различные периоды заболевания. Клинические варианты начала болезни. Диагноз. Изменения электрокардиограммы, картины крови, биохимических показателей. Течение инфаркта миокарда. Клинические варианты инфаркта миокарда.
31. Не Q – Инфаркт миокарда. Осложнения: кардиогенный шок, нарушения ритма и проводимости, сердечная недостаточность, ранняя и поздняя аневризмы сердца, тампонада сердца, постинфарктный синдром.
32. Ишемическая болезнь сердца. Лечение. Значение ранней госпитализации. Помощь на догоспитальном этапе. Врачебная тактика в различные периоды

инфаркта миокарда. Роль специализированных машин скорой помощи: палата (отделение) интенсивной терапии.

33. Ишемическая болезнь сердца. Купирование болевого приступа, борьба с кардиогенным шоком, сердечной недостаточностью, аритмиями. Возможности антикоагулянтной и тромболитической терапии. Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти.

34. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Механизм развития. Клиническое течение. Особенности развития недостаточности кровообращения. Нарушения ритма сердца и проводимости. Изменения ЭКГ. Хроническая аневризма сердца. Клинические проявления. Значение для диагноза рентгенологических исследований, вентрикулографии, эхокардиографии. Прогноз. Лечение. Возможности хирургического лечения аневризмы сердца. Диспансеризация.

35. Сердечная недостаточность. Современные представления о патогенезе сердечной недостаточности. Особенности изменений метаболизма миокарда при сердечной недостаточности. Характер изменений гемодинамики (системной и регионарной) при сердечной недостаточности. Роль почек и эндокринных факторов в возникновении нарушений водно-электролитного баланса. Провоцирующие и способствующие факторы.

36. Классификация сердечной недостаточности. Клинические проявления острой и хронической сердечной недостаточности, лево- и правожелудочковой. Понятие о "скрытой" сердечной недостаточности.

37. Диагностика сердечной недостаточности. Клинические и дополнительные методы исследования.

38. Сердечная недостаточность. Терапия. Режим. Диета. Особенности врачебной тактики с учетом основного патологического процесса и стадии сердечной недостаточности. Показания и противопоказания к применению сердечных гликозидов. Тактика длительного применения гликозидов.

39. Диуретические средства в терапии сердечной недостаточности. Возможности периферических вазодилататоров и ингибиторов АПФ. Оксигенотерапия. Экстренная помощь при сердечной астме и отеке легких.

40. Сахарный диабет 1 типа. Клинические особенности. Классификация. Современные возможности диагностики.

41. Сахарный диабет 1 типа. Современные возможности терапии. инсулинотерапия, виды инсулинов, болюс-базисная инсулинотерапия. Понятие об инсулиновой «помпе».

42. Сахарный диабет 2 типа. Клинические особенности. Классификация. Современные возможности диагностики, С-пептид, гликированный гемоглобин – диагностическое значение.

43. Сахарный диабет 2 типа. Современные возможности терапии, применение ПСП. Показания к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа.

44. Комбинированная терапия сахарного диабета.

45. Гипотиреоз, классификация. Клиническое проявления, лабораторно-инструментальная диагностика.

46. Лечение гипотиреоза, виды заместительной терапии.

47. Гипоертиреоз, классификация. Клинической проявления, лабораторно-инструментальная диагностика.
48. Лечение гипертиреоза, виды тиреостатической терапии. Тиреотоксический криз. Понятие, диагностика, лечение.
49. Феохромоцитома. этиология, патогенез. Особенности клинических проявлений.
50. Феохромоцитома, классификация, диагностика, лечение.
51. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга, этиология, патогенез. Особенности клинических проявлений.
52. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга, классификация, диагностика, лечение.

Вопросы для подготовки к зачету (10 семестр)

1. Заболевания пищевода. Ахалазия кардии, этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
2. Хронический гастриты. Классификация, клиника, возможности лабораторной и инструментальной диагностики.
3. Хронический гастриты, лечение. Место антибактериальной терапии в эрадикации хеликобактерной инфекции.
4. Язвенная болезнь. Классификация, клиника, возможности лабораторной и инструментальной диагностики.
5. Язвенная болезнь, особенности клинического течения от локализации язвенного дефекта. Место антибактериальной терапии в эрадикации хеликобактерной инфекции. Антисекреторные препараты.
6. Болезнь Крона. Классификация, клиника, возможности лабораторной и инструментальной диагностики.
7. Болезнь Крона, особенности клинического течения от варианта болезни. Место антибактериальной терапии в лечении, патогенетические препараты.
8. НЯК. Классификация, клиника, возможности лабораторной и инструментальной диагностики
НЯК, особенности клинического течения от варианта болезни. Место антибактериальной терапии в лечении, патогенетические препараты.
9. Хронический панкреатит. Этиопатогенез, классификация, клинические формы. Диагностика лабораторно-инструментальная.
10. Хронический панкреатит. Лечение в зависимости от клинических форм. Показания к хирургическому лечению.
11. Дискинезия желчевыводящих путей, классификация, клинические различия в зависимости от варианта болезни.
12. Дискинезия желчевыводящих путей, инструментальная диагностика, лечение.
13. Хронический холецистит, этиопатогенез, клиническая картина. Классификация, особенности инструментальной диагностики.
14. Хронический холецистит. Лечение.
15. Хронические гепатиты, классификация, основные клинико-лабораторные синдромы.

16. Диагностика вирусных гепатитов. Место серологической диагностики в верификации заболевания.
17. Лечение вирусных гепатитов. Терапия интерферонами. Новые классы противовирусных препаратов. Побочные эффекты.
18. Циррозы печени, классификация по Чайлд-Пью, основные клинико-лабораторные синдромы.
19. Лечение циррозов печени. Терапия интерферонами. Новые классы противовирусных препаратов. Базисная терапия циррозов.
20. Гломерулонефриты, классификация, возможности клинической диагностики. Место нефробиопсии в верификации диагноза.
21. Основные клинико-лабораторные синдромы гломерулонефритов. Иммуносупрессивная терапия гломерулонефритов.
22. Тубуло-интерстициальные нефриты. Хронический пиелонефрит, этиопатогенез, классификация, диагностика.
23. Хронический пиелонефрит, подходы к терапии.
24. Хроническая болезнь почек, определение, надпочечниковая концепция. Классификация, факторы риска.
25. Нефропротективная стратегия при хронической болезни почек.
26. Хроническая почечная недостаточность, классификация, диагностика.
27. Хроническая почечная недостаточность, консервативная терапия. Показания и виды заместительной почечной терапии.
28. Острое почечное повреждение. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика.
29. Лечение острого почечного повреждения. Показания и виды заместительной почечной терапии.

Вопросы для подготовки к зачету (11 семестр).

1. Сахарный диабет 1 типа. Современные возможности терапии. Инсулинотерапия, виды инсулинов, болюс-базисная инсулинотерапия. Понятие об инсулиновой «помпе».
2. Сахарный диабет 2 типа. Клинические особенности. Классификация. Современные возможности диагностики, С-пептид, гликированный гемоглобин – диагностическое значение.
3. Сахарный диабет 2 типа. Современные возможности терапии, применение ПСП. Показания к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа.
4. Комбинированная терапия сахарного диабета.
5. Гипотиреоз, классификация. Клиническое проявление, лабораторно-инструментальная диагностика.
6. Лечение гипотиреоза, виды заместительной терапии.
7. Гипертиреоз, классификация. Клиническое проявление, лабораторно-инструментальная диагностика.
8. Лечение гипертиреоза, виды тиреостатической терапии. Тиреотоксический криз. Понятие, диагностика, лечение.
9. Феохромоцитома. Этиология, патогенез. Особенности клинических проявлений.

10. Феохромоцитома, классификация, диагностика, лечение.
11. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга, этиология, патогенез. Особенности клинических проявлений.
12. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга, классификация, диагностика, лечение.
13. Инфекционные эндокардиты. Этиология. Патогенез. Значение реактивности организма и особенностей возбудителя в возникновении инфекционного эндокардита. Способствующие факторы.
14. Особенности острого и затяжного септического эндокардита. Клиника: варианты начала болезни. Инфекционные эндокардиты. Лечение: выбор антибиотиков, необходимость применения больших доз, длительность терапии, показания к хирургическому лечению.
15. Миокардиты, кардиомипатии. Понятие о некоронарогенной кардиалгии, особенности диагностики и лечения. окрадитов
16. Лечение миокардитов. Миокардит Абрамова-Фидлера, особенности диагностики и лечения.
17. Перикардиты. Особенности диагностики и лечения перикардитов.
18. Дифференциальная диагностика эссенциальной и ренальной артериальной гипертонии. Походы к медикаментозной терапии.
19. Дифференциальная диагностика эссенциальной и эндокринной артериальной гипертонии. Походы к медикаментозной терапии.
20. Гипертонические кризы. Виды дифференцированное оказание помощи.

7.3.3. Вопросы к экзамену «Госпитальная терапия, эндокринология» (12 семестр).

1. Анемии, определение, критерии диагностики. Классификация.
2. Железодефицитная анемия. Критерии лабораторно-инструментальной диагностики. Лечение. Препараты железа, особенности применения.
3. В12 дефицитная анемия. Критерии лабораторно-инструментальной диагностики. Лечение. Препараты В12, особенности применения.
4. Гемолитическая анемия. Критерии лабораторно-инструментальной диагностики. Лечение. Показания к гемотрасфузии.
5. Бронхиты. Этиология и патогенез. Эпидемиология. Классификация хронического бронхита: простой, гнойный, обструктивный, гнойно-обструктивный. Клиническая картина в зависимости от формы, стадии и фазы процесса. Течение и осложнения.
6. Хронический бронхит. Диагностические критерии болезни. Лечение (антибактериальная, бронхолитическая, муколитическая и противокашлевая терапия).

7. Пневмонии. Эtiология Патогенез. Клинико-морфологическая характеристика, характер течения.
8. Пневмонии. Антибактериальная терапия. Противовирусные препараты. Симптоматические средства, повышающие сопротивляемость организма. Стимуляторы иммунитета. Десенсибилизирующая терапия. Исходы болезни. Прогноз.
9. Абсцесс и гангрена легких. Эtiология и патогенез (постпневмонические, аспирационные, гематогенно-эмболические и травматические нагноения легких).
10. Абсцесс и гангрена легких. Клинические проявления, их особенность в зависимости от стадии, локализации и распространенности, тяжести течения.
11. Абсцесс и гангрена легких. Осложнения. Лечение: общеукрепляющая терапия, антибактериальная терапия, интратрахеальное введение антибиотиков, антисептиков и других лекарств. Бронхоскопический дренаж, сегментарная катетеризация, трансторакальное микродренирование. Симптоматические средства. Первичная и вторичная профилактика. Показания к хирургическому лечению.
12. Бронхиальная астма. Распространенность. Эtiология и патогенез. Роль воспаления, экзо- и эндоаллергенов, наследственно-конституциональных и профессиональных факторов, очаговой инфекции верхних дыхательных путей и бронхов, состояния центральной и вегетативной нервной системы. Роль аутоиммунизации. Механизм приступа.
13. Клиническая симптоматология астмы. Диагностические критерии бронхиальной астмы (основные и дополнительные). Классификация по тяжести течения. Роль аллергического обследования.
14. Бронхиальная астма. Осложнения. Астматический статус, предрасполагающие факторы.
15. Бронхиальная астма. Критерии диагноза и стадии течения. Лечение. Купирование приступа. Борьба с астматическим статусом и его профилактика.
16. Бронхиальная астма. Лечение в межприступном периоде (санация очагов инфекции, прекращение контакта с аллергеном, специфическая и неспецифическая гипосенсибилизация).
17. Рак легкого. Значение хронических бронхолегочных заболеваний в развитии рака. Классификация рака легкого по стадиям.
18. Рак легкого. Современные методы диагностики. Роль бронхоскопии и бронхографии, сцинтиграфия легких. Возможности хирургического лечения.
19. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Распространенность. Эtiология и патогенез. Роль центральных нарушений регуляции артериального давления, симпатической нервной системы, гуморальных и гормональных прессорных (ренин-ангиотензин, альдостерон) и депрессорных (кинины, простагландины) факторов в возникновении и прогрессировании заболевания. Значение нарушений метаболизма натрия и других факторов риска.
20. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Классификация. Клиническая картина различных стадий заболевания. Гемодинамические варианты. Течение гипертонической болезни.

21. Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь). Осложнения. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. Гипертонические кризы. Злокачественная гипертензия. Ювенильная гипертензия. Дифференциальный диагноз.
22. Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь). Лечение. Режим, рациональное питание и другие немедикаментозные методы. Дифференциальное применение гипотензивных средств различного механизма действия с учетом стадии, тяжести течения, особенностей гемодинамических сдвигов и сопутствующих заболеваний. Принципы комбинированной фармакологии.
23. Атеросклероз. Социальное значение проблемы. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска.
24. Атеросклероз и гипертоническая болезнь. Наиболее частые локализации атеросклероза. Особенности клинических проявлений. Значение лабораторных, рентгенологических, инструментальных и ангиографических методов исследования в диагностике атеросклероза различных локализаций.
25. Атеросклероз. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Значение курения, липидов, тромбообразования, сахарного диабета, факторов труда и быта, физического воспитания и физической активности, рационального питания. Лечебно-профилактическое применение медикаментов.
26. Понятие об ишемической болезни сердца (ИБС). Актуальность проблемы (социальное значение, эпидемиология). Факторы риска ИБС, их значение. Классификация ИБС.
27. Стенокардия. Патогенез болевого синдрома (роль функциональных и анатомических факторов). Клинические варианты: стабильная, нестабильная (впервые возникающая, прогрессирующая, вариантная). Степени тяжести.
28. Ишемическая болезнь сердца. Диагноз. Характеристика болей, факторы риска. Роль ЭКГ в выявлении коронарной недостаточности (ЭКГ с фармакологическими и нагрузочными пробами). Радионуклидные методы. Роль инвазивных методов (коронароаргиография, тест частой предсердной стимуляции). Течение.
29. Лечение ИБС. Немедикаментозные методы. Купирование и предупреждение болевых приступов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция). Принципы ступенчатой терапии. Место физических тренировок в комплексном лечении. Показания к хирургическому лечению. Профилактика (первичная и вторичная). Прогноз. Трудовая экспертиза.
30. Q – Инфаркт миокарда. Эпидемиология инфаркта миокарда (распространенность, факторы риска). Патогенез. Клиническая картина в различные периоды заболевания. Клинические варианты начала болезни. Диагноз. Изменения электрокардиограммы, картины крови, биохимических показателей. Течение инфаркта миокарда. Клинические варианты инфаркта миокарда.
31. Не Q – Инфаркт миокарда. Осложнения: кардиогенный шок, нарушения ритма и проводимости, сердечная недостаточность, ранняя и поздняя аневризмы сердца, тампонада сердца, постинфарктный синдром.
32. Ишемическая болезнь сердца. Лечение. Значение ранней госпитализации. Помощь на догоспитальном этапе. Врачебная тактика в различные периоды

инфаркта миокарда. Роль специализированных машин скорой помощи: палата (отделение) интенсивной терапии.

33. Ишемическая болезнь сердца. Купирование болевого приступа, борьба с кардиогенным шоком, сердечной недостаточностью, аритмиями. Возможности антикоагулянтной и тромболитической терапии. Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти.

34. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Механизм развития. Клиническое течение. Особенности развития недостаточности кровообращения. Нарушения ритма сердца и проводимости. Изменения ЭКГ. Хроническая аневризма сердца. Клинические проявления. Значение для диагноза рентгенологических исследований, вентрикулографии, эхокардиографии. Прогноз. Лечение. Возможности хирургического лечения аневризмы сердца. Диспансеризация.

35. Сердечная недостаточность. Современные представления о патогенезе сердечной недостаточности. Особенности изменений метаболизма миокарда при сердечной недостаточности. Характер изменений гемодинамики (системной и регионарной) при сердечной недостаточности. Роль почек и эндокринных факторов в возникновении нарушений водно-электролитного баланса. Провоцирующие и способствующие факторы.

36. Классификация сердечной недостаточности. Клинические проявления острой и хронической сердечной недостаточности, лево- и правожелудочковой. Понятие о «скрытой» сердечной недостаточности.

37. Диагностика сердечной недостаточности. Клинические и дополнительные методы исследования.

38. Сердечная недостаточность. Терапия. Режим. Диета. Особенности врачебной тактики с учетом основного патологического процесса и стадии сердечной недостаточности. Показания и противопоказания к применению сердечных гликозидов. Тактика длительного применения гликозидов.

39. Диуретические средства в терапии сердечной недостаточности. Возможности периферических вазодилататоров и ингибиторов АПФ. Оксигенотерапия. Экстренная помощь при сердечной астме и отеке легких.

40. Сахарный диабет 1 типа. Клинические особенности. Классификация. Современные возможности диагностики.

41. Сахарный диабет 1 типа. Современные возможности терапии. инсулинотерапия, виды инсулинов, болюсбазисная инсулинотерапия. Понятие об инсулиновой «помпе».

42. Сахарный диабет 2 типа. Клинические особенности. Классификация. Современные возможности диагностики, С-пептид, гликированный гемоглобин – диагностическое значение.

43. Сахарный диабет 2 типа. Современные возможности терапии, применение ПСП. Показания к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа.

44. Комбинированная терапия сахарного диабета.

45. Гипотиреоз, классификация. Клиническое проявления, лабораторно-инструментальная диагностика.

46. Лечение гипотиреоза, виды заместительной терапии.

47. Гипоертиреоз, классификация. Клиническое проявления, лабораторно-инструментальная диагностика.
48. Лечение гипертиреоза, виды тиреостатической терапии. Тиреотоксический криз. Понятие, диагностика, лечение.
49. Феохромоцитома. этиология, патогенез. Особенности клинических проявлений.
50. Феохромоцитома, классификация, диагностика, лечение.
51. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга, этиология, патогенез. Особенности клинических проявлений.
52. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга, классификация, диагностика, лечение.
53. Заболевания пищевода. Ахалазия кардии, этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
54. Хронический гастриты. Классификация, клиника, возможности лабораторной и инструментальной диагностики.
55. Хронический гастриты, лечение. Место антибактериальной терапии в эрадикации хеликобактерной инфекции.
56. Язвенная болезнь. Классификация, клиника, возможности лабораторной и инструментальной диагностики.
57. Язвенная болезнь, особенности клинического течения от локализации язвенного дефекта. Место антибактериальной терапии в эрадикации хеликобактерной инфекции. Антисекреторные препараты.
58. Болезнь Крона. Классификация, клиника, возможности лабораторной и инструментальной диагностики.
59. Болезнь Крона, особенности клинического течения от варианта болезни. Место антибактериальной терапии в лечении, патогенетические препараты.
60. НЯК. Классификация, клиника, возможности лабораторной и инструментальной диагностики
61. НЯК, особенности клинического течения от варианта болезни. Место антибактериальной терапии в лечении, патогенетические препараты.
62. Хронический панкреатит. Этиопатогенез, классификация, клинические формы. Диагностика лабораторно-инструментальная.
63. Хронический панкреатит. Лечение в зависимости от клинических форм. Показания к хирургическому лечению.
64. Дискинезия желчевыводящих путей, классификация, клинические различия в зависимости от варианта болезни.
65. Дискинезия желчевыводящих путей, инструментальная диагностика, лечение.
66. Хронический холецистит, этиопатогенез, клиническая картина. Классификация, особенности инструментальной диагностики.
67. Хронический холецистит. Лечение.
68. Хронические гепатиты, классификация, основные клинико-лабораторные синдромы.
70. Диагностика вирусных гепатитов. Место серологической диагностики в верификации заболевания.

71. Лечение вирусных гепатитов. Терапия интерферонами. Новые классы противовирусных препаратов. Побочные эффекты.
72. Циррозы печени, классификация по Чайлд-Пью, основные клинико-лабораторные синдромы.
73. Лечение циррозов печени. Терапия интерферонами. Новые классы противовирусных препаратов. Базисная терапия циррозов.
74. Гломерулонефриты, классификация, возможности клинической диагностики. Место нефробиопсии в верификации диагноза.
75. Основные клинико-лабораторные синдромы гломерулонефритов. Иммуносупрессивная терапия гломерулонефритов.
76. Тубуло-интерстициальные нефриты. Хронический пиелонефрит, этиопатогенез, классификация, диагностика.
77. Хронический пиелонефрит, подходы к терапии.
78. Хроническая болезнь почек, определение, наднозологическая концепция. Классификация, факторы риска.
79. Нефропротективная стратегия при хронической болезни почек.
80. Хроническая почечная недостаточность, классификация, диагностика.
81. Хроническая почечная недостаточность, консервативная терапия. Показания и виды заместительной почечной терапии
82. Острое почечное повреждение. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика.
83. Лечение острого почечного повреждения. Показания и виды заместительной почечной терапии
84. Инфекционные эндокардиты. Этиология. Патогенез. Значение реактивности организма и особенностей возбудителя в возникновении инфекционного эндокардита. Способствующие факторы.
85. Особенности острого и затяжного септического эндокардита. Клиника: варианты начала болезни. Инфекционные эндокардиты. Лечение: выбор антибиотиков, необходимость применения больших доз, длительность терапии, показания к хирургическому лечению.
86. Миокардиты, кардиомипатии. Понятие о некоронарогенной кардиалгии, особенности диагностики и лечения. окрадитов
87. Лечение миокардитов. Миокардит Абрамова-Фидлера, особенности диагностики и лечения.
88. Перикардиты. Особенности диагностики и лечения перикардитов.
89. Дифференциальная диагностика эссенциальной и ренальной артериальной гипертензии. Подходы к медикаментозной терапии.
90. Дифференциальная диагностика эссенциальной и эндокринной артериальной гипертензии. Подходы к медикаментозной терапии.

7.4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений и навыков, и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Требования к проведению устного опроса

Опрос - средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний, обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.

Критерии оценки знаний при проведении опроса

Оценка «отлично» - студент полно излагает изученный материал, даёт правильное определение понятий; обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; излагает материал профессиональным языком с использованием соответствующей системы понятий и терминов.

Оценка «хорошо» - студент даёт ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1-2 недочёта в последовательности и языковом оформлении излагаемого.

Оценка «удовлетворительно» - студент обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.

Оценка «неудовлетворительно» - студент обнаруживает незнание большей части соответствующего раздела изучаемого материала, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал.

Требования к проведению тестового задания

Тест - система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.

Критерии оценки знаний студентов при проведении тестирования

Оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа студента не менее чем 90% тестовых заданий;

Оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа студента не менее чем 80% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа студента не менее 70%;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа студента менее чем на 70% тестовых заданий.

Требования к устному сообщению

Сообщение – устное выступление, содержащее факты, события, цифры, даты и другую точную и научную информацию. В заключительной части сообщения обобщается все сказанное, делаются выводы. Время выступления с сообщением – 5-7 минут. Тема сообщения указывается преподавателем и соответствует плану семинарских занятий.

По результатам выступления формируется дискуссия: присутствующие задают вопросы (не менее 3 вопросов). В конце выступления возможен краткий опрос основных положений: сообщающий или преподаватель задают вопросы аудитории.

При составлении сообщения студент должен использовать не менее трех источников (учебник и специализированная литература по теме).

Критерии оценивания сообщения по теме

1. Соответствие содержания работы теме.
2. Самостоятельность выполнения работы, глубина проработки материала, использование рекомендованной и справочной литературы
3. Исследовательский характер.
4. Логичность и последовательность изложения.
5. Обоснованность и доказательность выводов.
6. Грамотность изложения и качество оформления работы.
7. Использование наглядного материала.

Оценка «отлично»- учебный материал освоен студентом в полном объеме, легко ориентируется в материале, полно и аргументировано отвечает на дополнительные вопросы, излагает материал логически последовательно, делает самостоятельные выводы, умозаключения, демонстрирует кругозор, использует материал из дополнительных источников, интернет ресурсы. Сообщение носит исследовательский характер. Речь характеризуется эмоциональной выразительностью, четкой дикцией, стилистической и орфоэпической грамотностью. Использует наглядный материал (презентация).

Оценка «хорошо» - по своим характеристикам сообщение студента соответствует характеристикам отличного ответа, но студент может испытывать некоторые затруднения в ответах на дополнительные вопросы, допускать некоторые погрешности в речи. Отсутствует исследовательский компонент в сообщении.

Оценка «удовлетворительно» - студент испытывал трудности в подборе материала, его структурировании. Пользовался, в основном, учебной литературой, не использовал дополнительные источники информации. Не может ответить на дополнительные вопросы по теме сообщения. Материал излагает не последовательно, не устанавливает логические связи, затрудняется в формулировке выводов. Допускает стилистические и орфоэпические ошибки.

Оценка «неудовлетворительно» - сообщение студентом не подготовлено либо подготовлено по одному источнику информации либо не соответствует теме.

Критерии оценки знаний на зачете

Форма проверки знаний, умений и навыков, приобретенных обучающимися в процессе усвоения учебного материала лекционных, практических и семинарских занятий по дисциплине. Проведение зачета организуется на последней учебной неделе семестра до начала экзаменационной сессии в соответствии с утвержденным расписанием занятий. Зачет принимается препода-

вателем, читающим лекции по данной дисциплине. Экзаменатор может поставить зачет без опроса или собеседования тем обучающимся, которые активно участвовали в семинарских занятиях.

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы

Критерии оценки знаний студента на экзамене

Оценка «отлично» - выставляется студенту, показавшему всесторонние, систематизированные, глубокие знания учебной программы дисциплины и умение уверенно применять их на практике при решении конкретных задач, свободное и правильное обоснование принятых решений.

Оценка «хорошо» - выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, умеет применять полученные знания на практике, но допускает в ответе или в решении задач некоторые неточности, которые может устранить с помощью дополнительных вопросов преподавателя.

Оценка «удовлетворительно» - выставляется студенту, показавшему фрагментарный, разрозненный характер знаний, недостаточно правильные формулировки базовых понятий, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, но при этом он владеет основными разделами учебной программы, необходимыми для дальнейшего обучения и может применять полученные знания по образцу в стандартной ситуации.

Оценка «неудовлетворительно» - выставляется студенту, который не знает большей части основного содержания учебной программы дисциплины, допускает грубые ошибки в формулировках основных понятий дисциплины и не умеет использовать полученные знания при решении типовых практических задач.

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

а) основная литература

Внутренние болезни в 2-х томах [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1264 с.

Внутренние болезни. 333 тестовые задачи и комментарии к ним [Электронный ресурс]: учебное пособие для вузов / Л.И. Дворецкий и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 160 с.

Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие / В. И. Маколкин и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 304 с.

Громнацкий, Н.И. Внутренние болезни : учебник для студентов мед. вузов / Н.И. Громнацкий. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - 688 с.

б) дополнительная литература

Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / А. А. Абрамова и др.; под ред. В.И. Подзолкова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 640 с.

Внутренние болезни. 333 тестовые задачи и комментарии к ним [Электронный ресурс]: учебное пособие для вузов / Л.И. Дворецкий и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 160 с.

Внутренние болезни в 2-х томах [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1264 с. -

Внутренние болезни. Военно-полевая терапия : учеб. пособие для студентов вузов / [А.Г. Акимов и др.] ; под ред. А.Л. Ракова, А.Е. Сосюкина. - СПб. : Фолиант, 2006. - 384 с.

Косарев, В.В. Профессиональные болезни: учебник для студентов вузов / В.В. Косарев, С.А. Бабанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 368 с.

Косарев, В.В. Профессиональные болезни: учебное пособие для студентов мед. вузов / В.В. Косарев, В.С. Лотков, С.А. Бабанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 160 с.

в) программное обеспечение и Интернет-ресурсы.

<http://www.booksmed.com/vnutrennie-bolezni/> Внутренние болезни. Учебник. Под редакцией В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина -2012. Формат: PDF.

<http://www.booksmed.com/zdravooxranenie/> Косарев В.В., Бабанов С.А. Профессиональные болезни. Учебное пособие. -2011. Формат: PDF.

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины «Госпитальная терапия и эндокринология» (9 семестр).

9.1. Краткие теоретические и учебно-методические материалы по каждой теме, позволяющие студентам ознакомиться с сущностью вопросов, изучаемых на занятии.

9 семестр.

1. Введение во внутренние болезни.

Профессиональный алгоритм решения практических задач диагностики, лечения больных и профилактики заболеваний, навыки профессионального врачебного поведения. Ведение медицинской документации.

Болезни крови. Железодефицитная анемия.

Обмен железа в организме. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина анемического и сидеропенического синдромов. Лабораторные данные. Инструментальные данные. Определение причин и источника

кровопотери. Дифференциальный диагноз. Лечебная программа. Профилактика первичная и вторичная.

Хронический миелоидный лейкоз.

Хронический миелоидный лейкоз, этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина типичного хронического миелоидного лейкоза, фазы заболевания. Лабораторная диагностика. Обострение. Дифференциальный диагноз. Лечебная программа. Хронический лимфолейкоз. Этиология и патогенез. Клиническая картина В-клеточного ХЛЛ. Лабораторные данные. Клинические стадии. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение хронического лимфолейкоза

Болезни органов дыхания. Бронхиты.

Этиология: курение, вдыхание загрязненного воздуха, влияние профессиональных вредностей, климатические факторы, инфекция, перенесенный острый бронхит, генетические факторы и конституциональная предрасположенность, факторы, предрасполагающие к развитию хронического бронхита. Основные патогенетические факторы: нарушение функции местной бронхопальмональной защиты и системы иммунитета, структурная перестройка слизистой оболочки бронхов, развитие классической патогенетической триады и выделение медиаторов воспаления и цитокинов, механизмы бронхиальной обструкции обратимые и необратимые.

Патоморфология. Классификация. Клиника. Лабораторные данные. Инструментальные исследования. Диагностические критерии. Диагностика обострений. Дифференциальный диагноз.

Лечебные мероприятия. Устранение этиологических факторов. Режим. Лечебное питание. Антибактериальная терапия. Улучшение дренажной функции бронхов. Дезинтоксикационная терапия. Коррекция дыхательной недостаточности. Лечение легочной гипертензии. Иммуномоделирующая терапия. Повышение неспецифической резистентности организма. Физиотерапия. Санаторно-курортное лечение Диспансерное наблюдение.

Пневмонии.

Этиология: внебольничные, госпитальные, у больных с иммунодефицитным состоянием, на фоне нейтропении, вирусные. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация. Диагностика: легочные и внелегочные проявления. Характеристика долевой и очаговой пневмонии. Клинические варианты течения, малосимптомная, массивная, абдоминальная, у пожилых. Осложнения, острая дыхательная недостаточность, инфекционно-токсический шок. Лабораторные данные. Рентгенологические признаки. Дифференциальный диагноз. Рак легкого. Анамнез. Рентгенологическое исследование. Бронхоскопия. Цитологическое исследование мокроты, плеврального экссудата. Пункционная биопсия пальпируемых лимфатических узлов. Иммунологические методы исследования. Трансторакальная пункция. Этиологический диагноз пневмоний: пневмококковая, стафилококковая, стрептококковая. Атипичные пневмонии. Вирусные пневмонии. Пневмонии у больных СПИДом. Затяжная пневмония. Хроническая пневмония. Патогенез. Классификация.

Клиника. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Бронхоэктатическая форма. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечебная программа острой, затяжной и хронической пневмонии. Лечебный режим и питание. Этиотропное лечение. Патогенетическое и симптоматическое лечение. Борьба с интоксикацией и осложнениями. Физиотерапия, ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика. Санаторно-курортное лечение, реабилитация и диспансеризация.

Инфекционные деструкции легких, абсцесс и гангрена легких.

Этиология, предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация. Абсцесс легкого. Клиника, течение, лабораторные и инструментальные методы диагностики. Гангрена легких. Диагностика. Лечебная программа. Антибактериальная терапия. Эндобронхиальное введение. Санация бронхиального дерева, выведение гнойного содержимого и мокроты. Дезинтоксикационная терапия. Иммуномоделирующая терапия, нормализация общей и легочной реактивности. Санация верхних дыхательных путей. ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, физиотерапия, санаторно-курортное лечение. Хирургические методы. Диспансеризация.

Бронхиальная астма.

Классификация. Этиология, предрасполагающие факторы: наследственность, атопия, гиперреактивность бронхов, биологические дефекты у практически здоровых лиц; причинные факторы: аллергены (бытовые, эпидермальные, инсектные, пыльцевые, грибковые, пищевые, лекарственные, профессиональные, комбинированное воздействие аллергенов и поллютантов); эндогенные этиологические факторы (нарушение метаболизма арахидоновой кислоты, гиперреактивность бронхов к физической нагрузке, нервно-психические факторы, дизгормональные нарушения); факторы, способствующие развитию бронхиальной астмы: респираторные инфекции, воздушные поллютанты, табакокурение и пассивное курение; факторы, способствующие обострению бронхиальной астмы (триггеры). Патогенез: аллергической и неаллергической бронхиальной астмы (инфекционно-зависимой, глюкокортикоидного варианта, дизовариальной формы, выраженного адренергического дисбаланса, нервно-психического варианта, холинергического варианта), других форм: первично-измененная реактивность бронхов, астма физического усилия, аутоиммунный вариант. Механизм бронхоспазма и роль вегетативной (холинергической, адренергической и неадренергической нехолинергической) нервной системы в регуляции тонуса бронхов. Клиническая картина. Инструментальные методы: оценка функции внешнего дыхания (спирография, пневмотахография, пикфлоуметрия, пробы с бронходилататорами); рентгенологическое исследование; ЭКГ; оценка газового состава артериальной крови; бронхоскопия; аллергологический статус. Диагностические критерии различных форм бронхиальной астмы. Дифференциальный диагноз. Астматический статус. Этиология и патогенез. Классификация и клиническая картина. Лечение бронхиальной астмы, учитывая степень тяжести и клинко-патогенетический вариант, медикаментозное и немедикаментозное лечение: физиотерапия, мас-

саж, постуральный дренаж, баротерапия, дыхательная гимнастика, рефлексотерапия, гомеопатия, спелеотерапия. Купирование приступа бронхиальной астмы. Лечение астматического статуса. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.

Болезни органов кровообращения. Атеросклероз.

Метаболизм холестерина и триглицеридов. Классификация и функция липопротеинов. Первичные и вторичные гиперлипидемии. Патогенез: стадии развития атеросклероза. Факторы риска развития атеросклероза: дислипидемия, курение, артериальная гипертензия, ожирение, метаболический синдром, гиподинамия, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет, наследственность, пол и возраст, стресс и особенности лечения, гиперкоагулянтная активность крови, гомоцистеин, липопротеин (а), маркеры воспаления (ФНО-а, интерлейкин 1.6, СРП). Клиническая картина: внешние проявления и клинические проявления атеросклероза различных артерий (грудной, брюшной, дуги аорты, аневризмы аорты, артерий нижних конечностей и церебральных артерий). Лабораторные и инструментальные методы исследования. Классификация атеросклероза. Лечение атеросклероза, устранение факторов риска и нормализация образа жизни, антиатеросклеротическая диета и нормализация массы тела, медикаментозная коррекция, фитотерапия, эфферентная терапия, генная терапия, гепатотропная терапия. Санаторно-курортное лечение.

Ишемическая болезнь сердца, стенокардия.

Классификация. Этиология. Основные патогенетические факторы: органическая обструкция коронарной артерии атеросклеротическим процессом, динамическая обструкция вследствие коронарораспазма на фоне атеросклеротически измененных артерий, снижение способности коронарных артерий адекватно расширяться под влиянием метаболических факторов при возрастании потребности миокарда в кислороде, роль эндотелиальной дисфункции, эндотелина, коллатерального кровотока, ангиогенеза, активации протоонкогенов, перекисного окисления липидов и липоксигеназного пути метаболизма арахидоновой кислоты, экстравазальных сдавливающих факторов и нарушения продукции энкефалинов и эндорфинов. Новые ишемические синдромы: гибернация миокарда, оглушенность миокарда и ишемическое прекондиционирование. Факторы риска, категории 1, 2, 3, 4. Стенокардия. Классификация стенокардии. Стенокардия напряжения. Клиническая картина стабильной стенокардии напряжения: характеристика болевого синдрома, атипичные проявления и эквиваленты. Данные физикального исследования и применение специальных инструментальных методов. Дифференциальная диагностика. Прогноз. Лечебная программа.

Острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда.

Патогенез острого коронарного синдрома. Клиническая картина: острый коронарный синдром без подъема интервала ST (нестабильная стенокардия). Классификация нестабильной стенокардии. Клиника. Инструментальные методы исследования: ЭКГ. Эхо-КГ, радионуклидные исследования, коронарная ангиография, ангиоскопия и внутрикоронарная ультрасоноскопия, магнито-

резонансная томография. Лабораторные методы исследования: биохимические маркеры повреждения миокарда, маркеры воспалительной активности. Постановка диагноза нестабильной стенокардии и оценка риска смерти и развития инфаркта миокарда. Инфаркт миокарда, факторы риска, этиология, патогенез, патоморфология. Патофизиологические изменения: нарушение систолической и диастолической функции и ремоделирование левого желудочка. Классификация инфаркта миокарда. Клиническая картина неосложненного инфаркта миокарда (с зубцом Q), периоды инфаркта миокарда, лабораторные и инструментальные методы исследования. Атипичные формы. Электрокардиограмма при инфаркте миокарда, ЭКГ-критерии и топическая ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Дифференциальная диагностика. Данные других инструментальных методов. Инфаркт миокарда без зубца Q, патогенез, особенности клиники, данные ЭКГ-исследований. Затяжной, рецидивирующий и повторный инфаркт миокарда. Особенности клинического течения у лиц молодого возраста. Дифференциальный диагноз. Осложнения инфаркта миокарда. Нарушение сердечного ритма и проводимости. Классификация. Острая сердечная недостаточность. Классификация. Острая левожелудочковая недостаточность. Кардиогенный шок, патогенез. Клиническая картина, лабораторные данные, степени тяжести кардиогенного шока. Разрывы сердца, наружные и внутренние. Аневризма сердца, другие постинфарктные осложнения.

Лечение нестабильной стенокардии; купирование болевого синдрома, устранение ишемии миокарда, лечение с помощью гепарина и антиагрегантов, хирургические методы лечения. Диспансеризация, лечебно-оздоровительные мероприятия. Лечение неосложненного инфаркта миокарда в соответствии с этапами оказания помощи: догоспитальном, госпитальном, реабилитационном и диспансерном. Сроки временной нетрудоспособности, трудоустройство, прогноз, вторичная профилактика. Лечение осложнений: нарушения ритма и проводимости, острой сердечной недостаточности, кардиогенного шока, тромбоэмболических осложнений и других.

Хроническая сердечная недостаточность.

Этиология и патогенез. Классификация сердечной недостаточности и клиническая картина. Лабораторные данные и инструментальные исследования. Прогноз. Этиология и клиническая картина. Лечебная программа: этиологическое лечение, режим, лечебное питание, усиление сократительной способности миокарда (лечение сердечными гликозидами и инотропными средствами), устранение отека синдрома (лечение диуретиками), уменьшение пред и постнагрузки на левый желудочек (лечение периферическими вазодилататорами), снижение активности симпатoadреналовой системы, метаболическая и антиоксидантная терапия, назначение антигипоксантов, кислородотерапия, ЛФК и массаж, санаторно-курортное лечение.

Гипертоническая болезнь.

Артериальная гипертензия, распространенность. Физиологические механизмы регуляции: гемодинамические и нейрогуморальные (система быст-

рого кратковременного и длительного действия). Методика измерения артериального давления. Суточное мониторирование артериального давления, методика и основные показатели. Гипертоническая болезнь. Этиология, роль генетических факторов, роль факторов внешней среды. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Поражение органов мишеней (сердца, периферических артерий (микро и макроангиопатии), почек, сосудов сетчатки глаза, сосудов головного мозга), лабораторные и инструментальные методы выявления. Клинические варианты и формы артериальной гипертензии, диагностика. Гипертонические кризы, этиология, патогенез, диагностические критерии. Классификация, дифференциальный диагноз. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Основные принципы лечения гипертонической болезни. Показания к стационарному лечению. Лечебная программа: устранение психоэмоциональных и психосоциальных стрессовых ситуаций, немедикаментозные методы, медикаментозная гипотензивная терапия, улучшение церебрального кровотока, лечение осложнений, экстракорпоральная терапия, санаторно-курортное лечение.

10 семестр.

Болезни органов пищеварения. Болезни пищевода.

Дискинезии пищевода. Этиология и патогенез, Классификация. Нарушение перистальтики грудного отдела и деятельности сфинктеров пищевода: ахалазия кардии, классификация, клиника, диагностика. Хронический эзофагит. Этиология. Клиническая картина. Инструментальные и лабораторные данные. Дифференциальная диагностика. Рак пищевода, этиология, клиника, диагностика. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Классификация. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Клиническая классификация, клиническая картина. Лабораторные и инструментальные данные. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Язвы пищевода. Этиология и патогенез. Клиника, Инструментальные данные. Осложнения. Лечение ахалазии кардии и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, рака пищевода.

Хронический гастрит, рак желудка.

Хронический гастрит. Этиология. Экзогенные и эндогенные факторы. Патогенез хеликобактерного, аутоиммунного, хронического рефлюкс-гастрита. Классификации хронического гастрита. Клинические и лабораторно-инструментальные данные. Рак желудка, этиология и патогенез. Клиническая картина, диагностика. Лечение хронического аутоиммунного и хеликобактерного гастрита. Диспансеризация.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Основные и предрасполагающие этиологические факторы. Патогенез, агрессивные, защитные и нейроэндокринные факторы. Патоморфология. Клиническая картина неосложненной язвенной болезни. Клинические особенности заболевания в зависимости от локализации язвы, у женщин, у лиц молодого возраста, у пожилых, атипичное течение. Лабораторные и инструментальные данные неосложненной язвенной болезни. Классификация. Осложне-

ния язвенной болезни: кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника и 12-перстной кишки, малигнизация язвы желудка. Лабораторные и инструментальные данные. Лечение неосложненной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки: этиологическое, лечебный режим, лечебное питание, медикаментозное лечение, фитотерапия, физиотерапевтическое лечение, применение минеральных вод, местное лечение долго не заживающих и резистентных язв желудка и 12-перстной кишки, санаторно-курортное лечение и диспансеризация.

Болезни желчного пузыря и желчных путей.

Желчнокаменная болезнь, этиология и патогенез. Клинико-инструментальная и лабораторная диагностика стадий и форм ЖКБ. Осложнения. Хронический холецистит, этиология, предрасполагающие факторы, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы. Холангит. Классификация. Клиническая картина острого и хронического холангита. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Лечение первой стадии ЖКБ: лечебно-профилактические мероприятия, второй стадии: лечебное питание, нормализация массы тела, борьба с гиподинамией и дислипидемией, медикаментозное растворение камней, ударно-волновая холелитотрипсия, чрезкожно-трансгепатический холелитиаз, лечение третьей стадии ЖКБ: купирование приступа, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, оперативное лечение. Лечение хронического холецистита, лечебный режим и питание, медикаментозные физиотерапевтические методы, лечение минеральными водами, санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.

Хронический панкреатит, рак поджелудочной железы.

Хронический панкреатит, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторная диагностика. Инструментальные данные. Рак поджелудочной железы, этиология и патогенез, клиническая картина и диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз и профилактика. Лечение хронического панкреатита, лечебная программа. Диспансеризация.

Хронический гепатит, наследственные пигментные гепатозы.

Хронический гепатит. Этиология и патогенез. Классификации. Клиническая картина, лабораторные и инструментальные данные. Наследственные пигментные гепатозы: синдромы Жильбера и Криглера-Найяра, синдромы Дабина-Джонсона и Ротора. Клиническая картина, диагностика. Лечебная программа при хроническом гепатите. Диспансерное наблюдение.

Цирроз печени, рак печени.

Этиология. Патогенез. Морфология. Классификация. Клиническая картина. Синдром печеночно-клеточной недостаточности. Синдром портальной гипертензии. Синдром иммунного воспаления. Оценка степени тяжести цирроза печени, осложнения. Клинические особенности вирусного и алкогольного, кардиального цирроза печени. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Рак печени. Этиология и патогенез. Клиника. Инструментальные и лабораторные методы исследования. Течение и осложнения. Дифференциальный диагноз. Лечение цирроза печени.

Хронические заболевания кишечника, рак толстой кишки.

Болезнь Крона, НЯК, этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные данные. Дифференциальный диагноз. Хронический колит, этиология и патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Классификация. Дифференциальная диагностика. Рак толстой кишки. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Лечебная программа при хроническом энтерите и хроническом колите. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.

Болезни почек и мочевыводящих путей. Гломерулонефрит.

Острый диффузный гломерулонефрит, этиология, патогенез и патоморфология. Клиническая картина и лабораторные данные. Основные синдромы. Клинические формы. Классификация. Прогноз, дифференциальный диагноз. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клинические и лабораторные методы исследования. Клиническая классификация. Дифференциальный диагноз. Лечебная программа при остром и хроническом гломерулонефрите. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.

11 семестр.

Эндокринные заболевания. Метаболический синдром. Ожирение.

Метаболический синдром (МС) и ожирение. Социальное значение проблемы. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития ожирения и МС. Особенности клинических проявлений. Значение лабораторных тестов в диагностике МС. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Значение наследственных, алиментарных факторов риска, факторов труда и быта, физического воспитания и физической активности, рационального питания в возникновении МС и ожирения. Лечебно-профилактическое применение медикаментов. Лечение ожирения: рациональная терапия, возможности хирургического лечения.

Сахарный диабет. Вопросы диагностики и современной терапии. Диагностика и лечение и диабетических ком.

Сахарный диабет. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска развития диабета 1 и 2 типов. Особенности клинических проявлений при диабете 1 и 2 типов, дифференциально-диагностические различия. Значение лабораторных тестов: глюкозотолерантных тестов, гликированного гемоглобина, определения С-пептида в дифференциальной диагностике сахарного диабета. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Инсулинорезистентность, профилактика, возможности немедикаментозного воздействия. Особые формы сахарного диабета — МОДИ-диабет, диабет 2 типа у молодых. Диабетические комы: гипогликемическая, лактацидемическая, гипергликемическая, гиперосмолярная, их патогенез и условия возникновения; факторы риска развития диабетических ком. Критерии дифференциальной диагностики. Неотложные мероприятия в лечении диабетических ком. Алгоритм на догоспитальном и госпитальном этапах оказания помощи при диабетических комах.

Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы. Эндемический зоб.

Факторы риска развития эндемического зоба, гипертиреоза, гипотиреоза и рака щитовидной железы. Особенности клинических проявлений, дифференциально-диагностические различия вариантов патологии щитовидной железы. Дифференциальное значение лабораторных тестов: определение концентрации гормонов щитовидной железы, онкомаркеров для дифференциальной диагностики патологических процессов. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности. Инструментальная диагностика заболеваний щитовидной железы — роль ультразвуковых методов для скрининга и уточнения патологии щитовидной железы, сцинтиграфия и ТАБ в диагностике онкопатологии щитовидной железы. Лечебно-профилактическое применение медикаментов в зонах эндемичного проживания. Лечение эндемического зоба, препараты йода. Лечение гипо- и гиперфункции щитовидной железы: тиреостатики, препараты заместительной терапии при гипофункции щитовидной железы.

Дифференциальная диагностика заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы и надпочечников.

Гипо- и гиперфункция надпочечников, дифференциально — диагностические различия клинических проявлений центрального поражения и нарушения функции надпочечников. Патогенез. Факторы риска развития гиперкортицизма, гипокортицизма, опухолей гипоталамо-гипофизарной области и надпочечников. Особенности клинических проявлений, дифференциально-диагностические критерии нарушений минералокортикоидной активности, гипо-, гиперкортицизма, нарушения выработки катехоламинов. Дифференциально-диагностические различия вариантов патологии надпочечников, гипоталамо-гипофизарной области: болезнь и синдром Иценко-Кушинга, феохромоцитома, болезнь Кона, Болезнь Аддисона. Определение концентрации гормонов надпочечников, адренкортикотропных гормонов, проведение дексаметозного теста, пробы со спиронолактоном, натрия хлоридом в дифференциальной диагностике центрального и периферического поражения. Инструментальная диагностика заболеваний надпочечников, гипоталамо-гипофизарной области — роль ультразвуковых методов, МРТ, КТ для скрининга и уточнения патологии. Лечение заболеваний надпочечников, гипоталамо-гипофизарной области. Возможности хирургического, эндоскопического лечения.

Заболевания кровообращения. Дифференциальная диагностика синдрома кардиалгии. Лечение ОКС.

Ишемическая болезнь сердца. Актуальность проблемы. Особенности ангинозного синдрома, варианты типичного и атипичного течения. Классификация ИБС. Лечение ИБС. Немедикаментозные методы. Купирование и предупреждение болевых приступов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция). Место физических тренировок в комплексном лечении. Показания к хирургическому лечению. Профилактика (первичная и вторичная). Прогноз.

Некоронарогенная кардиалгия (миокардиты, кардиомиопатии). Клинические критерии, особенности болевого синдрома. Роль лабораторных критериев повреждения миокарда (тропонины, креатинкиназа) в дифференциаль-

ной диагностике. Роль ЭКГ, ЭХО-КС, в дифференциальной диагностике коронарной недостаточности (ЭКГ с фармакологическими и нагрузочными пробами). Радионуклидные методы. Роль инвазивных методов (коронароартиография, тест частой предсердной стимуляции). Лечение.

ОКС и инфаркт миокарда. Дифференциальная диагностика, дифференцированные подходы к терапии Острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда.

Патогенез острого коронарного синдрома. Клиника. Нестабильная стенокардия. Классификация нестабильной стенокардии. Клиника. Инструментальные методы исследования: ЭКГ. Лабораторные методы исследования.

Инфаркт миокарда, факторы риска, этиология, патогенез, патоморфология. Патофизиологические изменения. Классификация инфаркта миокарда. Клиническая картина неосложненного инфаркта миокарда, дифференциальная диагностика инфаркта миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST.

Инструментальные методы исследования: ЭКГ. Лабораторные методы исследования.

Лечение, применение эндоваскулярных методов малоинвазивной терапии. Значение ранней госпитализации. Помощь на догоспитальном этапе. Врачебная тактика в различные периоды инфаркта миокарда.

Неотложная помощь. Купирование болевого приступа. Дифференциальная диагностика артериальных гипертензий

Артериальная гипертензия, понятие о синдроме, факторы риска эссенциальной гипертензии и спектр заболеваний, сопровождающихся повышением артериального давления.

Физиологические механизмы регуляции артериального давления: гемодинамические и нейрогуморальные (система быстрого кратковременного и длительного действия). Суточное мониторирование артериального давления, методика и основные показатели, основные типы кривых.

Гипертоническая болезнь. Этиология, роль генетических факторов, роль факторов внешней среды. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Поражение органов мишеней (сердца, периферических артерий (микро и макроангиопатии), почек, сосудов сетчатки глаза, сосудов головного мозга), лабораторные и инструментальные методы выявления.

Эндокринные артериальные гипертензии, особенности при патологии надпочечников, сахарном диабете, патологии щитовидной железы. Роль лабораторных и инструментальных критериев.

Реноваскулярные и ренопаренхиматозные артериальные гипертензии, роль доплерометрических и ангиографических методов в диагностике.

Клинические варианты и формы артериальной гипертензии, диагностика. Основные принципы лечения артериальной гипертензии.

12 семестр.

Заболевания суставов. Дифференциальная диагностика суставного синдрома. Характеристика суставного синдрома. Ревматоидный артрит.

Современные представления об этиологии и патогенезе. Значение иммунного звена патогенеза. Классификация. Клиническая картина. Основные

клинические проявления суставного синдрома. Лабораторно-инструментальные показатели в диагностике ревматоидного артрита. Клинические формы и варианты течения болезни, особые формы — синдром Фелти, синдром Стилла, ювенильный ревматоидный артрит. Критерии диагноза. Лечение: режим, диета, стероидные, иммуносупрессивные препараты, антиагреганты и другие медикаментозные средства. Профилактика. Диспансеризация больных, противорецидивная терапия.

Подагра.

Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии. Клиническая картина и особенности суставного синдрома при подагре. Критерии диагностики — основные и дополнительные. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, медикаментозная терапия — урикоостатические, урикозурические и смешанного действия препараты. Трудовая экспертиза. Остеоартроз. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии болезни. Клиническая классификация: критерии диагностики. Лабораторно-инструментальные методы исследования при остеоартрозе. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, ФТЛ, ЛФК, симптоматические лекарственные средства. Эндопротезирование суставов. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.

Дифференциальная диагностика болезней соединительной ткани. Системная красная волчанка (СКВ).

Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии. Клиническая картина и особенности суставного, кожного синдрома при СКВ. Критерии диагностики — основные и дополнительные. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, медикаментозная терапия — иммуносупрессивная, кортикостероиды, понятие о пульс-терапии в ревматологии. Эфферентные методы лечения — плазмаферез. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.

Системная склеродермия (ССД). Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии болезни. Особенности кожного синдрома. Поражения внутренних органов, CREST синдром. Клиническая классификация: критерии диагностики. Лабораторно-инструментальные методы исследования, серологические маркеры ревматологических заболеваний. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, ФТЛ, ЛФК, симптоматические лекарственные средства. Трудовая экспертиза. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.

Дифференциальная диагностика болезней соединительной ткани и васкулитов.

Системная красная волчанка (СКВ) и васкулиты с поражением сосудов микроциркуляторного русла. Гранулематоз Вегенера, узелковый полиартериит, синдром Гудпасчера. Клиническая картина и особенности суставного, кожного синдрома, особенности поражения внутренних органов при васкулитах, полисиндромность проявлений. Критерии диагностики — основные и до-

полнительные. Течение, исходы болезни. Лечение: режим, диета, медикаментозная терапия — иммуносупрессивная, кортикостероиды, понятие о пульс-терапии. Эфферентные методы лечения.

Заболевания органов дыхания

Дифференциальная диагностика синдрома инфильтрации легочной ткани. Синдром инфильтрации легочной ткани — клиническая и инструментальная диагностика.

Пневмонии. Симптоматология в различные периоды болезни с учетом клинико-морфологической характеристики. Основные синдромы (синдром общих и местных воспалительных изменений в легочной ткани, интоксикационный гипоксический, вовлечения в процесс других органов и систем). Осложнения — местные и общие. Лечение. Антибактериальная терапия, особенности ее назначения в зависимости от этиологии, степени тяжести пневмонии. Симптоматические средства, повышающие сопротивляемость организма. Физиотерапия, лечебная дыхательная гимнастика. Критерии выздоровления. Исходы болезни. Прогноз.

Туберкулез легких. Социальное значение. Симптоматология в различные периоды болезни с учетом клинико-морфологической характеристики, «маски» легочного туберкулеза. Основные синдромы (синдром общих и местных воспалительных изменений в легочной ткани, интоксикационный гипоксический, вовлечения в процесс других органов и систем). Осложнения — местные и общие. Лечение фтизиостатиками. Диета. Санаторно-курортный этап реабилитации после перенесенного процесса.

Дифференциальная диагностика синдрома синдрома бронхиальной обструкции. Обструктивный бронхит.

Этиология и патогенез. Значение эндогенных и экзогенных факторов в развитии заболевания: курения, инфекции, охлаждения, профессиональных и эндогенных факторов. Эпидемиология. Клиническая картина в зависимости от формы, стадии и фазы процесса. Характеристика синдрома бронхиальной обструкции, возможности его верификации и определения обратимости посредством функциональных дыхательных тестов. Лечение (антибактериальная, бронхолитическая, муколитическая и противокашлевая терапия). Интратрахеальное введение лекарственных препаратов

Бронхиальная астма.

Роль воспаления, экзо- и эндоаллергенов, наследственно-конституциональных и профессиональных факторов, очаговой инфекции верхних дыхательных путей и бронхов, состояния центральной и вегетативной нервной системы. Механизм приступа, механизм развития обратимости бронхиальной обструкции при астме, в отличие от обструктивного бронхита, терапевтические возможности оказания помощи. Клиническая симптоматология различных этиологических вариантов астмы. Диагностические критерии астмы (основные и дополнительные). Классификация по ВОЗ и по тяжести течения. Астматический статус, предрасполагающие факторы. Критерии диагноза и стадии течения. Лечение. Купирование приступа. Применение небулайзерной терапии. Ступенчатое лечение астмы.

Дифференциальная диагностика синдрома выпота в плевральную полость. Синдром выпота в плевральную полость — возможности клинической и инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика трансудата и экссудата.

Этиология, патогенез бактериальных плевритов. Симптоматология в различные периоды болезни с учетом клинико-морфологической характеристики. Основные синдромы (синдром общих и местных воспалительных изменений, интоксикационный гипоксический). Осложнения — местные и общие, эмиема плевры. Лечение. Идентификация возбудителя, как важный этап в постановке развернутого клинического диагноза и выбора этиологической терапии. Плевральная пункция, торакоцентез. Подходы к терапии. Диета. Антибактериальная терапия, особенности ее назначения в зависимости от этиологии, степени тяжести плеврита. Симптоматические средства, повышающие сопротивляемость организма. Физиотерапия, лечебная дыхательная гимнастика. Критерии выздоровления. Исходы болезни. Прогноз.

Заболевания почек и мочевыделительной системы. Дифференциальная диагностика нефротического синдрома. Клинико-лабораторные критерии нефротического синдрома.

Острый нефрит. Значение иммунного звена патогенеза. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические синдромы (нефротический, гипертензивный, мочево́й). Лабораторно-инструментальные показатели функции почек. Клинические формы и варианты течения. Критерии диагноза.

Подострый (быстро прогрессирующий, злокачественный) гломерулонефрит.

Современные представления об этиологии, патогенезе и морфологии нефрита. Клиническая картина злокачественной формы гломерулонефрита, особенности течения. Лабораторно-инструментальные методы исследования при подостром нефрите. Течение, исходы болезни.

Вторичные нефропатии (диабетическая). Особенности патогенеза и течения диабетической нефропатии, критерии диагностики и стадии по Mogesen.

Лечение: режим, диета, стероидные, иммуносупрессивные препараты, антикоагулянты, антиагреганты и другие медикаментозные средства с антипротеинурической активностью. Профилактика.

Заболевания кроветворения.

Хронический лейкоз (миелолейкоз, лимфо-лейкоз). Гемобластозы. Хронический миелолейкоз. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Стадии течения. Бластный криз. Лабораторно-морфологическая диагностика. Осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение (химиотерапия, кортикостероиды, гемотрансфузии). Возможности современной терапии. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация. Хронический лимфолейкоз. Клиническая картина. Основные синдромы, стадии течения. Лабораторно-морфологическая характеристика. Диагностические критерии. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Диспансеризация. Возможности современной терапии. Цитостатическая терапия. Глюкокортикоиды. Поддерживающая терапия. Осложнения лечения. Прогноз. Диспансерное наблюдение.

9.2. Вопросы, выносимые на клинические практические занятия

№ п/п	№ раздела дисциплины и тема	Вопросы для обсуждения на клинических практических занятиях
9 семестр		
Раздел 1. Болезни органов кровообращения		
1-2.	Атеросклероз. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия	<p>Атеросклероз.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Этиология, патогенез атеросклероза. - Факторы риска атеросклероза. - Эпидемиология. - Наиболее частые локализации атеросклероза, их клиника. - Значение лабораторных, рентгенологических, инструментальных и ангиографических методов исследования в диагностике атеросклероза различных локализаций. - Первичная и вторичная профилактика атеросклероза. Значение курения, липидов, тромбообразования, сахарного диабета, факторов труда и быта, физического воспитания и физической активности, рационального питания. <p>Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Этиология и патогенез. Факторы риска ИБС. - Классификация ИБС. - Стенокардия. - Патогенез болевого синдрома при стенокардии. - Классификация стенокардии: стабильная (функциональные классы), нестабильная. - Диагностика. Роль инструментальных методов в диагностике стенокардии (ЭКГ, стресс-тесты: ВЭМ, ЧПЭКС, суточное мониторирование ЭКГ, ЭХО КС). Показания к коронароангиографии. - Лечение. Принципы применения основных коронароактивных препаратов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция, препараты метаболического действия). - Показания к оперативному лечению.
3.	Острый коронарный синдром, не-	<ul style="list-style-type: none"> - Классическая клиника острого инфаркта миокарда. - Варианты начала ИМ.

	<p>стабильная стенокардия, инфаркт миокарда.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Диагноз. Изменения ЭКГ, лабораторных показателей (биомаркеры некроза). Классификация ИМ согласно ЭКГ картине. - Лечение на догоспитальном и госпитальном этапах неосложненного ИМ (купирование болевого приступа, тромболитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика ремоделирования миокарда и других осложнений). - Основные принципы реабилитации и диспансеризации. - Классификация осложнений ИМ по принципу ранних и поздних, по степени тяжести. - Клиника, диагностика, неотложная помощь при наиболее часто встречающихся осложнениях: нарушения ритма и проводимости, кардиогенный шок, острая левожелудочковая недостаточность, аневризма, разрывы сердца, тампонада, тромбоэмболия легочной артерии, синдром Дресслера и др. - Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти
<p>4.</p>	<p>Хроническая сердечная недостаточность</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Этиология ХСН. - Патогенез ХСН (эволюция взглядов на патогенез от ренальной и гемодинамической теорий к нейрогуморальной). - Клинические проявления ХСН. - Классификация ХСН по стадиям и функциональным классам (ФК). - Острая сердечная недостаточность. - Диагностика ХСН (ЭКГ, ЭХО КС, рентгенологическое исследование). - Место не медикаментозных методов в лечении ХСН. - Классификация основных, дополнительных и вспомогательных препаратов в лечении ХСН. - Ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, антагонисты альдостерона, блокаторы рецепторов к ангиотензину 2, диуретики, сердечные гликозиды – механизмы действия при ХСН, побочные эффекты. Выбор схемы терапии в зависимости от ФК и стадии ХСН. - Неотложная помощь при острой левожелудочковой сердечной недостаточности. - Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению. - Врачебно-трудовая экспертиза и прогноз.

Раздел 2. Болезни органов дыхания		
5.	Бронхиты	<ul style="list-style-type: none"> -Этиология и патогенез. -Значение курения, инфекции, охлаждения, профессиональных и эндогенных факторов. - Эпидемиология. - Классификация хронического бронхита: простой, гнойный, обструктивный, гнойно-обструктивный. - Клиническая картина в зависимости от формы, стадии и фазы процесса. - Течение и осложнения. - Диагностические критерии болезни. -Лечение (антибактериальная, бронхолитическая, муколитическая и противокашлевая терапия). Интратрахеальное введение лекарственных препаратов. - Физиотерапия и ЛФК. Прогноз. - Трудовая экспертиза и трудоустройство. - Профилактика.
6.	Пневмонии	<ul style="list-style-type: none"> - Этиология и патогенез пневмоний. - Классификация пневмоний. - Наиболее частые возбудители при различных формах пневмоний (внебольничная, нозокомиальная, аспирационная, на фоне иммунодефицитных состояний) - Клиника пневмонии. Особенности клиники в зависимости от возбудителя. - Диагностика пневмонии, идентификация возбудителя. - Оценка тяжести течения. Показания к госпитализации в блок интенсивной терапии. - Выбор этиотропной и эмпирической схем антибактериальной терапии. - Осложнения (острая сосудистая недостаточность, токсический шок, сепсис, дыхательная недостаточность, деструкция легочной ткани, пневмоторакс, параневмонический плеврит, ДВС синдром), основные принципы терапии. - Исходы болезни. - Прогноз.
7.	Бронхиальная астма	<ul style="list-style-type: none"> - Этиология и патогенез БА. Классификация аллергенов. - Классификация бронхиальной астмы по патогенезу, по степени тяжести.

		<ul style="list-style-type: none"> - Понятие контролируемая БА. - Диагностика. Аллергологическое обследование. - Осложнения БА. Классификация осложнения БА по тяжести - Рекомендации по элиминации аллергена - Противовоспалительные средства в лечении бронхиальной астмы (глюкокортикостероиды, ингибиторы лейкотриенов, кромогликат натрия). - Купирование бронхообструкции (продолжительные метилксантины, селективные бета 2 агонисты короткого и длительного действия и др.). - Реабилитационные программы, альтернативные методы лечения. - Неотложная помощь при приступе удушья и обострении БА в зависимости от тяжести. - Трудовая экспертиза.
8.	Инфекционные деструкции легких, абсцесс и гангрена легких	<ul style="list-style-type: none"> - Этиология, предрасполагающие факторы. Патогенез. - Классификация. - Абсцесс легкого. Клиника, течение, лабораторные и инструментальные методы диагностики. - Гангрена легких. Диагностика. Лечебная программа. Антибактериальная терапия. Эндобронхиальное введение. Санация бронхиального дерева, выведение гнойного содержимого и мокроты. - Дезинтоксикационная терапия. - Иммуномоделирующая терапия, нормализация общей и легочной реактивности. Санация верхних дыхательных путей. -ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, физиотерапия, санаторно-курортное лечение. - Хирургические методы. Диспансеризация.
Итого 9 семестр		
10 семестр		
Раздел 3. Болезни органов пищеварения		
9.	Болезни пищевода.	<p>Этиология, патогенез, клиника, диагностика основных заболеваний пищевода:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ахалазия пищевода. - Кардиоспазм. - Острые и хронические эзофагиты. - Эрозии пищевода, пептическая язва пищевода. - Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. - Рак пищевода.

		<ul style="list-style-type: none"> - Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь. - Пищевод Баррета. - Показания к оперативному лечению.
10.	Хронический гастрит.	<ul style="list-style-type: none"> - Определение. - Этиология (экзогенные и эндогенные причины). Роль H.Pylori, дуодено-гастрального рефлюкса, аутоиммунных механизмов. - Морфология. - Классификация. - Клиника основных синдромов. - Диагностика: ФГДС, Rg-скопия, биопсия, оценка секреторной функции, методы диагностики H.Pylori. - Диета. - Основные принципы медикаментозной терапии. - Схемы эрадикационной терапии. - Антисекреторные средства. - Тактика лечения в зависимости от этиологии, локализации, состояния секреции, возраста, осложнений. - Эндоскопическая терапия. - Оперативное лечение, показания. - Физиотерапия. - Санаторно-курортное лечение. - Трудовой прогноз.
11.	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	<ul style="list-style-type: none"> - Этиология и патогенез ЯБ. - Роль H. Pylori в патогенезе ЯБ. - Клиника ЯБ, зависимость от локализации и глубины поражения. - Диагностика: анамнез, инструментальные исследования (рентгеноскопия, эндоскопия, рН-метрия), лабораторная диагностика. - Осложнения ЯБ: перфорация, пенетрация, кровотечение, стеноз привратника, малигнизация (клиника, диагностика). - Диета. - Основные принципы медикаментозной терапии. - Схемы эрадикационной терапии. - Антисекреторные средства. - Тактика лечения в зависимости от этиологии, локализации, состояния секреции, возраста, осложнений. - Эндоскопическая терапия. - Оперативное лечение, показания. - Физиотерапия. - Санаторно-курортное лечение. - Трудовой прогноз.
		Хронический энтерит.

		<ul style="list-style-type: none"> -Наиболее частая локализация. Зависимость клинических проявлений от локализации, формы роста, распространенности процесса, величины опухоли. -Осложнения. Локализация метастазов. - Возможности оперативного вмешательства. -Прогноз.
14.	Гельминтозы человека	<ul style="list-style-type: none"> - Основные клинические синдромы: синдром ранней (аллергической) фазы заболевания, синдром, связанный с миграцией личинок гельминтов, синдром поздней, хронической (интоксикационной) фазы. - Эхинококкоз печени, легких и др. - Органов, аскаридоз, дифиллоботриоз, описторхоз, трихинеллез, тениоз, тениаринхоз, фасциолез. - Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
Раздел 4. Болезни печени, желчных путей и поджелудочной железы		
15-17.	Болезни желчного пузыря и желчных путей	<p>Желчнокаменная болезнь</p> <ul style="list-style-type: none"> - Этиология. Патогенез. - Предрасполагающие факторы. - Значение пола, возраста, питания, нарушений обмена. - Механизм камнеобразования. - Типы желчных камней. - Клиническая картина. - Основные синдромы. Болевая и диспептическая формы. - УЗИ и Rg-диагностика. - Осложнения. - Диета. - Медикаментозная терапия. - Показания к оперативному лечению. - Желчная колика. - Купирование приступа желчной колики. - Лечение пероральными растворителями камней. - Литотрипсия. <p>Дискинезия желчных путей.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определение. - Этиология и патогенез. - Первичные и вторичные дискинезии. - Клинические проявления, в зависимости от вариантов дискинезии (гипер- и гипотоническая). - Клиническая и инструментально-лабораторная диагностика.

		<ul style="list-style-type: none"> - Лечение в зависимости от формы дискинезии. - Диета. - Санаторно-курортное лечение.
18.	Хронические холециститы и холангиты.	<ul style="list-style-type: none"> - Этиология и патогенез. - Значение инфекции, нарушений моторики, холеликтаза. - Клиническая картина. - Инструментальная диагностика. - Осложнения. - Диета. - Медикаментозная терапия. - Физиотерапия.
19-20.	Хронический панкреатит	<ul style="list-style-type: none"> - Определение ХП. - Классификация ХП. - Этиология и патогенез ХП. - Роль алкогольной интоксикации. Вирусное поражение. - Клиническая картина. Зависимость клиники от локализации процесса. - Биохимическая и инструментальная диагностика. - Дифференциальная диагностика с раком поджелудочной железы. - Медикаментозная терапия. - Диетотерапия. - Показания к хирургическому лечению. - Санаторно-курортное лечение. - Прогноз.
21.	Хронический гепатит.	<ul style="list-style-type: none"> - Классификация гепатитов по этиологии, морфологии. - Роль персистенции вируса в патогенезе хронического гепатита. - Клиника ХГ. - Основные синдромы печеночной патологии (холестатический, диспептический, печеночно-клеточной недостаточности, иммунного воспаления). - Диагностика ХГ, показания к биопсии печени. - Диагностика фазы репликации вируса. - Основные принципы терапии ХГ. - Показания к противовирусной терапии. - Течение. - Прогноз.
22.	Цирроз печени.	<ul style="list-style-type: none"> - Определение ЦП. - Этиология (инфекционные, нутритивные факторы, роль алкоголя и токсических веществ).

		<ul style="list-style-type: none"> - Патогенез ЦП. - Классификация циррозов. - Течение ЦП. - Клинико-биохимические синдромы. - Возможности клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. - Особенности клиники, течения и диагноз микронодулярного, макронодулярного, билиарного цирроза печени. - Осложнения цирроза: кровотечения, гиперспленизм, печёночная кома, отёчно-асцитический синдром, цирроз-рак. Клиника. Диагностика - Лечение. Противовирусная терапия. Гепатопротекция. Иммунодепрессивная терапия. Диета. Лечение осложнений. - Профилактика. - Экспертиза трудоспособности
23.	Рак печени	<ul style="list-style-type: none"> - Распространенность. - Способствующие факторы. - Классификация. - Клиническая картина. - Возможности диагностики. - Роль инструментальных методов исследования: ультразвуковое исследование, сканирование, лапароскопия. - Лечение. - Прогноз.
Раздел 5. Болезни почек и мочевых путей		
24.	Острый нефрит.	<ul style="list-style-type: none"> - Этиология и патогенез. - Понятие о первичной и вторичной инфекции мочевых путей. - Клиника ПН. - Диагностика ПН. - Основные принципы терапии: этиотропная антибактериальная, дезинтоксикационная. Критерии эффективности лечения. - Осложнения. - Прогноз и профилактика - Трудовая экспертиза
25.	Хронический нефрит	<ul style="list-style-type: none"> - Этиология и патогенез. - Понятие о первичной и вторичной инфекции мочевых путей. - Клиника ПН.

		<ul style="list-style-type: none"> - Диагностика ПН. - Основные принципы терапии: этиотропная антибактериальная, дезинтоксикационная. Критерии эффективности лечения. - Осложнения. - Прогноз и профилактика - Трудовая экспертиза
Раздел 6. Болезни системы крови		
26.	Железодефицитные анемии	<ul style="list-style-type: none"> - Современная классификация анемических состояний. - Железодефицитная анемия. Пути транспорта железа в организме, депонирование железа, суточная потребность организма в железе. - Основные этиологические факторы. - Этапы развития дефицита железа в организме. - Сидероахрестические состояния. - Клиническая картина, основные синдромы, критерии диагноза. - Дифференциальный диагноз. - Лечение. - Контроль за эффективностью терапии препаратами железа. - Течение болезни. - Исходы. - Профилактика. - Диспансерное наблюдение.
27.	Хронический лейкоз (миелолейкоз, лимфолейкоз)	<p>Хронический миелолейкоз.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Клиническая картина. - Основные клинические синдромы. - Стадии течения. - Бластный криз. - Лабораторно-морфологическая диагностика. - Осложнения. - Диагностические критерии болезни. - Лечение (химиотерапия, кортикостероиды, гемотрансфузии). - Возможности современной терапии. - Экспертиза трудоспособности. - Прогноз. - Диспансеризация. <p>Хронический лимфолейкоз.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Клиническая картина. - Основные синдромы, стадии течения. - Лабораторно-морфологическая характеристика.

		<ul style="list-style-type: none"> - Диагностические критерии. - Экспертиза трудоспособности. - Прогноз. - Диспансеризация. - Возможности современной терапии. - Цитостатическая терапия. - Глюкокортикоиды. - Поддерживающая терапия. - Осложнения лечения. Прогноз. - Диспансерное наблюдение.
Итого 10 семестр		

10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю), включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем (при необходимости).

Информационные технологии, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине позволяют:

- организовать процесс образования путем визуализации изучаемой информации посредством использования презентаций, учебных фильмов;
- контролировать результаты обучения на основе компьютерного тестирования;
- автоматизировать поиск информации посредством использования справочных систем.

Для осуществления учебного процесса используется свободно распространяемое (бесплатное не требующее лицензирования) программное обеспечение:

- Операционная система на базе Linux;
- Офисный пакет Open Office;
- Тестовая система на базе Moodle

11. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Номер аудитории	Наименование помещений для проведения всех видов учебной деятельности, предусмотренных учебным планом, в том числе помещения для самостоятельной работы, с указанием перечня основного оборудования, учебно-наглядных пособий и используемого программного обеспечения	Адрес (местоположение) помещений для проведения всех видов учебной деятельности, предусмотренных учебным планом
Каб. № 13	<p>Учебная аудитория 13</p> <p>1.Комплект мультимедийного оборудования:</p> <ul style="list-style-type: none"> - моноблок DELL; - мультимедиа-проектор NEC NP100. <p>2. Комплект учебной мебели на 30 посадочных мест.</p> <p>3. Доска аудиторная.</p> <p>4. Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие примерным программам дисциплин, рабочим учебным программам дисциплин.</p>	357114, Ставропольский край, г Невинномысск, ул Чкалова, д 67
Каб. № 2	<p>Учебная аудитория 2</p> <p>1.Комплект мультимедийного оборудования:</p> <ul style="list-style-type: none"> - моноблок DELL; - мультимедиа-проектор NEC NP100. <p>2. Комплект учебной мебели на 30 посадочных мест.</p> <p>3. Доска аудиторная.</p> <p>4. Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие примерным программам дисциплин, рабочим учебным программам дисциплин.</p> <p>5. Фантом для внутримышечной инъекции сухой.</p> <p>6. Фантом зондирования и промывания желудка.</p> <p>7. Фантом инъекций в область живота при диабете.</p> <p>8. Фантом рука Т06.</p> <p>9. Тренажер для отработки внутримышечных инъекций в плечо.</p>	357114, Ставропольский край, г Невинномысск, ул Чкалова, д 67

	<p>10. Фантом 220А полно функциональный манекен ухода за пожилыми людьми.</p> <p>11. Фантом Н125 манекен для отработки навыков сестринского ухода.</p> <p>12. Фантом-накладка для внутривенных инъекций Т19.</p> <p>13. Фантом Р 40 модель новорожденного младенца обоеполый для обучен. медсестер Пикфлоуметр OMRON PF V20 Коробки стерилиз.с фильтр.</p> <p>14. Поильник полимер.для лежачих больных</p> <p>15. Матрас противопрележневый Anmed ячеистый.</p> <p>16. Подставка для биксов ПБ-МСК.</p> <p>17. Ростомер электрон РЭП с весами типа ВМЭН-150-100-И-Д-А.</p> <p>18. Кресло-коляска.</p> <p>19. Кровать мед. функц. мех.</p> <p>20. Медицинофф Кушетка стационарная.</p> <p>21. Стеллаж стационарный медицинский.</p> <p>22. Стол прикроватный.</p> <p>23. Шкаф медицинский для докум. ШМД-01.</p> <p>24. Емкости для хранен. термометров ЕХТ.</p> <p>25. Емкости-контейнеры для дезинф. обраб. мед. изделий ЕДПО.</p> <p>26. Контейнер для переноса баночек для анализов КПБ-01.</p> <p>27. Контейнер КДХТ-01 отработ.мед.тов.и инструментов.</p> <p>28. Лотки полимнерпочкообр.</p> <p>29. Комплект для мытья головы ванна надувная.емкость для воды защитный фартук.</p> <p>30. Подголовник регулируемый модель FS 531.</p> <p>31. Подушки противопр. Anmed.</p> <p>32. Тонометр механический медиц. Anmed.</p> <p>33. Постельное белье.</p> <p>34. Нательное белье.</p> <p>35. Изделия по уходу за больным.</p>	
Каб. 408	<p>Кабинет 408</p> <p>Палата терапевтического отделения</p> <p>1. Термометр инфракрасный для измерения температуры тела пациента, ушной – 3 шт.;</p> <p>2. Термометр инфракрасный для измерения температуры тела пациента, кожный – 50 шт.;</p> <p>3. Термометр капиллярный для измерения</p>	357108, Ставропольский край, г Невинномысск, ул Павлова, 5

	<p>температуры тела пациента, ртутный – 250 шт.;</p> <p>4. Термометр электронный для измерения температуры тела пациента в импульсном режиме – 48 шт.;</p> <p>5. Термометр для измерения температуры тела пациента с цветовой индикацией – 15 шт.;</p> <p>6. Термометр капиллярный для измерения температуры тела пациента, безртутный, неспиртовой – 10 шт.;</p> <p>7. Термометр жидкокристаллический медицинский, многоразового использования – 50 шт.;</p> <p>8. Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетением, портативный – 300 шт.;</p> <p>9. Аппарат электронный для измерения артериального давления с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный – 20 шт.;</p> <p>10. Аппарат электронный для измерения артериального давления автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье – 15 шт.;</p> <p>11. Аппарат для измерения артериального давления aneroidный механический – 200 шт.;</p> <p>12. Стетоскоп неавтоматизированный (Стетофонендоскоп) – 15 шт.;</p> <p>13. Стетоскоп электронный – 20 шт.</p>	
--	--	--

Особенности организации обучения по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

1. Обучение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

при необходимости осуществляется кафедрой на основе адаптированной рабочей программы с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

2. В целях освоения учебной программы дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает:

1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме справочной информации о расписании учебных занятий;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

- надлежащими звуковыми средствами воспроизведение информации;

3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:

- возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры. В случае невозможности беспрепятственного доступа на кафедру организовывать учебный процесс в специально оборудованном классе

3. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

4. Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине.

Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Категории студентов	Формы
С нарушением слуха	- в печатной форме;

	- в форме электронного
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом; - в форме электронного документа;
С нарушением опорно-двигательного аппарата	- в печатной форме; - в форме электронного документа;

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

5. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине.

5.1 Перечень фондов оценочных средств, соотнесённых с планируемыми результатами освоения образовательной программы.

Для студентов с ограниченными возможностями здоровья

Категории студентов	Виды оценочных средств	Формы контроля и оценки результатов обучения
С нарушением слуха	тест	Преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С нарушением опорно-двигательного аппарата	решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка

Обучающимся с относящимся к категории инвалидов и лиц, с ограниченными возможностями здоровья увеличивается время на подготовку ответов к зачёту, разрешается подготовка к зачету с использованием дистанционных образовательных технологий.

5.2 Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующие этапы формирования компетенций.

При проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предусматривается использование технических средств, необходимых им в связи с их индивидуальными особенностями.

Процедура оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине предусматривает предоставление информации в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для лиц с нарушениями зрения:

- в печатной форме увеличенным шрифтом;
- в форме электронного документа;

- в форме аудиофайла. Для лиц с нарушениями слуха:

- в печатной форме;
- в форме электронного документа.

Для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- в печатной форме;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

При проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине (модулю) обеспечивается выполнение следующих дополнительных требований в зависимости от индивидуальных особенностей обучающихся:

1. инструкция по порядку проведения процедуры оценивания предоставляется в доступной форме (устно, в письменной форме, устно с использованием услуг сурдопереводчика);

2. доступная форма предоставления заданий оценочных средств (в печатной форме, в печатной форме увеличенным шрифтом, в форме электронного документа, задания зачитываются ассистентом, задания предоставляются с использованием сурдоперевода);

3. доступная форма предоставления ответов на задания (письменно на бумаге, набор ответов на компьютере, с использованием услуг ассистента, устно).

При необходимости для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) может проводиться в несколько этапов.

Проведение процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья допускается с использованием дистанционных образовательных технологий.

6. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины.

Для освоения дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья предоставляются основная и дополнительная учебная литература в виде электронного документа в фонде библиотеки и / или в электронно-библиотечных системах. А также предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков.

7. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумевается две формы взаимодействия с пре-

подавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

8. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья осуществляется с использованием средств обучения общего и специального назначения:

- лекционная аудитория - мультимедийное оборудование, мобильный радиокласс (для студентов с нарушениями слуха); источники питания для индивидуальных технических средств;

- учебная аудитория для практических занятий (семинаров) мультимедийное оборудование, мобильный радиокласс (для студентов с нарушениями слуха);

- учебная аудитория для самостоятельной работы - стандартные рабочие места с персональными компьютерами; рабочее место с персональным компьютером, с программой экранного доступа, программой экранного увеличения и брайлевским дисплеем для студентов с нарушением зрения.

В каждой аудитории, где обучаются инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья, должно быть предусмотрено соответствующее количество мест для обучающихся с учётом ограничений их здоровья.