

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДАГЕСТАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе,

Шахбанов Р.К.

подпись

20 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине «Факультетская терапия, профессиональные болезни»



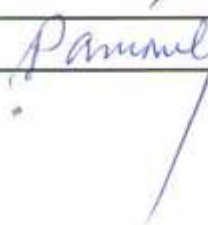
Индекс дисциплины Б 1. Б.39
Специальность 31.05.01 «Лечебное дело»
Уровень высшего образования Специалитет
Квалификация выпускника Врач - лечебник
Факультет Лечебный
Кафедра Факультетской терапии
Форма обучения Очная
курс IV
семестр VII-VIII
Всего трудоёмкость 10 / 360 часов
Лекции 60 (часов)
Практические (семинарские) занятия 124 (часа)
Самостоятельная работа 140 (часов)
Форма контроля Экзамен в VIII семестре 36 часов

МАХАЧКАЛА - 2019

Рабочая программа учебной дисциплины - «Факультетская терапия и профессиональные болезни» разработана на основании учебного плана ОПОП ВО по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» (уровень высшего образования – специалитет), утвержденного Ученым советом ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, протокол №1 от 29.08.2019 г., в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.01 - Лечебное дело (уровень высшего образования – специалитет), утвержденным приказом №95 Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.02.2016г.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры «Факультетской терапии» от 28 августа 2019 г., протокол №1


Рабочая программа согласована:

1. Директор НМБ ДГМУ _____  (В.Р. Мусаева)
2. Начальник УУМР, С и ККО _____  (А.М. Каримова)
3. Декан лечебного факультета _____  (Р.М. Рагимов)

СОСТАВИТЕЛИ:

1. Заведующий кафедрой факультетской терапии,
д.м.н., профессор _____  /Н.У.Чамсутдинов/
2. Зав.учебной частью кафедры, ассистент, к.м.н. _____  /А.Г.Тайгибова/

Рецензенты:

2. Заведующий кафедрой внутренних болезней
пед/стом. факультетов, д.м.н., профессор _____  /С.Ш. Ахмедханов/

СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

ВВЕДЕНИЕ -----	4
1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ -----	5
1.1. Цель освоения дисциплины -----	5
1.2. Задачи изучения дисциплины -----	5
2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ	6
3. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПП ВПО	13
4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ -----	17
5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ	18
5.1. Разделы дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении -----	18
5.2. Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы текущего контроля -----	22
5.3. Тематический план лекций -----	25
5.4. Тематический план практических занятий -----	39
5.5. Самостоятельная работа обучающегося -----	102
6. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ -----	104
6.1. Основная литература-----	104
6.2. Дополнительная литература-----	104
6.3. Электронные источники-----	105
7. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО- ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»---	107
8. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ -----	109
9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ -----	110
10. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	113
11. ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ -----	116
12. Приложения. ФОС	117
<i>Аннотация рабочей программы.</i>	209

Введение

Реформа здравоохранения и высшего медицинского образования требует подготовки квалифицированных врачей, способных решать сложные вопросы раннего распознавания, рационального лечения и предупреждения различных заболеваний внутренних органов. Знание основ клинической медицины, которые преподаются на кафедре факультетской терапии, имеет важное значение для подготовки врачей всех специальностей. При изучении дисциплины формируется картина клинического мышления, медицинской деонтологии, происходит овладение умениями в обследовании больных, принятия решений о назначении лечения и оказании неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях.

Мыслительный процесс врача, начиная с момента встречи с больным или получение о нем первых предварительных сведений и кончая моментом его выздоровления или смерти, результатом которого является формирование клинического диагноза, плана обследования, лечения и его практического осуществления, принято называть клиническим мышлением. С обучения этой важнейшей врачебной задачи и начинается практический курс дисциплины.

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с ФГОС-3 + высшего профессионального образования и состоит из двух разделов:

I раздел –Факультетская терапия, **II раздел** –Профессиональные болезни.

Занятия проходят по цикловой системе- практические занятия в VII и/или VIII семестрах в количестве 300 часов и 60 часов лекций, из них на факультетскую терапию приходится 264 часа и на проф. болезни - 60 часов. Практические занятия проходят в следующей последовательности: тестовый опрос, разбор больного, освоение практических навыков (ЭКГ, рентгенограммы, спирограммы, компьютерные томограммы, УЗИ внутренних органов, трактовка анализов мочи и крови, в том числе биохимических, иммунологических, гормональных и др). Занятия по дисциплине проводится в соответствии с учебным планом в учебных комнатах, больничных палатах. По завершению практических занятий проводится защита истории болезни и зачет.

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1. Цель освоения дисциплины

Углубление базисных знаний и формирование системных знаний об основных заболеваниях внутренних органов, в том числе и у пациентов с профессиональными болезнями, умения обобщать и применять полученные знания для постановки клинического диагноза, обследования и лечения больных с заболеваниями внутренних органов. Знание основ внутренних болезней, имеют первостепенное значение для подготовки врачей всех специальностей. При изучении внутренних болезней формируются основы клинического мышления, медицинской деонтологии, происходит овладение навыками обследования больных и назначения эффективной терапии. Это все необходимо для будущего специалиста вне зависимости от сферы его предстоящей деятельности. Знание внутренних болезней обучает студентов распознаванию профессиональных болезней и умению обосновать рекомендации по лечению, профилактике и трудоспособности больных с профессиональной патологией.

1.2. Задачи изучения дисциплины

1. Дать знания этиологии, патогенеза, классификации, клинических проявлений, осложнений, диагностики, лечения и профилактики основных заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной систем, системы крови, а также у пациентов с профессиональными заболеваниями.
2. Закрепить и совершенствовать умения обследования терапевтического больного.
3. Научить использовать метод дифференциальной диагностики в пределах разбираемых нозологических форм.
4. Научить основным принципам лечения и профилактики основных заболеваний внутренних органов, оказания экстренной помощи при ургентных состояниях в пределах изучаемых нозологических форм.
5. Научить студента рациональному и обоснованному плану обследования больных и интерпретации результатов обследования при диагностике, дифференциальной диагностике и лечении больных.
6. Формировать самостоятельное клиническое мышление (умение на основе собранной информации о больном поставить и обосновать клинический диагноз, назначить план обследования, провести дифференциальную диагностику, назначить и обосновать лечение).
7. Научить студента оформлять медицинскую документацию (история болезни, первичная медицинская карта, выписка рецептов).

2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины компетенции:

- Общекультурные (ОК), общепрофессиональные (ОПК), профессиональные (ПК) - в соответствии с ФГОС 3+;

Коды формируемых компетенций	Код и наименование компетенции	Знать	Уметь	Владеть
ОК-№	Общекультурные компетенции			
ОК-1	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	основные нозологические формы заболеваний внутренних органов; основные патологические синдромы	интерпретировать жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные физикального обследования курируемого больного;	сбором анамнеза больного с терапевтической патологией
ОК-5	Готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала	основные причины, ведущие к развитию основных заболеваний внутренних, - органов, в том числе и у пациентов с профессиональными болезнями;	выделить основные симптомы и синдромы заболевания и объяснить их патогенез	
ОК – 7	Готовность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций	принципы оказания неотложной помощи при urgentных ситуациях	уметь распознать осложнения и оказать неотложную помощь при urgentных состояниях	алгоритмом неотложной помощи при различных аритмиях, блокадах сердца, приступе Морганьи-

				<p>Эдемса-Стокса, гипертонических кризах, приступе стенокардии и инфаркте миокарда, острой сердечной недостаточности (отеке легких и кардиогенном шоке); алгоритмом оказания неотложной помощи анафилактическом шоке, при приступе бронхиальной астмы, желудочно-кишечном и легочном кровотечении, при приступе желчной (печеночной) и почечной колики</p>
ОК-8	<p>Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>Правила врачебной этики, законы и нормативно-правовые акты по работе с конфиден-</p>		<p>навыком соблюдения правил врачебной этики и деонтологии.</p>

		циальной информацией и приняты в обществе моральные и правовые нормы		
ПК -№	Профессиональные компетенции			
ПК-1	Способность и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека, факторов среды его обитания	лечение и профилактика заболеваний внутренних органов;	оценить результаты лабораторных, биохимических, инструментальных, рентгенологических исследований и использовать их для обоснования диагноза, прогноза и контроля качества лечения больного;	сбором анамнеза больного с терапевтической патологией
ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	принципы и особенности основных методов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования, их диагностическое значение;	интерпретировать жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные физикального обследования курируемого больного; построить план обследования больного с	сбором анамнеза больного с терапевтической патологией; навыком составления плана дополнительного обследования больного;

			учетом стандартов и интерпретировать результаты объективного осмотра и дополнительных методов обследования (лабораторно-инструментальных) с учетом нормы;	
ПК-6	Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний . нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	основные причины и патогенетические механизмы, лежащие в основе ведущих синдромов; современную классификацию заболеваний;	выделить основные симптомы и синдромы заболевания и объяснить их патогенез;	правилами постановки клинического диагноза;
ПК – 9	Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	показания к госпитализации пациентов с заболеваниями внутренних органов; современную классификацию заболеваний	интерпретировать жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные физического обследования курируемого больного	сбором анамнеза больного с терапевтической патологией; алгоритмом обследования больного;
ПК – 8	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	клинические симптомы и синдромы нозологической формы;	оценить результаты лабораторных, биохимических, инструментальных, рентгеноло-	навыком составления плана дополнительного обследования больного;

		<p>диагностические критерии нозологической формы -лечение и профилактика заболеваний внутренних органов</p>	<p>гических исследований и использовать их для обоснования диагноза, прогноза и контроля качества лечения больного; на основе собранной о больном информации поставить развернутый клинический диагноз, обосновать его, правильно сформулировать в истории болезни с учетом нозологической формы, фазы и стадии болезни; провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями</p>	<p>правилами постановки клинического диагноза; трактовкой результатов лабораторных и инструментальных исследований</p>
ПК-20	<p>Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины</p>	<p>правила оформления медицинской документации (история болезни, выписка из истории болезни, первичная мед.карточка , рецепты);</p>	<p>отчитываться по учебному дежурству;</p>	<p>алгоритмом обследования больного; навыком составления плана дополнительного обследования больного; правилами</p>

				постановки клиниче- ского диа- гноза
ПК -№	Общепрофессиональные компетенции			
ОПК-4	Способность и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	Принципы этики и деонтологии	установить контакт с больным, проявить к нему внимание, вселить надежду на успех лечения	навыком соблюдения правил врачебной этики и деонтологии
ОПК-5	Способность и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	основные причины, ведущие к развитию основных заболеваний внутренних, - органов, в том числе и у пациентов с профессиональными болезнями	провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;	трактовкой результатов лабораторных и инструментальных исследований
ОПК-6	Готовность к ведению медицинской документации	правила оформления медицинской документации (история болезни, выписка из истории болезни, первичная мед.карточка, рецепты);	- назначить и обосновать лечение терапевтического больного согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей; дать больному рекомендации по диете, образу жизни	- навыком составления плана дополнительного обследования больного; - правилами постановки клинического диагноза
ОПК-8	Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении	лечение и профилактика заболеваний внутренних органов основные	уметь охарактеризовать основные группы препаратов для лечения ос-	Навыком составления плана лечения больного

	профессиональных задач	группы лекарственных средств, применяемых для лечения заболеваний внутренних органов	новых заболеваний внутренних органов и выписать рецепты;	
ОПК-9	Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	патогенез заболеваний;	выделить основные симптомы и синдромы заболевания и объяснить их патогенез	Трактовкой результатов лабораторных и инструментальных исследований
ОПК-10 ОПК-11 ПК11	<p>Готовность к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи</p> <p>Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи</p> <p>Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>принципы оказания неотложной помощи при ургентных ситуациях;</p> <p>основные группы лекарственных средств, применяемых для лечения заболеваний внутренних органов;</p>	<p>уметь распознать осложнения и оказывать неотложную помощь при ургентных состояниях;</p>	<p>алгоритмом неотложной помощи при различных аритмиях, блокадах сердца, приступе Морганьи-Эдемса-Стокса, гипертонических кризах, приступе стенокардии и инфаркте миокарда, ОН (отеке легких и кардиогенном шоке); алгоритмом оказания неотложной помощи анафилактическом шоке, при приступе</p>

				бронхиальной астмы, желудочно-кишечном и легочном кровотечении, при приступе желчной и почечной колики;
--	--	--	--	---

3. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО

Учебная дисциплина «Факультетская терапия, профессиональные болезни» относится к блоку **Б1.Б.39** базовой части обязательных дисциплин.

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом (ФГОС) высшего образования по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» (приказ Минобрнауки №95 от 9 февраля 2016).

Дисциплина «Факультетская терапия, профессиональные болезни» изучается в седьмом и восьмом семестрах, относится к циклу профессиональных дисциплин Федерального образовательного стандарта высшего профессионального медицинского образования 31.05.01 Лечебное дело. Материал дисциплины опирается на ранее приобретенные студентами знания по циклу гуманитарных дисциплин (философия, биоэтика, педагогика, психология, правоведение, история Отечества, история медицины, экономика, латинский язык, иностранный язык); по циклу математических, естественнонаучных, медико-биологических дисциплин (математика, физика, химия, биохимия, биология, медицинская информатика, анатомия и топографическая анатомия, микробиология, вирусология, иммунология, гистология, цитология, эмбриология нормальная физиология, патологическая анатомия, патофизиология, фармакология); в цикле профессиональных дисциплин (гигиена, организация здравоохранения, восстановительная медицина, общая хирургия, профилактика внутренних болезней, лучевая диагностика, неврология, медицинская генетика). При этом приступая к изучению дисциплины «Факультетская терапия, профессиональные болезни» студент должен знать:

- из **анатомии человека** - анатомическое строение органов сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем и системы крови, их кровоснабжение и иннервация; анатомическое строение, топография;
- из **гистологии, эмбриологии и цитологии** - гистологическое строение органов и тканей, схему кроветворения;
- из **нормальной физиологии** - физиологию сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной, дыхательной систем, системы кро-

ви в норме;

- **из патофизиологии - патологические изменения органов и тканей при заболеваниях**
- сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной, дыхательной систем, системы крови и под действием физических факторов;
- **из патологической анатомии - морфологические изменения тканей** организма при патологии сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем и системы крови; физиологическое действие постоянного и переменного токов, света на патологический очаг; понятие о местной, общей и очаговой реакции;
- **из фармакологии** - механизм действия и побочное влияние различных лекарственных препаратов на организм; пути и методы введения лекарственных средств в организм (электрофорез, аэрозоли, электроаэрозоли, фонофорез, индуктофорез);
- **из микробиологии, вирусологии, иммунологии** - воздействие на организм микробов, вирусов, риккетсий, грибов;
- **из биологической химии** - состав крови, биохимические константы крови, гормоны, буферные системы, факторы оксигенации гемоглобина, метаболизм эритроцитов; основы электрофореза; аэрозоли, эмульсии, суспензии, энзимэлектрофорез. Влияние микроэлементов на ферментные системы, регуляция микроэлементного состава, обмен белков, липидов, углеводов, регуляция обмена эндорфинов и энкефалинов.
- **из пропедевтики внутренних болезней** - сбор жалоб, анамнеза, объективные методы обследования больных (пальпация, перкуссия, аускультация);
- **из физики** - виды электромагнитных и корпускулярных излучений, приборы для измерения дозы радиации; действие физического света, постоянного и переменного токов, магнитного поля, переменного и постоянного лазера; принципы устройства аппаратов: Поток -1, Полус - 1, УВЧ, ДКВ, ДМВ, СВВ, ультразвук, кварцевые лампы, лампы с инфракрасным спектром, ЛГ - 78. Единицы измерения. Техника безопасности при работе в электрокабинетах;
- **из лучевой диагностики и терапии** - понятие о предельно допустимых дозах ионизирующей радиации; осложнения лучевой терапии; местные радиационные поражения;
- **из экстремальной и военной медицины**-структуру и задачи медицинской службы в действующей армии; оснащение, порядок работы МПП, ОмедБ, ВПТГ; общие принципы сортировки раненых и больных на этапах эвакуации;
- **из гигиены с основами экологии человека.** ВГ - классификацию климатов и их действие на организм, микроклимат физиокабинетов;
- **история медицины и фармации** - отечественных ученых, внесшие вклад в развитие, внутренних болезней, ВПТ, физиотерапии;
- **из общественного здоровья и здравоохранение** - понятие о курортах, санаториях, домах отдыха; перспективы и план дальнейшего развития физиотерапевтической и курортной в нашей стране;

- **из латинского языка и основ терминологии - клинические термины**

Знания и умения, приобретаемые на дисциплине «Факультетская терапия, профессиональные болезни» необходимы для изучения следующих дисциплин

№ п/п	Наименование последующих дисциплин	Разделы дисциплины	
		Факультетская терапия	Профессиональные болезни
1	Внутренние болезни	+	+
2	Фтизиатрия	+	+
3	Отоларингология	+	+
4	Немедикаментозная терапия	+	+
5	Нервные болезни	+	+
6	Психиатрия	+	+
7	Стоматология	+	+
8	Эндокринология	+	+
9	Общественное здравоохранение и здоровье	+	+
10	Лечебная физкультура и врачебный контроль	+	+
11	Инфекционные болезни	+	+
12	Офтальмология	+	+
13	Онкология. Лучевая диагностика и терапия	+	+
14	Клиническая иммунология	+	+
15	Реаниматологии и интенсивная терапия	+	+
16	Клиническая фармакология	+	+
17	Хирургические болезни, урология	+	+
18	Акушерство и гинекология	+	+
19	Факультетская хирургия, урология	+	+
20	Поликлиническая терапия	+	+
21	Дерматовенерология	+	+
22	Травматология, ортопедия	+	+

4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ

Виды работы	Всего часов	Кол-во часов в семестре		
		№ 7	№ 8	
1	2	7	8	
Контактная работа (всего), в том числе:	184			
Аудиторная работа	184	120	64	
Лекции (Л)	60	40	20	
Практические занятия (ПЗ),	124	80	44	
Семинары (С)	-			
Лабораторные работы (ЛР)	-			
Внеаудиторная работа				
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)	140	96	44	
Вид промежуточной аттестации				
	экзамен (Э)	36	36	
ИТОГО: Общая трудоемкость	час.	360		
	ЗЕТ	10	6	4

5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1 Разделы дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

№ п/п	Контролируемые компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела
1	2	3	4
1.	ПК-6; ОК -1; ОПК-9; ПК-5; ПК-8; ПК-9; ПК-6; ОПК-8; ОК-7	Пульмонология	Пневмония. Бронхоэктатическая болезнь. Деструктивные пневмониты: абсцесс легкого, гангрена легкого. ХОБЛ. Бронхиальная астма. Лечение бронхиальной астмы. Астматический статус его лечение. Плевриты.
2.	ОК-1; ОК-7, ПК-1, ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9, ОПК-5; ОПК-8; ОПК-9.	Кардиология	Острая ревматическая лихорадка. Инфекционный эндокардит. Приобретенные митральные пороки сердца: недостаточность митрального клапана, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Приобретенные аортальные пороки сердца: недостаточность аортального клапана, стеноз устья аорты. Врожденные пороки сердца: дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки. Врожденные пороки сердца: открытый артериальный проток, коарктация аорты, тетрада Фалло. Гипертоническая болезнь. Нарушения ритма и проводимости сердца. Атеросклероз. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Осложнения инфаркта миокарда. Миокардиты. Хроническая сердечная недостаточность
3.	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11,	Гастроэнтерология	Хр. гастрит. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

	ОК-1, ОК-7, ОПК-9.		Язвенная болезнь желудка и 12 п/кишки. Хронический панкреатит. Хронический холецистит. Хр. энтерит. Хр. неязвенный колит. Хр. гепатит. Цирроз печени.
4.	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9 ОПК-9, ОК-1	Нефрология	Гломерулонефриты. Хронический пиелонефрит. Амилоидоз почек.
5.	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9 ОПК-9, ОК-1	Гематология	Хроническая железодефицитная анемия
		Профессиональные болезни	
1	2	3	4
1.	ПК-6; ОК -1; ОПК-9; ПК-5; ПК-8; ПК-9; ПК-6; ОПК-8; ОК-7	Введение в курс профессиональной патологии	Определение ПЗ. Показатели, структура профессиональной заболеваемости. История организации службы. Классификация проф. вредностей и проф. заболеваний. Принципы диагностики, профилактики ПЗ; периодические медицинские осмотры. Нормативные документы. Экспертиза трудоспособности
2.	ОК-1; ОК-7, ПК-1, ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9, ОПК-5; ОПК-8; ОПК-9.	Пылевые заболевания легких	Пневмокониозы. Пылевые бронхиты. Профессиональная бронхиальная астма. Определение. Классификация. Силикоз. Виды профессий, подверженных силикозу. Патогенез. Клиническая рентгенологическая характеристика стадии силикоза. Профилактика, лечение, экспертиза трудоспособности. Пылевые бронхиты. Определение. Профессии, в которых встречается пылевой бронхит. Классификация. Клиническая характеристика по степени тяжести. Диагностика, лечение и профилактика. Экспертиза трудоспособности Профессиональная бронхиальная астма. Особенности диагностики, экспертиза трудоспособности
3.	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ОК-1, ОК-7, ОПК-9.	Вибрационная болезнь легких. Холодовые невроаскулиты	Вибрационная болезнь. Определение, физические параметры вибрации. Профессиональные группы риска, факторы, усиливающие действие вибрации. Патогенез. Клинические синдромы. Течение ВБ по стадиям. Диагностика, формулировка диагноза. Лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности. Холодовые невроаскулиты.

			Этиологические факторы. Профессиональные группы риска. Клиническая картина и диагностика в зависимости от стадии заболевания. Лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности
4.	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ОК-1, ОК-7, ОПК-9.	Профессиональные интоксикации : Хроническая интоксикация свинцом. Хроническая интоксикация марганцем.	Хроническая профессиональная интоксикация свинцом. Применение свинца и его соединений в народном хозяйстве. Вопросы патогенеза Клиническая картина: поражение нервной системы, системы крови, желудочно-кишечного тракта, поражение других органов и систем. Классификация. Диагностика. Лечение и профилактика. Хроническая интоксикация марганцем. Промышленное значение марганца и его соединений. Патогенез хронической марганцевой интоксикации. Клиническая картина. Принципы лечения, диагностики и профилактики. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы и трудовой реабилитации
5	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ОК-1, ОК-7, ОПК-9.	Интоксикация ароматическими углеводородами (бензолом и его гомологами – ксилолом, толуолом). Хроническая ртутная интоксикация.	Интоксикация ароматическими углеводородами (бензолом и его гомологами – ксилолом, толуолом). Пути поступления в организм и пути выведения из организма. Механизмы действия. Острое отравление парами бензола. Виды использования бензола и других органических растворителей. Хроническая интоксикация бензолом (ХИБ): поражение нервной системы, системы крови, токсический бензольный гепатит. Клиника и принципы лечения ХИБ. Экспертиза трудоспособности. Вопросы профилактики Хроническая ртутная интоксикация (ХРИ). Патогенез. Пути поступления в организм и пути выведения из организма. Клиника ХРИ по стадиям: начальная, ртутного эретизма, ртутной энцефалопатии. Диагностика, МСЭ и лечение хронической ртутной интоксикации
6	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ОК-1, ОК-7, ОПК-9.	Отравление ядохимикатами (пестициды, фосфорорганические соединения, ртутьорганические пестициды, хлорорганические пестициды)	Отравление ядохимикатами. Классификация пестицидов (ПЦ) в зависимости от производственного назначения. Основные действия ПЦ. Фосфорорганические соединения (ФОС). Классификация ФОС по Л.И. Медведю. Патогенез

		<p>интоксикации ФОС. Клиника, неотложная помощь и лечение острой интоксикации ФОС. Клиника хронической интоксикации ФОС. Вопросы специфической терапий отравлений ФОВ (антидотная терапия). Интоксикация ртутьорганическими пестицидами (РОС) (соединениями). Патогенез интоксикации РОС. Острая интоксикация РОС. Хроническая интоксикация РОС. Лечение интоксикации РОС. Хлорорганические пестициды (ХОС). Классификация, механизм действия ХОС. Клиника хронической интоксикации ХОС. Первая помощь и лечение при острой и хронической интоксикациях ХОС.</p>
--	--	--

5.2 Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы текущего контроля

№	№ се- ме- стр- а	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды деятельности (в часах)					Оценочные средства для те- кущего контроля успеваемости
			Л	Л Р	П З	С Р О	все го	
1	2	3	4	5	6	7	8	
	7	Кардиология	24		52	30	106	<p>Обучающий контроль: решение тестовых заданий</p> <p>Текущий контроль:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ фронтальный опрос ■ тестирование ■ проверка домашнего задания ■ решение ситуационных задач ■ проверка усвоения практических навыков, написания рецептов, проверка оформления учебной истории болезни <p>Промежуточный контроль: итоговое занятие (устный опрос, тестирование, защита учебной истории болезни, практические навыки)</p>
	7	Пульмонология	14		28	18	60	<p>Обучающий контроль: решение тестовых заданий</p> <p>Текущий контроль:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ фронтальный опрос ■ тестирование ■ проверка домашнего задания ■ решение ситуационных задач ■ проверка усвоения практических навыков, написания рецептов, проверка оформления учебной истории болезни <p>Промежуточный контроль: итоговое занятие (устный опрос, тестирование, защита учебной истории болезни, практические навыки)</p>
	7	Гастроэнтерология	14		34	22	70	<p>Обучающий контроль: решение тестовых заданий</p> <p>Текущий контроль:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ фронтальный опрос ■ тестирование ■ проверка домашнего задания

							<ul style="list-style-type: none"> ▪ решение ситуационных задач ▪ проверка усвоения практических навыков, написания рецептов ,проверка оформления учебной истории болезни <p>Промежуточный контроль: итоговое занятие (устный опрос, тестирование, защита учебной истории болезни, практические навыки)</p>
8	Нефрология	6		6	6	18	<p>Обучающий контроль: решение тестовых заданий</p> <p>Текущий контроль:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ фронтальный опрос ▪ тестирование ▪ проверка домашнего задания ▪ решение ситуационных задач ▪ проверка усвоения практических навыков, написания рецептов ,проверка оформления учебной истории болезни <p>Промежуточный контроль: итоговое занятие (устный опрос, тестирование, защита учебной истории болезни, практические навыки)</p>
8	Гематология	2		4	4	10	<p>Обучающий контроль: решение тестовых заданий</p> <p>Текущий контроль:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ фронтальный опрос ▪ тестирование ▪ проверка домашнего задания ▪ решение ситуационных задач ▪ проверка усвоения практических навыков, написания рецептов ,проверка оформления учебной истории болезни <p>Промежуточный контроль: итоговое занятие (устный опрос, тестирование, защита учебной истории болезни, практические навыки)</p>
8	Профессиональные болезни	12					<p>Обучающий контроль: решение тестовых заданий</p> <p>Текущий контроль:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ фронтальный опрос ▪ тестирование ▪ проверка домашнего задания

							<ul style="list-style-type: none"> ■ решение ситуационных задач Промежуточный контроль: итоговое занятие (устный опрос, тестирование, защита учебной истории болезни, практические навыки)	
ИТОГО:			72		14 8	10 4	224	Итоговый контроль: зачет, экзамен

■

5.3. Тематический план лекций

№	Тема	Содержание темы	Количество часов в семестре	
Заболевания органов дыхания			7	8
1.	Пневмония	<p>Определение. Этиология. Патогенез. Факторы риска пневмоний. Классификация. Внебольничная и нозокомиальная пневмония: эпидемиология, этиология и патогенез. Основные симптомы и синдромы. Особенности течения в зависимости от этиологического фактора, тяжести и возрастной категории. Осложнения. Методы лабораторной и инструментальной диагностики. Критерии диагноза. Выбор места лечения. Антибактериальная терапия. Принципы ступенчатой терапии. Критерии оценки эффективности антибактериальной терапии. Симптоматические средства. Критерии оценки выздоровления. Исходы. Профилактика.</p>	2	
	Плевриты	<p>Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина (сухого, экссудативного). Лабораторная диагностика. Диагностическая ценность исследования плеврального выпота. Отличиями экссудата от транссудата. Рентгенологическая диагностика. Диагностическая ценность торакоскопии и биопсии плевры. Диагностическая ценность ультразвукового исследования при плеврите. Осложнения. Принципы лечения плевритов. Плевральная пункция: показания, диагностическая ценность, осложнения.</p>		
2.	Бронхоэктатическая болезнь	<p>Этиология и патогенез. Факторы, способствующие развитию бронхоэктазов. Виды бронхоэктазов. Клиническая симптоматология. Значение рентгенологического и эндо-</p>	2	

		скопического исследования в раннем выявлении бронхоэктазов. Диагностические критерии. Осложнения, их раннее выявление. Лечение. Диета с повышенным содержанием белков и витаминов. Антибактериальная терапия. Средства, улучшающие дренаж бронхов (отхаркивающие средства, муколитики, протеолитические ферменты), постуральный дренаж, эндобронхиальная санация. Физиотерапия, дыхательная гимнастика. Показания к хирургическому лечению. Противорецидивное лечение. Санаторно-курортное лечение. Профилактика обострения.		
	Деструктивные пневмониты: абсцесс легкого, гангрена легкого	Понятие об абсцессе легкого. Этиология и патогенез. Классификация деструктивных пневмонитов. Клиника абсцесса легкого. Лабораторная, функциональная Понятие о гангрене легких. Этиологи		
3.	ХОБЛ	Этиология и патогенез. Значение курения в развитии ХОБЛ. Факторы риска. Классификация GOLD . Диагностические критерии ХОБЛ. Фенотипы ХОБЛ. Клиническая картина при ХОБЛ. Инструментальная диагностика ХОБЛ. Роль спирометрии в диагностике ХОБЛ. Бронходилатационный тест в диагностике ХОБЛ. Лечение ХОБЛ. Бронходилататоры и кортикостероиды в лечении ХОБЛ. Осложнения. Прогноз. Профилактика.	2	
4.	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 нейроэндокринной системы в	2	

		развитии БА. Механизм приступа. Классификация GINA 2014. Клиническая симптоматология атопической, инфекционно-аллергической астмы, аспириновой астмы, астмы физического усилия, профессиональной астмы. Диагностические критерии бронхиальной астмы. Роль аллергического обследования. Бронходилатационный и бронхопровокационный тесты в диагностике БА. Диагностические критерии. Осложнения.		
	Лечение бронхиальной астмы, астматический статус	Ступенчатая терапия БА. Современная противовоспалительная терапия астмы. Бронхолитические препараты в лечении астмы. Купирование приступа БА. Лечение в межприступном периоде. Астматический статус, предрасполагающие факторы, критерии диагноза и стадии течения, лечение. Профилактика. Прогноз.		
	Всего		8	
Заболевания органов кровообращения				
5.	Острая ревматическая лихорадка	Этиология. Роль бета-гемолитического стрептококка в развитии заболевания. Патогенез ревматизма. Морфология различных стадий ревматизма. Классификация. Критерии ОРЛ. Клиническая картина основных проявлений ОРЛ: кардит, артрит, хорея, кожные проявления, серозиты. Варианты течения ревматической лихорадки (острая ревматическая лихорадка, повторная ревматическая лихорадка, хроническая ревматическая болезнь сердца без порока сердца или с пороком сердца). Лечение. Прогноз. Профилактика. Противорецидивное лечение.	2	
	Инфекционный эндокардит	Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Значение реак-		

		<p>тивности организма и особенностей возбудителя в возникновении инфекционного эндокардита. Способствующие факторы. Особенности острого и затяжного септического эндокардита. Клиника. Тромбоэмболические осложнения. Лабораторные данные, значение повторных посевов крови с целью выявления возбудителя процесса. Роль эхокардиографии в диагностике инфекционного эндокардита. Осложнения ИЭ. Клинические "маски" болезни. Течение и исходы. Прогноз. Лечение, длительность терапии, показания к хирургическому лечению. Критерии излеченности. Профилактика обострений.</p>		
6	<p>Приобретенные митральные пороки сердца: недостаточность митрального клапана, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия</p>	<p>Недостаточность митрального клапана, Этиология. Патогенез гемодинамических нарушений. Клиническая картина. Стадии течения митральной недостаточности. Значение инструментальных методов исследования. Лечение. Прогноз. Показания к оперативному лечению. Митральный стеноз. Этиология. Патогенез гемодинамических расстройств. Клиническая картина. Стадии течения митрального стеноза. Значение инструментальных методов исследования. Причины декомпенсации. Осложнения. Лечение. Прогноз Показания к хирургическому лечению</p>	2	
	<p>Приобретенные аортальные пороки сердца: недостаточность аортального клапана, стеноз устья аорты</p>	<p>Недостаточность аортального клапана. Этиология. Патогенез гемодинамических нарушений. Клиническая картина. Стадии. Значение инструментальных методов исследования. Осложнения. Лечение. Прогноз. Показания к оперативному лечению. Аортальный стеноз. Этиология. Патогенез гемодинамических рас-</p>		

		стройств. Клиническая картина. Значение инструментальных методов исследования. Диагностика. Осложнения. Прогноз. Показания к оперативному лечению.		
7	Врожденные пороки сердца: дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки	Патогенез гемодинамических нарушений. Клиническая картина. Стадии течения. Значение инструментальных методов исследования. Лечение. Прогноз. Показания к оперативному лечению.	2	
	Врожденные пороки сердца: открытый артериальный проток, коарктация аорты, тетрада Фалло	Патогенез гемодинамических расстройств. Клиническая картина. Значение инструментальных методов исследования. Диагностика. Осложнения. Прогноз. Показания к оперативному лечению.		
8	Гипертоническая болезнь	Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника гипертонической болезни в зависимости от стадии и степени артериальной гипертензии. Стратификация риска развития сердечнососудистых заболеваний. Лечение. Осложнения. Гипертонические кризы. Купирование гипертонических кризов. Исходы. Прогноз. Профилактика	2	
9	Нарушения ритма	Нарушения образования импульса. Синусовая тахикардия, брадикардия. Фибрилляция и трепетание предсердий. Наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия. Наджелудочковая тахикардия. Синдром слабости синусового узла. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая симптоматология. Изменение гемодинамики. Диагностика. Осложнения. Медикаментозная и немедикаментозная терапия. Показания к электроимпульсной терапии. Ведение больных после восстановления ритма. Профилактика рецидивов мерцательной аритмии. Инвазивные методы лечения арит-	2	

		мий: обляция, имплантация кардиостимулятора и др. Показания, противопоказания. Прогноз.		
	Нарушения проводимости сердца	Нарушения проводимости импульса: синоаурикулярная, предсердная, атриовентрикулярная, внутрижелудочковые блокады. Этиология. Патогенез. Изменение гемодинамики при различных нарушениях проводимости. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Осложнения. Диагноз. Лечение. Показания к временной кардиостимуляции Показания к имплантации кардиостимуляторов. Прогноз. Профилактика.		
10	Атеросклероз	Эпидемиология. Факторы риска. Теории развития атеросклероза. Механизмы развития атеросклероза. Патоморфологические изменения, развивающиеся в сосудах при атеросклерозе. Классификация атеросклероза. Классы липопротеинов. Особенности клинических проявлений. Значение лабораторных, рентгенологических, инструментальных и ангиографических методов исследования в диагностике атеросклероза. Немедикаментозная терапия. Рекомендации международного общества по изучению атеросклероза (IAS) по образу жизни (2014 г). Медикаментозная терапия атеросклероза. Статины в лечении атеросклероза. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности.		
11	Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия	Понятие об ишемической болезни сердца. Актуальность. Атеросклероз коронарных артерий как морфологическая основа ИБС. Оценка факторов риска ИБС. Классификация ИБС. Клинические проявления. Патогенез болевого синдрома при стенокардии. Клинические варианты.	2	

		Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Прогноз. Профилактика.		
12	Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда.	Определение острого коронарного синдрома. Этиология. Патогенез. Классификация ОКС. Классификация инфаркта миокарда. Клиника в различные периоды заболевания. Атипичные формы инфаркта миокарда. Диагностика. Течение. Лечение инфаркта миокарда. Реабилитация больных. Прогноз. Профилактика.	2	
	Осложнения инфаркта миокарда.	Ранние и поздние осложнения инфаркта миокарда, критерии диагностики. Кардиогенный шок и его формы. Лечение кардиогенного шока. Отек легких у больных инфарктом миокарда, механизм развития. Купирование отека легких у больных инфарктом миокарда. Диагностика и лечение нарушений ритма и проводимости сердца у больных инфарктом миокарда. Диагностика и лечение синдрома Дресслера. Диагностика и лечение ранней постинфарктной стенокардии. Диагностика и лечение внутренних и внешних разрывов миокарда. Тампонада сердца, диагностика, лечение. Тромбоэндокардит и тромбоэмболические осложнения у больных инфарктом миокарда. Желудочно-кишечные кровотечения у больных инфарктом миокарда, диагностика, профилактика и лечение. Диагностика и лечение психических нарушений у больных инфарктом миокарда. Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти.		
13	Миокардиты.	Определение миокардита. Клиническая классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Ла-	2	

		бораторная и инструментальная диагностика. Медикаментозная терапия миокардитов. Прогноз при миокардите.		
14	Хроническая сердечная недостаточность	Современные представления о патогенезе сердечной недостаточности. Изменения метаболизма миокарда при ХСН. Провоцирующие и способствующие факторы. Классификация ХСН. Клинические проявления острой и хронической недостаточности, лево- и правожелудочковой. Понятие о скрытой сердечной недостаточности. Диагностика. Клинические и дополнительные методы исследования. Осложнения. Лечение ХСН. Лечение острой левожелудочковой сердечной недостаточности (сердечной астмы и отека легких). Прогноз.	2	
	Всего		20	
Заболевания желудочно-кишечного тракта				
15	Хр. гастрит.	Определение хр. гастрита. Распространенность ХГ. Этиология (основные и дополнительные факторы, роль <i>Helicobacter pylori</i>). Патогенез. Роль НР в развитии гастрита. Классификация (Сиднейская, Хьюстонская). Типы гастритов и их клинические особенности течения. Лабораторно-инструментальная диагностика. Осложнения. Прогноз. Лечение.	2	
	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Определение. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Лабораторно-инструментальная диагностика. Роль гистологии в диагностике ГЭРБ. Лечение ГЭРБ. Осложнения ГЭРБ и их лечение. Первичная и вторичная профилактика.		
16	Язвенная болезнь желудка и 12 п/кишки	Определение. Этиология. Основные и предрасполагающие факторы. Мультифакториальность патогене-	2	

		за. Клиника, зависимость ее от локализации язвы. Диагностика. Особенности течения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Осложнения. Лечение язвенной болезни и его осложнений. Течение. Прогноз. Первичная и вторичная профилактика язвенной болезни		
17	Хронический. панкреатит.	Определение. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные панкреатиты. Классификация (Марсельско-Римская, В.Т. Ивашкина). Клиническая картина. Зависимость клинических проявлений от локализации процесса. Дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Роль исследования функции поджелудочной железы и инструментальных методов исследования. Лечение. Диета в зависимости от формы и стадии болезни. Дифференцированная терапия с учетом формы болезни и фазы течения. Осложнения. Лечение осложнений. Показания к хирургическому лечению. Прогноз. Профилактика.	2	
	Хронический холецистит	Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Физикальные изменения при хроническом холецистите. Дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Профилактика.		
18	Хр. энтерит.	Определение. Этиология. Патогенез. Роль дисбактериоза, энзимопатии, аллергии. Классификация. Морфологическая диагностика. Клиника. Основные клинко-лабораторные синдромы. Характеристика боли при хр. энтерите. Характер стула при хр. энтерите. Кишечные проявления энтерита. Внеки-	2	

		печенные проявления энтерита. Лабораторная диагностика. Инструментальная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лечение. Диета. Прогноз.		
	Хр. неязвенный колит.	Определение колита. Этиология. Патогенез. Значение дисбактериоза. Клиника. Диагностика. Роль рентгеноконтрастных и эндоскопических исследований. Лечение. Диета. Медикаментозная терапия. Прогноз.		
19	Хр. гепатит	Определение хронического гепатита. Лос-Анджелесская этиологическая классификация заболеваний печени. Этиология. Классификация гепатотропных вирусов. Патогенез. Морфология. Клинико-лабораторные синдромы гепатита. Клиническая картина гепатита. Внешний вид больных гепатитами, малые «печеночные знаки». Характеристика вирусных гепатитов. Лабораторная диагностика гепатитов, в том числе исследование маркеров вирусов гепатита. Инструментальная диагностика. Осложнения гепатитов. Дифференциальный диагноз с доброкачественной гипербилирубинемией (синдром Жильбера, Дабина-Джонсона, Ротера). Общие принципы лечения гепатитов. Профилактика. Прогноз.	2	
20	Цирроз печени	Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинико-лабораторные синдромы. Характеристика активности. Классификация степени тяжести по Child-Pugh (Чайлд-Пью). Лабораторная диагностика. Роль пункционной биопсии печени и гистологического исследования биоптата печени. Инструментальная диагностика. Диагностические критерии. Осложнения. Лечение. Показания к применению про-	2	

		тивовирусных и иммуносупрессивных препаратов. Лечение осложнений. Профилактика. Прогноз.		
	всего		12	
Заболевания почек				
21	Гломерулонефриты	Определение гломерулонефрита. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Патогенез основных синдромов. Варианты течения гломерулонефрита. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Исходы.		2
22	Хронический пиелонефрит	Хронический пиелонефрит. Определение. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение . Возможности современной терапии. Прогноз		2
23	Амилоидоз почек	Определение. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение . Возможности современной терапии. Прогноз		
	Всего			6
Заболевания крови				
24	Хроническая железодефицитная анемия	Современная классификация анемических состояний. Железодефицитные анемии. Определение. Классификация железодефицитной анемии. Пути транспорта железа в организме. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Клинические синдромы железодефицитной анемии. Лабораторная диагностика. Диф.диагноз между другими анемиями. Осложнения. Принципы лечения. Питание. Препараты железа, показания, способы введения, отношение к гемотрансфузиям. Профилактика.		2
	Всего			2

	ИТОГО		48
Профессиональные болезни			
25	Введение в курс профессиональной патологии	Определение ПЗ. Показатели, структура профессиональной заболеваемости. История организации службы. Классификация проф. вредностей и проф. заболеваний. Принципы диагностики, профилактики ПЗ; периодические медицинские осмотры. Нормативные документы. Экспертиза трудоспособности	2
26	Пылевые заболевания легких (пневмокониозы, силикоз, ХОБЛ, профессиональная бронхиальная астма) Пневмокониозы. Пылевые бронхиты. Профессиональная бронхиальная астма.	Определение. Классификация пневмокониозов. Силикоз. Виды профессий, подверженных силикозу. Патогенез. Клиническая рентгенологическая характеристика стадии силикоза. Профилактика, лечение, экспертиза трудоспособности. Пылевые бронхиты. Определение. Профессии, в которых встречается пылевой бронхит. Классификация. Клиническая характеристика по степени тяжести. Диагностика, лечение и профилактика. Экспертиза трудоспособности, Профессиональная бронхиальная астма. Особенности диагностики, экспертиза трудоспособности	2
27	Вибрационная болезнь. Холодовые невроаскулиты	Определение, физические параметры вибрации. Профессиональные группы риска, факторы, усиливающие действие вибрации. Патогенез. Клинические синдромы. Течение ВБ по стадиям. Диагностика, формулировка диагноза. Лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности. Холодовые невроаскулиты. Этиологические факторы. Профессиональные группы риска. Клиническая картина и диагностика в зависимости от стадии заболевания. Лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности	2

28	<p>Профессиональные интоксикации. Хроническая интоксикация свинцом. Хроническая интоксикация марганцем.</p>	<p>Хроническая профессиональная интоксикация свинцом. Применение свинца и его соединений в народном хозяйстве. Вопросы патогенеза . Клиническая картина. Классификация. Диагностика. Лечение и профилактика. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы и трудовой реабилитации. Хроническая интоксикация марганцем. Промышленное значение марганца и его соединений. Патогенез. Клиническая картина и диагностика. Принципы лечения и профилактики. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы и трудовой реабилитации.</p>		2
29	<p>Интоксикация ароматическими углеводородами (бензолом и его гомологами – ксилолом, толуолом). Хроническая ртутная интоксикация.</p>	<p>Интоксикация ароматическими углеводородами (бензолом и его гомологами – ксилолом, толуолом). Пути поступления в организм и пути выведения из организма. Механизмы действия. Острое отравление парами бензола. Виды использования бензола и других органических растворителей.Хроническая интоксикация бензолом (ХИБ): поражение нервной системы, системы крови, токсический бензольный гепатит. Клиника и принципы лечения ХИБ. Экспертиза трудоспособности. Вопросы профилактики бензольной интоксикации. Хроническая ртутная интоксикация (ХРИ). Патогенез. Пути поступления в организм и пути выведения из организма. Клиника ХРИ по стадиям: начальная, ртутного эретизма, ртутной энцефалопатии. Диагностика, МСЭ и лечение хронической ртутной интоксикации.</p>		2
30	<p>Отравление ядохимикатами (пестициды, фосфорорганические соединения, ртутьорганические пестици-</p>	<p>Отравление ядохимикатами.Классификация пестицидов (ПЩ) в зависимости от производственного назначения. Основные действия ПЩ. Фосфорорганические соедине-</p>		2

	ды, хлорорганические пестициды)	ния (ФОС). Классификация ФОС по Л.И. Медведю. Патогенез интоксикации ФОС. Клиника, неотложная помощь и лечение острой интоксикации ФОС. Клиника хронической интоксикации ФОС. Вопросы специфической терапий отравлений ФОВ (антидотная терапия). Интоксикация ртутьорганическими пестицидами (РОС) (соединениями). Патогенез интоксикации РОС. Острая интоксикация РОС. Хроническая интоксикация РОС. Лечение интоксикации РОС. Хлорорганические пестициды (ХОС). Классификация, механизм действия ХОС. Клиника хронической интоксикации ХОС. Первая помощь и лечение при острой и хронической интоксикациях ХОС.		
	Всего		12	
	ИТОГО		60	

5.4 Тематический план практических занятий

№	Тема	Содержание темы	Студент должен знать	Студент должен уметь	Количество часов в семестре	
					7	8
1.	Пневмония	<p>Определение. Этиология. Патогенез. Факторы риска пневмоний. Классификация. Клинико-морфологическая характеристика. 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). Лабораторная и рентгенологическая диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Критерии выздоровления. Профилактика. Исходы болезни. Осложнения. Прогноз.</p>	<p>1. Этиологию и патогенез внебольничной и нозокомиальной пневмонии. 2. Классификацию пневмоний. 3. Основные клинические проявления пневмонии. 4. Осложнения. 5. Методы лабораторной и инструментальной диагностики. 6. Принципы лечения, профилактики.</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с пневмонией. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Составить согласно стандарта плана обследования и оценить результаты</p>	4	

				<p>дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, анализ мокроты, посев мокроты, рентгенографическое исследование, фибробронхоскопия, спирография) с учетом нормы.</p> <p>4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>5. Назначить лечение больному согласно стандарта и с учетом индивидуальных</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>особенностей.</p> <p>6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7. Охарактеризовать методы профилактики дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>8. Оформлять учебную историю болезни.</p>		
2.	Бронхоэктатическая болезнь	<p>Этиология и патогенез. Факторы, способствующие развитию бронхоэктазов. Виды бронхоэктазов. Клиническая симптоматология. Значение рентгенологического и эндоскопического исследования в раннем выявлении бронхоэктазов. Диагностические критерии. Осложнения, их раннее выявление. Лечение. Диета с повы-</p>	<p>1. Этиологию и патогенез бронхоэктатической болезни.</p> <p>2. Прерасполагающие факторы развития бронхоэктатической болезни.</p> <p>3. Классификацию бронхоэктатической болезни.</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с бронхоэктатической болезнью.</p>	4	

		<p>шенным содержанием белков и витаминов. Антибактериальная терапия. Средства, улучшающие дренаж бронхов (отхаркивающие средства, муколитики, протеолитические ферменты), постуральный дренаж, эндобронхиальная санация. Физиотерапия, дыхательная гимнастика. Показания к хирургическому лечению. Противорецидивное лечение. Санаторно-курортное лечение. Профилактика обострения.</p>	<p>4. Основные клинические проявления. 5. Осложнения. 6. Методы лабораторной и инструментальной диагностики. 7. Принципы лечения, профилактики. 8. Показания к оперативному лечению.</p>	<p>татической болезнью. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Составить согласно стандарта план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, анализ мокроты, посев мокроты, рентгенографическое исследование легких, компьютерная</p>		
--	--	---	--	---	--	--

				<p>томография легких, бронхография, фибробронхоскопия, спирография) с учетом нормы.</p> <p>4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>5. Назначить лечение больному согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов.</p>	
--	--	--	--	--	--

				7. Охарактеризовать методы профилактики. Дать больному рекомендации по диете, постуральному дренажу, лечебной физкультуре. 8. Оформлять учебную историю болезни.		
3.	Деструктивные пневмониты: абсцесс легкого, гангрена легкого	Этиология и патогенез (постпневмотические, аспирационные, гематогенно-эмболические и травматические нагноения легких). Клинические проявления, их особенность в зависимости от стадии, локализации и распространенности, тяжести течения. 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 лече-	1. Этиологию и патогенез абсцесса и гангрены легких. 2. Классификацию деструктивных пневмонитов. 3. Основные клинические проявления абсцесса и гангрены легких. 4. Основные диагностические критерии абсцесса и гангрены легких. 5. Осложнения. 6. Принципы лечения. 7. Показания к оперативному лечению.	1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больных деструктивными пневмонитами. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы абсцесса и	4	

		нию.		<p>гангрены легких, объяснить их патогенез.</p> <p>3. Составить согласно стандарта план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, анализ мокроты, посев мокроты, рентгенологическое исследование легких, фибробронхоскопия, спирография) с учетом нормы.</p> <p>4. Сформулировать и обосновать кли-</p>	
--	--	------	--	---	--

				<p>нический диагноз на основании получен- ной ин- формации. 5. Назна- чить лече- ние боль- ному со- гласно стандарта и с учетом индивиду- альных особенно- стей. 6. Выпи- сать ре- цепты на назначае- мые ле- карствен- ные пре- параты и охаракте- ризовать основные группы препара- тов. 7. Охарак- теризовать методы профилак- тики. Дать больному рекомен- дации по диете и образу жизни. 8. Оказать неотлож- ную по- мощь при</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>кровохарканье.</p> <p>9. Дать больному рекомендации по диете, постуральному дренажу, лечебной физкультуре.</p> <p>10. Оформлять учебную историю болезни.</p>		
4.	ХОБЛ	<p>Этиология и патогенез. Значение курения в развитии ХОБЛ. Факторы риска. Классификация GOLD 2014. Диагностические критерии ХОБЛ. Фенотипы ХОБЛ. Клиническая картина при ХОБЛ. Инструментальная диагностика ХОБЛ. Роль спирометрии в диагностике ХОБЛ. Бронходилатационный тест в диагностике ХОБЛ. Лечение ХОБЛ. Бронходилататоры и кортикостероиды в лечении ХОБЛ. Осложнения. Прогноз. Профилактика.</p>	<p>1. Этиологию и патогенез ХОБЛ.</p> <p>2. Классификацию.</p> <p>3. Фенотипы ХОБЛ.</p> <p>4. Клиническую картину</p> <p>5. Осложнения.</p> <p>6. Методы инструментальной и лабораторной диагностики.</p> <p>7. Принципы лечения, профилактики.</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с ХОБЛ.</p> <p>2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез.</p> <p>3. Со-</p>	4	

				<p>гласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, анализ мокроты, посев мокроты, рентгенографическое исследование, фибробронхоскопия, спирометрия, пикфлоуметрия, бронхолитический тест) с учетом нормы.</p> <p>4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>на основании полученной информации.</p> <p>5. Назначить больному лечение согласно стандартам и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7. Охарактеризовать методы профилактики дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>8. Оформ-</p>	
--	--	--	--	--	--

				лять учебную историю болезни.		
5.	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. Роль нейроэндокринной системы в развитии БА. Механизм приступа. Классификация GINA 2014. Клиническая симптоматология атопической, инфекционно-аллергической астмы, аспириновой астмы, астмы физического усилия, профессиональной астмы. Диагностические критерии бронхиальной астмы. Роль аллергического обследования. Бронходилатационный и бронхопровокационный тесты в диагностике БА. Диагностические критерии. Осложнения.</p>	<p>1 Этиологию и патогенез БА.</p> <p>1. Классификацию.</p> <p>2. Клинические проявления.</p> <p>3. Осложнения.</p> <p>4. Методы инструментальной и лабораторной диагностики.</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с БА.</p> <p>2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез.</p> <p>3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический</p>	4	

				и биохимический анализы крови, анализ мокроты, рентгенографическое исследование, спирография, пикфлоуметрия, бронхолитационный и бронхопровокационный тест) с учетом нормы. 4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации. 5. Оформлять учебную историю болезни.		
6.	Лечение бронхиальной астмы,	Ступенчатая терапия БА. Современная противовоспалительная терапия астмы. Бронхолитические	1. Антиаллергический режим. 2. Современная противовоспалительная	1. Интерпретировать жалобы и дан-	4	

	астматический статус	<p>препараты в лечении астмы. Купирование приступа БА. Лечение в межприступном периоде. Астматический статус, предрасполагающие факторы, критерии диагноза и стадии течения, лечение. Профилактика. Прогноз.</p>	<p>тельная терапия астмы.</p> <p>3.Бронхолитические препараты в лечении астмы.</p> <p>4.Лечение БА в зависимости от степени тяжести.</p> <p>5.Лечение в межприступном периоде.</p> <p>6.Методы доставки ЛС в бронхи. Виды ингаляторов. Спейсеры, небулайзеры.</p> <p>7.Астма-школы</p> <p>8.Купирование приступа БА.</p> <p>9.Астматический статус, предрасполагающие факторы</p> <p>10. Стадии астматического статуса</p> <p>11.Лечение астматического статуса.</p> <p>12. Профилактика астмы.</p>	<p>ные объективного осмотра при астматическом статусе</p> <p>2. Согласно стандарта оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, сатурация кислорода, спирография) с учетом нормы.</p> <p>3. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>4. Назначить больному лечение при приступе БА и астматиче-</p>		
--	----------------------	--	---	---	--	--

				ском статусе согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 5. Охарактеризовать методы профилактики развития приступа астмы и астматического статуса. 6. Оформлять учебную историю болезни.		
7.	Плевриты	<p>Определение плеврита. Этиология. Патогенез. Классификация плеврита. Клиническая картина. Клиника сухого плеврита. Клиника экссудативного плеврита. Лабораторная диагностика плеврита. Диагностическая ценность исследования плеврального выпота. Отличиями экссудата от транссудата. Рентгенологическая диагностика плевритов. Диагностическая ценность торакоскопии и биопсии плевры. Диагностическая ценность ультразвукового исследования при плеври-</p>	<p>1. Этиологию и патогенез плевритов. 2. Факторы риска развития плевритов. 3. Классификацию. 4. Основные клинические проявления. 5. Осложнения. 6. Методы лабораторной (в том числе и исследование плеврального выпота), рентгенологической и ультра-</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного сухим и экссудативным плевритом. 2. Выделять ос-</p>	4	

		<p>те. Осложнения плевритов. Принципы лечения плевритов. Этиотропная терапия плевритов. Плевральная пункция: показания, диагностическая ценность, осложнения.</p>	<p>звуковой диагностики плевритов. 7. Принципы лечения, профилактики. 8. Показания к плевральной пункции.</p>	<p>новые клинические симптомы плеврита, объяснить их патогенез. 3. Составить согласно стандарта план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, анализ плеврального выпота, рентгенографическое исследование легких, компьютерная томография легких, УЗИ плевральных полостей, спирография)</p>		
--	--	---	---	--	--	--

				<p>с учетом нормы.</p> <p>4.Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>5.Назначить лечение больному согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6.Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7.Охарактеризовать методы профилактики. Дать больному рекомендации по диете, об-</p>	
--	--	--	--	--	--

					разу жизни, лечебной физкультуре 8. Оформлять учебную историю болезни.	
Заболевания органов кровообращения						
8.	Острая ревматическая лихорадка	Распространенность. Определение. Этиология и патогенез. Роль бета-гемолитического стрептококка (клинические, серологические и эпидемиологические доказательства). Морфология различных стадий ревматизма. Классификация. Клиническая картина основных проявлений ОРЛ: полиартрит, ревмокардит, перикардит, хорея, кожные проявления, поражения почек. Лабораторная диагностика ОРЛ. Клинико-лабораторные критерии активности ревматизма. Варианты течения ревматизма. Дифференциальный диагноз. Диагностические критерии рев-	1. Этиологию и патогенез ОРЛ. 2. Классификацию ОРЛ (АРР 2003 г). 3. Клинические проявления и течение заболевания. 4. Большие и малые критерии ОРЛ 5. Осложнения. 6. Принципы лечения, профилактики. 7. Прогноз.	1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с ОРЛ. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, УЗИ сердца, рентгенологическое исследование) с учетом нормы. 4. Снять и оценить данные	4	

		матизма по Кисель-Джонс-Нестерову (основные и дополнительные). Степени активности воспаления. Лечение ОРЛ. Первичная и вторичная профилактика ревматизма.	лечение.	ЭКГ. 5. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации. 6. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 7. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов. 8. Охарактеризовать методы профилактики, дать больному рекомендации по диете и образу жизни. 9. Оформлять учебную историю болезни.		
9.	Инфекционный эндокардит	Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Значение реактивности организма и особенностей возбудителя в возникновении инфекционного эндокардита. Способствующие факторы. Особенности острого и затяжно-	1.Этиологию и патогенез инфекционного эндокардита. 2.Классификация. 3.Клинические проявления и течение за-	1.Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с инфекционным энждокардитом. 2.Выделять основные клинические симптомы заболевания, объ-	4	

		<p>го септического эндокардита. Клиника: варианты начала болезни, температурная кривая, поражение сердца и других органов (почек, печени и селезенки, кожи и др.). Тромбоэмболические осложнения. Лабораторные данные, значение повторных посевов крови с целью выявления возбудителя процесса. Роль эхокардиографии в диагностике инфекционного эндокардита. Осложнения ИЭ.</p> <p>Клинические "маски" болезни. Течение и исходы. Прогноз. Лечение: выбор антибиотиков, необходимость применения больших доз, длительность терапии, показания к хирургическому лечению. Критерии излеченности. Профилактика обострений.</p>	<p>болевания.</p> <p>4.Критерии диагностики.</p> <p>5.Осложнения.</p> <p>6.Принципы лечения, профилактики.</p>	<p>яснить их патогенез.</p> <p>3.Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, кровь на гемокультуру, ЭКГ, УЗИ сердца, рентгенологическое исследование, компьютерная томография легких и сердца) с учетом нормы.</p> <p>4.Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>5.Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6.Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7.Охарактеризовать методы профилактики, дать больному реко-</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				мендации по вторичной профилактике заболевания. 8.Оформлять учебную историю болезни.		
10	Приобретенные митральные пороки сердца: недостаточность митрального клапана, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия	<i>Недостаточность митрального клапана.</i> Этиология, патогенез гемодинамических нарушений. Клиническая картина. Стадии течения митральной недостаточности. Диагностика недостаточности митрального клапана (рентгенография, ЭКГ, фонокардиография, ЭхоКГ). Лечение. Показания к оперативному лечению. <i>Митральный стеноз.</i> Этиология. Патогенез гемодинамических расстройств. Клиническая картина. Стадии течения митрального стеноза. Диагностика митрального стеноза (рентгенография, ЭКГ, фонокардиография, ЭхоКГ). Причины декомпенсации. Осложнения. Прогноз. Лечение. Показания к оперативному лечению. <i>Сочетанный мит-</i>	1.Причины формирования приобретенных митральных пороков сердца. 2.Гемодинамику 3.Клинические проявления. 4.Осложнения. 5.Диагностические критерии. 6. Принципы лечения, профилактики. 7. Показания к хирургическому лечению.	1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с приобретенными митральными пороками сердца. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, УЗИ сердца, рентгенологическое исследование) с учетом нормы. 4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на	4	

		<i>ральный порок сердца.</i> Выявление преобладания стеноза или недостаточности.		<p>основании полученной информации.</p> <p>5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7. Охарактеризовать методы профилактики дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>8. Оформлять учебную историю болезни.</p>		
10	Приобретенные аортальные пороки сердца: недостаточность аортального клапана, стеноз устья аорты	<i>Недостаточность аортального клапана.</i> Этиология. Патогенез. Гемодинамические расстройства при аортальной недостаточности. Клиническая картина. Диагностика аортальной недостаточности (рентгенография, ЭКГ, фонокардиография, ЭхоКГ). Осложнения. Тактика ведения, медикамен-	1. Причины формирования приобретенных аортальных пороков сердца. 2. Гемодинамику при аортальных пороках сердца. 3. Клинические	1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с приобретенными аортальными пороками сердца. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез.	4	

		<p>тозная терапия.показания к хирургическому лечению.</p> <p><i>Стеноз устья аорты.</i> Этиология. Патогенез. Гемодинамические расстройства при аортальном стенозе. Клиническая картина. Диагностика стеноза устья аорты (рентгенография, ЭКГ, фонокардиография, ЭхоКГ). Осложнения. Тактика ведения, медикаментозная терапия.показания к хирургическому лечению.</p>	<p>проявления.</p> <p>4. Осложнения.</p> <p>5. Диагностические критерии.</p> <p>6. Принципы лечения, профилактики.</p> <p>7. Показания к хирургическому лечению.</p>	<p>3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, УЗИ сердца, рентгенологическое исследование) с учетом нормы.</p> <p>4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7. Охарактеризовать методы профилактики дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>8.Оформлять</p>	
--	--	---	--	--	--

				учебную историю болезни.		
11	Врожденные пороки сердца: дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток, коарктация аорты, тетрада Фалло	Гемодинамические нарушения при этих пороках. Клиническая картина. Диагностика (рентгенография, ЭКГ, фонокардиография, ЭхоКГ). Осложнения. Тактика ведения, медикаментозная терапия, показания к хирургическому лечению.	1. Гемодинамику при этих пороках сердца. 2. Клинические проявления. 3. Осложнения. 4. Диагностические критерии. 5. Принципы лечения и профилактики. 6. Показания к хирургическому лечению.	1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больных с этими пороками. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (ЭКГ, УЗИ сердца, рентгенологическое исследование) с учетом нормы. 4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации. 5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты.	4	

				раты и охарактеризовать основные группы препаратов. 6.Оформлять учебную историю болезни.		
12	Гипертоническая болезнь	Распространенность. Основные факторы риска развития гипертонической болезни. 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. Формы гипертонической болезни и их характеристика. Классификация ВОЗ в зависимости от органических поражений. Классификация артериальной гипертонии экспертов ВОЗ и МОГ, 1999 г.	1.Этиологию, факторы риска, патогенез ГБ. 2.Классификацию ГБ по органам поражения и степени артериальной гипертонии 3.Стратификацию риска 4.Клинические проявления. 5.Осложнения. 6.Классификация гипертонических кризов. 7.Методы инструментальной и лабораторной диагностики. 8.Препараты первого	1.Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с ГБ. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ сердца, исследование глазного дна) с учетом нормы. 4. Снять и оценить данные ЭКГ. 5. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной	4	

		<p>(мм.рт.ст.).Классификация офисных показателей АД (ESH/ESC). Диф.диагноз. Стратификация риска. Цель лечения гипертонической болезни. Основные группы лекарственных препаратов используемых в лечении гипертонической болезни. Рекомендации по изменению образа жизни. Тактика ведения больных в зависимости от групп риска. Ступенчатая терапия гипертонической болезни. Не рекомендуемые комбинации антигипертензивных лекарственных средств. Рекомендуемые комбинации антигипертензивных лекарственных средств. Принципы комбинированной фармакологии. Осложнения. Классификация гипертонических кризов (по Кушаковскому, по Голикову, по Мазуру). Дифференцированная терапия гипертонических кризов. Исходы. Прогноз.</p>	<p>ряда для лечения ГБ. 9.Принципы лечения ГБ соответственно стратификации риска и уровня АД. Ступенчатая терапия ГБ. 10. Дифференцированный подход к купированию гипертонических кризов. 11.Первичную и вторичную профилактику ГБ.</p>	<p>информации. 6. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 7. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов. 8. Охарактеризовать методы профилактики дать больному рекомендации по диете и образу 9. Оказать помощь при гипертоническом кризе. 10. Оформлять учебную историю болезни.</p>		
13	Нарушения	Аритмии (тахиа-	1. Со-	1. Интерпрети-	4	

14	<p>ритма и проводимости сердца</p> <p>Нарушения проводимости сердца</p>	<p>ритмии). Определение. Этиология. Электрофизиологические механизмы. Классификация. Оценка переносимости аритмий. Клиника, диагностика, осложнения. Виды лечения. Отдельные виды аритмий: экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, синдром преждевременного возбуждения желудочков, мерцание и трепетание предсердий, фибрилляция желудочков (ЭКГ диагностика, оказание неотложной помощи, профилактика). Нарушение проводимости (блокады сердца). Определение. Причины. Классификация. Характер ЭКГ-изменений. Клиника, диагностика, осложнения (синдром Морганьи-Эдемс-Стокса), принципы лечения. Синдром слабости синусового узла. Диагностика, клинические проявления. Показания к имплантации кардиостимуляторов. Противоаритмические средства,</p>	<p>временные представления о патогенезе нарушения ритма и проводимости сердца.</p> <p>2. Классификацию аритмий.</p> <p>3. ЭКГ признаки синусовой тахикардии и брадикардии, наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии,</p> <p>4. синдрома слабости синусового узла, нарушения проводимости (атрио-вентрикулярные и внутрижелудочковые блокады).</p> <p>5. Медикаментозное и немедикаментозное</p>	<p>ровать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с нарушениями ритма и проводимости сердца.</p> <p>2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез.</p> <p>3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, УЗИ сердца) с учетом нормы.</p> <p>4. Снять и оценить данные ЭКГ.</p> <p>5. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>6. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>7. Выписать ре-</p>	4	
----	---	--	--	---	---	--

		<p>классификация. Показания, противопоказания, побочное действие лекарственных препаратов. Лечение экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии, мерцательной аритмии, трепетания предсердий, полной атриовентрикулярной блокады. Использование рефлекторных приемов при пароксизмальной тахикардии. Электроимпульсная терапия. Инвазивные методы лечения аритмий: обляция, имплантация кардиостимулятора и др. Показания, противопоказания.</p>	<p>лечение, профилактику. 6. Показания к временной кардиостимуляции. Показания к имплантации кардиостимуляторов.</p>	<p>цепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов. 8. Охарактеризовать методы профилактики дать больному рекомендации по диете и образу жизни. 9. Оказать помощь при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии, пароксизмальной форме фибрилляции предсердий, приступе Морганьи-Эдемса-Стокса. 10. Оформлять учебную историю болезни.</p>		
15	Атеросклероз	<p>Эпидемиология. Факторы риска. Теории развития атеросклероза. Механизмы развития атеросклероза. Патоморфологические изменения, развивающиеся в сосудах при атеросклерозе. Классификация атеросклероза. Классы липопротеинов. Особенности клинических проявлений. Значение лабораторных,</p>	<p>1. Этиологию, патогенез, факторы риска атеросклероза. 2. Теории развития атеросклероза 3. Классификация атеросклероза. 4. Клинические проявле-</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с атеросклерозом сосудов сердца, нижних конечностей, почек, мозга, брыжеечных сосудов. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы атеро-</p>	4	

		<p>рентгенологических, инструментальных и ангиографических методов исследования в диагностике атеросклероз. Немедикаментозная терапия. Рекомендации международного общества по изучению атеросклероза (IAS) по образу жизни (2014 г). Медикаментозная терапия атеросклероза. Статины в лечении атеросклероза. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности.</p>	<p>ния в зависимости от локализации поражения сосудов. 5. Осложнения. 6. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. 7. Принципы лечения, профилактики.</p>	<p>склероза, в зависимости от локализации процесса, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, в том числе классов липопротеинов, ЭКГ, УЗИ сердца, доплерография сосудов нижних конечностей, почек, шейных артерий и сосудов мозга, рентгенэндоваскулярное исследование сосудов) с учетом нормы. 4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации. 5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактере-</p>	
--	--	---	---	---	--

				<p>ризовать основные группы препаратов.</p> <p>7. Охарактеризовать методы профилактики, дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>8. Оформлять учебную историю болезни.</p>		
16	Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия	<p>Понятие об ишемической болезни сердца (ИБС). Факторы риска ИБС, их значение. Классификация ИБС ВОЗ (1978). Стенокардия. Факторы риска. Этиология и патогенез. Патогенез болевого синдрома (роль функциональных и анатомических факторов). Клинические варианты стенокардии: стабильная, нестабильная (впервые возникающая, прогрессирующая, вариантная). Степени тяжести. Канадская классификация стенокардии в зависимости от переносимости физической нагрузки. Дифференциальный диагноз при болях в грудной клетке. Диагности-</p>	<p>1. Этиологию, патогенез, факторы риска ИБС.</p> <p>2. Классификация ИБС.</p> <p>3. Клинические проявления.</p> <p>4. Формы стенокардии и их диагностику.</p> <p>5. Осложнения.</p> <p>6. Методы инструментальной и лабораторной диагностики.</p> <p>7. Принципы лечения, профилактики.</p> <p>8. Инвазивные</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с стенокардией.</p> <p>2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез.</p> <p>3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, УЗИ сердца, троп-тест) с учетом нормы.</p> <p>4. Снять и оценить данные ЭКГ.</p> <p>5. Сформулиро-</p>	4	

		<p>ка. Характеристика болей. Роль ЭКГ в выявлении стенокардии (ЭКГ с фармакологическими и нагрузочными пробами). Роль коронароангиография в диагностике атеросклероза коронарных сосудов и тактике лечения стенокардии. Лечение стенокардии. Купирование и предупреждение болевых приступов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция). Принципы ступенчатой терапии. Место физических тренировок в комплексном лечении. Инвазивные методы лечения стенокардии. Показания к хирургическому лечению. Профилактика (первичная и вторичная). Прогноз.</p>	<p>методы лечения ИБС, стенокардии. 9. Показания к хирургическому лечению.</p>	<p>вать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации. 6. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 7. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов. 8. Охарактеризовать методы профилактики, дать больному рекомендации по диете и образу жизни. 9. Оказать неотложную помощь при приступе стенокардии. 10. Оформлять учебную историю болезни.</p>		
17	<p>Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда.</p>	<p>Определение острого коронарного синдрома. Патогенез. Классификация инфаркта миокарда. Эпидемиология инфаркта миокарда (распространен-</p>	<p>1. Этиологию и патогенез инфаркта миокарда. 2. Классификацию ИМ и классы тяжести.</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с ИМ. 2. Выделять основные клинические симптомы и</p>	4	

		<p>ность, факторы риска). Патогенез. Патоморфологические изменения в сердце при инфаркте миокарда. Клиническая картина. Течение инфаркта миокарда. Характеристика болевого синдрома при инфаркте миокарда. Клиническая картина при инфаркте миокарда. Атипичные формы инфаркта миокарда. Резорбционно-некротический синдром у пациентов с инфарктом миокарда. Маркеры некроза и их диагностическая ценность при инфаркте миокарда. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Дифференциальный диагноз. Лечение инфаркта миокарда. Помощь на догоспитальном этапе. Врачебная тактика в различные периоды инфаркта миокарда. Роль специализированных машин скорой помощи: палата (отделение) интенсивной терапии. Купирование болевого приступа. Тромболитическая, антикоагулянтная и</p>	<p>3. Клинику ИМ. 4. ЭКГ в зависимости от периода ИМ. 1. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. 2. Дифференциальную диагностику стенокардии и ИМ. 8. Принципы лечения, профилактики. 9. Показания к хирургическому лечению.</p>	<p>синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, троп-тест, ЭКГ, УЗИ сердца) с учетом нормы. 4. Снять и оценить данные ЭКГ. 5. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации. 6. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 7. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов. 8. Охарактеризовать методы профилактики дать больному</p>	
--	--	--	--	---	--

		антиагрегантная терапия инфаркта миокарда. Инвазивные методы лечения инфаркта миокарда. Прогноз. Реабилитация больных. Вторичная профилактика инфаркта миокарда.		рекомендации по диете и образу жизни. 9. Оформлять учебную историю болезни.		
18	Осложнения инфаркта миокарда	Ранние и поздние осложнения инфаркта миокарда, критерии диагностики. Кардиогенный шок и его формы. Лечение кардиогенного шока. Отек легких у больных инфарктом миокарда, механизм развития. Купирование отека легких у больных инфарктом миокарда. Диагностика и лечение нарушений ритма и проводимости сердца у больных инфарктом миокарда. Диагностика и лечение синдрома Дресслера. Диагностика и лечение ранней постинфарктной стенокардии. Диагностика и лечение внутренних и внешних разрывов миокарда. Тампонада сердца, диагностика, лечение. Тромбоэндокардит	1. Ранние и поздние осложнения ИМ и механизмы их развития. 2. Формы кардиогенного шока и их лечение. 3. Отек легкого и его купирование 4. Нарушения ритма и проводимости у больных ИМ. ЭКГ изменения развивающиеся у этих пациентов и их лечение. 5. Диагностику и лечение синдрома	1. Интерпретировать симптомы ранних и поздних осложнений ИМ и уметь их своевременно диагностировать 2. Объяснить механизмы развития осложнений миокарда. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, троп-тест, УЗИ сердца, коронарография) с учетом нормы. 4. Снять и оценить данные ЭКГ. 5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индиви-	4	

		<p>и тромбоэмболические осложнения у больных инфарктом миокарда. Желудочно-кишечные кровотечения у больных инфарктом миокарда, диагностика, профилактика и лечение. Диагностика и лечение психических нарушений у больных инфарктом миокарда. Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти.</p>	<p>Дресслера. 6. Диагностика и лечение ранней постинфарктной стенокардии. 7. Диагностика и лечение внутренних и внешних разрывов миокарда. 8. Тромбоэндокардит и тромбоэмболические осложнения у больных ИМ. 9. Желудочно-кишечные кровотечения, диагностика, профилактика и лечение. 10. Диагностика и лечение психических нарушений у больных ИМ.</p>	<p>дуальных особенностей. Оказать неотложную помощь при кардиогенном шоке, отеке легких, нарушениях ритма и проводимости сердца, желудочно-кишечных кровотечениях, разрывах сердца, внезапной смерти. 6. Оформлять учебную историю болезни.</p>	
--	--	---	---	---	--

			11.Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти.		
19	Миокардиты	<p>Определение миокардита. Клиническая классификация миокардитов. Этиология миокардитов. Патогенез миокардитов. Клиническая картина миокардитов. Лабораторная и инструментальная диагностика миокардитов. Этиотропная терапия миокардитов. Медикаментозная терапия миокардитов. Прогноз при миокардите.</p>	<p>Классификация миокардитов</p> <p>1.Клиническая картина различных вариантов миокардитов.</p> <p>2.Осложнения миокардитов.</p> <p>3.Методы инструментальной и лабораторной диагностики.</p> <p>4.Принципы лечения миокардитов</p>	<p>1.Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больных с миокардитами</p> <p>2.Выделять основные клинические симптомы миокардитов, объяснить их патогенез.</p> <p>3.Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, ИФА, ПЦР и другие методы диагностики возбудителей инфекций, маркеры некроза миокарда, ЭКГ, Холтеровское мониторирование, УЗИ сердца, рентгено-</p>	4

				<p>логические методы исследования) с учетом нормы.</p> <p>4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7. Охарактеризовать методы профилактики. Дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>8. Оформлять учебную историю болезни.</p>		
20	Хроническая сердечная недостаточность	<p>Определение. Этиология, патогенез, клинические проявления. Классификация сердечной недостаточности (Forrester JS, Василенко-Стражеско, Нью-Йоркская классификация). Клини-</p>	<p>1. Этиологию и патогенез ХНС.</p> <p>2. Классификацию ХНС по классам и стадиям тяжести.</p> <p>3. Клинику</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с ХСН.</p> <p>2. Выделять основные клинические симптомы и</p>	4	

		<p>ческие варианты ОСН.Симптомы и признаки типичные для сердечной недостаточности (рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ, 2013 г). Дифференциальная диагностика бронхиальной и сердечной астмы. Цель лечения ХСН. Методы лечения ХСН (рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ, 2013 г). Немедикаментозное лечение ХСН. Группы ЛС, используемых в лечении ХСН (основные и дополнительные). Алгоритм лечения ХСН при синусовом ритме. Алгоритм лечения ХСН при фибрилляции предсердий. Сердечные гликозиды в лечении ХСН. Ивабрадин в лечении ХСН. Оральные антикоагулянты в лечении ХСН. Ингибиторы АПФ в лечении ХСН. Бета-блокаторы в лечении ХСН. Антагонисты альдостерона в лечении ХСН. Диуретики в лечении ХСН. Антиагреганты в лечении ХСН. Антиаритмики в лечении ХСН.</p>	<p>лево- и правожелудочковой недостаточности. 4. Клинику сердечной астмы и отека легких. 5. Диагностические критерии. 6. Принципы лечения, профилактики. Методику дигитализации.</p>	<p>синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, УЗИ сердца) с учетом нормы. 4. Снять и оценить данные ЭКГ. 5. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации. 6. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 7. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов. 8. Охарактеризовать методы профилактики дать больному рекомендации по</p>	
--	--	---	--	---	--

		Нитровазодилаторы в лечении ХСН. Основные позиции при лечении фибрилляции предсердий у больных ХСН (рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ, 2013 г). Электрофизиологические методы лечения ХСН. Хирургические методы лечения ХСН.		диете и образу жизни. 6. Оказать помощь при сердечной астме, острой левожелудочковой недостаточности, дигиталисной интоксикации. 7. Оформлять учебную историю болезни.		
Заболевания желудочно-кишечного тракта						
21	Хр. гастрит.	Определение хр. гастрита. Распространенность ХГ. Этиология (основные и дополнительные факторы, роль <i>Helicobacter pylori</i>). Патогенез. Роль НР в развитии гастрита. Патогенез. Классификация (Сиднейская, Хьюстонская) хр. гастрита. Типы гастритов и их клинические особенности течения. Лабораторно-инструментальная диагностика гастритов. Значение рентгенологического, эндоскопического и гистологического исследований в диагностике хр. гастрита. Осложнения. Прогноз. Лечение различных типов гастрита.	1. Основные и дополнительные этиологические факторы, ведущие к развитию хронического гастрита. 2. Патогенез. 3. Классификацию. 4. Клинические проявления. 5. Осложнения. 6. Методы инструментальной и лабораторной диа-	1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с хроническим гастритом. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический, биохимический анализы крови, анализ кала на скрытую кровь,	2	

			<p>гностики.</p> <p>7. Основные критерии дифференциальной диагностики</p> <p>8. Принципы лечения и профилактики различных форм гастритов.</p>	<p>данные исследования на Helicobacter pylori (уреазный и дыхательный тесты, цитологический метод, ИФА, ПЦР-диагностика), внутрижелудочной рН-метрии, ФЭГДС, рентгенологического исследования) с учетом нормы.</p> <p>4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и и охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7. Охарактеризовать методы профилактики дать больному рекомендации по диете и об-</p>	
--	--	--	---	--	--

				разу жизни. 8.Оформлять учебную историю болезни.		
21	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	<p>Определение. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Эзофагеальные симптомы ГЭРБ. Внепищеводные проявления ГЭРБ. Лабораторно-инструментальная диагностика. Роль гистологии в диагностике ГЭРБ. Лечение ГЭРБ. Осложнения ГЭРБ и их лечение. Первичная и вторичная профилактика.</p>	<p>1.Этиологию. 2. Патогенез. 3.Факторы риска ГЭРБ. 4. Классификацию. 5. Клинические проявления: эзофагеальные и внеэзофагеальные симптомы 6. Осложнения. 7. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. 8. Основные критерии дифференциальной диагностики 9. Принципы лечения и профи-</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра. 2. Выделять основные эзофагеальные и внеэзофагеальные клинические симптомы ГЭРБ, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический, биохимический анализы крови, анализ кала на скрытую кровь, данные исследования на <i>Helicobacter pylori</i> (уреазный и дыхательный тесты, цитологический метод, ИФА, ПЦР-диагностика), внутрипищеводная рН-метрия, ФЭГДС, рентгенологического исследования пищевода, манометрия)</p>	2	

			<p>лактики различных ГЭРБ. 10.Показания к оперативному лечению.</p>	<p>метрия, тест с ингибиторами протонной помпы, щелочной тест, гистологическое исследование (эзофагобиоптата) с учетом нормы.</p> <p>4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и их охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7. Охарактеризовать методы профилактики, дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>8.Оформлять учебную историю болезни.</p>		
22	Язвенная болезнь желудка и 12 п/кишки	Определение. Этиология, патогенез, основные и дополнительные факторы развития язвенной болезни. Факторы	1. Основные этиологические и патогенетические	1.Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра	4	

		<p>агрессии и защиты. Классификация. Клиническая картина. Лабораторно-инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Осложнения: перфорация, кровотечение, пенетрация, пилоростеноз, перигастрит, перидуоденит, малигнизация. Диагностика и лечение осложнений язвенной болезни. Профилактика осложнений. Первичная и вторичная профилактика язвенной болезни</p>	<p>факторы, ведущие к развитию язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. 2. Патогенез. 3. Классификацию. 4. Клинические проявления. 5. Осложнения. 6. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. 7. Основные критерии дифференциальной диагностики язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. 8. Принципы лечения язвенной болезни,</p>	<p>у больного с язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты лабораторного обследования (клинический, биохимический анализы крови, онкомаркеры, анализ кала на скрытую кровь), ФЭГДС с биопсией со слизистой желудка, гистологического исследования гастробиоптата, рентгенологического исследования желудка с учетом нормы. 4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации. 5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных осо-</p>	
--	--	---	---	---	--

			его осложнений и профилактики заболеваний.	бенностей. 6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и их охарактеризовать основные группы препаратов. 7. Охарактеризовать методы профилактики дать больному рекомендации по диете и образу жизни. 8. Оказать помощь при желудочно-кишечном кровотечении, пенетрации, прободении. 9. Оформлять учебную историю болезни.		
23	Хронический панкреатит.	Определение. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные панкреатиты. Классификация (Марсельско-Римская, В.Т. Ивашкина). Клиническая картина. Зависимость клинических проявлений от локализации процесса. Дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Роль исследования функции поджелудочной железы и инструментальных ме-	1. Этиологию и патогенез заболевания. 2. Классификацию. 3. Клинические проявления. 4. Осложнения. 5. Методы инструментальной и лабораторной диа-	1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с хроническим панкреатитом 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить ре-	4	

		<p>тодов исследования. Лечение. Диета в зависимости от формы и стадии болезни. Дифференцированная терапия с учетом формы болезни и фазы течения. Осложнения панкреатита. Лечение осложнений. Показания к хирургическому лечению. Прогноз. Профилактика.</p>	<p>гностики. 6. Принципы лечения и профилактики.</p>	<p>результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, мочи, копрограммы, УЗИ, рентенологическое исследование) с учетом нормы. 4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации. 5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов. 7. Охарактеризовать методы профилактики, дать больному рекомендации по диете и образу жизни. 8. Оформлять учебную историю болезни.</p>		
24	Хронический холецистит	<p>Определение. Этиология и патогенез.</p>	<p>1. Этиологию и па-</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы,</p>	4	

		<p>Классификация. Клиническая картина. Физикальные изменения при хроническом холецистите. Дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Профилактика.</p>	<p>тогенез заболевания. 2. Классификацию. 3. Клинические проявления. 4. Осложнения. 5. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. 6. Принципы лечения и профилактики.</p>	<p>анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с хроническим панкреатитом 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования с учетом нормы. 4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации. 5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов. 7. Охарактеризовать методы профилактики, дать</p>	
--	--	---	--	--	--

				<p>больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>Оформлять учебную историю болезни.</p>	
25	Хр. энтерит.	<p>Определение. Этиология. Патогенез. Роль дисбактериоза, энзимопатии, аллергии. Классификация. Морфологическая диагностика хронического энтерита. Клиника. Основные клиничко-лабораторные синдромы (синдром недостаточности пищеварения, синдром недостаточности всасывания, синдром экссудативной энтеропатии, дискинетический синдром). Характеристика боли при хр. энтерите. Характер стула при хр. энтерите. Кишечные проявления энтерита. Внекишечные проявления энтерита. Лабораторная диагностика. Инструментальная диагностика. Рентгенологическая диагностика хронического энтерита. Лечение. Диета. Медикаментозная терапия. Прогноз.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Этиологию. 2. Патогенез. 3. Классификацию. 4. Клинические проявления. 5. Патоморфологические изменения тонкой кишки 6. Осложнения. 7. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. 8. Основные критерии дифференциальной диагностики 9. Принципы лечения и 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с хроническим энтеритом. 2. Выделять основные клиничко-лабораторные симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический, биохимический анализы крови, кала, кал на дисбактериоз и чувствительность, УЗИ кишечника, рентгенологического исследования, эндоскопического исследования, гистологического исследования тонкой кишки) с учетом 	2

			профилактики хр. энтерита	<p>нормы.</p> <p>4.Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>5.Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6.Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7.Охарактеризовать методы профилактики, дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>8.Оформлять учебную историю болезни.</p>		
26	Хр. неязвенный колит.	<p>Определение колита. Этиология. Патогенез. Значение дисбактериоза. Клиника. Диагностика. Роль рентгеноконтрастных и эндоскопических исследований. Лечение. Диета. Медикаментозная терапия. Прогноз.</p>	<p>1. Этиологию и патогенез хр. неязвенного колита.</p> <p>2. Классификацию.</p> <p>3. Клинические проявления.</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с хр. неязвенным колитом.</p> <p>2. Выделять основные клинические симп-</p>	4	

			<p>4. Осложнения.</p> <p>5. Методы лабораторной и инструментальной диагностики.</p> <p>6. Принципы лечения, профилактики.</p>	<p>томы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез.</p> <p>3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (общий и биохимический анализы крови, копрограмма, анализ кала на дисбактериоз, УЗИ кишечника, колоноскопия с биопсией, гистологическое исследование колонобиоптата, ирригоскопия) с учетом нормы.</p> <p>4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации.</p> <p>5. Назначить лечение больному согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные</p>	
--	--	--	---	--	--

				<p>препараты и охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7. Охарактеризовать методы профилактики, дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>8. Оформлять учебную историю болезни.</p>		
27	Хр. гепатит	<p>Определение хронического гепатита. Лос-Анджелесская этиологическая классификация заболеваний печени. Этиология. Классификация гепатотропных вирусов. Патогенез. Морфология.</p> <p>Клинико-лабораторные синдромы гепатита (мезенхимально-воспалительный синдром, холестатический синдром, цитолитический, геморрагический, синдром гиперспленизма, диспепсический, астено-неврастенический). Степени активности гепатита по уровню печеночных трансаминаз и индексу гистологической активности. Клиниче-</p>	<p>1. Этиологию и патогенез заболевания.</p> <p>2. Классификацию.</p> <p>3. Клинические проявления и синдромы.</p> <p>4. Осложнения.</p> <p>5. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. Иммуно- и ПЦР-диагностику гепатитов.</p> <p>Гитологическое ис-</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с хроническим гепатитом.</p> <p>2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез.</p> <p>3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (общий и биохимический анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи, компьютеры вирусных</p>	4	

		<p>ская картина гепатита. Внешний вид больных гепатитами, малые «печеночные знаки». Характеристика вирусных гепатитов. Характеристика холестатического гепатита. Характеристика аутоиммунного гепатита. Характеристика хронического лекарственного гепатита. Лабораторная диагностика гепатитов, в том числе исследование маркеров вирусов гепатита. Инструментальная диагностика гепатитов. Осложнения гепатитов. Дифференциальный диагноз с доброкачественной гипербилирубинемией (синдром Жильбера, Дабина-Джонсона, Ротера). Общие принципы лечения гепатитов. Профилактика. Прогноз.</p>	<p>следование биоптата. 6. Принципы лечения, профилактики.</p>	<p>гепатитов, УЗИ органов брюшной полости) с учетом нормы. 4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации 5. Назначить лечение больному согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 6. Уметь выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов 7. Уметь охарактеризовать методы профилактики, дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p>	
28	Цирроз печени	<p>Определение. Этиология. Патогенез. Классификация цирроза печени (клинико-морфологическая, Лос–Анджелесская, 1994). Клинико-лабораторные синдромы цирроза печени. Клиническая картина. Проявления портальной гипер-</p>	<p>1. Этиологию и патогенез заболевания. 2. Классификацию. 3. Клинические проявления.</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с циррозом печени. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы забо-</p>	4

		<p>тензии, отечно-асцитического синдрома. Характеристика активности цирроза печени. Классификация степени тяжести цирроза печени по Child-Pugh (Чайлд-Пью). Лабораторная диагностика цирроза печени. Роль пункционной биопсии печени и гистологического исследования биоптата печени при циррозе. Инструментальная диагностика цирроза печени. Диагностические критерии. Осложнения цирроза печени. Лечение цирроза печени. Показания к применению противовирусных и иммуносупрессивных препаратов. Лечение осложнений. Профилактика. Прогноз.</p>	<p>4. Осложнения. 5. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. 6. Принципы лечения, профилактики.</p>	<p>левания, объяснить их патогенез. 3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (общий и биохимический анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи, копрограмма, маркеры вирусных гепатитов, ЭГСД, УЗИ органов брюшной полости, компьютерная томография органов брюшной полости) с учетом нормы. 4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании полученной информации. 5. Назначить лечение больному согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основ-</p>	
--	--	--	---	--	--

				<p>ные группы препаратов.</p> <p>7. Охарактеризовать методы профилактики, дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>8. Оказать неотложную помощь при острой печеночной недостаточности.</p> <p>9. Оформлять учебную историю болезни.</p>	
Болезни почек					
29	Гломерулонефриты	<p>Острые и хронические гломерулонефриты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Клинические формы хронических гломерулонефритов: гипертоническая, нефротическая, смешанная, латентная. Лабораторная диагностика. Основные диагностические критерии хронического гломерулонефрита. Осложнения. Принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика. Прогноз.</p>	<p>1. Этиологию и патогенез острого и хронического гломерулонефрита.</p> <p>2. Классификацию острого и хронического гломерулонефрита.</p> <p>3. Клинические проявления, осложнения</p> <p>4. Методы инструментальной и лабораторной диагностики.</p> <p>5. Принципы лечения.</p> <p>6. Исходы. Профилактику.</p>	<p>1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с острым и хроническим гломерулонефритом.</p> <p>2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания,</p>	2

				<p>объяснить их патогенез.</p> <p>3. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов обследования (клинический и биохимический анализы крови, проба Нечипоренко, Зимницкого, Амбюрже, Реберга, УЗИ почек, рентгенологического исследования) с учетом нормы.</p> <p>4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>полученной информации.</p> <p>5. Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов.</p> <p>7. Охарактеризовать методы профилактики дать больному рекомендации по диете и образу жизни.</p> <p>8. Оказать помощь при острой и хронической почечной</p>	
--	--	--	--	--	--

				недостаточности. 9. Оформлять учебную историю болезни.	
30	Хронический пиелонефрит	Определение. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение. Возможности современной терапии. Прогноз	1. Этиологию и патогенез острого и хронического гломерулонефрита. 2. Классификацию острого и хронического гломерулонефрита. 3. Клинические проявления, осложнения 4. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. 5. Принципы лечения. 6. Исходы. Профилактику	1. Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с острым и хроническим гломерулонефритом. 2. Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 4. Согласно стандарта составить план обследования и оценить результаты дополнительных методов	2

				<p>обследования (клинический и биохимический анализы крови, проба Нечипоренко, Зимницкого, Амбюрже, Реберга, УЗИ почек, рентгенологического исследования) с учетом нормы.</p> <p>5.Сформулировать и обосновать клинический диагно.</p> <p>6.Назначить больному лечение согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей.</p> <p>7.Выписать рецепты.</p> <p>8.Охарактеризовать методы профилактики</p>	
--	--	--	--	--	--

				тики дать больному рекомендации по диете и образу жизни. 9.Оказать помощь при острой и хронической почечной недостаточности. 10.Оформлять учебную историю болезни.	
31.	Амилоидоз почек	Определение.Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения.Диагностические критерии болезни. Лечение.Прогноз	1.Этиологию и патогенез амилоидоза почек. 2.Классификацию. 3.Клинические проявления, осложнения 4.Методы инструментальной и лабораторной диагностики. 5.Принципы лечения. 6.Исходы. Профилактику	1.Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с амилоидозом почек. 2.Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез.	2

				<p>4.Согласн о стандар- та соста- вить план обследо- вания и оценить результаты допол- нительных методов обследо- вания.</p> <p>5.Сформул ировать и обосно- вать кли- нический диагноз.</p> <p>6.Назначи ть боль- ному ле- чение со- гласно стандарта и с учетом индивиду- альных особенно- стей.</p> <p>7.Выписат ь рецепты.</p> <p>8.Охаракт еризовать методы профиллак- тики. Дать больному рекомен- дации по диете и образу жизни.</p> <p>9.Оказать помощь при</p>	
--	--	--	--	--	--

				острой и хронической почечной недостаточности. 10.Оформлять учебную историю болезни.	
Болезни крови					
32	Хроническая железодефицитная анемия	Современная классификация анемических состояний. Железодефицитные анемии. Определение. Классификация железодефицитной анемии. Пути транспорта железа в организме. Причины железодефицитной анемии. Патогенез. Клиническая картина железодефицитной анемии. Клинические синдромы железодефицитной анемии: циркуляторно-гипоксический, сидеропенический, анемический. Лабораторная диагностика ЖДА. Диф.диагноз между другими анемиями. Осложнения железодефицитной анемией. Принципы лечения. Питание у больных железодефицитной анемией. Препараты железа, показания, способы введе-	1.Этиологию и патогенез хр. железодефицитной анемии. 2. Классификацию анемий. Классификацию хр. железодефицитной анемии 3. Клинические проявления, осложнения 4. Методы лабораторной диагностики. 5. Принципы лечения. 6.Исходы. Профилактику.	1.Интерпретировать жалобы, анамнез заболевания, жизни и данные объективного осмотра у больного с хронической железодефицитной анемией. 2.Выделять основные клинические симптомы и синдромы заболевания, объяснить их патогенез. 3.Согласно стандарта составить	4

		<p>ния, отношение к ге- мотрансфузиям. Профилактика.</p>		<p>план об- следова- ния и оце- нить ре- зультаты дополни- тельных методов обследо- вания (клиниче- ский и биохими- ческий анализы крови, ко- агуло- грамма, желе- зосвязы- вающая способ- ность кро- ви, сыво- роточное железо, ферритин, трансфер- рин) с учетом нормы. 4.Сформу- лировать и обосно- вать кли- нический диагноз на основании получен- ной ин- формации. 5.Назна- чить боль- ному ле- чение со- гласно</p>	
--	--	--	--	---	--

				стандарта и с учетом индивидуальных особенностей. 6. Выписать рецепты на назначаемые лекарственные препараты и охарактеризовать основные группы препаратов. 7. Охарактеризовать методы профилактики дать больному рекомендации по диете и образу жизни. 8. Оформлять учебную историю болезни.		
	ВСЕГО					124
Профессиональные болезни						
33	Введение в курс профессиональной патологии					4
34	Пылевые					4

	заболевания легких (пневмоко-ниозы, силикоз, ХОБЛ, профессиональная бронхиальная астма)					
35	Вибрационная болезнь легких. Холодовые невровакулиты					4
36	Хроническая интоксикация свинцом. Хроническая интоксикация марганцем.					4
37	Интоксикация ароматическими углеводородами (бензолом и его гомологами – ксилолом, толуолом). Хроническая ртутная интоксикация.					4
38	Отравление ядохимикатами (пестициды, фосфорорганические					4

	соединения, ртутьорганические пестициды, хлорорганические пестициды)					
				ВСЕГО	24	
				Итого	148	

5.5. Самостоятельная работа обучающегося

№	№ се- местра	Наименование мо- дуля	Виды самостоятельной работы	Всего часов
1	7	Кардиология	Реферативное сообщение/презентация Курация тематического больного Решение ситуационных задач Разбор ЭКГ, ЭхоКГ, результатов холтеровского мониторирования, СМАД, УЗИ-сердца Разбор общего анализа крови, биохимического анализа крови (холестерин, липопротеины разных классов, триглицериды, тропонин I) кровь на ревмопробы, коагулограмма	30
2	7	Пульмонология	Реферативное сообщение/презентация Курация тематического больного Решение ситуационных задач Разбор методики проведения и диагностической ценности бронхоскопии. Разбор рентгенограмм Разбор компьютерных томограмм легких Разбор спирограмм Разбор общего анализа крови, кровь на иммуноглобулины, о/а мокроты	18
3	7	Гастроэнтерология	Реферативное сообщение/презентация Курация тематического больного Решение ситуационных задач Разбор методик проведения и диагностической ценности эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии. Разбор УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, пищевода, желудка, кишечника Рентгенограмм пищевода, желудка, кишечника, ирригограмм. Разбор общего анализа крови, биохимический анализ крови	22

			(АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин, тимоловая, сулемовая, амилаза, о/белок и его фракции, сахар), онкомаркеры, маркеры вирусных гепатитов.	
4	8	Нефрология	Реферативное сообщение/презентация Курация тематического больного Решение ситуационных задач Разбор УЗИ мочеполовых органов (почек, мочевого пузыря, предстательной железы). Рентгенологические методы исследования почек и мочевых путей. Рабор анализа мочи (о/а, по Нечипоренко, по Зимницкому) Разбор анализа крови на креатини, мочевиноу	6
5	8	Гематология	Реферативное сообщение/презентация Курация тематического больного Решение ситуационных задач Разбор о/а крови, сывороточного железа, ферритина, трансферрина.	4
6	8	Профессиональные болезни	Реферативное сообщение/презентация решение ситуационных задач	24
7		К концу модуля	Написание истории болезни	Защита истории болезни
			ВСЕГО	140

6. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

6.1. Основная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1.	Мухин Н.А. Внутренние болезни в 2-х томах: М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011,- 1230с.	100
2.	Мартынов А.И. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Внутренние болезни (учебник) - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014 – т.1-2	130
3.	Внутренние болезни /Под редакцией В. Т. Ивашкина, С. Д. Подымовой - МЕДпресс-информ, 2011. – 364 с.	15
4	Косарев В.В., Бабанов С.А. Профессиональные болезни: учебник. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 368 с.	15
5	Измеров Н.Ф., Артамонова В.Г., Афанасьева Р.Ф. и др. Профессиональные болезни: учебник / под ред. Н.Ф. Измерова. – Изд-во Академия ИЦ. - 2011-463 с.	15
6	Мухин Н.А., Косарев В.В., Бабанов С.А., Фомин В.В. Профессиональные болезни : учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 496 с.	15
Электронные источники		
	<p>Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе [Электронный ресурс] : учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова и др. ; под ред. А. Л. Вёрткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435793.html</p> <p>Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html</p>	

6.2. Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в биб-

		библиотеке
1	2	3
1.	Аллергология и иммунология. Национальное руководство / под ред. Хаитова Р. М., Ильиной Н. И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -656 с..	2
2.	Болезни сердца и сосудов (руководство Европейского общества кардиологов). - <u>Под ред. А.Дж. Кэмм, Т.Ф. Люшера, П.В. Серриуса /Пер. с англ. Е.В. Шляхто.</u> - ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1480 с.	5
3.	<u>Воробьев А.И., Аль-Ради Л.С., Андреева Н.Е., Балакирева Т.В.Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови.</u> - М.: Литтерра, 2009. – 688 с.	2
4.	Гастроэнтерология. Национальное руководство / Под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -480 с.	2
5	Интенсивная терапия. Национальное руководство в 2-х томах /Под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1744 с.	2
6	Кардиология. Национальное руководство / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -848 с	2
7	Справочник по пульмонологии / Под ред. А. Г. Чучалина, М. М. Ильковича. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -928 с.	10
8	Чамсутдинов Н.У., Ахмедова М.Д., Абдулманапова Д.Н. Внутренние болезни //Руководство для практикующих врачей в 3-х томах: т.1 «Заболевания сердечно-сосудистой системы». - М., 2010. - - 580 с.; т.2 «Заболевания органов дыхания» - М., 2010. - 422 с.; т.3 «Заболевания органов пищеварения» - М., 2010. -352 с.	10
9	Чамсутдинов Н.У., Абдулманапова Д.Н. Факультетская терапия /руководство к практическим занятиям.- М., 2014. – 788 с.	10
10	Профессиональная патология. Национальное руководство / под ред. Н.М. Измерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -784 с.	10

6.3. Электронные источники

№	Электронные издания
1.	Консультант студента. URL: http://www.studmedlib.ru/ : Внутренние болезни: руководство к практ. занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Абрамова А.А. и др. Под ред. В.И. Подзолкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html ЭКГ при аритмиях : атлас [Электронный ресурс] / Колпаков Е.В., Люсов В.А., Волов Н.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа:

	<p>http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426036.html Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Стрюк Р.И., Маев И.В. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425169.html</p> <p>Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425763.html</p> <p>Патология органов дыхания [Электронный ресурс] / Коган Е.А., Кругликов Г.Г., Пауков В.С., Соколова И.А., Целуйко С.С. - М. : Литтерра, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423500764.html</p> <p>ЭКГ при инфаркте миокарда: атлас [Электронный ресурс] / Люсов В.А., Волон Н.А., Гордеев И.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412640.html</p>
2	Аллергология и иммунология: национальное руководство -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009- CD-диск
3	Внутренние болезни /под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. – 2е изд. –М.:ГЭОТАР-Медиа, 2006.- CD-диск
4	Гастроэнтерология: национальное руководство -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008-CD-диск
5	Кардиология: национальное руководство -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007- CD-диск
6	Клиническая фармакология: национальное руководство -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009- CD-диск
7	Клиническая фармакология /под ред. В.Г. Кукеса - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008.- CD-диск
8	Кузнецова Н.В. Клиническая фармакология - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011.- CD-диск
9	Маев И.А. Болезни поджелудочной железы-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009- CD-диск
10	Нефрология /под ред. Е.М. Шилова - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007- CD-диск
11	Пульмонология: национальное руководство -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009- CD-диск
12	Ревматология: национальное руководство -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008- CD-диск
13	Респираторная медицина: национальное руководство -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007- CD-диск
14	Руководство по амбулаторно-поликлинической инструментальной диагностике: национальное руководство -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008- CD-диск
15	Чучалин А.Г. Основы клинической диагностики -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008-CD-диск
16	Косарев В.В. Профессиональные болезни-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010- CD-диск
17	Клинические рекомендации профессиональных сообществ, утвержденные МЗ РФ и размещенные на официальном сайте Минздрава России gos-

7. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

№ п/п	Сайты
1	Вся медицина в интернете. URL: http://www.medlinks.ru
2	Гастроэнтерологический сайт URL: http://www.gastroscan.ru
3	Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (IV пересмотр) URL: http://www.cardiosite.info/info.aspx?rubricid=13
4	Диагностика и лечение острой сердечной недостаточности URL: http://www.cardiosite.info/info.aspx?rubricid=13
5	Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы URL: http://www.cardiosite.info/info.aspx?rubricid=13
6	Диагностика и лечение стабильной стенокардии URL: http://www.cardiosite.info/info.aspx?rubricid=55
7	Европейские рекомендации по артериальной гипертензии URL: http://www.scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_esc/
8	Единое окно доступа к образовательным ресурсам/ Клиническая медицина. URL: http://window.edu.ru/catalog?p_rubr=2.2.81.1.2
9	Интенсивная терапия: национальное руководство -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009- CD-диск
10	Исаков В.А. От редакции / Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции <i>H. pylori</i> – Маастрихт IV (Флоренция). BestClinicalPractice. Русское издание. 2012. Вып. 2. С. 3. URL: http://www.gastroscan.ru/literature/109/
11	Исаков В.А. Диагностика и лечение инфекции, вызванной <i>Helicobacter pylori</i> : IV Маастрихтское соглашение / Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции <i>H.pylori</i> – Маастрихт IV (Флоренция). BestClinicalPractice. Русское издание. 2012. Вып.2. С.4-23 URL: http://www.gastroscan.ru/literature/109/
12	Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых - 2014 URL: http://www.pulmonology.ru/publications/guide.php
13	Консультант студента. URL: http://www.studmedlib.ru/
14	Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности URL: http://www.scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko/
15	Национальные рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (2012) URL: http://www.scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko/
16	Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (III пересмотр) URL: http://www.cardiosite.info/info.aspx?rubricid=13

17	Национальные рекомендации по диагностике и лечению тяжелых форм гриппа URL: http://www.pulmonology.ru/publications/guide.php
18	Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии URL: http://www.cardiosite.info/info.aspx?rubricid=55
19	Нозокомиальная пневмония у взрослых //Российские национальные рекомендации, 2009 - www.pulmonology.ru/publications/guide.php
20	Проект рекомендаций ВНОК по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза URL: http://www.cardiosite.info/info.aspx?rubricid=13
21	Общие рекомендации по лечению дислипидемии URL: http://www.scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_esc/
22	Ракитин Б.В. Краткое изложение рекомендаций клинического руководства по диагностике и лечению ГЭРБ Американской коллегии гастроэнтерологов (ACG) 2013 года / www.gastroscan.ru . 2014. URL: http://www.gastroscan.ru/literature/109/
23	Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ URL: http://www.cardiosite.info/info.aspx?rubricid=13
24	Рекомендации по сердечной недостаточности (перевод рекомендаций Европейского общества кардиологов) URL: http://www.scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_esc/
25	Сайт НИИ пульмонологии. URL: http://www.pulmonology.ru
26	Сайт Российского кардиологического общества. Общие рекомендации по лечению дислипидемии URL: http://www.scardio.ru
27	"Третье универсальное определение инфаркта миокарда" (перевод Европейских рекомендаций) URL: http://www.scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_esc/
28	Хайтов Р.М. Иммунология.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011.- CD-диск
29	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы-2013 URL: http://www.pulmonology.ru/publications/guide.php
30	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких URL: http://www.pulmonology.ru/publications/guide.php
31	Федеральные клинические рекомендации по использованию метода спирометрии URL: http://www.pulmonology.ru/publications/guide.php
32	Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике и лечению (пособие для врачей). – М., 2010. - www.pulmonology.ru/publications/guide.php .
33	GOLD-2014. URL: www.ecu.edu/.../GOLD_Pocket2014_Jan30.pdf
34	GINA-2014. URL: http://www.ginasthma.org/documents

8. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

8.1. Адрес страницы кафедры

Адрес страницы кафедры: <https://dgm.ru/fakultety/lechebnyj-fakultet/fakultetskoj-terapii/>

8.2. Использование электронно-компьютерных средств в обучении студентов

В учебном процессе используются общение и консультации студентов по Skype, электронной почте, смартфонам (Face Time).

8.3. Электронно-библиотечные системы, рекомендованные обучающимся для использования в учебном процессе

№ п/п	Электронно-библиотечные системы	Сайты
1	«Консультант студента»	http://www.studmedlib.ru
2	«Консультант врача»	http://www.rosmedlib.ru/
3	Федеральная электронная медицинская библиотека	http://www.femb.ru/feml/
4	Портал медлитературы	http://medulka.ru/
5	ГЦНМБ	www.scsml.rssi.ru
6	E-Library	elibrary.ru/defaultx.asp

9. МАТЕРАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о материально-техническом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине

№ п/п	Адрес	Собственность или оперативное управление, хозяйственное ведение, аренда, субаренда, безвозмездное пользование	Наименование дисциплины	Назначение оснащенных зданий, сооружений, помещений, территорий с указанием площади (кв.м.)	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
1	2	3	4	5	6	7	8
	Махачкалинская клиническая больница ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России. Республика Дагестан, г.Махачкала, ул. Джембулатова М.М. 60 А	Безвозмездное пользование на основе совместного договора с МКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России	Факультетская терапия и профессиональные болезни	<u>Лекционный зал – 52,8 м²</u> <u>Учебные комнаты</u> (аудитории): №1 – 14,1 м ² , №2 – 16,7 м ² , №3 – 7,7 м ² , №4 – 18,4 м ² , №5 – 18,2 м ² , №6 – 19,5 м ² , №7 – 18,9 м ² (всего – 113,5 м ²). Кабинет освоения практических навыков, научная лаборатория – 24,7 м ² . Кабинет зав. кафедрой – 15,7 м ² . Коридор оснащенный для самостоятельной	<ul style="list-style-type: none"> • Для лекционных занятий - (лекционный зал). • Для практических занятий- (аудитории №1,2,3,4,5,6,7). • Для текущего/промежуточного контроля – ауд. №6. • Для самостоятельной работы- (аудитории №1,2,3,4,5,6,7, терапевтическое отделение, лаборатория, рентгенкабинет, кабинет освоения практических навыков (ФВД,ЭКГ), эндоскопический блок (гастроскопия, колоноскопия), отделение функциональной диагностики УЗИ. 	<p><u>Для лекционных занятий:</u> ноутбук-1, телевизор-1, мультимедийный проектор-1, экран-1, Web-камера для проведения on-line конференций и занятий.</p> <p><u>Для практических занятий:</u> аудитория №1-ноутбук-1, принтер -1, аудитория №2-компьютер -1, аудитория №3-ноутбук – 1, аудитория №4 – компьютер – 1, №5-компьютер-1, №6-компьютер-1, аудитория №7 - компьютер-1, принтер/ксерокс/сканер-1, негатовскоп – 1.</p> <p><u>Кабинет зав. кафедрой</u> – компьютер-1, прин-</p>	Win HOME 10 Russian OLP (Сублицензионный договор Tr000044429 от 08.12.15г.); Kaspersky Edition Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node (Лицензионный договор № 1081-2015 от 14.10.2015г); Office ProPlus 2013 RUS OLP NL Acdmc (договор №ДП-026 от 16.10.13г

				<p>работы студентов – 48 м². <u>Терапевтическое отделение и коечный фонд для самостоятельной работы студентов – 409 м²</u> Всего - 663,5 м²</p>		<p>тер/ксерокс/сканер – 1, цветной струйный принтер – 1, мультимедийный проектор – 1. <u>Для самостоятельной работы и научных исследований</u> (кабинет освоения практических навыков): компьютер-1, принтер-1, ксерокс-1, компьютерный спирометр «Этон-1», ноутбук-1, пикфлоуметр, оксиметр пульсовой-1, электрокардиограф, небулайзер-2. Медицинское оборудование совместно используемое с больницей: аппарат рентгенографический СД-РА, негатоскоп НЕГА Н-РМ-034, рентген аппарат Абрис РДК, флюорограф цифровой малодозовый беспленочный ФЦМБ «РЕНЕКС-ФЛЮОРО», флюорограф цифровой малодозовый ФМ-Ц "НП-О", аппарат Рикта 04/4, аппарат Поток-1, аппарат для гальванизации "Поток-1", аппарат для лечения диадинамическими токами "Тонус-1", аппарат для физиотерапии "Амплипульс - 8", комплекс для анализа</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						биопотенциалов мозга NeuroScop №425, комплекс аппаратно-программный холтеровского мониторинга "Система кардиотехника 04 АД-3М", комплекс для эхоцефалографических и доплерографических обследований КЭхЭДо"Сономед", электрокардиограф SCHILLER с сумкой для переноски Cardiovit AT-1, аппарат лазерной терапии "Адепт", ультразвуковой диаг.сканер Aloka SSD-4000, гастродифиброскоп "PENTAX FG-100-1", датчик ALOKA UST-5710	
--	--	--	--	--	--	---	--

10.КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о кадровом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине

№	ФИО преподавателя	Условия при-влечения (штатный, внут-ренний совме-ститель, внеш-ний совме-ститель, по дого-вору)	Занима-емая долж-ность, ученая степень/ученое звание	Пере-чень препо-давае-мых дисци-плин согласо-но учеб-ному плану	Обра-зование (какое образо-ва-тельн ое учре-ждение про-фесси-ональ-ного образо-вания окон-чил, год)	Уро-вень обра-зования, наиме нован-ие специ-ально-сти по ди-плому, наиме нован-ие при-своен-ной ква-лифи-кации	Объ-ем учеб-ной нагру-зки по дис-ципл-ине (доля став-ки)	Сведения о до-полнительном професси-ональном обра-зовании, год		Об-щи й ста-ж ра-боты	Стаж прак-тиче-ской работы по профилю образо-ватель-ной про-граммы в про-филь-ных органи-зациях с ука-занием периода работы и долж-ности
								спец	пед		
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Чамсут-динов Наби Умматович	Штат-ный	Зав. кафедр-рой, д.м.н./п рофес-сор	Факульт-етская терапия , профес-сио-нальные болезни	Даге-стан-ский госу-дар-ствен-ный меди-цин-ский инсти-тут, 1983	Выс-шее «Ле-чебное дело» врач - лечеб-ник	1,5ст.	1. Ме-недж-мент органи-зации (УДПО «Ма-хачка-линский центр повы-шения квали-фикации, 2014 год). 2. Обще-ствен-ное здо-ровье и органи-зация здраво-охране-ния (ФГБОУ ВО ДГМУ Мин-здрава России, 2015 год). 3. Тера-пия (ФГБОУ ВО ДГМУ		35	26 лет (работа с 1992-2014 гг. на ка-федре факульт-етской терапии ФГБОУ ВО ДГМУ Мин-здрава России на должно-стях: ассис-тент кафед-ры, до-цент, профес-сор. С 2014 года – зав. кафедрой факульт-етской тера-пии)

								Мин- здрава России, 2015 год).			
2	Тайги- бова Айхали Гами- довна	Штат- ный	Асси- стент, к.м.н.	Факуль- тетская терапия, профес- сио- нальные болезни	Даге- стан- ская госу- дар- ствен- ная ме- дицин- ская акаде- мия, 2002г	Выс- шее «Ле- чебное дело» врач общей прак- тики	1,5ст	Терапия - 2018	2015	14	2002
3	Абдул- манапо- ва Джа- рият Набиев- на	Штат- ный	Асси- стент, к.м.н.	Факуль- тетская терапия , профес- сио- нальные болезни	Даге- стан- ская госу- дар- ствен- ная ме- дицин- ская акаде- мия, 2006г	Выс- шее «Ле- чебное дело» врач лечеб- ник	1,5ст	Терапия - 2016	ГОУ ВПО «ДГ ПУ» «Пе- даго- гика и пси- холо- гия» 1.06. 2009	12	2006
4	Магоме- дова Камила Алиевна	Штат- ный	Асси- стент	Факуль- тетская терапия , профес- сио- нальные болезни	Даге- стан- ская госу- дар- ствен- ная ме- дицин- ская акаде- мия, 2010г	Выс- шее «Ле- чебное дело» врач лечеб- ник	1ст	Терапия - 2017	2016	8	2010
5	Надиро- ва Зай- наб Аб- дулму- слимов- на	Штат- ный	Доцент, к.м.н./д оцент	Факуль- тетская терапия , профес- сио- нальные болезни	Даге- стан- ская госу- дар- ствен- ная ме- дицин- ская акаде- мия, врач общей практи- ки,1991 г	Выс- шее «Ле- чебное дело» врач лечеб- ник	1ст	Терапия - 2017		26	1992
6	Магадо- ва Гали- на Ма- гадовна	Штат- ный	Асси- стент	Факуль- тетская терапия , профес- сио- нальные болезни	Даге- стан- ская госу- дар- ствен- ная ме- дицин- ская акаде- мия, 2010г	Выс- шее «Ле- чебное дело» врач лечеб- ник	1ст	Терапия 2014 Кардио- логия 2015 УЗИ- 2014		4	5

1. Общее количество научно-педагогических работников, реализующих дисциплину - 6 человек.
2. Общее количество ставок, занимаемых научно-педагогическими работниками, реализующими дисциплину – 7,5

**ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ С ДРУГИМИ ДИСЦИПЛИНАМИ
СПЕЦИАЛЬНОСТИ, ОТВЕТСТВЕННЫМИ ЗА ДАННЫЙ ВИД ПРАКТИКИ
НА 2019_-2020_УЧЕБНЫЙ ГОД**

Наименование дисциплин на которые опирается данный вид практики	Кафедра	Предложения об изменениях объема, структуры, порядка проведения производственной практики	Принятое решение(протокол №, дата) кафедрой, разработавшей программу
1	2	3	4
Факультетская терапия	Факультетской терапии		

Лист регистрации изменений в рабочую программу

Учебный год	Дата и номер извещения об	Реквизиты протокола	Раздел, подраздел или пункт рабочей программы	Подпись регистрирующего
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				

Зав. кафедрой
факультетской терапии,
профессор



/Н.У. Чамсутдинов/

12. ПРИЛОЖЕНИЕ К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра факультетской терапии

**УТВЕРЖДЕНО
на заседании кафедры**

« 28 » августа 2018г.,
Протокол № 1
Заведующий кафедрой

проф.Чамсутдинов Н.У.

подпись

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**
« Факультетская терапия и профессиональные болезни »

Специальность (направление) подготовки: 31.05.01 «Лечебное дело»

Квалификация выпускника: Врач лечебник

МАХАЧКАЛА 2018 г.

ФОС составили: профессор Чамсутдинов Н.У, ассистент Тайгибова А.Г.

ФОС рассмотрен и принят на заседании кафедры « Факультетской терапии»

Протокол заседания кафедры от « 28 » августа 2018 г. № 1

Заведующий кафедрой
профессор Чамсутдинов Н.У. _____ (_____)

АКТУАЛЬНО на:

2018 / 2019 учебный
год _____ (_____)

20__ /20__ учебный год _____
20__ /20__ учебный год _____

КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «Факультетская терапия и профессиональные болезни»

Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины (модуля) компетенции

- Общекультурные (ОК), общепрофессиональные (ОПК), профессиональные (ПК) - в соответствии с ФГОС 3+;
- Общепрофессиональные (ОПК) в соответствии с ФГОС 3+, профессиональные (ПК) – в соответствии с ФПС по специальности)

Коды формируемых компетенций	Компетенции	Знать	Уметь	Владеть
ОК-№	Общекультурные компетенции			
ОК-1	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	основные нозологические формы заболеваний внутренних органов;	интерпретировать жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные физикального обследования курируемого больного;	сбором анамнеза больного с терапевтической патологией
ОК-5	Готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала	основные патологические синдромы основные причины, ведущие к развитию основных заболеваний внутренних, - органов, в том числе и у пациентов с профессиональными болезнями;	выделить основные симптомы и синдромы заболевания и объяснить их патогенез	
ОК – 7	Готовность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций	принципы оказания неотложной помощи при urgentных ситуациях	уметь распознать осложнения и оказать неотложную помощь при urgentных состояниях	алгоритмом неотложной помощи при различных аритмиях, блокадах сердца, приступе Морганьи-Эдемса-Стокса, гипертониче-

				ских кризах, приступе стенокардии и инфаркте миокарда, острой сердечной недостаточности (отеке легких и кардиогенном шоке); алгоритмом оказания неотложной помощи анафилактическом шоке, при приступе бронхиальной астмы, желудочно-кишечном и легочном кровотечении, при приступе желчной (печеночной) и почечной колики
ОК-8	Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Правила врачебной этики, законы и нормативно-правовые акты по работе с конфиденциальной информацией и приняты в		навыком соблюдения правил врачебной этики и деонтологии.

		обществе моральные и правовые нормы		
ПК -№	Профессиональные компетенции			
ПК-1	Способность и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека, факторов среды его обитания	лечение и профилактика заболеваний внутренних органов;	оценить результаты лабораторных, биохимических, инструментальных, рентгенологических исследований и использовать их для обоснования диагноза, прогноза и контроля качества лечения больного;	сбором анамнеза больного с терапевтической патологией
ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	принципы и особенности основных методов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования, их диагностическое значение;	интерпретировать жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные физического обследования курируемого больного; построить план обследования больного с учетом стандартов и интерпретировать результаты объективного осмотра и дополнительных методов обследования (лабораторно-инструментальных) с учетом	сбором анамнеза больного с терапевтической патологией; НАВЫКОМ составления плана дополнительного обследования больного;

			нормы; ,	
ПК-6	Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний . нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	основные причины и патогенетические механизмы, лежащие в основе ведущих синдромов; современную классификацию заболеваний;	выделить основные симптомы и синдромы заболевания и объяснить их патогенез;	правилами постановки клинического диагноза;
ПК – 9	Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	показания к госпитализации пациентов с заболеваниями внутренних органов; современную классификацию заболеваний	интерпретировать жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные физикального обследования курируемого больного	сбором анамнеза больного с терапевтической патологией;
ПК – 8	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	<ul style="list-style-type: none"> - клинические симптомы и синдромы нозологической формы; - диагностические критерии нозологической формы - лечение и профилактика заболеваний внутренних органов 	оценить результаты лабораторных, биохимических, инструментальных, рентгенологических исследований и использовать их для обоснования диагноза, прогноза и контроля качества лечения больного; на основе собранной о больном информации поставить	алгоритмом обследования больного; навыком составления плана дополнительного обследования больного; правилами постановки клинического диагноза; Трактовкой результатов лабораторных и инструментальных исследований

			развернутый клинический диагноз, обосновать его, правильно сформулировать в истории болезни с учетом нозологической формы, фазы и стадии болезни; провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями	
ПК-20	Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	правила оформления медицинской документации (история болезни, выписка из истории болезни, первичная мед.карточка, рецепты);	отчитываться по учебному дежурству;	алгоритмом обследования больного; навыком составления плана дополнительного обследования больного; правилами постановки клинического диагноза
ПК -№	Общепрофессиональные компетенции			
ОПК-4	Способность и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	Принципы этики и деонтологии	установить контакт с больным, проявить к нему внимание, вселить надежду на успех лечения	навыком соблюдения правил врачебной этики и деонтологии
ОПК-5	Способность и готовностью анализировать	основные причины, ведущие к развитию ос-	провести дифференциальный диагноз со сходны-	Трактовкой результатов

	результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	новых заболеваний внутренних, - органов, в том числе и у пациентов с профессиональными болезнями	ми заболеваниями;	лабораторных и инструментальных исследований
ОПК-6	Готовность к ведению медицинской документации	правила оформления медицинской документации (история болезни, выписка из истории болезни, первичная мед.карточка, рецепты);	- назначить и обосновать лечение терапевтического больного согласно стандарта и с учетом индивидуальных особенностей; дать больному рекомендации по диете, образу жизни	- навыком составления плана дополнительного обследования больного; - правилами постановки клинического диагноза
ОПК-8	Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач	лечение и профилактика заболеваний внутренних органов основные группы лекарственных средств, применяемых для лечения заболеваний внутренних органов	уметь охарактеризовать основные группы препаратов для лечения основных заболеваний внутренних органов и выписать рецепты;	Навыком составления плана лечения больного
ОПК-9	Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	патогенез заболеваний;	выделить основные симптомы и синдромы заболевания и объяснить их патогенез	Трактовкой результатов лабораторных и инструментальных исследований
ОПК-10	Готовность к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-	принципы оказания неотложной помощи при urgentных ситуациях; основные	уметь распознать осложнения и оказать неотложную помощь при urgentных состояниях;	алгоритмом неотложной помощи при различных аритмиях,

<p>ОПК-11</p> <p>ПК11</p>	<p>санитарной помощи</p> <p>Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи</p> <p>Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>группы лекарственных средств, применяемых для лечения заболеваний внутренних органов;</p>	<p>блокадах сердца, приступе Морганьи-Эдемса-Стокса, гипертонических кризах, приступе стенокардии и инфаркте миокарда, острой сердечной недостаточности (отеке легких и кардиогенном шоке); алгоритмом оказания неотложной помощи анафилактическом шоке, при приступе бронхиальной астмы, желудочно-кишечном и легочном кровотечении, при приступе желчной (печеночной) и почечной колики;</p>
---------------------------	---	--	--

УРОВЕНЬ УСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Факультетская терапия и проф.болезни»

<i>Компетенции не освоены</i>	По результатам контрольных мероприятий получен результат менее 50%	Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины
<i>Базовый уровень</i>	По результатам контрольных мероприятий получен результат 50-69%	Ответы на вопросы и решения поставленных задач недостаточно полные. Логика и последовательность в решении задач имеют нарушения. В ответах отсутствуют выводы.
<i>Средний уровень</i>	По результатам контрольных мероприятий получен результат 70-84%	Даются полные ответы на поставленные вопросы. Показано умение выделять причинно-следственные связи. При решении задач допущены незначительные ошибки, исправленные с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.
<i>Продвинутый уровень</i>	По результатам контрольных мероприятий получен результат выше 85%	Ответы на поставленные вопросы полные, четкие, и развернутые. Решения задач логичны, доказательны и демонстрируют аналитические и творческие способности студента.

Контролируемые компетенции	Наименование раздела дисциплин (модуля)	Оценочные средства
Текущий контроль		
ОК-1,ПК-5,ПК-6,ПК-8,ПК-9,ПК-1,ОК-7,ОПК-5,ОПК-9	Модуль 1.Пульмонология	1. Устные (собеседование, доклад) 2. Письменные (тесты1 и 2го уровня, рефераты, решение задач). Коллоквиум Перечень тем рефератов, докладов, сборники тестов и ситуационных задач приводятся ниже
ОК-1,ПК-5,ПК-8,	Модуль 2. Кардиология	

ПК-9,ОПК-9		<p>1. Устные (собеседование, доклад)</p> <p>2. Письменные (тесты1 и 2го уровня, рефераты, решение задач). Коллоквиум</p> <p>Перечень тем рефератов, докладов, сборники тестов и ситуационных задач приводятся ниже</p>
<i>ОПК-8,ОПК-9,ПК-8,ОК-1,ПК-5,ПК-6,ПК-9,ПК-8,ПК-1,ОПК-10,ПК-11</i>	Модуль 3. Гастроэнтерология	<p>1. Устные (собеседование, доклад)</p> <p>2. Письменные (тесты1 и 2го уровня, рефераты, решение задач). Коллоквиум</p> <p>Перечень тем рефератов, докладов, сборники тестов и ситуационных задач приводятся ниже</p>
ОК-1,ПК-5,ПК-8,ПК-9,ОПК-9	Модуль 4 Нефрология	<p>1. Устные (собеседование, доклад)</p> <p>2. Письменные (тесты1 и 2го уровня, рефераты, решение задач). Коллоквиум</p> <p>Перечень тем рефератов, докладов, сборники тестов и ситуационных задач приводятся ниже</p>
<i>ОПК-9,ПК-5,ПК-6,ПК-8</i>	Модуль 5 Гематология	<p>1. Устные (собеседование, доклад)</p> <p>2. Письменные (тесты1 и 2го уровня, рефераты, решение задач). Коллоквиум</p> <p>Перечень тем рефератов, докладов, сборники тестов и ситуационных задач приводятся ниже</p>
<i>ОК-1, 7, 9</i>	Модуль 6 Профессиональные	<p>1. Устные (собеседова-</p>

<p><i>ПК-1, 5, 6, 8, 9, 11</i> <i>ОПК – 5, 8, 9</i></p>	<p>болезни</p>	<p>ние, доклад) 2. Письменные (тесты1 и 2го уровня, рефераты, решение задач). Коллоквиум Перечень тем рефератов, докладов, сборники тестов и ситуационных задач приводятся ниже</p>
<p>Промежуточный контроль</p>		
<p>Все компетенции, формируемые в процессе освоения дисциплины ОК-1,ПК-5,ПК-6, ПК-9,ПК-1,ОК-7,ОПК-5,ОПК-9,ОПК-8,ОПК-9, <i>ПК-5, ПК-8,ОПК-10, ПК-11</i></p>	<p>Зачет/экзамен</p>	<p>І Этап – контроль практических умений (решение ситуационной задачи, расшифровка ЭКГ, описание рентгенологических снимков, описание спирограмм) ІІ Этап - собеседование</p>

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ**

<i>Наименование оценочных средств</i>	<i>Краткая характеристика оценочно- го материала</i>	<i>Представление оценочного сред- ства в ФОС</i>
<i>Деловая и/или ролевая игра</i>	Совместная деятельность группы обучающихся и педагогического работника под управлением педагогического работника с целью решения учебных и профессионально-ориентированных задач путем игрового моделирования реальной проблемной ситуации. Позволяет оценивать умение анализировать и решать типичные профессиональные задачи.	Тема (проблема), концепция, роли и ожидаемый результат по каждой игре
<i>Кейс-задача</i>	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задачи
<i>Коллоквиум</i>	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования педагогического работника с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
<i>Контрольная работа</i>	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
<i>Круглый стол, дискуссия, по- лемика, дис- пут, дебаты</i>	Оценочные средства, позволяющие включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы их умение аргументировать собственную точку зрения.	Перечень дискуссионных тем для проведения круглого стола, дискуссии, полемики, диспута, дебатов
<i>Портфолио</i>	Целевая подборка работ студента, раскрывающая его индивидуальные образовательные достижения в один или нескольких учебных дисциплинах.	Структура портфолио
<i>Проект</i>	Конечный продукт, получаемый в результате планирования и выполнения комплекса учебных и исследовательских заданий. Позволяет оценить умения обучающихся самостоятельно кон-	Темы групповых и/или индивидуальных проектов

	<p>структурировать свои знания в процессе решения практических задач и проблем, ориентироваться в информационном пространстве и уровень сформированности аналитических, исследовательских навыков, навыков практического и творческого мышления. Может выполняться в индивидуальном порядке или группой обучающихся.</p>	
Рабочая тетрадь	<p>Дидактический комплекс, предназначенный для самостоятельной работы обучающегося и позволяющий оценивать уровень усвоения им учебного материала.</p>	Образец рабочей тетради
Реферат	<p>Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.</p>	Темы рефератов
Доклад, сообщение	<p>Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы.</p>	Темы докладов, сообщений
Собеседование	<p>Средство контроля, организованное как специальная беседа педагогического работника с обучающимся на темы, связанные с изучением дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.</p>	Вопросы по темам/разделам дисциплины
Творческие задания	<p>Частично регламентированное задание, имеющее нестандартное решение и позволяющее диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения. Может выполняться в индивидуальном порядке или группой обучающихся.</p>	Темы групповых и/или индивидуальных творческих заданий
Тест	<p>Система стандартизированных зада-</p>	Фонд тестовых за-

	ний, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	даний
<i>Эссе</i>	Средство, позволяющее оценить умение обучающегося письменно излагать суть поставленной проблемы, самостоятельно проводить анализ этой проблемы с использованием концепций и аналитического инструментария соответствующей дисциплины, делать выводы, обобщающие авторскую позицию по поставленной проблеме.	Тематика эссе

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Шкала оценивания			
«неудовлетвори- тельно»	«удовлетвори- тельно»	«хорошо»	«отлично»
знать			
<p>Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины. Имеет разрозненные и бессистемные знания учебного материала, Оценка «неудовлетворительно» менее 70% совпадения с эталонами ответов.</p>	<p>Студент усвоил основное содержание материала дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала. Оценка тестового контроля - 70-79% совпадения с эталонами ответов.</p>	<p>Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале. В полном объеме освоил учебный материал, ориентируется в нем, грамотно излагает ответ, но содержание и форма имеет неточности. Оценка тестового контроля - 80-89% совпадения с эталонами ответов.</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины. Показывает глубокое знание и понимание содержания учебного материала, легко ориентируется, в уме соединяет теоретические вопросы с практическими, решать задачи, высказывать и обосновывать свои суждения, ставить клинический диагноз и его обосновывать, назначать и обосновать обследование, лечение, грамотно и логично излагать ответ. Знает основные правила оформления учебной истории болезни согласно требованиям, овладел практическими навыка-</p>

			ми в полном объеме. Оценка тестового контроля - 90-100% совпадения с эталонами ответов.
уметь			
Студент не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал, не может применить свои знания для решения ситуационных задач, интерпретации инструментально-лабораторных данных, не умеет выставить клинический диагноз, обосновать его, не умеет назначить обследование и лечение, история болезни написана неразборчивым почерком, с грубыми ошибками.	Студент испытывает затруднения при изложении учебного материала. История болезни оформлена с ошибками, написана неразборчивым почерком, допущены неточности в формулировке клинического диагноза, лечении, не освещен полностью патогенез заболевания.	Студент умеет самостоятельно выделять главные положения в изученном материале. Студент умеет использовать полученные знания в оформлении учебной истории болезни. Допускает неточности в формулировке развернутого клинического диагноза, обследовании, лечении.	Студент умеет последовательно, грамотно и логично излагать главные положения в изученном материале. Умеет самостоятельно оформлять учебную историю болезни согласно требованиям. Умеет выставлять клинический диагноз и его обосновывать, назначать и обосновывать обследование, лечение. Решать задачи, высказывать и обосновывать свои суждения излагать правильный ответ
владеть			
Студент не владеет изучаемым материалом Практические навыки освоил менее 50%.	Студент не в полном объеме владеет изучаемым материалом Непоследовательно и не систематизировано оформляет учебную историю болезни.. Студент затрудняется при формулировке развернутого клинического диагноза, назначении обследования, лечения.. Имеет несистематизированные знания и понимание основных положений учебного материала Практические навыки освоил на 70%.	Студент владеет знаниями всего изученного программного материала, материал излагает последовательно, допускает незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала. Способен самостоятельно	Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала. Студент владеет навыком соединять теоретические вопросы с практическими. Студент показывает глубокое и полное

		ВЫДЕЛЯТЬ главные по- ложения в изученном ма- териале. Прак- тические навыки освоил на 80%.	владение всем объемом изуча- емой дисци- плины. Овладел практическими навыками в пол- ном объеме.
--	--	---	--

Критерии оценки текущего контроля знаний по пятибалльной системе

Студент получает оценку

Отлично - за глубину и полноту овладения содержания учебного материала, в котором студент легко ориентируется, за умения соединять теоретические вопросы с практическими, решать задачи, высказывать и обосновывать свои суждения, ставить клинический диагноз и его обосновывать, назначать и обосновать обследование, лечение, грамотно и логично излагать ответ; за оформление учебной истории болезни согласно требованиям, овладение практическими навыками в полном объеме.

Хорошо - студент полно освоил учебный материал, ориентируется в нем, грамотно излагает ответ, но содержание и форма имеет неточности. В учебной истории болезни допускает неточности в формулировке развернутого клинического диагноза, обследовании, лечении. Практические навыки освоил на 80%.

Удовлетворительно - студент овладел знаниями и пониманиями основных положений учебного материала, но история болезни оформлена с ошибками, написана неразборчивым почерком, допущены неточности в формулировке клинического диагноза, лечении, не освещен полностью патогенез заболевания. Практические навыки освоил на 50%.

Неудовлетворительно - студент имеет разрозненные и бессистемные знания учебного материала, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл, беспорядочно и не уверенно излагает материал, не может применить свои знания для решения ситуационных задач, интерпретации инструментально-лабораторных данных, не умеет выставить клинический диагноз, обосновать его, не умеет назначить обследование и лечение, история болезни написана неразборчивым почерком, с грубыми ошибками (не выставлен и не обоснован развернутый клинический диагноз, не правильно назначено лечение, не освещен патогенез заболевания). Практические навыки освоил менее 50%.

Оценка тестового контроля

Оценка «отлично» - 90-100% совпадения с эталонами ответов.

Оценка «хорошо» - 80-89% совпадения с эталонами ответов.

Оценка «удовлетворительно» - 70-79% совпадения с эталонами ответов.

Оценка «неудовлетворительно» менее 70% совпадения с эталонами ответов.

Критерии оценки промежуточного контроля знаний

К итоговому занятию (проверочные знания по нескольким разделам) допускаются студенты, не имеющие задолженности за семестр. Если знания студента оцениваются на «отлично», «хорошо» и «удовлетворительно» итоговое занятие сдается в традиционной форме (устный ответ по билетам, демонстрация практических умений, защита учебной истории болезни). Если знания студента оценены на «неудовлетворительно», то он не допускается к итоговому занятию.

Оценки «отлично» заслуживает студент, демонстрирующий всестороннее (более 90%), систематическое и глубокое знание материала, предусмотренные Программой по профессиональным болезням. Изложение материала отличается последовательностью, грамотностью и логической стройностью. В ответе тесно увязывается теория с практикой, показаны знания современной монографической и периодической литературы по данному предмету, правильно обоснованы принятые решения. При видоизменении задания студент не затрудняется с ответом, свободно справляется с задачами и другими видами применения знаний. Соответственно

уровню подготовки студент овладел общекультурными и профессиональными компетенциями, указанными в ФГОС, предъявляемыми к выпускнику по специальности «Факультетская терапия, профессиональные болезни».

Оценки «хорошо» заслуживает студент, демонстрирующий достаточно полное (не менее 80%) знание материала предусмотренного Программой по профессиональным болезням. Изложение материала последовательно, грамотно, по существу, не содержит существенных неточностей по вопросу, правильно обоснованы принятые решения. Показаны знания монографической и периодической литературы по данному предмету. При видоизменении задания студент справляется с задачами и другими видами применения знаний. Но при этом допускаются 1-2 негрубые ошибки и 1-2 недочета.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, демонстрирующий не менее 50% знаний основного материала предусмотренного Программой по профессиональным болезням, но не усвоивший его деталей. Изложение материала последовательно, грамотно. Показаны знания основной литературы по данному предмету, в обосновании принятых решений даны не полные ответы. При видоизменении задания студент затрудняется с ответом, справляется с задачами и другими видами применения знаний под руководством преподавателя. Но при этом допускаются 2-3 недочета.

Оценки «неудовлетворительно» заслуживает студент, демонстрирующий менее 50% знаний основного материала предусмотренного Программой по профессиональным болезням. Изложение материала непоследовательно, нелогично, имеет грубые ошибки, недочеты, неточности. При видоизменении задания студент затрудняется с ответом, не справляется с задачами и другими видами применения знаний даже под руководством преподавателя.

Отработка задолженностей

Если студент пропустил по уважительной или неуважительной причине, а также если он освобожден от занятия **по Приказу университета**, то он должен отработать пропущенное занятие, при условии выполнения обязательной работы, предусмотренные программой, положенные в этот день.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ

Се- местр	«не зачтено»	«зачтено»
знать		
	Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины. Имеет разрозненные и бессистемные знания учебного материала, Оценка «неудовлетворительно» менее 70% совпадения с эталонами ответов.	Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале демонстрирует всестороннее, систематическое и глубокое знание материала, предусмотренные программой по факультетской терапии, профессиональным болезням. Изложение материала отличается последовательностью, грамотностью и логической стройностью. В ответе тесно увязывается теория с

		<p>практикой, показаны знания современной монографической и периодической литературы по данному предмету, правильно обоснованы принятые решения. При видоизменении задания студент не затрудняется с ответом,. Соответственно уровню подготовки студент овладел общекультурными и профессиональными компетенциями, указанными в ФГОС, предъявляемыми к выпускнику по специальности «Факультетская терапия, профессиональные болезни».</p>
уметь		
<p>Студент не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл, беспорядочно и не уверенно излагает материал, не может применить свои знания для решения ситуационных задач, интерпретации инструментально-лабораторных данных, не умеет выставить клинический диагноз, обосновать его, не умеет назначить обследование и лечение, история болезни написана неразборчивым почерком, с грубыми ошибками</p>		<p>Студент умеет изложить материал , предусмотренный программой по факультетской терапии, профессиональным болезням., свободно справляется с задачами и другими видами применения знаний Умеет самостоятельно оформлять учебную историю болезни согласно требованиям. Умеет выставить клинический диагноз и его обосновывать, назначать и обосновать обследование, лечение. интерпретировать инструментально-лабораторные данные</p>
владеть		
<p>Студент не владеет изучаемым материалом Практические навыки освоил менее 50%.</p>		<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала. Студент владеет навыком соединять теоретические вопросы с практическими. Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины. Владеет практическими навыками в полном объеме.</p>

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ И УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ФОРМЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ:

1. Устные (собеседование, доклад)
2. Письменные (проверка тестов, рефератов, конспектов, решение задач).

ФОРМЫ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ:

- I. Этап - итоговое тестирование
- II. Этап - контроль практических умений (решение ситуационной задачи)
- III. Этап - собеседование

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

(ОК-1, ОПК-8, ПК-5)

Билет

1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. рифампицин
- Б. сумамед
- В. стрептомицин
- Г. эритромицин
- Д. оксациллин

2. ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. гомогенное затемнение соответственно доле
- Б. ателектаз
- В. усиленный легочной рисунок
- Г. округлые тени
- Д. диффузное снижение прозрачности

3. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

- А. стрептококк
- Б. хламидии
- В. легионелла
- Г. стафилококк
- Д. кишечная палочка

4. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ АНТИБИОТИК ВЫБИРАЕТСЯ С УЧЕТОМ

- А. длительности заболевания
- Б. этиологического фактора
- В. сопутствующих заболеваний
- Г. возраста
- Д. объема поражения легочной ткани

5. ПРИ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ АУСКУЛЬТАТИВНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- А. сухие свистящие хрипы

- Б. среднепузырчатые влажные хрипы
- В. крепитация
- Г. амфоричное дыхание
- Д. крупнопузырчатые влажные хрипы

Билет

(ОК-1, ОПК-8, ПК-5,6,8)

1. ДЛЯ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ

- А. отставание больной половине грудной клетки при дыхании
- Б. мелкопузырчатые влажные хрипы в зоне воспаления
- В. притупление в зоне воспаления
- Г. усиленная бронхофония
- Д. бронхиальное дыхание в зоне притупления

2. К ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ

- А. пневмококк
- Б. стрептококк
- В. стафилококк
- Г. микопlasма
- Д. вирус гриппа

3. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПНЕВМОНИИ МОЖЕТ БЫТЬ ЛОКАЛИЗОВАН В

- А. крупных бронхах
- Б. бронхиолах
- В. альвеолах
- Г. интерстициальной ткани легких
- Д. трахее

4. ДЛЯ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИКАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- А. усиление голосового дрожания
- Б. притупление перкуторного звука
- В. ясный легочной звук
- Г. коробочный звук
- Д. влажные среднепузырчатые хрипы

5. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

- А. стрептококк
- Б. хламидии
- В. легионелла
- Г. стафилококк

Билет

(ОК-1, ОПК-8,9, ПК-5,8)

1. ВИРУСНУЮ ПНЕВМОНИЮ ОТ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ОТЛИЧАЮТ

- А. инфильтративные изменения на рентгенограмме
- Б. лейкоцитоз со сдвигом влево
- В. маловыраженные физикальные изменения
- Г. лихорадка
- Д. кашель с мокротой

2. ПРИ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ АУСКУЛЬТАТИВНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- А. сухие свистящие хрипы
- Б. среднепузырчатые влажные хрипы
- В. крепитация

Г. амфоричное дыхание

Д. крупнопузырчатые влажные хрипы

3. ДЛЯ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

А. гомогенное затемнение доли легкого

Б. повышение прозрачности легочных полей

В. гомогенное затемнение нижней доли с линией Дамуазо

Г. множественные округлые очаги затемнения

Д. ателектаз легкого на стороне поражения

4. У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А. хламидии

Б. стафилококк

В. пневмоциста

Г. микоплазма

Д. пневмококк

5. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

А. пенициллины

Б. фторхинолоны

В. тетрациклины

Г. цефалоспорины

Д. аминогликозиды

КАРДИОЛОГИЯ

Билет

(ОК-1, ОПК-9, ПК-5, 6)

1. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ХАРАКТЕРНЫ

- А. лихорадка
- Б. ознобы с обильным потоотделением (ночная потливость)
- В. аритмии
- Г. артралгии, гипотония мышц, миалгии
- Д. ничего из перечисленного

2. ТРЕХСТВОРЧАТЫЙ КЛАПАН ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ

- А. врожденных пороках сердца
- Б. у инъекционных наркоманов
- В. ревматических пороках сердца
- Г. у больных, находящихся на гемодиализе
- Д. инфаркте миокарда

3. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

- А. вальвулит
- Б. формирование пороков
- В. нарушение проводимости на ЭКГ
- Г. деформация суставов
- Д. нарушение процессов реполяризации на ЭКГ

4. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СОГЛАСНО КРИТЕРИЙ ДИАГНОСТИКИ ПО О.М.БУТКЕВИЧУ (1993), ЯВЛЯЮТСЯ

- А. лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$ с ознобом и спленомегалия
- Б. шум в сердце
- В. тромбоэмболии
- Г. кожные васкулиты

5. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СИМПТОМ «БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК»

- А. инфекционном эндокардите
- Б. сухом перикардите
- В. диффузном миокардите
- Г. экссудативном перикардите
- Д. очаговом миокардите

Билет

(ОК-1, ОПК-9, ПК-5, 6)

1. Для инфекционного эндокардита наиболее характерны следующие лабораторные изменения

- А. анемия
- Б. увеличение СОЭ
- В. уменьшение в крови содержания железа
- Г. увеличение в крови АЛТ
- Д. увеличение в крови тропонинов

2. Инфекционный эндокардит чаще всего встречается при

- А. миокардите
- Б. дилатационной кардиомиопатии
- В. ревматизме
- Г. врожденных пороках сердца

Д. ИБС

3. Наиболее достоверным для диагностики инфекционного эндокардита является

А. анемия

Б. положительный результат посева крови (гемокультура)

В. СОЭ > 30 мм/час

Г. повышение активности щелочной фосфатазы нейтрофилов

Д. лейкоцитоз

4. Укажите основной этиологический фактор инфекционного эндокардита

А. пневмококк

Б. хламидии

В. стрептококк

Г. стафилококк

Д. энтерококк

5. При каком заболевании наблюдается симптом «барабанных палочек»

А. инфекционном эндокардите

Б. сухом перикардите

В. диффузном миокардите

Г. экссудативном перикардите

Д. очаговом миокардите

Билет

(ОК-1, ОПК-9, ПК-5, 6)

1. Решающее значение в диагностике инфекционного эндокардита имеют

А. увеличение СОЭ

Б. увеличение селезенки

В. анемия

Г. «вегетации» на клапанах

Д. диспротеинемия

2. Признаками инфекционного эндокардита являются

А. появление двойного тона Траубе над бедренной артерией

Б. петехии на коже

В. пальцы в виде «барабанных палочек»

Г. появление шумов в сердце

Д. появление «сердечного горба»

3. Эндокардит, это

А. воспаление околосердечной сумки

Б. воспаление сердечной мышцы

В. воспаление внутренней оболочки сердца

Г. воспаление всех слоёв сердца

Д. воспаление сосудов

4. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРЕН ЦВЕТ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ТИПА «КОФЕ С МОЛОКОМ»

А. ревматизма

Б. вирусного миокардита

В. инфекционного эндокардита

Г. гипертонической болезни

Д. ишемической болезни сердца

5. ТРЕХСТВОРЧАТЫЙ КЛАПАН ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ

А. врожденных пороках сердца

Б. у инъекционных наркоманов

В. ревматических пороках сердца

Г. у больных, находящихся на гемодиализе

Д. инфаркте миокарда

Гастроэнтерология Билет

(ОК-1; ОПК-8; ОПК-9; ПК-1; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9)

1. Наибольшее значение в диагностике хронического гастрита имеют
А. жалобы, анамнестические данные и результаты осмотра больного
Б. рентгеноскопия желудка
В. гистологическое исследование гастробиоптата
Г. РН-метрия
Д. эзофагогастродуоденоскопия
2. При разрушении главных желез желудка кислотность желудочного сока
А. не изменяется
Б. увеличивается
В. снижается
Г. вначале увеличивается, затем снижается
Д. вначале снижается, затем увеличивается
3. К гастроцитопротекторам относятся
А. маалокс
Б. ранитидин
В. де-нол
Г. вентер
Д. солкосерил
4. Для хронического неатрофического гастрит типа В характерно
А. антральная локализация
Б. фундальная локализация
В. секреторная функция желудка повышена
Г. секреторная функция понижена
Д. атрофия эпителия
5. Хронический гастрит дифференцируют с
А. миокардитом
Б. раком желудка
В. хроническим панкреатитом
Г. хроническим холециститом
Д. перикардитом

Билет

(ОК-1; ОПК-8; ОПК-9; ПК-1; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9)

1. Цитолитический синдром у больных с гепатитами проявляется

- А. лихорадкой, желтухой, геморрагическим диатезом
- Б. появлением внепеченочных знаков («печеночный язык», «печеночные ладони», пальмарная эритема, сосудистые звездочки)
- В. снижением в сыворотке крови альбуминов, протромбина, холестерина, холинэстеразы
- Г. повышение в сыворотке крови связанного билирубина и уровня печеночных трансаминаз более 10 норм
- Д. все перечисленное верно

2. Мезенхимально-воспалительный синдром у больных с гепатитами проявляется

- А. лихорадкой
- Б. артралгиями и миалгией
- В. васкулитами
- Г. спленомегалией и лимфаденопатией
- Д. все перечисленное верно

3. Выберите наиболее оптимальную схему лечения хронического аутоиммунного гепатита

- А. кортикостероиды и гептрал
- Б. декарис и пегасис
- В. делагил и витамины гр. В
- Г. эссенциале и декарис
- Д. кортикостероиды и азатиоприн

4. Показанием для иммунодепрессивной терапии является

- А. биллиарный цирроз
- Б. хронический аутоиммунный гепатит
- В. хронический вирусный гепатит
- Г. новообразование печени
- Д. ни одно из перечисленных состояний

5. Наиболее чаще причиной развития гепатита являются

- А. вирусы гепатита В и С
- Б. лекарственные препараты
- В. хронические интоксикации на производстве
- Г. аутоиммунные заболевания
- Д. ожирение

Билет

(ОК-1; ОПК-8; ОПК-9; ПК-1; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9)

1. К АНТИДИАРЕЙНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТСЯ

- А. лоперамид
- Б. регулакс
- В. сенаде
- Г. касторовое масло

2. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В КИШЕЧНИКЕ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРИТОМ НАЗНАЧАЮТ

- А. папаверин
- Б. бифидумбактерин
- В. бактисубтил
- Г. смекту
- Д. даларгин

3. ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНТЕРИТЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

- А. полифекалию
- Б. стеаторею
- В. креаторею
- Г. диспепсию
- Д. все перечисленное

4. В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХР. ЭНТЕРИТОМ МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ

- А. железо/или В₁₂-фолиево-дефицитную анемию
- Б. увеличение СОЭ.
- В. уменьшение фибриногена
- Г. уменьшение альфа-глобулинов
- Д. гипопроотеинемия, гипоальбуминемия

5. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ

- А. диарея
- Б. нарушения электролитного состава
- В. снижения массы тела
- Г. асцит
- Д. обезвоживание

НЕФРОЛОГИЯ

(ОК-1, ОПК-9, ПК- 5,6,8)

Билет

1. ПОЛЛАКИУРИЯ-ЭТО

- А. редкое мочеиспускание
- Б.увеличение объема выделяемой мочи
- В. болезненное мочеиспускание
- Г. частое мочеиспускание
- Д. недержание мочи

2. ПОСЕВ МОЧИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОИЗВОДИТЬ ПРИ

- А. при амилоидозе
- Б. волчаночном нефрите
- В.при хроническом активном пиелонефрите
- Г. при хроническом латентном пиелонефрите
- Д.при обострении гломерулонефрита

3. ЛЕЙКОЦИТУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЛЕЙКОЦИТОВ В МОЧЕ СВЫШЕ

- А. 10 в поле зрения, или 4000 в 1 мл
- Б. 3-4 в поле зрения, или 2000 в 1 мл
- В. 15-20 в поле зрения, или 6000 в 1 мл
- Г. 2-3 в поле зрения, или 3000 в 1 мл
- Д. 5-6 в поле зрения, или 3000 в 1 мл

4. АКТИВНЫЕ ЛЕЙКОЦИТЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ОБ

- А. амилоидозе почек
- Б. обострении хронического пиелонефрита
- В. обострении хронического гломерулонефрита
- Г. волчаночном нефрите
- Д. диабетической нефропатии

5. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОВ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ KLEBSIELLASPP. ЯВЛЯЮТСЯ

- А. пенициллины
- Б. карбапенемы
- В. цефалоспорины

- Г. тетрациклины
- Д. макролиды

(ОК-1, ОПК-8,9, ПК- 5,6,9)

Билет

1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛАТЕНТНОТЕКУЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРОВОДЯТ

- А. пробу Реберга
- Б. пробу Зимницкого
- В. преднизолоновый тест
- Г. экскреторную урографию
- Д. Радиоизотопную урографию

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А. *Proteus spp.*

Б. *Klebsiella spp.*

В. *Enterobacter spp.*

Г. *Staphylococcus saprophyticus*

Д. *Escherichia coli*

3. ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А. гонококк
- Б. легионелла
- В. протей
- Г. сальмонелла
- Д. Шигелла

4. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ

- А. гипертонический
- Б. гипотонический
- В. мочевого
- Г. астенический
- Д. септический

5. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. цефалоспорины
- Б. фторхинолоны
- В. тетрациклины
- Г. амоксициллин+ клавулановая кислота
- Д. аминогликозиды

Гематология

(ОК-1, ОПК-9, ПК- 5,6,)

Билет

1. У ЖЕНЩИНЫ 42 ЛЕТ С ФИБРОМОЙ МАТКИ И ГЕМОМРАГИЯМИ ОБНАРУЖЕНА АНЕМИЯ НВ-80 Г/Л, ГИПОХРОМИЯ И МИКРОЦИТОЗ ЭРИТРОЦИТОВ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

- А. В₁₂-анемия
- Б. серповидно-клеточная анемия
- В. апластическая анемия
- Г. наследственный сфероцитоз
- Д. железодефицитная анемия

2. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ БОЛЬНОМУ ГИПОХРОМНОЙ АНЕМИЕЙ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ЕЕ ПРИЧИН

- А. общий анализ крови
- Б. реакция Грегерсена
- В. гастроскопия
- Г. рентгеноскопия желудка
- Д. УЗИ брюшной полости

3. PISCACHLOROTICA ЭТО

- А. ахлоргидрия и ахилия у больных с Fe-дефицитной анемией
- Б. извращение вкуса
- В. снижение вкусовых качеств
- Г. жжение в кончике языка
- Д. бледность с зеленоватым оттенком у больных с хронической Fe-дефицитной анемией

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. кровопотери
- Б. глистная инвазия
- В. врожденный дефицит железа
- Г. авитаминоз
- Д. недостаточное поступление железа с пищей

5. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ, ПОМИМО ГИПОХРОМИИ И МИКРОЦИТОЗА ХАРАКТЕРНО

- А. сидеробласты в стернальном пунктате
- Б. мишеневидные эритроциты
- В. повышение железосвязывающей способности сыворотки
- Г. понижение железосвязывающей способности сыворотки
- Д. положительная десфераловая проба

ПРОФ. БОЛЕЗНИ

Билет

ОК-1,ОПК-6,ОПК-9,ПК-8,ПК-5

1. Право установления хронических профессиональных заболеваний имеют:

- а) Республиканский центр профпатологии.
- б) Пульмонологи, инфекционисты.
- в) Цеховой (участковый) врач.
- г) ВКК лечебно-профилактических учреждений общего профиля с участием профпатолога.
- д) Областные центры профпатологии.

2. Осуществляет контроль за установлением причинной связи заболеваний с профессией и соблюдением инструкции по применению Списка профессиональных заболеваний:

- а) Областные центры профпатологии.
- б) Участковый врач.
- в) Республиканский центр профпатологии.
- г) ВКК лечебно-профилактических учреждений общего профиля.
- д) Пульмонологи, инфекционисты.

3. Риск возникновения профессионального заболевания зависит:

- а) От гигиенических условий на рабочем месте.
- б) От численности работающих на промышленном предприятии.
- в) От напряженности и тяжести трудового процесса.

г) От пола и возраста работающих на производстве.

д) От стажа работы в неблагоприятных производственных условиях.

4. Укажите заболевания, которые относятся к категории острых профессиональных:

а) Возникшие в результате однократного воздействия повреждающего фактора большой интенсивности.

б) Возникшие в результате систематического воздействия повреждающего фактора небольшой интенсивности, обладающего кумулятивными свойствами.

в) Возникшие при кратковременном воздействии повреждающих факторов низкой интенсивности.

г) Возникшие в результате воздействия повреждающего фактора в течение одной рабочей смены.

д) Возникшие при длительном воздействии повреждающих факторов низкой интенсивности.

5. Укажите заболевания, которые относятся к категории хронических профессиональных:

а) Возникшие при длительном воздействии повреждающих факторов низкой интенсивности.

б) Возникшие в результате систематического воздействия повреждающего фактора небольшой интенсивности, обладающего кумулятивными свойствами.

в) Возникшие в результате однократного воздействия повреждающего фактора большой интенсивности.

г) Возникшие в результате воздействия повреждающего фактора в течение одной рабочей смены.

д) Возникшие после кратковременного воздействия (2-3 недели) повреждающего фактора большой интенсивности.

Билет

ОК-1, ОПК-5, ПК-5, ПК-6

1. Наиболее информативными методами диагностики пылевого бронхита являются: а) анализ мокроты, б) бронхоскопия, в) кожные пробы, г) исследования функции внешнего дыхания, д) рентгенография легких. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

2. К профессиональным заболеваниям пылевой этиологии относятся все, кроме:

а) антракосиликоза

б) пылевого бронхита

в) талькоза

г) интоксикации марганцем

д) пневмокониоза сварщика

3. К категории собственно профессиональных заболеваний относятся: 1) антракоз; 2) экзема; 3) варикозное расширение вен нижних конечностей; 4) вибрационная болезнь; 5) хронический бронхит

а) если верно 1, 2

б) если верно 2, 3

в) если верно 3, 4

г) если верно 4, 5

д) если верно 1, 4

4. Основными принципами терапии профессиональных заболеваний являются:

а) этиологический

б) патогенетический

в) симптоматический

г) все перечисленные

5. Наиболее типичным для асбестоза рентгенологическим типом фиброза является:

- а) узелковый
- б) интерстициальный
- в) и тот, и другой

Билет

ОК-1,ОПК-5,ОПК-9, ПК-5

1. Укажите отрасли промышленности, в которых находит применение марганец:

- а) парфюмерная; б) электротехническая;
- в) нефтеперерабатывающая; г) сталелитейная; д) химическая.

2. Представители каких профессий подвержены воздействию марганца?

- а) медицинские работники; б) работники сельского хозяйства;
- в) бурильщики; г) электросварщики; д) сталеплавильщики.

3. Укажите основной путь проникновения марганца в организм:

- а) через легкие; б) через желудочно-кишечный тракт;
- в) через кожу.

4. Свинцовая интоксикация возможна на производстве:

- а) аккумуляторов; б) медицинской аппаратуры; в) карбюраторов; г) стекла; д) хрусталя.

5. В производственных условиях свинец и его соединения наиболее часто проникают в организм через:

- а) дыхательные пути; б) желудочно-кишечный тракт;
- в) кожные покровы.

Собеседование(Перечень вопросов)
Модуль 1. Пульмонология
(ОК-1,ПК-5,ПК-6,ПК-8,ПК-9,ПК-1,ОК-7,ОПК-5,ОПК-9)

1. Определение пневмонии. Классификация пневмонии Европейского респираторного общества
2. Этиология и патогенез пневмонии
3. Морфологические стадии развития долевой пневмонии
4. Клиническая картина пневмонии
5. Интоксикационный синдром при пневмонии
6. Физикальные изменения при пневмонии
7. Лабораторная диагностика пневмонии
8. Рентгенологические изменения при пневмонии
9. Осложнения пневмонии
10. «Золотой» стандарт диагностики пневмонии
11. Принципы этиотропной терапии пневмонии
12. Лечение аспирационной пневмонии
13. Лечение пневмонии у лиц с иммунодефицитом
14. Лечение внебольничной пневмонии
15. Лечение нозокомиальной пневмонии
16. Определение бронхоэктатической болезни. Классификация бронхоэктатической болезни
17. Этиология и патогенез бронхоэктатической болезни.
18. Клиническая картина бронхоэктатической болезни
19. Лабораторно-инструментальная диагностика бронхоэктатической болезни
20. Рентгенодиагностика бронхоэктатической болезни
21. Осложнения бронхоэктатической болезни
22. Методы санации бронхиального дерева.
23. Лечение и вторичная профилактика бронхоэктатической болезни
24. Определение абсцесса легких. Классификация деструктивных пневмонитов по этиологии
25. Этиология и патогенез абсцесса
26. Этиология и патогенез гангрены легкого
27. Клиника абсцесса легкого
28. Клиника гангрены легкого
29. Лабораторно-инструментальная диагностика абсцесса легкого
30. Лабораторно-инструментальная диагностика гангрены легкого
31. Осложнения деструктивных процессов в легких
32. Лечение больных с деструктивными пневмонитами
33. Определение ХОБЛ. Классификация ХОБЛ.
34. Этиология и патогенез ХОБЛ
35. Клиника ХОБЛ
36. Фенотипы ХОБЛ
37. Спирометрические изменения при ХОБЛ
38. Бронходилатационные пробы в диагностике ХОБЛ

39. Диф. диагностика ХОБЛ и БА
40. Бронхолитическая терапия ХОБЛ
41. Алгоритм лечения ХОБЛ
42. Обострение и терапия обострения ХОБЛ
43. Ингаляционные бронходилататоры в лечении ХОБЛ
44. Кортикостероиды в лечении ХОБЛ
45. Определение бронхиальной астмы. Классификация бронхиальной астмы
46. Этиология и патогенез бронхиальной астмы
47. Триггеры и их роль в развитии астмы
48. Иммуные механизмы развития бронхиальной астмы
49. Эндокринные механизмы развития астмы
50. Патоморфологические изменения в бронхиальной стенке при бронхиальной астме
51. Физикальные изменения при бронхиальной астме
52. ФВД у больных бронхиальной астмой
53. Кашлевой вариант бронхиальной астмы
54. Ночная астма
55. Аспириновая астма (астматическая триада)
56. Астма физического усилия
57. Диагностические критерии атопической БА
58. Профессиональная бронхиальная астма
59. Сезонная бронхиальная астма
60. Базовые препараты, для длительного противовоспалительного лечения бронхиальной астмы
61. Классификация бронхорасширяющих препаратов и механизм их действия
62. Ступенчатая терапия для длительного лечения бронхиальной астмы
63. Неотложная помощь при обострении бронхиальной астмы
64. Астматический статус и его лечение
65. Определение плеврита. Классификация плеврита.
66. Клиника сухого плеврита
67. Клиника экссудативного плеврита
68. Характеристика боли при плеврите
69. Лабораторно-инструментальная диагностика плевритов
70. Осложнения плевритов
71. Лечение плевритов

Модуль 2. Кардиология **(ОПК-8, ПК-8, ОК-1, ПК-5, ПК-6, ОПК-10, ПК-11)**

1. Этиология и патогенез ОРЛ
2. Фазы дезорганизации соединительной ткани при ревматизме
3. Классификация ОРЛ
4. Клиническая картина ревматизма
5. Характеристика ревмокардита
6. Диагностические критерии ревматического полиартрита
7. *Малая хорея при ревматизме*
8. Лабораторная диагностика ревматизма

9. Диагностические критерии ревматизма по Кисель-Джонс-Нестерову
10. Лечение ревматизма
11. Вторичная профилактика ревматизма
12. Определение инфекционного эндокардита. Классификация инфекционного эндокардита.
13. Этиология и патогенез инфекционного эндокардита
14. Клиническая картина инфекционного эндокардита
15. Осложнения инфекционного эндокардита
16. Лабораторно-инструментальная диагностика инфекционного эндокардита
17. Критерии диагностики инфекционного эндокардита по О.М.Буткевичу (1993) и критерии диагностики ИЭ службы эндокардита Университета Дьюка
18. Лечение и профилактика инфекционного эндокардита
19. Гемодинамика при митральной недостаточности
20. Гемодинамика при митральном стенозе
21. Клиническая картина при митральном стенозе
22. Клиническая картина при митральной недостаточности
23. Инструментальная диагностика митрального стеноза
24. Инструментальная диагностика митральной недостаточности
25. Гемодинамика при аортальной недостаточности
26. Гемодинамика при стенозе устья аорты
27. Клиническая картина при стенозе устья аорты
28. Клиническая картина при аортальной недостаточности
29. Инструментальная диагностика стеноза устья аорты
30. Инструментальная диагностика аортальной недостаточности
31. Гемодинамика при дефекте межжелудочковой перегородки
- 32.** Клиническая картина при дефекте межпредсердной перегородки
33. Клиническая картина при дефекте межжелудочковой перегородки
34. Гемодинамика при дефекте межпредсердной перегородки
35. Инструментальная диагностика при открытом артериальном протоке
36. Гемодинамика при открытом артериальном протоке
37. Инструментальная диагностика при дефекте межпредсердной перегородки
38. Клиническая картина при коарктации аорты
39. Тетрада Фалло, клиника.
40. Изолированный стеноз устья легочной артерии. Гемодинамика
41. Изолированный стеноз устья легочной артерии. Клиническая картина
42. Изолированный стеноз устья легочной артерии. Инструментальная диагностика
43. Инструментальная диагностика при дефекте межжелудочковой перегородки
44. Клиническая картина при открытом артериальном протоке
45. Коарктация аорты. Гемодинамика. Инструментальная диагностика
46. Изменения в крови у больных с тетрадой Фалло, Эхо-КГ.
47. Осложнения у больных с тетрадой Фалло

- 48.Тетрада Фалло ,гемодинамика
- 49.Инструментальная диагностика тетрады Фалло
- 50.Классификация нарушений ритма и проводимости сердца.
- 51.Критерии ЭКГ-диагностики синусовой брадикардии, синусовой тахикардии и синусовой аритмии.
- 52.Синдром слабости синусового узла, диагностика, лечение.
- 53.ЭКГ признаки наджелудочковых экстрасистол, показания к лечению и лечение
- 54.ЭКГ признаки желудочковых экстрасистол, показания к лечению и лечение
- 55.Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, показания к лечению, лечение
- 56.Фибрилляция предсердий, классификация, ЭКГ-диагностика, лечение.
- 57.Классификация антиаритмических препаратов
- 58.Трепетание предсердий, диагностика, лечение.
- 59.Трепетание и мерцание желудочков, диагностика, лечение
- 60.Синоаурикулярная блокада, классификация, диагностика, лечение
- 61.Атриовентрикулярная блокада, классификация, диагностика, лечение
- 62.Классификация внутрижелудочковых блокад.
- 63.ЭКГ признаки полной блокады правой ножки п.Гиса
- 64.ЭКГ признаки полной блокады левой ножки п.Гиса
- 65.ЭКГ признаки блокады передней и задней ветвей левой ножки п.Гиса
- 66.Синдром Вольф-Паркинсон-Уайта, причины, диагностика, лечение.
- 67.Этиология и патогенез атеросклероза
- 68.Классификация атеросклероза
- 69.Факторы риска атеросклероза
- 70.Теории развития атеросклероза
- 71.Патоморфологические изменения, развивающиеся в сосудах при атеросклерозе
- 72.Клиническая картина атеросклероза в зависимости от преимущественной ее локализации в сосудах
- 73.Лабораторная диагностика атеросклероза
- 74.Немедикаментозная терапия атеросклероза
- 75.Рекомендации международного общества по изучению атеросклероза (IAS) по образу жизни (2014 г)
- 76.Медикаментозная терапия атеросклероза
- 77.Статины в лечении атеросклероза
- 78.ВОЗовская классификация ИБС
79. Определение стенокардии и Канадская классификация (1976) стабильной стенокардии напряжения по функциональным классам
- 80.Клиническая картина стенокардии
- 81.Охарактеризуйте впервые возникшую стенокардию напряжения
- 82.Охарактеризуйте прогрессирующую стенокардию напряжения
- 83.Что такое стенокардия Принцметала?
- 84.Что такое нестабильная стенокардия?
85. ЭКГ изменения при стенокардии

86. Велоэргометрическая проба
87. Фармакологическая проба с калия хлоридом и обзиданом
88. Фармакологическая проба с нитроглицерином
89. Фармакологическая проба с дипиридамолом
90. Фармакологическая проба с изадрином
91. Фармакологическая проба с эргометрином
92. Чреспищеводная электрическая стимуляция сердца
93. Медикаментозная терапия стенокардии
94. Инвазивные методы лечения стенокардии
95. Классификация острого коронарного синдрома
96. Определение инфаркта миокарда. Этиология и патогенез инфаркта миокарда
97. Патоморфологические изменения в миокарде у пациентов с ИМ
98. Классификация инфаркта миокарда
99. Характеристика болевого синдрома при инфаркте миокарда. Физикальные изменения при инфаркте миокарда
100. Резорбционно-некротический синдром при инфаркте миокарда
101. Характеристика атипических форм инфаркта миокарда
102. Нарушения ритма и проводимости сердца в острую стадию инфаркта миокарда
103. ЭКГ-диагностика ИМ
104. Маркеры некроза, диагностическая ценность при ИМ
105. Купирование болевого синдрома при ИМ
106. Тромболитическая терапия у больных ИМ
107. Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия ИМ
108. Лечение ИМ на догоспитальном этапе
109. Лечение ИМ в условиях стационара
110. Кардиогенный шок и его формы
111. Лечение кардиогенного шока
112. Отек легких у больных ИМ, механизм развития. Купирование отека легких у больных ИМ
113. Нарушение проводимости сердца и его лечение у больных ИМ
114. Нарушение ритма сердца и его лечение у больных ИМ
115. Синдром Дресслера, патогенез, диагностика, лечение.
116. Вторичная профилактика инфаркта миокарда
117. Факторы риска развития гипертонической болезни
118. Этиология и патогенез гипертонической болезни
119. Классификация артериальной гипертонии
120. Основные группы лекарственных препаратов используемых в лечении гипертонической болезни, их представители
121. Формы гипертонической болезни и их характеристика
122. Стратификация риска. Тактика лечения больных в зависимости от групп риска
123. Цель лечения гипертонической болезни
124. Рекомендации по изменению образа жизни у больных с гипертонической болезнью

125. Не рекомендуемые комбинации антигипертензивных лекарственных средств
126. Рекомендуемые комбинации антигипертензивных лекарственных средств
127. Осложнения гипертонической болезни
128. Гипертонические кризы, лечение.
129. Ступенчатая терапия гипертонической болезни
130. Определение миокардита. Классификация миокардитов
131. Этиология и патогенез миокардитов
132. Клиническая картина миокардитов
133. Лабораторно-инструментальная диагностика миокардитов
134. Лечение миокардитов
135. Определение сердечной недостаточности. Классификация сердечной недостаточности Killip T. и Forrester JS
136. Классификация ХСН по Василенко-Стражеско
137. Нью-Йоркская классификация ХСН
138. Причины развития острой сердечной недостаточности
139. Ивабрадин в лечении ХСН
140. АРА II в лечении ХСН
141. Клинические варианты ОСН
142. Оральные антикоагулянты в лечении ХСН
143. Симптомы и признаки типичные для сердечной недостаточности (рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ, 2013 г).
144. ИАПФ в лечении ХСН
145. Дифференциальная диагностика бронхиальной и сердечной астмы
146. Большие и малые фремингемские критерии ХСН
147. Сердечные гликозиды в лечении ХСН.
148. Цель лечения ХСН
149. Методы лечения ХСН (рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ, 2013 г)
150. Группы ЛС, используемых в лечении ХСН (основные и дополнительные)
151. Алгоритм лечения ХСН
152. БАБ в лечении ХСН
153. Антагонисты альдостерона в лечении ХСН.
154. Электрофизиологические методы лечения ХСН
155. Диуретики в лечении ХСН
156. Хирургические методы лечения ХСН
157. Основные позиции при лечении фибрилляции предсердий у больных ХСН (рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ, 2013 г)
158. Антиагреганты в лечении ХСН
159. Антиаритмики в лечении ХСН
160. Алгоритм назначения диуретиков в зависимости от тяжести ХСН (рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ, 2013 г)

Модуль 3. Гастроэнтерология

(ОПК-8, ОПК-9, ПК-8, ОК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-8, ПК-1, ОПК-10, ПК-11)

1. Определение хронического гастрита. Хьюстонская классификация хронического гастрита
2. Сиднейская классификация хронического гастрита.
3. Основные и дополнительные этиологические факторы развития хронического гастрита
4. Патогенез хронического гастрита
5. Лечение НПВП-индуцированного хронического гастрита
6. Клиника хеликобактерного неатрофического гастрита
7. Клиника атрофического хеликобактерного гастрита
8. Эндоскопическая диагностика гастритов
9. Методы диагностики НР
10. Клиника аутоиммунного атрофического гастрита
11. Лечение хронического атрофического хеликобактерного гастрита с пониженной кислотопродукцией
12. Морфологическая диагностика гастритов
13. Дать характеристику эозинофильного гастрита
14. Лечение хронического хеликобактерного неатрофического гастрита
15. Дать характеристику гипертрофического гастрита (болезнь Менетрие)
16. Примерные комбинации ЛС для трехкомпонентной схемы лечения хеликобактерного неатрофического гастрита
17. Профилактика хронического гастрита
18. Дать характеристику лимфоцитарного гастрита
19. Лечение хронического аутоиммунного гастрита
20. Дать характеристику реактивного гастрита
21. Примерные комбинации ЛС для четырехкомпонентной схемы лечения хеликобактерного неатрофического гастрита
22. Лечение хронического химического рефлюкс-гастрита
23. Вторичная профилактика гастритов
24. Определение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Классификация.
25. Эпидемиология ГЭРБ
26. Патогенез ГЭРБ
27. Клиническая картина
28. Внепищеводные проявления ГЭРБ
29. Лабораторная и инструментальная диагностика ГЭРБ
30. Цель лечения ГЭРБ. Лечение.
31. Бронхолегочные проявления ГЭРБ
32. Отоларингологические проявления ГЭРБ
33. Кардиальные проявления ГЭРБ
34. Группы препаратов, используемых в лечении ГЭРБ
35. Лечение ГЭРБ при кислотном рефлюксе
36. Лечение ГЭРБ при желчном и смешанном рефлюксе
37. Осложнения ГЭРБ
38. Мероприятия по изменению образа
39. Определение язвенной болезни. Классификация.
40. Этиология и патогенез ЯБ

41. Тактика лечения язвенной болезни ассоциированной с HELICOBACTERPYLORY
42. Роль Helicobacter pylori в развитии язвенной болезни
43. Характеристика боли при ЯБ
44. Наследственность и ее роль в развитии язвенной болезни
45. Характер кислотопroduкции у больных ЯБ
46. Осложнения язвенной болезни
47. Пилоростеноз, клиника, диагностика, лечение
48. Примерные комбинации ЛС, для 3-х компонентной схемы лечения ЯБ
49. Диагностические критерии пенетрации
50. Инструментальные методы диагностики ЯБ
51. Рентгенологическая диагностика язвенной болезни
52. Методы определения кислотопroduктивной функции желудка
53. Тактика лечения резистентных язв
54. Диагностические критерии желудочного кровотечения
55. Лечение осложненных и часто рецидивирующих форм язвенной болезни
56. Клиническая картина при язвенной болезни
57. Перивисцериты (перигастрит, перидуоденит)
58. Диагностические критерии перфорация
59. Примерные комбинации ЛС, для 4-х компонентной схемы лечения ЯБ
60. Тактика лечения язвенной болезни не ассоциированной с Helicobacter pylori
61. Остановка язвенного кровотечения
62. Диагностические критерии пенетрации
63. Лечение неосложненной язвенной болезни ассоциированной с HELICOBACTERPYLORY
64. Вторичная профилактика язвенной болезни
65. Определение хронического панкреатита. Классификация.
66. Этиология и патогенез хронического панкреатита
67. Клиническая картина хронического панкреатита
68. Лечение панкреатита в стадию обострения
69. Лечение панкреатита в стадию ремиссии
70. Осложнения панкреатита
71. Лабораторная диагностика панкреатита.
72. Инструментальная диагностика панкреатита
73. Характеристика болевого синдрома при панкреатите, купирование боли при обострении панкреатита
74. Показания к оперативному лечению панкреатита
75. Определение хронического холецистита. Классификация
76. Этиология и патогенез хронического холецистита
77. Клиническая картина хронического холецистита
78. Лечение хронического холецистита
79. Инструментальная диагностика хронического холецистита
80. Лабораторная диагностика хронического холецистита
81. Физикальные изменения при хроническом холецистите

82. Определение хронического энтерита. Классификация хронического энтерита.
83. Этиология и патогенез хронического энтерита
84. Кишечные проявления энтерита
85. Лабораторно-инструментальная диагностика энтерита
86. Клинические проявления хр. энтерита
87. Лечение диареи у больных хр. энтеритом
88. Характеристика боли при хр. энтерите
89. Характер стула при хр. энтерите
90. Внекишечные проявления энтерита
91. Лечение хронического энтерита
92. Определение хронического колита. Классификация.
93. Этиология и патогенез хронического колита
94. Клиническая картина хронического колита
95. Лабораторно-инструментальная диагностика хр. колита
96. Характеристика боли при хроническом колите
97. Противовоспалительная терапия хр. колита
98. Местное лечение хр. проктосигмоидита
99. Лечение хронического колита
100. Эндоскопическая диагностика хронического колита
101. Морфологическая диагностика хронического колита
102. Определение хронического гепатита. Классификация.
103. Этиология гепатитов
104. Синдромы гепатитов
105. Клиническая картина гепатитов
106. Охарактеризовать мезенхимально-воспалительный синдром
107. Охарактеризовать холестатический синдром
108. Охарактеризовать цитолитический синдром
109. Охарактеризовать синдром печеночной недостаточности
110. Описать малые печеночные знаки
111. Охарактеризовать геморрагический синдром
112. Лабораторно-инструментальная диагностика гепатитов
113. Классификация гепатотропных вирусов
114. Охарактеризовать синдром гиперспленизма
115. Гепатиты с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя
116. Маркеры гепатита
117. Охарактеризовать диспепсический синдром
118. Охарактеризовать гепатит С
119. Краткая характеристика хронического холестатического гепатита
120. Охарактеризовать астеноневрастенический синдром
121. Охарактеризовать гепатит D
122. Гепатиты с парентеральным механизмом передачи возбудителя
123. Охарактеризовать гепатит G
124. Характеристика хронического аутоиммунного гепатита
125. Общие принципы лечения гепатитов
126. Системные проявления аутоиммунного гепатита

127. Лабораторная диагностика аутоиммунного гепатита
128. Определение цирроза печени. Классификация
129. Лечение отечно-асцитического синдрома у больных циррозом печени
130. Этиология цирроза печени
131. Патогенез цирроза печени
132. Характеристика активности цирроза печени
133. Клиническая картина
134. Проявления портальной гипертензии
135. Лабораторно-инструментальная диагностика цирроза печени
136. Осложнения цирроза печени
137. Противовирусная терапия при циррозе печени вирусной этиологии
138. Лечение печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени

Модуль 4. Нефрология (ОК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9, ОПК-9)

1. Этиология и патогенез острого гломерулонефрита
2. Клиника острого гломерулонефрита
3. Характеристика нефротического синдрома
4. Осложнения острого гломерулонефрита
5. Лечение острого гломерулонефрита
6. Характеристика быстро прогрессирующего гломерулонефрита
7. Классификация хронического гломерулонефрита
8. Клинические формы хронического гломерулонефрита
9. Основные диагностические критерии хронического гломерулонефрита
10. Основные группы лекарственных препаратов применяемые в лечении хронического гломерулонефрита
11. Лабораторно-инструментальная диагностика гломерулонефрита
12. Четырехкомпонентная схема лечения нефритов
13. Пульс-терапия хронического гломерулонефрита
14. Лечение хронического гломерулонефрита
15. Этиология и патогенез хронического пиелонефрита
16. Клиника хронического пиелонефрита
17. Лечение хронического пиелонефрита
18. Дифференциальная диагностика хронического пиелонефрита.
19. Лабораторная диагностика хронического пиелонефрита
20. Инструментальная диагностика хронического пиелонефрита
21. Осложнения хронического пиелонефрита
22. Амилоидоз почек. Определение.
23. Макроскопическая и гистологическая характеристика амилоидоза почек.
24. Классификации амилоидоза почек
25. Этиология амилоидоза
26. Патогенез амилоидоза почек

27. Клинические проявления амилоидоза почек. Основные клинические симптомы и синдромы амилоидоза почек
28. Диагностика амилоидоза почек
29. Осложнения амилоидоза почек
30. Основные принципы лечения амилоидоза почек.

Модуль 5. Гематология (ОПК-9,ПК-5,ПК-6,ПК-8)

1. Этиология и патогенез железодефицитной анемии
2. Классификация анемий
3. Клинические синдромы железодефицитной анемии
4. Питание у больных железодефицитной анемией
5. Клиническая картина железодефицитной анемии
6. Препараты железа, показания, способы введения
7. Диф.диагноз между железодефицитной и В₁₂-дефицитной анемией.
8. Циркуляторно-гипоксический синдром при ЖДА
9. Лечение ЖДА
10. Сидеропенический синдром при ЖДА
11. Лабораторная диагностика ЖДА
12. Осложнения железодефицитной анемией

Модуль 6. Профессиональные болезни (ПК-6,ОПК-9,ПК-5,ПК-8,ПК-9,ПК-10, ПК-15, ПК-1,ОПК-8,ОПК-10,ОК-7,ОК-1)

1. Классификация проф. вредностей и проф. заболеваний.
2. Принципы диагностики и профилактики профессиональных заболеваний.
3. Определение и классификация пневмокониозов.
4. Силикоз, патогенез и клиническая рентгенологическая характеристика стадий силикоза.
5. Лечение и профилактика силикозов.
6. Пылевые бронхиты, определение, классификация, клиническая характеристика по степени тяжести.
7. Диагностика, лечение и профилактика пылевых бронхитов
8. Профессиональная бронхиальная астма, особенности диагностики и лечения
9. Вибрационная болезнь, определение, профессиональные группы риска, патогенез.
10. Клинические синдромы вибрационной болезни, течение по стадиям, диагностика.
11. Лечение и профилактика вибрационной болезни.
12. Холодовые нейроваскулиты, этиологические факторы профессиональные группы риска.

13. Клиническая картина и диагностика нейроваскулитов.
14. Лечение и профилактика нейроваскулитов.
15. Хроническая профессиональная интоксикация свинцом. Патогенез хронической свинцовой интоксикации и клиническая картина.
16. Классификация свинцовой интоксикации, диагностика, лечение и профилактика.
17. Хроническая интоксикация марганцем, патогенез, клиническая картина и диагностика.
18. Принципы лечения и профилактики хронической марганцевой интоксикации.
19. Острое отравление парами бензола.
20. Хроническая интоксикация бензолом, клиника и принципы лечения. Профилактика бензольной интоксикации.
21. Хроническая ртутная интоксикация, патогенез, клиника по стадиям: начальная, ртутного эретизма, ртутной энцефалопатии.
22. Диагностика и лечение хронической ртутной интоксикации.
23. Классификация пестицидов в зависимости от производственного назначения. Основные действия пестицидов.
24. Классификация фосфорорганических соединений. Патогенез интоксикации.
25. Клиника, неотложная помощь и лечение острой интоксикации фосфорорганическими соединениями.
26. Клиника хронической интоксикации фосфорорганическими соединениями, вопросы специфической терапии (антидотная терапия).
27. Интоксикация ртутьорганическими пестицидами, патогенез.
28. Хроническая интоксикация ртутьорганическими пестицидами. Лечение.
29. Хлорорганические пестициды, классификация, механизм действия.
30. Клиника хронической интоксикации хлорорганическими пестицидами. Первая помощь и лечение при острой и хронической интоксикациях хлорорганическими пестицидами.

Ситуационные задачи по разделу дисциплины «Факультетская терапия»

Задача №1.

В приемный покой по дежурству поступил б-ой И. 44 лет с резкими болями в эпигастральной области, тошнотой, рвотой, слабостью. Боли в последнее время переместились в загрудинную область. Болен последние 6 мес. Периодически при физической нагрузке появляются боли в области сердца. Объективно: пульс – 100 уд в мин., единичные желудочковые экстрасистолы. АД 100/60 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. Живот участвует в акте дыхания, небольшая болезненность при пальпации.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. План обследования
3. Дифференциальная диагностика

Задача №2

Больной М., 61 год, жалуется на сильные загрудинные боли сжимающего характера с иррадиацией в левое плечо, не купирующиеся после приема нитроглицерина. Последние 5 лет страдает гипертонической болезнью, два года стенокардией. Объективно: тоны сердца приглушены. Пульс – 80 уд в мин. АД 160/100 мм рт ст. На ЭКГ имеется комплекс QS в V2, V3, V4, глубокий и широкий зубец Q в V5, отрицательный зубец T в тех же отведениях.

Наиболее вероятный диагноз?

Задача №3.

Больной 56 лет страдает периодическими загрудинными болями, с иррадиацией в левую руку, лопатку, купирующимися нитроглицерином. Появилась следующая симптоматика: продолжительность болей более 30 мин. В крови – лейкоцитоз, субфебрильная температура. На ЭКГ – смещение интервала ST ниже изолинии в I, II, V3, V4. Проведите дифференциальный диагноз между инфарктом миокарда и стенокардией.

Что необходимо для подтверждения диагноза?

Задача №4.

Больной В., 35 лет. Три дня назад после подъема тяжелого мешка внезапно появились резкие боли в грудной клетке. В покое боли утихли, но полностью не снялись. Не обратил на боли внимания и продолжал работать. Внезапно побледнел, покрылся холодным потом, закружилась голова и упал. Доставлен скорой помощью в приемный покой. Кожные покровы резко бледные, холодные, липкий пот на лице. Тоны сердца приглушены. Пульс – 96 в мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД – 80/50 мм рт ст. На снятом ЭКГ смещение интервала ST в I отведении вверх, в III – вниз от изолинии. Количество лейкоцитов – 10300.

Ваш диагноз. Лечение.

Задача №5.

Больной А. 56 лет доставлен в приемный покой скорой помощью с диагнозом бронхиальная астма. Три часа назад появилась одышка, которая перешла в приступ удушья и появились боли в грудной клетке. Врач СП для снятия приступа сделал инъекцию эфедрина, после чего одышка не уменьшилась, но усилились боли в грудной клетке. В приемном покое больной очень беспокоен, цианоз губ, ЧДД – 36 в 1 мин., поверхностное. ЧСС – 120 в мин., единичные экстрасистолы, в легких масса сухих хрипов по всем полям и влажные хрипы в нижних отделах. На ЭКГ высокий ST и комплекс QS в V3 – V6.

Поставьте развернутый диагноз больному и укажите на ошибки, допущенные врачом СП.

Задача №6.

Больной Д, 47 лет. Поступил в клинику с резкими загрудинными болями, которые не снялись приемом нитроглицерина. В анамнезе – стенокардия. Боли обычно снимались нитроглицерином. Объективно: бледность кожных покровов, тоны сердца глухие, тахикардия (пульс – 112 в мин.), АД=80/50 мм рт ст. На ЭКГ смещение БЕ вверх от изолинии во всех грудных отведениях.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Задача №7.

Больная М., 38 лет поступила с жалобами на сильные боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе и не связанные с физической нагрузкой. Небольшой сухой кашель. Три месяца назад перенесла инфаркт миокарда. На ЭКГ – комплекс QS в отведениях II, III, aVF. При аускультации – шум трения плевры слева и влажные хрипы справа/ В крови – L – 12*10⁹/л, СОЭ – 45 мм/час., эозинофилы – 10%.
Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Задача №8

Б-ой З., 70 лет. Доставлен скорой помощью в неврологическое отделение с диагнозом – «Нарушение мозгового кровообращения». После консультации терапевта и снятия ЭКГ выявлено: а) у больного в анамнезе стенокардия; б) на ЭКГ смещение ST в I ст отведение вверх от изолинии, а в III – вниз. В крови лейкоцитов 12,1*10⁹/л. Через 2 часа симптомы нарушения мозгового кровообращения практически исчезли.

Ваш диагноз.

Укажите на ошибки врача СП.

Задача №9

Б-ая А., 45 лет, поступила с загрудинными болями с иррадиацией в левую руку. После приема нитроглицерина боли несколько уменьшились, но полностью не прошли. В анамнезе гипертоническая болезнь 10 лет. Последние 5 лет страдает стенокардией. Объективно: бледность кожных покровов, ЧСС – 92 в мин. ритм правильный, АД =

180/100 мм рт ст. Акцент II тона над аортой. На ЭКГ – смещение ST ниже изолинии в V3-4. В крови – L – 9,0*10⁹/л., МВ-КФК 42 Ед/л.

Ваш диагноз.

Что рекомендуется провести для уточнения диагноза?

Задача №10.

Больной Д, 67 лет, поступил с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, в связи с чем вынужден спать сидя, отечность голеней и стоп. Из анамнеза - в течение 10 лет беспокоили приступы стенокардии. Около года назад перенес инфаркт миокарда, после чего появились вышеуказанные жалобы. Объективно - цианоз губ, акроцианоз, отеки голеней и стоп. ЧДД - 26 в мин. В базальных отделах обоих легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Край печени на 4 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка увеличена.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Назначьте лечение

Задача №11

Больная Л, 63 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, приступы удушья в ночное время, возникающие в горизонтальном положении, кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, выраженные отеки нижних конечностей, слабость. С детства страдает ревматизмом с формированием порока сердца. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, которое связывает с переохлаждением. При осмотре состояние тяжелое, положение ортопное. Кожные покровы бледные, на лице - румянец щек. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних долях обеих легких. При аускультации - в нижних отделах влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - 3 см кнаружи от правого края грудины, левая - 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край II ребра. При аускультации сердца - хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана, протодиастолический шум, акцент II тона над легочной артерией. Ритм сердца правильный, ЧСС - 90 уд в мин. АД 120,80 мм рт ст. Печень вступает из-под края реберной дуги на 5 см. Селезенка не увеличена. Ревмопробы : СРБ - положительный, титр антистрептолизина О - 160.

1. Сформулируйте диагноз
2. Обоснуйте изменение гемодинамики
3. Тактика лечения

Задача №12

Б-ой Л., 57 лет, жалуется, что в течение года несколько раз в месяц под утро у него возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина или через несколько минут после приема фитоптина. При холтеровском мониторинге удалось зафиксировать в момент приступа подъем сегмента ST в грудных отведениях. на следующий день сегмент ST располагается на изолинии.

Какое заболевание можно предположить?

Задача №13

У мужчины 62 лет, перенесшего год назад инфаркт миокарда, появились приступы удушья по ночам, во время которых он принимает вынужденное положение - садится в постели. В

этих случаях помогает прием 5-7 таблеток нитроглицерина с 10-минутными интервалами.

Ваш предполагаемый диагноз.

Задача №14

Мужчина 48 лет, страдающий гипертонической болезнью с частыми кризами в момент одного из подъемов АД до 220/140 мм рт ст почувствовал резкую одышку, достигающую степени удушья. При осмотре выявлена тахикардия до 110 в мин., в легких выслушивалось большое количество булькающих мелкопузырчатых хрипов с обеих сторон.

Ваш предполагаемый диагноз?

Задача №15

Больной Т, 73 лет, жалобы на слабость, утомляемость, ухудшение аппетита, зрения, памяти. С 55 лет периодически беспокоили головные боли в затылочной области и регистрировались цифры АД 150-160/ 90-100 мм рт ст. Назначаемые антигипертензивные препараты принимал нерегулярно. Постепенно АД повысилось до 180-190/100-120 мм рт ст. При осмотре: пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие. Голени пастозные, лицо одуловатое. Границы сердца: правая на 1 см снаружи от правого края грудины, левая - на 2 см снаружи от левой среднеключичной линии. Акцент 2 тона во 2 межреберье справа. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. ОАК: Hb - 120 г/л. L - 8,6x10⁹/л. СОЭ - 11 мм/час. Креатинин - 243 мкмоль/л, мочевины - 12,1 ммоль/л. Общий анализ мочи - у.в. - 1005, белок - следы. ЭКГ - отклонение ЭОС влево, зубцы R в V5-6 > V4.

Вопросы:

1. Диагноз,
2. Лечение

Задача №16

Б-ой М., 56 лет, инженер, обратился к участковому врачу с жалобами на одышку инспираторного характера при физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость, периодические эпизоды сердцебиения. Из анамнеза: в детстве часто болел простудными заболеваниями. В 12 лет впервые выставлен диагноз «ревматизм», однако длительное время чувствовал себя удовлетворительно и к врачам не обращался. Состояние ухудшилось две недели назад, когда поднялась температура до 38,5С, боли в горле. Самостоятельно лечился аспирином, ампициллином с эффектом: температура тела нормализовалась, однако сохранялась одышка при физической нагрузке, слабость. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. Зев – небные дужки гиперемированы, миндалины увеличены, имеются гнойные пробки. Перкуторно – ясный легочной звук. Аускультативно – везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 2 см снаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – III межреберье. При аускультации сердца – тоны сердца приглушены, ритмичные. В V точке аускультации определяется диастолический шум, усиливающийся при наклоне вперед. Ритм правильный, ЧСС – 80 уд в мин. АД 145/20 мм рт ст. Симптом Мюсси. Живот мягкий, б/б. Размеры печени по Курлову – 10-9-8. Рентген грудной клетки: увеличение левой границы сердца, преимущественно за счёт левого желудочка. ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение ЭОС. ЧСС – 84 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка. ОАК: Hb – 140 г/л, Эр – 4,5 млн., L – 12 тыс, СОЭ – 42 мм/час. Общий анализ мочи – б/п.

Вопросы: Диагноз

Задача №17

Больной М., 65 лет, поступил с жалобами на сильное сердцебиение, боли за грудиной. Заболел остро. За три часа до поступления возник приступ болей за грудиной, вскоре присоединилось сердцебиение. Состояние тяжелое, больной бледен, небольшой цианоз губ, конечности холодные, тоны сердца глухие, ритм правильный, тахикардия-180 уд. в мин., пульс слабый без дефицита. АД 80/60 мм.рт.ст. На ЭКГ- тахикардия, желудочковый комплекс расширен и деформирован по типу блокады левой ножки пучка Гиса; лейкоцитов- $14 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш вероятный диагноз?
2. Какие экстренные мероприятия необходимо провести больному?

Задача №18

Больная Н., 21 год, студентка, в течение двух недель после перенесенного на ногах ОРВИ, протекавшего с повышением температуры до 38°C , насморком, обратила внимание на чрезмерную утомляемость, слабость, сердцебиение, колющие боли в области сердца, длящиеся несколько секунд, возникающие и проходящие спонтанно, одышку при умеренной физической нагрузке (подъем по лестнице до второго этажа). При осмотре: больная астеничного телосложения. Кожные покровы бледные, гипермобильность суставов. Лимфатические узлы не увеличены. Температура - $36,7^\circ\text{C}$. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок ослабленный, локализован в V межреберье по L.mediaclavicularis sinistra, верхняя - по II межреберью. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритмичны. На верхушке выслушивается мягкий, дующий систолический шум без проведения. ЧСС=Ps=110 уд/мин., АД - 110/70 мм рт ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, ненапряжен, ритмичен. Пульсация периферических артерий удовлетворительная. Подкожные вены голени не извиты, не уплотнены. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется под краем реберной дуги, мягко-эластичной консистенции. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. Неврологический статус - б/о.

Общий анализ крови: Нб - 125г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$, L- $10,2 \times 10^9/\text{л}$, эоз. - 2%, п - 1%, с - 56%, моноциты - 15%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 20 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 7,0, альбумины - 48%, глобулины - α_1 - 4,3%, α_2 - 12,1%, β - 14,2, γ - 21,4%. СРБ - ++. Креатинин - 88 мкм/л, мочевины - 4,6 мм/л, . АСТ-34 ЕД, АЛТ- 22ЕД, билирубин общий - 10, прямой - 1, K^+ - 4,3 мэкв/л, Na^+ - 138 мэкв/л. Общий анализ мочи - без патологии. Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачны. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма подвижна. Сердце и аорта - без особенностей.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведение каких дополнительных методов обследования необходимо больной и какие результаты вы ожидаете получить в ходе дообследования?
3. Какой метод обследования является золотым стандартом в диагностике данного заболевания?
4. Каково естественное течение и прогноз заболевания?
5. Тактика дальнейшего лечения больной?

Задача №19

Больной М., 42 лет, инженер, обратился к врачу с жалобами на одышку при привычных физических нагрузках, неприятные ощущения в области сердца, перебои в работе сердца, отеки голени и стоп. Анамнез заболевания: около месяца назад перенес ОРВИ (отмечалась температура до $38,8^\circ\text{C}$, ринорея, слабость). Принимал аспирин, нафтизин в течение недели. Темпе-

ратура тела нормализовалась на третьи сутки, но сохранялась выраженная слабость. Постепенно стала появляться одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца. Около двух недель назад одышка усилилась, появились отеки голеней, стоп в связи с чем обратился к врачу. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Отеки голеней и стоп. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Число дыханий - 24 в мин. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. Границы сердца: правая на 2 см латеральнее правого края грудины, верхняя - по II межреберью, левая по передней подмышечной линии. Тоны глухие, выслушивается протодиастолический ритм галопа. На верхушке дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС 102 уд. в мин., экстрасистолия - до 10 уд в мин. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 15x13x8 см, край печени выступает на 2 см из-под края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, закруглен. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. Неврологический статус - б/о.

Общий анализ крови: Нб - 136г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}$, L-9,5,2 $\times 10^9$ /л, эоз. - 2%, п - 2%, с - 57%, моноциты - 11%, лимфоциты - 28%, СОЭ - 38 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 7,4, альбумины - 40%, глобулины - α_1 - 7,3%, α_2 - 17,1%, β - 10, γ - 25%. СРБ - ++. Креатинин - 100 мкм/л, мочевины - 4,6 мм/л, АСТ-80 ЕД, АЛТ- 64ЕД, КФК - 260 Ед/л, K^+ - 4,6 мэкв/л, Na^+ - 141 мэкв/л, фибриноген - 6 г/л, антистрептолизин - $O < 100$ ЕД. Общий анализ мочи - без патологии. Рентгенограмма грудной клетки:



ЭхоКГ: Желудочки расширены. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация II ст. Повышение давления на а.pulmonalis. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) около 40%. При равновесной радиовентрикулографии отмечено снижение общей ФВ ЛЖ до 34%, правого - до 30%. Конечно-диастолический объем (КДО) левого желудочка - 307 мл, правого - 284 мл. При оценке локальной сократимости выявлены множественные нарушения локальной сократимости во всех стенках обоих желудочков (вид лоскутного одеяла).

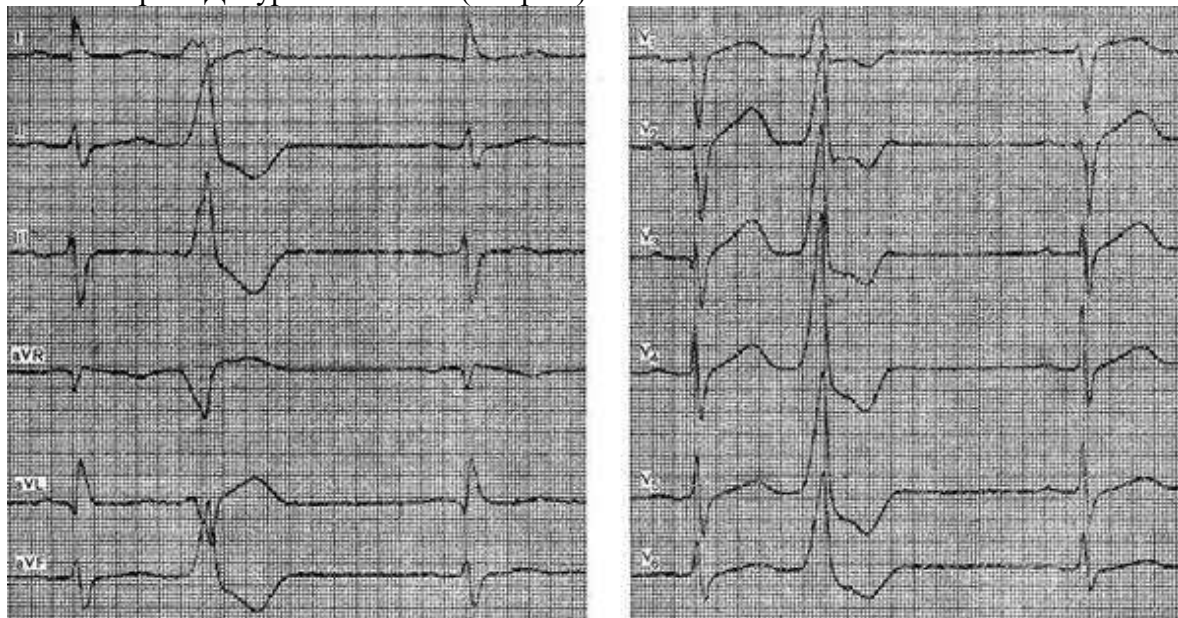
Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз
2. Какой синдром превалирует в клинической картине данного заболевания?
3. Какой метод обследования является золотым стандартом в диагностике данного заболевания?
4. Какие патофизиологические изменения миокарда лежат в основе данного заболевания?
5. Каково естественное течение и прогноз заболевания? Тактика дальнейшего ведения больного?

Задача №20

Больная К., 23 лет, через две недели после перенесенного тонзиллита отметила недомогание, появление слабости, субфебрильной температуры. При обращении к терапевту по месту жительства был выявлен мягкий систолический шум на верхушке. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. Из анамнеза известно, что у больной отмечаются частые герпетические высыпания. При осмотре: астенического телосложения. Кожные покровы бледные. Герпетические высыпания на слизистой оболочке губ, крыльях носа. Пальпируются

увеличенные до 1,5 см поднижнечелюстные л/узлы, безболезненные. Температура - 37,3°C. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок разлитой, ослабленный, локализован в VI межреберье по L. axillaris anterior. Границы относительной тупости сердца: правая на 2 см латеральнее правого края грудины, верхняя - по нижнему краю II ребра, левая на 3 см кнаружи от L. axillaris anterior. Тоны сердца приглушены, аритмичны за счет единичных экстрасистол. На верхушке выслушивается мягкий систолический шум без проведения. ЧСС - 100 уд/мин., пульс слабого наполнения, до 15 экстрасистол в мин. АД - 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется под краем реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. ЭКГ (см. рис.):



ЭхоКГ: стенки аорты и створки аортального клапана не изменены. Левый желудочек дилатирован. ФВ ЛЖ - около 35%.

Общий анализ крови: Нб - 110г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}$, L-9,1,2 $\times 10^9$ /л, эоз. - 2%, п - 2%, с - 68%, моноциты - 15%, лимфоциты - 13%, СОЭ - 23 мм/час.

Биохимический анализ крови, коагулограмма, анализы мочи без патологии. Иммунологический анализ выявил повышение титра антител к V.Herpes simplex I.

Несмотря на проводимую терапию атенололом - 25 мг в сут, диклофенаком - 75 мг в сут., у больной сохранялись политопные желудочковые экстрасистолы. На шестые сутки пребывания в стационаре больная перенесла клиническую смерть с успешной реанимацией. При контрольном обследовании через два месяца отмечается сохранение синусовой тахикардии при отсутствии желудочковой экстрасистолии. При ЭхоКГ отмечено уменьшение размеров камер сердца, увеличение ФВ ЛЖ до 50%.

Вопросы к задаче:

1. Предполагаемый диагноз
2. Какие ЭКГ-признаки свидетельствуют в пользу данного заболевания
3. Какова причина клинической смерти больной?
4. Тактика лечения
5. Какие препараты противопоказаны больной и почему

Задача №21

Больной П., 43 года преподаватель, госпитализирован в кардиологическое отделение с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, дискомфорт в области сердца, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, не связанную с приемом пищи, увеличений размеров живота на фоне общего похудения. Считает себя больным около пяти лет, когда периодически, в основном при эмоциональном перенапряжении, стали беспокоить эпизоды сердцебиения, сопровождающиеся головокружением, тошнотой, внезапно появляющиеся и внезапно исчезающие спустя 2-3 мин. К врачам не обращался, самостоятельно

принимал валокордин. В последующем эпизоды сердцебиения прекратились, в течении последних 3 лет пульс был постоянно аритмичным. Самочувствие ухудшилось в течение 6 месяцев, когда появилась слабость, утомляемость, одышка при подъеме по лестнице до первого этажа, отечность голеней и стоп. Отмечает прибавку веса на 6 кг за последние полгода, в то же время лицо и руки похудели. В связи с отеками по совету родственников начал принимать фуросемид - 40мг 2 раза в неделю. Отеки ног сохранялись, одышка усилилась, значительно ограничивая бытовую физическую активность, что и стало причиной госпитализации. **Из анамнеза:** какие-либо заболевания, кроме нечастых ОРВИ и вредные привычки, отрицает. Отец больного и бабушка со стороны отца страдали заболеванием сердца и умерли в возрасте до 45 лет.

При осмотре: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Астеничного телосложения. Рост - 170 см, вес - 65 кг. Кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз. Отеки голеней, стоп. При аускультации в нижних отделах легких отмечается притупление перкуторного звука. Тахипноэ - до 24 уд. в мин. Область сердца визуальна не изменена. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: левая - по передней подмышечной линии, верхняя - по II межреберью, правая - на 4 см латеральнее правого края грудины. При аускультации сердца: тоны глухие, протодиастолический ритм галопа, аритмичные. На верхушке дующий систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС - 110-120 уд/мин. Пульс - 80-90 уд/мин. АД=110/70 мм рт ст. Пульс мягкий, слабого наполнения, аритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 15x13x8 см. Край печени на 4 см выступает из-под края реберной дуги, мягкий. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурии нет. **Общий анализ крови:** Нв- 136 г/л, Эр. - $4,2 \times 10^{12}$, L- $6,4 \times 10^9$, эозинофилы - 2%, п-2%, с-68%, м-15%, л-13%, СОЭ - 8 мм/час. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 7,4, креатинин - 78 мкм/л, АЛТ - 24 ЕД, АСТ - 30 ЕД, K^+ - 4,6 мэкв/л, Na^+ - 141 мэкв/л, холестерин = 3,2 мм/л. **Общий анализ мочи** без патологии. **ЭКГ** - отсутствие зубцов Р, разные расстояния RR, волны f

Рентгенограмма грудной клетки:



ЭхоКГ: стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок не нарушено. Левый желудочек дилатирован. Полость правого желудочка расширена. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация - II ст. Повышение давления на a.pulmonalis. ФВ ЛЖ около 30%. Гидроперикард.

Вопросы к задаче:

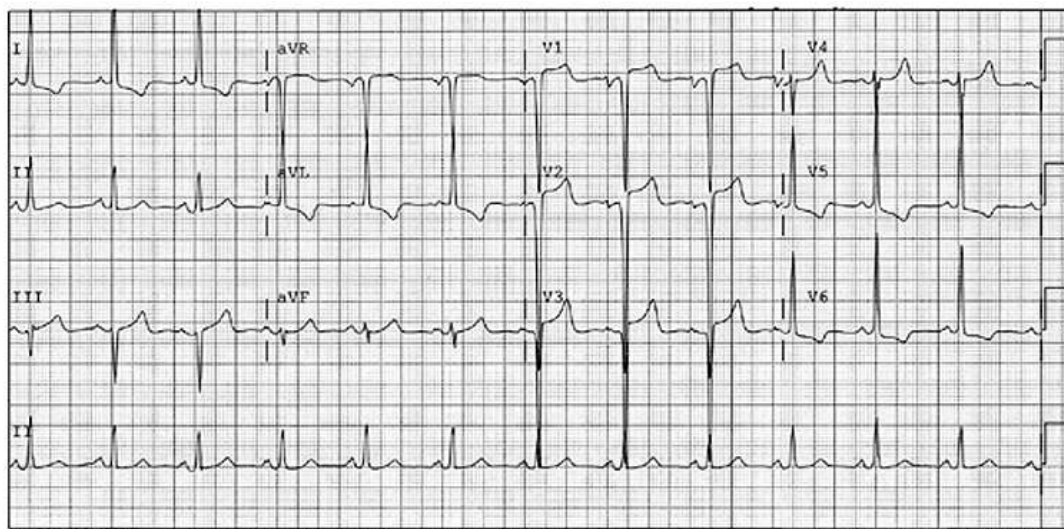
1. Сформулируйте диагноз.
2. Тактика ведения больного
3. Прогноз заболевания

Задача №22

Больной М., 34 лет, преподаватель, обратился с жалобами на головокружение, приступы тошноты, темноту перед глазами, слабость, иногда кратковременные потери сознания. **Анамнез заболевания:** считает себя больным около двух лет, к врачам не обращался, лекарств не принимал. Служил в армии, ведет физически активный образ жизни. Дядя со стороны матери внезапно умер в возрасте 26 лет, дед (мамин отец) - в возрасте 38 лет. **Объективно:** нормостенического телосложения, кожные покровы бледно-розовые, теплые. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Область сердца визуальна не изменена. Верхушечный толчок усиленный, локализован в V межреберье по левой среднеключичной ли-

нии. Тоны сердца приглушены, аритмичны за счет единичных экстрасистол, на верхушке мягкий систолический шум с проведением в левую подмышечную область, а также систолический шум вдоль левого края грудины. ЧСС 82 уд/мин. Пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 11х9х6 см, край печени пальпируется под краем реберной дуги, мягко-эластической консистенции, закруглен. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. Неврологический статус - б/о. **Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови** - без отклонения от нормы.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачны, корни структурны. Умеренное расширение тени сердца за счет левых отделов.



ЭКГ:

ЭхоКГ: гипертрофия левого желудочка без увеличения полости. Насосная функция левого желудочка сохранена. Толщина межжелудочковой перегородки в базальных отделах - 1,8 см, в апикальных - 1,4 см, задней стенки - 1,3 см. Митральная регургитация I-II. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) 65%.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз
2. Тактика ведения больного.
3. Прогноз заболевания?

Задача №23

Больная Д., 18 лет, студент из Нигерии, обратился с **жалобами** на одышку, тяжесть в правом подреберье при значительной физической нагрузке (занятия в спортивной секции), повышенную утомляемость. Жалобы беспокоят около полугода, к врачам не обращался, не лечился. Из-за прогрессирования одышки, появления сухого кашля и отеков на ногах обратился к врачу. Из **анамнеза** - ранее был практически здоров, вредных привычек не имел. Дед и дядя больного со стороны матери страдали заболеванием сердца и умерли в возрасте до 40 лет. **При осмотре:** больной негроидной расы. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок разлитой, локализован в V межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю II ребра, левая на 2 см медиальнее левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные, шумов нет. Акцент II тона над легочной артерией. ЧСС - 80 уд/мин. , пульс слабого наполнения, ненапряженный, ритмичный, 80 в мин. до 15 экстрасистол в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 14х12х8 см. край печени пальпиру-

ется под краем реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. **ЭхоКГ**: стенки аорты и створки аортального клапана не изменены. Левый желудочек уменьшен в размерах. Толщина межжелудочковой перегородки - 0,8 см, полость правого желудочка не расширена. Эндокард утолщен до 3 мм. Признаки нарушения диастолического наполнения желудочков. Повышение давления в легочной артерии. **Общий анализ крови**: Hb - 152г/л, Эр - $5,6 \times 10^{12}$, L- $6,4 \times 10^9$ /л, эоз. - 6%, п - 1%, с - 70%, моноциты - 13%, лимфоциты - 10%, СОЭ - 12 мм/час. **Биохимический анализ крови**: общий белок - 7,8, креатинин - 96 мкм/л, АЛТ - 36 ЕД, АСТ - 28 ЕД, K^+ - 4,6 мэкв/л, Na^+ - 140 мэкв/л, холестерин = 3,0 мм/л. **Общий анализ мочи** без патологии. Рентгенограмма грудной клетки: усиление бронхолегочного рисунка за счет сосудистого компонента. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма подвижна. Сердце небольших размеров: кардиоторакальный индекс - 0,3.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз
2. На основании каких анамнестических, клинико-инструментальных и лабораторных данных был поставлен диагноз?
3. Какой метод обследования является золотым стандартом в диагностике данного заболевания?
4. Тактика дальнейшего лечения больного?

Задача №24

Больной С., 58 лет, около 10 лет страдает гипертонической болезнью, цифры АД постоянно высокие, до 210/120 мм.рт.ст. Ночью проснулся с чувством нехватки воздуха, сел в постели, попросил открыть окно, состояние ухудшилось, удушье нарастало, дыхание стало клочковатым, появился кашель с пенистой, кровянистой мокротой. При измерении АД-280/150 мм.рт.ст. В легких масса влажных хрипов, пульс частый, напряжен, тоны сердца возбуждены, ритмичны.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Окажите больному неотложную помощь.

Задача №25

Больной Т, 73 лет, жалобы на слабость, утомляемость, ухудшение аппетита, зрения, памяти. С 55 лет периодически беспокоили головные бьюли в затылочной области и регистрировались цифры АД 150-160/ 90-100 мм рт ст. Назначаемые антигипертензивные препараты принимал нерегулярно. Постепенно АД повысилось до 180-190/100-120 мм рт ст. При осмотре: пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие. Голени пастозные, лицо одуловатое. Границы сердца: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Акцент 2 тона во 2 межреберье справа. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. ОАК: Hb - 120 г/л. L - $8,6 \times 10^9$ /л. СОЭ - 11 мм/час. Креатинин - 243 мкмоль/л, мочевины - 12,1 ммоль/л. Общий анализ мочи - у.в. - 1005, белок - следы. ЭКГ - отклонение ЭОС влево, зубцы R в V5-6 > V4.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Лечение

Задача №26

Мужчина 48 лет с гипертонической болезнью кризового течения в момент одного из подъемов АД до 220/140 мм рт ст почувствовал резкую одышку, достигающую степени удушья. При осмотре выявлена тахикардия до 110 в мин., в легких выслушивалось большое количество булькающих мелкопузырчатых хрипов с обеих сторон.

1. Ваш диагноз?
2. Неотложная помощь?

Задача №27

Больной 3. 53 года, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,4° С ознобом, повышенную потливость, слабость. Из *анамнеза* известно, что за 3 нед. до начала заболевания больному была произведена экстракция зуба в связи с пульпитом и начинающимся периодонтитом. В возрасте 10 лет после ангины перенес ревматическую атаку, после которой у больного был диагностирован митрально - аортальный порок сердца с преобладанием клапанного стеноза левого атриовентрикулярного отверстия. В последующие годы пациент состоял на учете у ревматолога поликлиники, по назначению специалиста проводилась вторичная профилактика ревматизма. Самочувствие пациента в дальнейшем было удовлетворительным, лишь при высоких физических нагрузках больной отмечал слабость, сердцебиение и одышку. При *объективном обследовании*: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, заметны точечные кровоизлияния под конъюнктивой, при аускультации сердца отмечен «ритм перепела», систолический и диастолический шумы в точке митрального клапана, легкий диастолический убывающий шум в точке аортального клапана. Пульс 88 в минуту, ритм правильный, АД 120/60 мм.рт.ст. Отмечено также увеличение перкуторных размеров селезенки до 12X8 см. Результаты лабораторных исследований: *Общий анализ крови*: Гемоглобин 111 г/л, эритроциты 3,75 x 10¹² /л, лейкоциты 11,9 x 10⁹ /л, палочкоядерные 12 %, сегментоядерные 61%, лимфоциты 20%, эозинофилы 1%, моноциты 7%, СОЭ 50 мм/час. *Биохимический анализ крови от*: билирубин 6,9 мкмоль/л, креатинин 100 мкмоль/л, мочевины 8,2 ммоль/л, С-реактивный белок ++++. *Анализ мочи*: относительная плотность 1018, белок 0,05 г/л эритроциты 5-10 в поле зрения, лейкоциты 6-12 в поле зрения. Пациенту было проведено *эхокардиографическое исследование*: выявлено наличие вегетации на створках аортального и митрального клапанов, признаки клапанного стеноза левого атриовентрикулярного отверстия и значительной (3-й степени) недостаточности митрального клапана, отмечены также признаки умеренной недостаточности аортального клапана. Серийно были взяты посевы пробы на высоте лихорадки - роста флоры не получено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение

Задача №28

Больная Ж. 71 год, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°С, с ознобом, повышенную потливость, слабость, недомогание, боли в мышцах, крупных суставах. Из *анамнеза* известно, что за 9 нед. до начала заболевания больная простудилась, во время того, как мыла окна в своей квартире, врачом поликлиники была диагностирована ОРВИ. По назначению врача больная принимала аналгин, бисептол. Несмотря на проводимое лечение, температура тела оставалась 37,5 - 38,2°С, через 10 дней появились слабость, недомогание, снизился аппетит. В течение последующего месяца указанные симптомы усиливались; за неделю до госпитализации появились ознобы, сопровождавшиеся выраженной потливостью. Ранее заболеваний сердца не отмечалось. При *объективном обследовании*: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, «оттенок кофе

с молоком», при аускультации сердца слышен систолический шум в точке митрального клапана. Пульс 96 в минуту, ритм правильный, АД 90/65 мм.рт.ст. Селезенка увеличена. Печень выступает из под края правой реберной дуги на 4 см. Результаты лабораторных исследований: *Общий анализ крови:* Гемоглобин 96 г/л, эритроциты $3,05 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $3,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2 %, сегментоядерные 50%, лимфоциты 34%, эозинофилы 4%, моноциты 10%, СОЭ 77 мм/час. *Биохимический анализ крови:* билирубин 27,1 мкмоль/л, креатинин 159 мкмоль/л, мочевины 17,2 ммоль/л, С-реактивный белок ++. *Анализ мочи:* относительная плотность 1012, белок 0,15 г/л эритроциты 10-35 в поле зрения, лейкоциты 4-10 в поле зрения. ЭХКГ: выявлено наличие вегетации на створках митрального клапана и признаки значительной (3-й степени) недостаточности митрального клапана, среднее давление в легочной артерии составляло 39 мм.рт.ст., (в норме 12 -18 мм.рт.ст.), признаков застоя в нижней полой вене не обнаружено. Помимо этого обнаружены признаки выпотного перикардита без наличия синдрома тампонады; Были серийно были взяты посевы крови - роста флоры не обнаружено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение

Задача №29

Больной С., 53 года. Госпитализирован с жалобами на лихорадку до $39,5^{\circ}\text{C}$, потливость, ознобы, одышку и головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 10 кг за последние 2 месяца. Около 2,5 мес. назад перенес экстракцию зуба. Через неделю появилась субфебрильная лихорадка, потливость. В течение двух недель лечился народными средствами, на фоне чего появилась фебрильная лихорадка с ознобами, потливость, боли в мышцах и суставах. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. Анализы крови: лейкоцитоз - до 14×10^9 /л, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. Был назначен ампициллин в дозе 2 г/сут, на фоне чего отметил уменьшение лихорадки до субфебрильных цифр, миалгий и артралгий. Сохранялась потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 5 дней после 10-дневного курса лечения ампициллином вновь отметил повышение температуры тела до фебрильных цифр с ознобом. В течение последних двух недель отметил появление нарастающей одышки, головокружения, похудания. За два дня до госпитализации развилась гектическая лихорадка, усилилась одышка.

Вредные привычки: в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, в течение 30 лет курит по 1 пачке в день. При осмотре: состояние тяжелое, температура $39,5^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, тургор снижен, пятна Дженуэйя. Симптом щипка положительный. Отеков нет, периферические л/узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком, с притуплением в нижних отделах. При аускультации влажные хрипы в нижних отделах. ЧДД 24/мин. Верхушечный толчок разлитой, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. При аускультации сердца - тоны ритмичные, ослабление I тона на верхушке, ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в пятой точке аускультации выслушивается мягкий, дурующий протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. ЧСС - 115 уд/мин. АД - 130/40 мм рт ст. Пульс высокий, скорый. "Пляска каротид". Размеры печени по Курлову - 14x12x10 см. Селезенка у края реберной дуги 12x10 см. Анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×10^9 /л, п - 8%, с - 78%, лимфоциты - 8%, СОЭ - 38 мм/ч. Б/х анализ крови: общий билирубин - 41,2 мкмоль/л,

СРБ+++ , фибриноген - 6,5 г/л. Имеется ревматоидный фактор. Общий анализ мочи: у.в. - 1010, белок - 0,99, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения. ЭХКГ - Расширение полости левого желудочка. На створке аортального клапана имеется экзогенное образование . Аортальная регургитация III ст., митральная регургитация - II ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Перечислите диагностические критерии, на основании которых может быть поставлен диагноз.
3. Какое еще обследование должно быть проведено для уточнения диагноза?
4. Что такое пятна Дженуэйя? Какие факторы риска развития данного заболевания имелись у больного?
5. Какова тактика лечения?

Задача №30

Больная Л, 63 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, приступы удушья в ночное время, возникающие в горизонтальном положении, кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, выраженные отеки нижних конечностей, слабость. С детства страдает ревматизмом с формированием порока сердца. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, которое связывает с переохлаждением. При осмотре состояние тяжелое, положение ортопноэ. Кожные покровы бледные, на лице - румянец щек. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних долях обеих легких. При аускультации - в нижних отделах влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - 3 см кнаружи от правого края грудины, левая - 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край II ребра. При аускультации сердца - хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана, протодиастолический шум, акцент II тона над легочной артерией. Ритм сердца правильный, ЧСС - 90 уд в мин. АД 120,80 мм рт ст. Печень вступает из-под края реберной дуги на 5 см. Селезенка не увеличена. Ревмопробы : СРБ - положительный, титр антистрептолизина О - 160.

1. Сформулируйте диагноз
2. Обоснуйте изменение гемодинамики
3. Тактика лечения

Задача №31

Больной Д., 67 лет. Поступил с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, сухой кашель, усиливающийся в положении лёжа (в связи с чем вынужден спать сидя, отёчность голеней и стоп). Из анамнеза известно, что в течение 10 лет беспокоили приступы стенокардии при умеренных физических нагрузках. Около года назад перенес ИМ, после чего появились указанные жалобы, которые постепенно прогрессировали. При осмотре состояние тяжелое. Цианоз губ, холодный акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД – 26 в мин. В лёгких жёсткое дыхание, в базальных отделах обоих лёгких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Видна прекардиальная пульсация. Пальпаторно в области сердца (в III межреберье по левому краю грудины определяется парадоксальная пульсация, положительный симптом «качелей», на верхушке – систолическое «кошачье мурлыканье»). Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – по II межреберью,

правая – на 2 см латеральнее правого края грудины. При аускультации сердца: тоны глухие, выслушивается протодиастолический ритм галопа. На верхушке систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС – 96 в мин. АД – 120/70. Размеры печени по Курлову: 16-13-8 см. Край печени на 4 см выступает из-под реберной дуги, мягкий, округлый, болезненный при пальпации. Положительный симптом Пleshа. Селезенка не увеличена. Симметричный отек стоп, голеней до средней трети. ЭКГ – признаки перенесенного трансмурального ИМ в переднее-перегородочно-верхушечной области, Отсутствие динамики смещения сегмента ST («застывшая» ЭКГ).

1. Ваш диагноз
2. Какие осложнения способствовали быстрому прогрессированию болезни у больного?
3. Какое требуется дообследование?
4. Лечение

Задача №32

У больного 45 лет ночью появились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, длительностью 30 минут, купированы после повторного приема нитроглицерина.

Объективно: состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс-82 уд. в мин. АД-130/80 мм.рт.ст.

На ЭКГ: ритм синусовый. Подъем сегмента ST в отведениях AVL, V₃₋₅ на следующий день S-T на изолинии.

Общий анализ крови: L-6,8x10⁹/л. АсАТ-0,28ммоль/л, АЛТ-0,35ммоль/л.

1. Какой вид ангинозного приступа можно предположить?
2. Возможен ли инфаркт миокарда?

Задача №33

Больной М., 55 лет, по профессии токарь, предъявляет жалобы на приступы болей за грудной сжимающего характера, иррадиирующие в левую руку, лопатку, плечо, возникающие во время ходьбы в обычном темпе, проходящие через 3-5 минут после приема нитроглицерина.

Анамнез заболевания: больным себя считает около 2 лет, когда впервые отметил появление болей вышеописанного характера при значительной физической нагрузке. Около 3-х месяцев назад они стали появляться и при обычной физической нагрузке, а также в покое. Последний приступ болей, возникший 2 дня назад, сопровождался резкой слабостью, холодным потом, головокружением, продолжался около часа и прошел самостоятельно. Во время диспансерного осмотра врач выявил симметричный отрицательный зубец Т и горизонтальное опущение сегмента ST более чем на 1 мм в III, aVF, V_{3-V6} отведениях.

Объективно: правильного телосложения, повышенного питания, рост 175 см, масса тела 110 кг. Кожные покровы несколько бледноваты, на ощупь влажные. В легких перкуторно легочной звук, аускультативно – везикулярное дыхание. Чдд 19 в мин. Область сердца на глаз не изменена. Границы сердца: правая по правому краю грудины, верхняя - в 3-м межреберье, левая на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны несколько приглушены, шумов нет. Пульс 100 уд.в мин. АД – 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение

Задача №34

Больной м., 57 лет, 3 месяца находился в клинике по поводу инфаркта миокарда. Через 2 месяца после начала заболевания стали появляться сжимающие боли за грудиной при подъеме по лестнице на 1 этаж. Боли снимались отдыхом или приемом нитроглицерина через 3 мин. Повторно поступил в стационар по поводу учащения приступов болей. На снятой ЭКГ имеются признаки перенесенного инфаркта миокарда.

1. Какие изменения ЭКГ наиболее достоверно указывают на перенесенный инфаркт миокарда у больного?
2. О каком варианте стенокардии идет речь у данного больного?
3. Сформулируйте клинический диагноз. Назначьте лечение.

Задача №35

Больной С., 48 лет, последние 6 лет страдает артериальной гипертонией. Лечился не регулярно. На протяжении последнего года стали появляться кратковременные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку. Боль провоцируется эмоциональным и физическим напряжением и пребыванием на холоде. При объективном обследовании патология со стороны сердца не выявлена. Общий анализ крови без патологии. ЭКГ в покое вне приступа без отклонений от нормы.

1. Вероятный диагноз.
2. Какое исследование необходимо произвести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение.

Задача №36

Б-ой Л., 57 лет, жалуется, что в течение года несколько раз в месяц под утро у него возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина или через несколько минут после приема финоптина. При холтеровском мониторировании удалось зафиксировать в момент приступа подъем сегмента ST в грудных отведениях. на следующий день сегмент ST располагается на изолинии.

Вопросы к задаче:

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какое лечение целесообразнее проводить?

Задача №37

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на снижение аппетита, тошноту, общую слабость, отеки век, лица и нижних конечностей, на тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области.

Заболела 2,5 года назад, когда после переохлаждения впервые появились тянущие тупые боли в поясничной области, отеки на лице. Больная постоянно находится на амбулаторном диспансерном наблюдении. Трижды за этот период находилась на стационарном лечении. Постоянно получает преднизолон в дозе 5 мг/сут. Настоящее ухудшение состояния в течение последних двух недель связывает с перенесенным ОРВИ.

Перенесенные заболевания: ангина, ОРЗ. Работает учителем. Вредные привычки отрицает. Семейный и аллергологический анамнез не отягощены.

При осмотре: состояние средней тяжести. Рост — 163 см, масса тела — 78 кг. Температура тела — 37,0 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки на лице и нижних конечностях. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 19 уд/мин. При аускультации легких: дыхание везикулярное. Бронхофония не изменена. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см внутри от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне верхнего края III ребра. При аускультации сердца тоны сердца ясные, ритмичные, пульс — 76 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 125/75 мм рт. ст. Живот обычной формы. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Анализ крови: НЬ — 103 г/л, лейкоциты — 9,1 тыс./л, палочкоядерные — 7%, сегментоядерные — 53%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 29 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1011, белок — 6,5 г/л, лейкоциты — 5—7 в поле зрения (п/з), эритроциты — 11—14 в п/з, гиалиновые цилиндры — 4—6 в п/з. Суточная протеинурия — 4,5 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез — 410 мл, ночной — 320 мл. Колебания относительной плотности — от 1,006 до 1,016.

Биохимический анализ крови: креатинин — 144 мкмоль/л. Общий белок сыворотки крови 52 г/л (альбуминов — 37%, а₁-глобулинов — 6%, а₂-глобулинов — 11%, (3-глобулинов — 14%, у-глобулинов — 24%), холестерин сыворотки — 8,8 ммоль/л. Проба Реберга—Тареева: скорость клубочковой фильтрации 55 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 95%.

УЗИ почек: Изменений в чашечно-лоханочной системе не выявлено. Биопсия почек: найдено: склероз капиллярных петель клубочков, синехий сосудистых долек с капсулой, фиброэпителиальных и фиброзных полулуний, утолщение и склероз капсулы клубочка. Выявленные фибропластические изменения в клубочках сопровождаются дистрофией эпителия проксимальных и дистальных отделов канальцев, субатрофией эпителия, атрофией и коллапсом канальцев, разрастанием соединительной ткани.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие вы ожидаете найти изменения белков и липидов в крови у этой больной?
3. Перечислите принципы медикаментозной терапии.

Задача №38

Больная Т., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, головокружения, «шум в ушах», мелькание «мушек» перед глазами, слабость. Считает себя больной в течение двух лет. Около 10 лет назад при обследовании по поводу пневмонии в общем анализе мочи выявили кровь, наблюдалась у терапевта поликлиники, однако, в связи с тем что при повторном анализе количество эритроцитов в моче значительно уменьшилось, лечение не было назначено. В последние 3 года стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Две недели назад состояние больной ухудшилось, усилились головные боли, головокружения. Связывает это с переохлаждением и перенесенной острой респираторной инфекцией.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРИ, хронический гастрит, ангина. Больная работает библиотекарем, профессиональных вредностей не имеет. Вредные при-

вычки отрицает. Семейный анамнез: мать — ГБ, у отца — ИБС, дочь здорова. Аллергологический анамнез неотягощен.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,5 °С. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски, чистые, влажные. Отеков нет. Частота дыхания 18 уд/мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 2 см снаружи от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне нижнего края III ребра. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона на аорте. Пульс — 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД — 195/110 мм рт. ст. Живот обычной формы. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Общий анализ крови: НЬ — 116 г/л, эритроциты — $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $5,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 4%, сегментоядерные — 56%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1012, белок — 0,069 г/л, лейкоциты — 5—6 в поле зрения, эритроциты — 6—8 в поле зрения.

Суточная протеинурия: 1,5 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез — 1050 мл, ночной — 1600 мл, колебания относительной плотности мочи — от 1,002 до 1,011.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация — 50 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 98%.

Биохимический анализ крови: мочевины — 9,3 ммоль/л, креатинин — 170 мкмоль/л, калий — 4,5 мэкв/л.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больной?
3. Укажите причины возникновения артериальной гипертензии при данном заболевании.
4. Какую диету необходимо рекомендовать больной?
5. Какую медикаментозную терапию проводят при данном заболевании?

Задача №39

У больного Р., 34 лет, при диспансерном обследовании по месту работы было обнаружено: протеинурия — до 0,89 г/л, эритроцитурия — до 7000 в 1 мл, лейкоцитурия — 1500 в 1 мл. Около двух лет назад после перенесенной ангины была красная моча.

При более тщательном расспросе удалось выяснить, что больной 1,5 года назад перенес ангину, после которой через 10—15 дней в течение недели была красная моча, общее самочувствие оставалось нормальным. К врачу не обращался, продолжал работать. Цвет мочи впоследствии восстановился.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, пневмония, ангина. Больной работает мастером на фабрике, профессиональных вредностей не имеет. Курит 10 лет по 0,5 пачки в день. Семейный анамнез: мать здорова, отец здоров, сын здоров. Аллергологический анамнез неотягощен.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,5 °С. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски, чистые, влажные. Отеков нет. Грудная клетка конической формы. При пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 19 уд/мин. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне нижнего края III ребра. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс — 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 120/70 мм рт. ст.

Живот обычной формы. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови: НЬ — 123 г/л, лейкоциты — $5,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 4%, сегментоядерные — 56%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1,018, белок — 0,99 г/л, эритроциты — 6—8 в поле зрения, лейкоциты — 4—5 в поле зрения, гиалиновые и эритроцитарные цилиндры единичные в препарате.

Суточная протеинурия — 1,4 г.

Биохимический анализ крови: мочевина сыворотки — 6,6 ммоль/л, креатинин — 112 мкмоль/л.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации — 70 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 97%.

Проба Зимницкого: дневной диурез — 1200 мл, ночной — 1500 мл, колебания относительной плотности — от 1,005 до 1,016.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие еще дополнительные исследования необходимо провести больному?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз выявленной патологии у больного?
4. Какую диету необходимо рекомендовать больному?
5. Какую медикаментозную терапию проводят при данном заболевании?

Задача №40

Больной К., 49 лет, поступил в стационар с жалобами на головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами на фоне повышения артериального давления до 200/110 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что больной 5 лет назад после проведения вакцинации через 10—15 дней отметил появление мочи цвета мясных помоев. Цвет мочи в течение нескольких дней восстановился. Из-за занятости к врачу не обращался. Продолжал работать. Головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами беспокоят около 4—5 лет. Артериальное давление стал измерять последние полгода по совету родственников, максимальное повышение до 190/100 мм рт. ст., адаптирован к 170/100 мм рт. ст. Не лечился.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, ангина, аппендэктомия — 10 лет назад. Больной работает экономистом, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать здорова, у отца — язвенная болезнь желудка, сын здоров. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела — 36,5 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Отеки век, лодыжки и голени пастозны. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 19 уд/мин. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 2 см кнаружи от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне нижнего края II ребра. При аускультации сердца: тоны

сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над аортой, пульс — 68 уд/мин, удовлетворительного наполнения, напряжен, АД — 200/110 мм рт. ст.

Живот обычной формы. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Клинический анализ крови: НЬ — 102 г/л, эритроциты — $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $5,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 4%, сегментоядерные — 56%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1,016, белок — 4,3 г/л, лейкоциты — 4—5 в поле зрения, эритроциты — 8—10 в поле зрения. Суточная протеинурия — 5,2 г. €

Проба Зимницкого: дневной диурез — 1060 мл, ночной — 1400 мл, колебания относительной плотности мочи — от 1006 до 1018.

Проба Реберга: клубочковая фильтрация — 60 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 98%.

Биохимический анализ крови: креатинин — 138 мкмоль/л.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
3. Укажите причины возникновения гипертензии у данного больного.
4. Какую медикаментозную терапию проводят при данном заболевании?

Задача №41

Больной Т., 35 лет врач-дерматолог. При профилактическом осмотре был обнаружен лейкоцитоз, 12×10^9 /л, в лейкоцитарной формуле — 2% миелоцитов. Ни сам больной, ни его коллеги не придали значения обнаруженной патологии, поскольку других признаков не было. В течение полугода не производился повторный анализ крови, т.к. отсутствовали субъективные ощущения болезни. Однако в течение последнего месяца пациент отметил нарастание общей слабости, снижение работоспособности.

При осмотре — состояние средней тяжести. Температура тела — 37,3 С. Лимфатические узлы при осмотре не увеличены. ЧД — 20 в мин. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС — 100 уд/мин. Ритм правильный. Шумов нет. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, острый, ровный, гладкий, безболезненный. При пальпации отмечается увеличение селезенки, выступавшей на 2 см из-под края реберной дуги, плотная, безболезненная.

Анализ крови: НЬ — 110 г/л, эритроциты — $2,8 \times 10^{12}$, тромбоциты — 98×10^9 /л, лейкоциты — 50×10^9 /л, в лейкоцитарной формуле: промиелоциты — 2%, миелоциты — 4%, метамиелоциты — 12%, палочкоядерные нейтрофилы — 10%, сегментоядерные нейтрофилы — 52%, эозинофилы — 5%, базофилы — 2%, лимфоциты — 12%, моноциты — 1%, СОЭ — 48 мм/ч. Выявлено снижение активности щелочной фосфатазы нейтрофилов менее 25 ЕД.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. На основании каких диагностических критериев поставлен данный диагноз?
3. Какие клинические синдромы имеются у данного пациента?
4. Назначьте лечение.

Задача №42

Больная Г., 58 лет, химио-лаборант, поступила в клинику с жалобами на потливость, отсутствие аппетита, похудание, боли в правом и левом подреберьях. Из анамнеза известно: забо-

лела около двух месяцев назад, когда появились и прогрессировали указанные жалобы. До этого считала себя здоровой, к врачам не обращалась. В возрасте 23 лет – аппендэктомия. Имеет двух здоровых детей 30 и 26 лет, беременности протекали без особенностей. Родители больной 78 и 82 лет живы, практически здоровы, больная с 30-летнего возраста работает лаборантом технологического института, имеет контакт с органическими растворителями.

При осмотре – состояние средней тяжести. Температура тела – 37,0 С. ЧД – 22 уд./мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы различного тембра. Границы относительной тупости сердца: правая – правый край грудины в IV межреберье; левая – по левой среднеключичной линии в V межреберье; верхняя – на уровне III ребра. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС – 90 уд/мин. Ритм правильный. Шумов нет. Размеры печеночной тупости по Курлову: по правой среднеключичной линии – 12 x 11 x 9 см. Печень пальпируется на 3 см под краем реберной дуги, край печени эластичный, ровный, гладкий, безболезненный. При пальпации отмечается увеличение селезенки, выступающей на 2 см из-под края реберной дуги, плотная, слегка болезненная.

Анализ крови: Hb - 108 г/л, эритроциты – $1,8 \times 10^{12}$, тромбоциты – 100×10^9 /л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – 98×10^9 /л, в лейкоцитарной формуле: промиелоциты – 6%, миелоциты – 20%, метамиелоциты – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 20%, сегментоядерные нейтрофилы – 45%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 10%, моноциты – 0%, СОЭ – 55 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1020, следовая протеинурия, лейкоцитов – 2 – 4 в поле зрения, много уратов.

В биохимическом анализе крови обращает внимание гиперурикемия до 500 ммоль/л.

При рентгенографии грудной клетки: Легочные поля прозрачны с признаками умеренного диффузного пневмосклероза. Очаговых теней нет. Диафрагма подвижна, синусы свободны. Тень сердца не расширена.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы больному?
3. Каковы ожидаемые результаты обследования?
4. Назначьте лечение.

Задача №43:

Больной Б., 64 лет, от был доставлен в клинику с диагнозом анемии. Больной предъявлял жалобы на слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке (ходьбе до 100м), сердцебиение, потливость, зуд, субфебрильную температуру. В течение 3 лет страдает хроническим лимфолейкозом. Ухудшение состояния в течение полугода, когда впервые появились и стали нарастать вышеописанные жалобы. В течение 2 месяцев отмечает субфебрильную температуру. Поводом для госпитализации явилась нарастающая слабость и головокружение, из-за которых больной упал на улице сознание не терял. Была вызвана бригада скорой помощи, и в связи со значительной бледностью кожных покровов был поставлен предварительный диагноз – анемия. Другие перенесенные заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Семейный анамнез не отягощен.

При осмотре – состояние тяжелое. Температура тела – 37,3 С. При осмотре лимфатические узлы не увеличены. ЧД – 22 уд/мин. При аускультации тоны сердца приглушены. ЧСС – 100 уд/мин. Печень пальпируется на 3 см ниже края правой реберной дуги, плотная, край острый, ровный, гладкий, безболезненный. Селезенка выступает из-под реберного края на 5 см, плотная, безболезненная.

Анализ крови: Hb - 75 г/л, эритроциты – $2,3 \times 10^{12}$, тромбоциты – 130×10^9 /л, цветной показатель – 1,0, лейкоциты – 78×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 0%, сегментоядерные

нейтрофилы – 18%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 80%, моноциты – 0%, СОЭ – 55 мм/ч.
Биохимический анализ крови: общий белок – 7,2, мочевины – 5,0, креатинин – 58, холестерин – 5,3, билирубин – 11, АСТ – 40, АЛТ – 35, КФК – 52, глюкоза – 6,7, К⁺ – 4,0, Na⁺ – 129.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какие клинические синдромы имеются у пациента?
4. Назначьте лечение.

Задача №44

Больная М., 63 лет, пенсионерка, поступила в клинику с жалобами на нарастание общей слабости, утомляемость, одышку при небольшой нагрузке, появление потливости. В течение последних двух месяцев периодически на несколько дней появлялось желтушное окрашивание склер, слизистых оболочек и кожи, выделение интенсивно окрашенной мочи. Мать больной умерла в возрасте 50 лет от рака желудка, отец в возрасте 72 лет – от рака легких. Больная работала няней в детском саду.

При пальпации определяются подчелюстные, подмышечные, передние шейные, паховые лимфатические узлы, размером 2 – 4 см, подвижные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями, плотновато – эластичной консистенции. Размеры печеночной тупости по Курлову: по правой среднеключичной линии – 14 x 12 x 10 см. Печень пальпируется на 3 см под краем реберной дуги, край печени эластичный, ровный, гладкий, безболезненный.

Анализ крови: Нb – 98 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}$, , цветной показатель – 0,95, лейкоциты – 156×10^9 /л, в лейкоцитарной формуле: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 26%, лимфоциты – 64%, моноциты – 8%, СОЭ – 58 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1020, следовая протеинурия, лейкоцитов – 2 – 4 в поле зрения, много уратов.

В биохимическом анализе крови обращает внимание гипербилирубинемия – 46 мкмоль/л, прямой – 18 мкмоль/л, АСТ, АЛТ – в пределах нормы

При рентгенографии грудной клетки: Легочные поля прозрачны с признаками умеренного диффузного пневмосклероза. Очаговых теней нет. Диафрагма подвижна, синусы свободны. Тень сердца не расширена.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы больной?
3. Назначьте лечение.

Задача №45

К врачу обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области. Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура $37,2^{\circ}\text{C}$. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования

3. Перечислите возможные осложнения
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения

Задача №46

Больная Г., 46 лет, поступила в отделение с жалобами на сильные опоясывающие боли в верхней части живота, неоднократную рвоту, фебрильную температуру тела, сухость во рту. Указанные жалобы возникли через 2 часа после употребления большого количества (около 500 граммов) клубники со сливками.

Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4-5 лет после погрешностей в диете временами беспокоили ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, снимающиеся приемом но-шпы и при соблюдении строгой голодной диеты в течение 1-2 дней. Лечилась самостоятельно. Последние 2 года принимает пероральные сахаропонижающие препараты по поводу сахарного диабета.

При осмотре в приемном отделении состояние больной тяжелое. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост - 167 см, вес - 81 кг, ИМТ - 29 кг/м². Абдоминальный тип ожирения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, умеренно сухие. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Голени пастозны. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, пальпация безболезненна. При сравнительной перкуссии легких определяется легочной звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Перкуторно границы легких в пределах нормы с обеих сторон. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, умеренной силы. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - III межреберье полевой парастернальной линии, левая на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=ps=92 уд/мин, АД - 163/84 мм рт.ст. Живот вздут, дефанс в эпигастрии, положительные симптомы Кера, Кача и Мейо-Робсона, болезненность в зоне Шоффара. В экспресс-лаборатории: лейкоцитоз крови - 12000, гемоглобин - 127 г/л, амилаза - 310 ЕД.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Неотложные медицинские мероприятия.

Задача №47

Больная В., 45 лет, работает в ресторане официанткой, поступила в отделение с жалобами на периодические ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникающие чаще после приема жирной пищи и алкоголя, тошноту, отрыжку воздухом, неустойчивый стул, вздутие живота. Подобные явления постепенно нарастают в течение последних 2 лет. В течение последних 10 дней начала соблюдать диету с ограничением жирных, жареных, острых блюд, пила много минеральной воды до 1,5-2 литров в сутки, принимала но-шпу - 3-4 таблетки в сутки, отметила некоторое улучшение самочувствия. Тем не менее после еды тяжесть в животе, отрыжка воздухом, вздутие и урчание живота сохранялись.

Последнее ухудшение самочувствия возникло ночью после приема алкоголя, обильной еды деликатесов, в т.ч. копченостей, торта.

вредные привычки отрицает.

Наследственность: у мамы сахарный диабет 2-го типа, отец умер от инфаркта миокарда.

Аллергоанамнез не отягощен. При осмотре больная пониженного питания. Рост - 169 см, вес - 50,0 кг. ИМТ - 17 кг/м². Кожные покровы иктеричны, со следами расчесов. телеангиоэктазий, пальмарной эритемы нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, пальпация ее безболезненна. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочной звук. Перкуторно границы легких в пределах нормы с обеих сторон. Об-

ласть сердца и крупных сосудов не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии, умеренной силы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя на уровне нижнего края III ребра, левая на 2 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=ps=88 уд/мин, АД - 105/65 мм рт ст. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. при пальпации живот несколько вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье. Слабо положительный симптом Керте, Кача и Мейо-Робсона, болезненность в зоне Шоффара. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации живота отделы толстой кишки нормальных размеров, безболезненные. Размеры печени по Курлову - 14x12x15 см, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, умеренно плотная, чувствительная при пальпации, селезенка не пальпируется.

В клиническом анализе крови: лейкоциты - 11×10^9 , палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 25 мм/ч.

В биохимии крови: билирубин - 6- ммоль/л за счет прямой фракции пигмента, холестерин - 9 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 6 ЕД (норма 2,9 ЕД), тимоловая проба - 5,5,амилаза - 600 ЕД, глюкоза крови натощак - 7,4 ммоль/л, АСТ - 0,8, АЛТ - 0,92. В кале резко снижено содержание стеркобилина.

При УЗИ поджелудочной железы на фоне усиления эхогенности pancreas отмечается увеличение размеров ее головки до 4 см с ровными контурами. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Определите тактику лечения.

Задача №48

К врачу обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2-3 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

Объективно: температура $36,9^{\circ}\text{C}$. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются «заеды». Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача №49

К врачу обратился мужчина 42 лет с жалобами на боли внизу живота и в левой половине, чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет.

Объективно: температура тела $37,1^{\circ}\text{C}$. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача №50

Больная Л., 36 лет, поступила в гастроэнтерологическое отд. с жалобами на: частый (до 12 раз в сутки) жидкий стул с примесью слизи, гноя и крови, повышение температуры тела до 39°C, снижение аппетита, похудание. Заболела 4 нед назад, когда стала отмечать примесь крови в кале, стул был 5-8 раз в сутки. Лечилась дома, принимала левомицетин, фталазол. В связи с отсутствием эффекта обратилась к участковому врачу, который направил ее в инфекционное отделение с диагнозом дизентерия, где диагноз дизентерии был снят и больная переведена в гастроэнтерологическое отделение. Объективно: общее состояние средней тяжести, бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, патологии со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, мочевого выделения не выявлено. Язык сухой обложен коричневым налетом, живот вздут, при пальпации отмечается болезненность в левой половине живота в проекции нисходящей и сигмовидной кишок, а также болезненность в зоне Поргеса. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв - 110 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,9, лейкоциты $9,6 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты - 260×10^9 /л, СОЭ 32 мм/час. Время свертывания крови 4 мин. по Сухареву, ретракция кровяного сгустка 2 часа, длительность кровотечения 2 мин. по Дьюку. Кoproлогическое исследование: кал в виде сгустков крови и слизи. Ректороманоскопия: слизистая оболочка прямой и сигмовидной кишок отечная, рыхлая, отмечается контактная кровоточивость, на всем протяжении видны эрозии и язвенные дефекты, покрытые фибрином. В просвете слизь, гной, сгустки крови.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

Задача №51

Пациент С, 24 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие, голодные боли в эпигастриальной области, которые снимаются приемом пищи и возникают вновь через 1,5—2 ч, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую за высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры. Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит. Профессиональный анамнез: по работе имеет частые командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: часто употребляет алкоголь. Семейный анамнез: у отца и дяди - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в пилорoduоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, восходящая, поперечная, нисходящая и слепая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени не пальпируется. Размеры печени по Курлову - 9 x 8 x 7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточничко-вой точках не определяется.

Общий анализ крови: НЬ — 130 г/л, лейкоциты — $6,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 60%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 30%, моноциты - 8%, СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 7,5 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л, мочевины - 6,7 ммоль/л, креатинин - 86 ммоль/л, АЛТ - 16, АСТ - 21, ЛДГ - 380, общий билирубин - 12 ммоль/л.

Больному выполнена эзофагогастродуоденоскопия. Выявлен язвенный дефект слизистой 12-п кишки.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите все возможные осложнения данного заболевания.
3. Назначьте лечение.

Задача №52.

В клинику доставлен пациент 58 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, шум в ушах. Накануне вечером на фоне дискомфорта в животе был двухкратный, неоформленный, темный стул. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад был госпитализирован в отделение травматологии после автомобильной катастрофы, где был диагностирован перелом лучевой кости. В течение последнего месяца практически ежедневно принимает ортофен по 1-2 таблетке в день из-за боли в области перелома. Самочувствие ухудшилось накануне вечером, когда появилась слабость, темный стул.

Профессиональный анамнез: работает инженером на судостроительном заводе. Вредные привычки: курит 30 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Больной гипертенического телосложения, повышенного питания, индекс массы тела - 29. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодный пот. Грудная клетка эмфизематозная, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание ослаблено над всеми отделами легких. Частота дыхания - 19 в мин.

При сравнительной перкуссии звук коробочный. При аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет. При аускультации сердца тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 110 уд/мин. АД — 85/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10 x 9 x 8 см. Селезенка не увеличена. При проведении ректального исследования выявлены темные дегтеобразные каловые массы.

Общий анализ крови: НЬ - 62 г/л, гематокрит - 14, лейкоциты - $6,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 59%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 29%, моноциты - 9%, СОЭ - 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

ЭГДС: из-за большого количества темной крови в просвете желудка определить источник кровотечения не удалось, установлено только, что кровь поступает в желудок из двенадцатиперстной кишки.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите тактику в отношении больного.

Задача №53

К врачу обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2

года. Объективно: температура 36,6 С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача №54

Больной И., 30 лет, обратился к врачу с жалобами на чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает с погрешностью в диете (выпивал). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача №55

К врачу обратился пациент 47 лет с жалобами на постоянные умеренные боли в эпигастральной области, усиливающиеся сразу после приема пищи, снижение аппетита, отрыжку тухлым, тошноту после еды, периодически возникающую рвоту с остатками непереваренной пищи, приносящую облегчение. Объективно: пациент пониженного питания, язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данной патологии.

Задача №56

Больной Л., 20 лет, занимался подледной рыбной ловлей. После переохлаждения температура тела повысилась до 39,5 С, появился сухой кашель. Вызванный участковый терапевт, помимо обилия сухих хрипов в легких, выслушал мелкопузырчатые звучные влажные хрипы слева под углом лопатки. Больному назначены бисептол, отхаркивающие, отвлекающие средства. После приема бисептола появился отек губ и лица. Повторно вызванный участковый терапевт продолжал настаивать на продолжении приема бисептола. Коррекция лечения проведена не была.

1. Каков предположительный диагноз?

2. Какие методы обследования необходимо назначить?
3. Определите последующую тактику.

Задача №57

Больной, 16 лет, поступил по поводу болей в левом коленном суставе, лихорадку до 39 С, общую слабость, потливость, 3 недели назад перенес ангину. Неделю назад были боли в локтевых суставах.

Объективно: левый коленный сустав увеличен в объеме, гиперемирован, горячий на ощупь, болезненный при пальпации и движениях. Другие суставы и внутренние органы без особенностей. Миндалины не изменены.

Анализ крови: Нв 140 г/л, L- 16.5×10^9 /л, нейтрофилы 78%, СОЭ- 60 мм/ч

1. Дайте характеристику заболевания сустава.
2. Вероятный диагноз.
3. Роль перенесенной ангины.
4. Какие изменения могут быть на ЭКГ?
5. Какое лечение назначите?

Задача №58

Болной, 49 лет, доставлен машиной “скорой помощи” в приемное отделение с жалобами на общую слабость, чувство нехватки воздуха, сердцебиение. Выяснилось, что в течение последних 2-х месяцев беспокоили боли за грудиной, по поводу которых был назначен суастак. Во время болей принимал нитроглицерин, который через 1-2 минуты снимал эти боли. Ухудшение состояния наступило во второй половине дня: появились выраженная одышка, больной не мог лежать в горизонтальном положении, резкая слабость, в связи с чем доставлен в отделение.

Объективно: общее состояние тяжелое. Больной ртом ловит воздух. Возбужден, беспокоен. Кожные покровы серо-бледные, холодные, покрыты крупными капельками пота. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 112 ударов в минуту. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения. АД- 50/30 мм.рт.ст. В легких с обеих сторон симметрично выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы, ЧДД- 34 в мин.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите основные клинические синдромы.
3. Определите тактику ведения больного и основные неотложные лечебные мероприятия.

Задача №59

Больной Б., 44 года, доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на сильные давящие боли за грудиной, иррадирующие в левую руку, перебои сердца, резкую общую слабость. Болеет около 12 часов, когда впервые появились давящие боли за грудиной. Через 10 минут боли самостоятельно прошли. В последующем боли несколько раз возобновлялись и самостоятельно проходили. Последний приступ продолжался более 2 часов. После инъекции баралгина, сделанной врачом скорой помощи, боли несколько уменьшились, но полностью не прошли, в связи с чем доставлен в клинику.

Объективно: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, холодный липкий пот. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 106 ударов в минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. В легких в нижних отделах единичные влажные хрипы.

ЭКГ: очаговые изменения задней стенки миокарда левого желудочка по типу некроза и повреждения, частая, временами по типу бигемении, желудочковая экстрасистолия.

1. Поставьте диагноз.

2. Назначьте лечение.

Задача№60

Больной З., 46 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи в тяжелом состоянии. Заторможен, кожные покровы бледные, акроцианоз, холодный пот. Положение вынужденное, сидячее, с упором рук на спинку стула. Дыхание свистящее, резко удлинено и затруднен выдох. Аускультативно: в легких дыхательные шумы на ограниченных участках не выслушиваются. Тоны сердца глухие, пульс слабого наполнения, 120 уд. в мин. АД-100/60 мм.рт.ст. Удалось выяснить, что в течение нескольких лет принимал преднизолон, прием которого прекратил за 3-4 дня до поступления в стационар. В течение 2 последних суток неоднократно вызывал скорую помощь, но эффекта от проводимых мероприятий не было.

1. Ваш диагноз.
2. Причина развития настоящего состояния.
3. Какие лечебные мероприятия вы предложите?

Задача№61

Больной, 52 года, доставлен в БИТ в бессознательном состоянии. Со слов родственников около 2 часов до поступления у больного возник приступ резких загрудинных болей., без эффекта от приема нитроглицерина.

Объективно состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс – 100 уд. в мин. АД – 60/30 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие исследования необходимы?
3. Что ожидается наЭКГ?
4. Какое лечение показано?

Задача№62

Больной С., 58 лет, около 10 лет страдает гипертонической болезнью, цифры АД постоянно высокие, до 210/120 мм.рт.ст. Ночью проснулся с чувством нехватки воздуха, сел в постели, попросил открыть окно, состояние ухудшилось, удушья нарастало, дыхание стало клочковатым, появился кашель с пенистой, кровянистой мокротой. При измерении АД-280/150 мм.рт.ст. В легких масса влажных хрипов, пульс частый, напряжен, тоны сердца возбуждены, ритмичны.

1. Поставьте диагноз.
2. Окажите больному неотложную помощь.

Задача№63

Больной П., 18 лет, слесарь, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, тупую боль в поясничной области, появляющуюся при поворотах туловища и наклонах. Кроме того, заметил, что стал реже мочиться, при каждом мочеиспускании выделяется мало мочи.

После переохлаждения 3 нед. назад стало болеть горло. По совету врача начал принимать сульфадиметоксин, полоскать горло раствором фурациллина. Самочувствие вскоре улучшилось, приступил к работе. Ухудшение наступило вчера днем: появилась тяжесть в теменной и затылочной области головы, недомогание. Обратился в поликлинику. Были

сделаны анализы крови и мочи. На следующий день, поскольку самочувствие не улучшилось, направлен в стационар для обследования и лечения.

При осмотре: ритмичный, удовлетворительного наполнения, пульс, 70 уд. в мин, напряжен. АД 160/105 мм.рт.ст. 1 тон над верхушкой ослабленной звучности, 2 тон усилен над аортой. Других изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Анализ крови: эр.- $4,3 \times 10^{12}$ /л, Нв-140 г/л, L- $7,6 \times 10^9$ /л, СОЭ- 22 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность -1028, белок 1,65 г/л, L- 5-6 в п/зр, эр.выщ.- 10-15 в п/зр., цилиндры гиалиновые и зернистые – 5-6 в п/зр.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

Задача №64

У больного 45 лет ночью появились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, длительностью 30 минут, купированы после повторного приема нитроглицерина.

Объективно: состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс- 82 уд. в мин. АД -130/80 мм.рт.ст.

На ЭКГ: ритм синусовый. Подъем сегмента ST в отведениях AVL, V₃₋₅ на след. день S-T на изолинии.

Общий анализ крови: L- $6,8 \times 10^9$ /л, АсАТ -0,28 ммоль/л, АЛТ- 0,35 ммоль/л.

1. Какой вид ангинозного приступа можно предположить?
2. Возможен ли инфаркт миокарда?

Задача №65

Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой, приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ – 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина – заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника – крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет беспокоит практически постоянная заложенность носа, 2 года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипэктомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ у больной длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем больная самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин с эффектом. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ, резко возросла частота приступов удушья в дневное, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное, ЧД 22 в мин.. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: гемоглобин 120 г/л; эритроц. 4,5 млн., ЦП 0,79; лейкоц. 8,0 тыс.; сегм. 63%. лимф. 21%; эоз. 13%; мон. 3%., СОЭ 10 мм/час. Анализ мокроты общий: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты 1-5 в п/зр; эозинофилы 20-40-60 в п/зр; эритроцитов нет; спирали Куршмана – 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена – 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены. Исследование

ФВД: ЖЕЛ 84%; ОФВ₁ 55%; МОС₂₅ 66%; МОС₅₀ 42%; МОС₇₅ 38%;. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ₁ 84%; МОС₂₅ 68%; МОС₅₀ 59%; МОС₇₅ 58%. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки – очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №66

Больной К., 27 лет, по профессии маляр, поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы. Известно, что у сестры больного – аллергический дерматит. Пациент курит по 1 пачке сигарет в день в течение 10 лет. В анамнезе отмечает аллергическую реакцию в виде отека Квинке на новокаин, пищевую аллергию – крапивница при употреблении в пищу морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, больной самостоятельно начал принимать ампициллин. На 2 день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель. При поступлении: состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД 24 в мин. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в мин, АД 120/80 мм рт.ст., Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: Нб 120 г/л; эритроциты 4,3 млн; ЦП – 0,9; лейкоц. 4,5 млн; п/я 3%; с/я 64%; эоз. 13%; лимф 20%; мон. 2%; СОЭ 10 мм /час. Ан. мокроты общий: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоц. 5-10 в п/зр., эозинофилы 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена – единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких – свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ – 87%; ОФВ₁ – 53%; МОС₂₅ – 68%; МОС₅₀ – 54%; МОС₇₅ – 24%; ОФВ₁/ФЖЕЛ – 82%.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №67

Больной Д., 46 лет, сварщик, поступил в клинику с жалобами на приступы удушья до 3-4 раз в сутки в дневное и ночное время, кашель с отделением слизисто-гноющей мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке, заложенность носа, обильное отделяемое из носа. Из анамнеза известно, что с детства беспокоит заложенность носа, усиливающаяся в весенний период. К врачам не обращался, самостоятельно использовал сосудосуживающие капли с эффектом. В течение 20 лет курит по 1 пачке сигарет в день. Последние 5 лет часто болеет ОРЗ (3-4 раза в год). Ухудшение состояния в течение 2-х месяцев, когда после контакта с масляной краской впервые возник приступ затрудненного дыхания, прошедший самостоятельно. К врачам не обращался. 2 недели назад заболел ОРЗ, появился кашель, вновь стало беспокоить затрудненное дыхание. Лечился самостоятельно без эффекта. Последнюю неделю появились приступы удушья как в дневное, так и ночное время, которые больной купирует ингаляциями сальбутамола. Для обследования и лечения поступил в кли-

нике

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД 18 в мин. Грудная клетка бочкообразной формы, перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких при аускультации над всей поверхностью выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы в большом количестве. Тоны сердца ритмичные ЧСС 86 в мин, ритм правильный, шумов нет. АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При исследовании крови: гемоглобин 130 г/л; эритроц. 4,5 млн.; лейкоц. 4,5 тыс; сегм. 63%, эоз. 12%, лимфоциты 21%; мон. 4%, СОЭ 12 мм/час. В общем анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизисто-гнойный, лейкоциты – 20-40 в п/зр, эритроцитов нет, эозинофилы 40-60 в п/зр.; спирали Куршмана – 1-3 в препарате; кристаллы Шарко-Лейдена – 3-5 в препарате, эластические волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких: повышение воздушности легочной ткани, уплотнение стенок бронхов. Исследование ФВД: ЖЕЛ 90%; ОФВ₁ 68%; МОС₂₅ 82%; МОС₅₀ 64%; МОС₇₅ 46%. После ингаляции 40 мкг аьрвента: ОФВ₁ 92%; МОС₂₅ 86%; МОС₅₀ 78%; МОС₇₅ 68%.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача № 68

Больной П., 35 лет жалуется на боль при дыхании в левой половине грудной клетки, на кашель с небольшим количеством ржавой мокроты, выраженную слабость, озноб, повысилась температура тела до 39,5, снижение аппетита. Принимал парацетамол. Вызывал бригаду скорой помощи, врачом которой произведена инъекция препаратов, каких больной назвать не может, после чего самочувствие несколько улучшилось, боль исчезла. Утром боль возобновилась, температура тела повысилась до 40⁰С.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39⁰С, кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ. Форма грудной клетки нормостеническая, больной при дыхании щадит левую половину грудной клетки. Одышка в покое до 24 в минуту, грудная клетка при пальпации эластична, голосовое дрожание слева в нижних отделах грудной клетки усилено. При сравнительной перкуссии слева ниже угла лопатки тупой звук, в остальных участках легкого звук ясный, легочный. При топографической перкуссии границы легких в норме. При аускультации легких слева над участком перкуторной тупости дыхание резко ослаблено, выслушивается звонкая крепитация, справа дыхание везикулярное.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в норме. ЧСС 91 уд. в минуту. АД -110/70 мм. рт. ст..

Из лабораторных данных: Общий анализ крови- Гемоглобин -140 г/л, лейкоциты 13,8 *10¹² /л, палочкоядерные нейтрофилы- 8%, сегментоядерные нейтрофилы-68 %, эозинофилы- 2%, лимфоциты- 20%, моноциты- 2%, СОЭ- 38 мм.в час.

Анализ мокроты- слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты 20-30 в п.зр., эритроциты-40-50 в п.зр., альвеолярные макрофаги и эителиальные клетки единичные в п. зр.

Рентгенография органов грудной полости : Заключение: Усиление легочного рисунка, расширение корня легкого слева. Гомогенное затемнение в нижней доле левого легкого.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №69

Больной К., 56 лет, каменщик, поступил в клинику с жалобами на кашель и обильное выделение гнойной мокроты по утрам, одышку, учащенное сердцебиение, субфебрильную тем-

пературу. Страдает заболеванием легких с 23 лет после перенесенной двусторонней пневмонии. С тех пор ежегодно отмечаются затяжные обострения болезни в холодное время года, по поводу которых неоднократно лечился в стационарах. Последние полгода состояние осложнилось появлением отеков нижних конечностей, головной боли, повышением АД. При осмотре состояние средней степени тяжести, в положении сидя поза вынужденная, с фиксированным плечевым поясом и опорой на руки. В дыхании участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Обращают на себя внимание одутловатость лица, серо-землистый цвет кожи, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. Пальцы имеют форму барабанных палочек, ногти – в виде часовых стекол. Грудная клетка бочкообразной формы, нижнелатеральные ее отделы симметрично отстают при дыхании. Перкуторно определяется коробочный звук, в нижних отделах – тимпанический. При аускультации – дыхание с удлиненным выдохом, множество рассеянных сухих хрипов, нестойких мелкопузырчатых влажных хрипов. В нижнелатеральных отделах с двух сторон выслушиваются стойкие звонкие средне- и крупнопузырчатые влажные хрипы. Ритм сердечных сокращений правильный, частота их – 100 в минуту. I тон над верхушкой сердца ослаблен, акцент II тона над легочным стволом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптомы Пастернацкого отрицательные с обеих сторон. Анализ крови: Нб 100г/л, эр. 3., лейкоц. 7,8 (п.3,5%, с.46%, э. 2,5%, лимф. 34%, мон. 14%). СОЭ 54мм/ч. Анализ мочи: количество 150мл, отн. Плотность 1,008, реакция кислая, белок 24г/л, лейкоциты до 20, эритроциты 0-2-5, цилиндры гиалиновые – единичные в препарате, восковидные 6-10, зернистые 2-5 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 30г/л (норма 60-80г/л), остаточный азот 120,12 ммоль/л (норма 14.28-28,56 ммоль/л), холестерин 7,8 ммоль/л, (норма 3,9-5.2 ммоль/л), креатинин 10,6 мкмоль/л (норма 0,88 – 1,76 мкмоль/л), клубочковая фильтрация 26 мл/мин (норма 65-125 мл/мин). Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, рисунок деформирован, в области нижних сегментов легких с обеих сторон имеет ячеистое строение. Свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. ЭКГ признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка, синусовая тахикардия.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие исследования позволяют поставить диагноз с большей достоверностью?
3. Какие осложнения заболевания развились у больного?
4. Лечение основного заболевания.

ЗАДАЧА №70.

Больной А., 42 года, в течение 17 лет производил полировку футляров телевизоров на войлочном круге с применением раствора, содержащего 35% бензола. Заболевание развивалось постепенно. Больной стал отмечать слабость, головные боли, быструю утомляемость, в дальнейшем появилась кровоточивость десен, носовые кровотечения. При обследовании в стационаре было обращено внимание на отсутствие увеличенных лимфатических узлов, печень пальпировалась у края реберной дуги, селезенка не пальпировалась. Отмечались тремор пальцев вытянутых рук, яркий красный дермографизм, гипергидроз ладоней, лабильность пульса и артериального Давления.

Задание: установите предварительный диагноз; составьте план дополнительного обследования, необходимого для формулирования окончательного диагноза.

ЗАДАЧА №71.

Больная М., 28 лет, в течение 7 лет работает лаборантом в химической лаборатории, где имеет контакт с различными продуктами перегонки каменного угля и нефти, в том числе с толуолом, ксилолом, бензолом и др. В последнее время стала отмечать раздражительность, быструю утомляемость, расстройство сна.

Объективных изменений со стороны внутренних органов не отмечалось. Анализы крови и мочи в норме, за исключением умеренного лейкоцитоза (число лейкоцитов 8,1 '10 /л).

В настоящее время появилась кровоточивость десен, «синяки» на теле, нарастает общая слабость. Анализ крови: число эритроцитов $3 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитов $2,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоцитов $100 \cdot 10^9$ /л.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз. Нужны ли дополнительные диагностические исследования? Назначьте лечение и проведите ВТЭ.

ЗАДАЧА №72.

Больной В., 42 года доставлен в приемное отделение больницы с предприятия по производству красителей. Объективно: синюшность слизистых оболочек, пальцев, ушных раковин, носа; несвязная, заплетающаяся речь, дезориентация. Удалось установить, что в процессе работы по изготовлению красителей в качестве исходного продукта рабочий использовал бензол и анилин, вручную заливая их смесители при аварийном состоянии вытяжной вентиляции. Спустя 2 ч от начала работы почувствовал неуверенность при выполнении производственных операций (пошатывание), нарастающую слабость, сопровождающуюся головной болью и головокружением, учащенным сердцебиением. Прервав работу, обратился в цеховой здравпункт, откуда был доставлен в клинику с диагнозом «вегетативная дистония».

В динамике наблюдения и обследования больной в стационаре в течение 5 дней отмечался неустойчивый пульс со склонностью к тахикардии, повышение АД, приглушенность сердечных тонов, преходящее затруднение дыхания. Неврологически отмечались боли при пальпации по ходу нервных стволов верхних конечностей, высокие сухожильные рефлексы с расширением рефлексогенных зон, вялая реакция зрачков на свет, преходящее нарушение ориентации, нарушена; модуляции речи.

Лабораторные данные: кровь — НЬ 143 г/л; число эритроцитов $4,6 \cdot 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,9; СОЭ 5 мм/ч, чихлю лейкоцитов $5,6 \cdot 10^9$ /л, тельца Гейнца 14%, число ретикулоцитов 18%; метгемоглобин 36 %, содержание кислорода и артериальной край 10 объемных процентов, билирубин крови общий 24,8 мкмоль/л. В иоче отмечается положительная реакция на парааминофенол.

Задание: поставьте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение и проведите ВТЭ.

ЗАДАЧА №73.

Больной К., 40 лет. полевод совхоза, доставлен в центральную районную больницу с жалобами на резкую слабость, головокружение, головную боль, тошноту, рвоту, боли в животе. При опросе установлено, что за 2 ч до появления описанных симптомов занимался прополкой поля, накануне обработанного метилмеркаптофосом. Объективное исследование выявило сужение зрачков, гипергидроз кожи, миоз, бронхорею, брадикардию, фибрилляцию отдельных мышц.

Задание: установите предварительный диагноз, составьте план обследования; назначьте лечение, проведите ВТЭ.

ЗАДАЧА № 74.

Больной М. 39 лет. доставлен в клинику в состоянии психомоторного возбуждения, в контакт не вступает. Со слов родственников пострадавшего выяснилось, что больной ошибочно выпил раствор хлорофоса. При осмотре: больной в сопорозном состоянии, возбужден, выраженный миоз с отсутствующей реакцией зрачков на свет. Достигли максимальной степени симптомы гипергидроза (резчайшая потливость, саливация, бронхорея). Наблюдаются миофибрилляции (гиперкинезы миоклонического типа) в области век, мышц груди и голеней, периодически общий гипертонус мышц, тонические судороги, тремор конечностей. Грудная клетка ригидна, ее экскурсия уменьшена, аускультативно выслушиваются влажные хрипы с обеих сторон. При аускультации сердца - выраженная брадикардия. пульс 40 в 1 мин. АД 240/120 мм.рт.ст. При пальпации брюшной полости отмечена болезненность по ходу толстой кишки, печень не увеличена, нижний край на уровне реберной дуги, во время осмотра наблюдается непроизвольный жидкий стул.

Анализ крови: эр. $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, НЬ 136 г/л., Л-6х 10^9 /л, формула без сдвига, ЦП-1, СОЭ -9

мм\ч, сахар крови 3.8 ммоль\л. Анализ мочи: относительная плотность 1016, белка и сахара нет, в осадке эпителиальные клетки единичные, л.- 7-10 в поле зрения, эритроцитов нет. Данные ЭКГ: снижение сегмента S-T и негативный зубец T в отведениях V₂-V₆

Задание: установите диагноз; какие необходимы неотложные мероприятия?

ЗАДАЧА №75.

Больной Я, 28 лет, работник сельского хозяйства, принимал активное участие в опылении плодовых деревьев и зерновых культур пестицидами. На протяжении последующих 2 мес. чувствовал себя здоровым. Ранее заболеваний не было, не курит. В дальнейшем его стали беспокоить резь в глазах, першение в горле, появился насморк с выделением из носа прозрачной жидкости, чиханье. Вскоре присоединились сухой кашель, периодами затрудненное дыхание на фазы выдоха. Одновременно отмечает головную боль, головокружение, повышенную утомляемость.

Объективно; гиперемия слизистых оболочек глаз и носа: в легких прослушиваются сухие хрипы: тоны сердца приглушены, АД 100/60 мм рт. ст. Со стороны нервной системы отмечаются общий гипергидроз. эмоциональная лабильность. легкий тремор пальцев рук, болезненность по ходу нервных стволов.

Задание: сформулируйте диагноз и обоснуйте его: назначьте лечение и проведите ВТЭ.

ЗАДАЧА №76

Больной Б., 42 года, автотехник, в течение ряда лет участвовал в работах по борьбе с сельскохозяйственными вредителями.

При заправке баллона ядохимикатами случайно из шланга облил себе лицо, руки, грудь горячей смесью полихлорпилена и ДДТ. частично их вдохнул. Обмыл лицо и руки водой. На следующий день появились учащенное сердцебиение, озноб, подергивание в отдельных группах мышц, температура тела повысилась до 38,4° С. Больной не мог продолжать работу и был госпитализирован.

При поступлении в стационар жалобы на общую слабость, сердцебиение, головную боль, головокружение, тошноту, одышку, ощущение тяжести в ногах. Объективно: состояние тяжелое; выраженный акроцианоз, одышка в покое (число дыханий 26 в 1 мин)

В легких с обеих сторон в нижнебоковых отделах прослушиваются влажные хрипы. Левая граница сердца расширена, тоны глухие, частота сердечных сокращений 120л/мин. Печень - размеры увеличены, при пальпации край печени болезненный. Коленные рефлексы высокие, асимметричны.

Задание: установите предварительный диагноз; составьте план дополнительных исследований « наметьте мероприятия по оказанию экстренной медицинской помощи.

ЗАДАЧА № 77.

При проведении периодического медицинского осмотра у одного из намазчиков свинцовых пластин, работающего на аккумуляторном заводе, обнаружены следующие показатели периферической крови: НБ 148 г/л. число эритроцитов 4,2·10¹¹/л, цветной показатель 0,98, число лейкоцитов 5,8 10⁷/л. ретикулоцитов 20%. эритроцитов с базофильной зернистостью 38%. В моче обнаружено 0,08 мг/л свинца. Жалоб рабочий не предъявляет, объективно со стороны внутренних органов без особенностей.

Задание: установите предварительный диагноз, составьте план дополнительного обследования. Какие данные необходимо получить дополнительно?

ЗАДАЧА №78.

Больной П., 42 лет. работает на производстве по изготовлению аккумуляторов. Был доставлен в больницу машиной скорой помощи в связи с резкими болями в животе. Из анамнеза выяснено, что еще до работы на аккумуляторном заводе перенес язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. На протяжении последующих 20 лет обострений не было, что подтверждалось и гастрологическими исследованиями. При поступлении в больницу жаловался на резкие схваткообразные боли в животе. Объективно: живот втянут, при пальпации разлитая болезненность с

преимущественной локализацией в средней и нижней половине живота и особенно вокруг пупка. Появлению болей предшествовали неприятный вкус во рту, тошнота, слюнотечение, бессонница, запоры. Стула у больного не было, хотя он принимал слабительные средства. В легких перкуторный звук не изменен, дыхание везикулярное, границы сердца не изменены, тоны ясные, чистые. АД 180/90 мм рт.ст. Анализ крови: НЬ 110 г/л, число ретикулоцитов 40%, эритроцитов $4,1 \cdot 10^{12}/л$, число эритроцитов с базофильной зернистостью 66%; СОЭ 11 мм/ч.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз. Нужны ли дополнительные диагностические исследования и какие? Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 79.

Больной Л., 43 года, работает в совхозе водителем грузового автотранспорта. Нередко ему приходится производить ремонтные работы автомашины, при этом обычно наблюдается загрязнение рук смазочными материалами, двигательным топливом, иногда и нитрокраской. В анамнезе заболеваний не было, за исключением ушиба головы в детском возрасте без каких-либо последствий. Спустя 15 лет после начала работы в сельской местности стал замечать появление головной боли в виде кризов по типу мигреней, головокружение, нарушение сна (чуткий сон, бессонница, долго не засыпает). В дальнейшем появились раздражительность, чувство страха, ощущение волоса во рту, ползания насекомых по телу, кошмарные сновидения.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение: проведите ВТЭ.

ЗАДАЧА №80

Больная Ф., 42 года, в течение 21 года работает лаборантом в химической лаборатории завода, имея постоянный контакт с металлической ртутью. Во время периодического медицинского осмотра предъявляла жалобы на головную боль распространенного характера, нарушение памяти, раздражительность, плаксивость, снижение работоспособности, нарушение сна, дрожание пальцев рук. При осмотре выявлено равномерное оживление сухожильных рефлексов по функциональному типу, тремор век и пальцев вытянутых рук (асимметричный), выраженный красный дермографизм, общий гипергидроз. Пульс 96 уд/мин, ритмичный, АД 150/100 мм рт. ст. В остальном изменений не выявлено.

Задание: установите предварительный диагноз; составьте план обследования, необходимый для формулировки окончательного диагноза и проведения ВТЭ.

ЗАДАЧА №81

Больной Т., 32 лет, работает на базе ядохимикатов для сельского хозяйства, занимается их отпуском сельскохозяйственным предприятием. В процессе работы не исключен непосредственный контакт с ядохимикатами в виде их аэрозолей. В прошлом заболеваний не было. Спустя 6 лет от начала работы на базе он стал отмечать повышенную раздражительность, периодически появлялись головная боль, головокружение. За последнее время значительно снизилась память, нарушился сон. Объективно: гипергидроз, легкий акроцианоз, красный стойкий дермографизм, повышение сухожильных рефлексов, невыраженный тремор пальцев вытянутых рук. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не имеется, за исключением аритмии и брадикардии.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз. Есть ли необходимость в дополнительных исследованиях? Назначьте лечение; проведите ВТЭ.

Задача №82

Солдат находился в дозоре в горнолесистой местности (температура воздуха -16 °С). Отбил от группы и заблудился. Промочил ноги, провалившись в болото, выбился из сил. Найден к концу дня поисковой группой. В МПП доставлен через 6 часов. При осмотре адинамичен, заторможен, в контакт вступает с трудом. Самостоятельно передвигаться не может. Пульс 60 уд./мин, слабого наполнения. АД 90/60 мм рт.ст. Пальцы кистей холодные восковой бледности и плотности. Обувь про-

мерзла. Снять удалось с трудом. Стопы холодные с выраженным цианозом, чувствительность кожи на стопах снижена.

Задача № 83. На приеме у врача пациент с жалуется на ноющие боли в предплечьях, снижение силы в кистях рук, ощущение «ползания мурашек» в кистях руки предплечьях. Из анамнеза выяснено, что больной в течение 6 лет работал обрубщиком чугунного литья в литейном цехе станкостроительного завода. Для работы использует пневматический молоток весом 6,5 кг с частотой ударов 1200 в минуту. При осмотре: кисти «мраморной» окраски, гипергидроз ладоней. При проведении холодовой пробы получен отрицательный результат.

- 1) установите предварительный диагноз.
- 2) разработайте план обследования.
- 3) план лечения.
- 4) проведите экспертизу трудоспособности.
- 5) профилактика патологии.

Задача № 84.

Пациент N., 49 лет, формовщик литейного цеха предъявляет жалобы на зябкость кистей рук, побеление ногтевых фаланг II-IV пальцев левой кисти, возникающие после мытья рук холодной водой и проходящее самостоятельно через 3-5 минут. Эпизоды побеления наблюдались 1-2 раза в месяц. Также больного беспокоили ноющие боли в кистях рук, усиливающиеся в покое и в ночное время, онемение и ощущение покалывания в кистях. Больным себя считает в течение 3 лет, когда стал отмечать зябкость кистей, ноющие боли в кистях рук. За медицинской помощью не обращался, продолжал работать. В течение последнего года боли и зябкость усилились, присоединились онемение, побеление пальцев, покалывание в кистях рук. Стаж работы 10 лет. Кисти при пальпации холодные, гипергидроз ладоней. При осмотре отмечается мраморность кожи ладоней. Симптом белого пятна положительный. Отмечается дистальная гипалгезия по типу коротких перчаток.

- 1) поставьте предварительный диагноз.
- 2) план обследования.
- 3) план лечения.
- 4) разработайте план реабилитационных мероприятий.
- 5) проведите экспертизу трудоспособности.

Задача № 85.

Рабочий - обрубщик сталелитейного цеха 30 лет со стажем работы 15 лет при проведении периодического медицинского осмотра стал предъявлять жалобы на побеление ногтевых и основных фаланг II-IV пальцев обеих рук, возникающее в любое время суток без видимых причин. В холодную погоду эпизоды побеления учащаются до 3-6 раз в день. Больного кроме этого беспокоили онемение, ощущение «ползания мурашек», зябкость кистей и предплечий. Больной жаловался на ноющие боли в области кистей, предплечий, усиливающиеся в ночное время, что приводило к нарушению сна. При осмотре обращает на себя внимание цианоз кистей рук, мраморность предплечий. При пальпации кистей – гипотермия и гипергидроз. Симптом «белого пятна» был положительный. Выявлена дистальная гипестезия кистей по типу длинных перчаток.

- 1) поставьте предварительный диагноз.
- 2) план обследования.
- 3) план лечения.
- 4) проведите экспертизу трудоспособности.
- 5) профилактика заболевания.

Задача № 86.

В поликлинику к участковому врачу обратился больной 59 лет с жалобами на частые (4-5 раз в неделю) эпизоды внезапного побеления ногтевых и основных фаланг II-V пальцев левой кисти и ногтевых фаланг III-IV левой кисти. Эти эпизоды длились по 30-35 минут и заканчивались восстановлением исходной окраски кожных покровов и интенсивным жжением в побелевших пальцах. Кроме того пациента беспокоили ноющие боли в кистях и предплечьях, усиливающиеся в ночное время, онемение, зябкость кистей, боли при движении в локтевых, лучезапястных суставах и межфаланговых суставах кистей рук. Профессия – клепальщик, стаж 30 лет. При осмотре кисти рук цианотичны; при пальпации кисти и предплечья холодные, гипергидроз ладоней. При исследовании болевой чувствительности обнаружена дистальная гипестезия по типу высоких перчаток. Холодовая проба положительна. Реовазография верхних конечностей: снижение уровня пульсового кровенаполнения с обеих сторон, повышение тонуса артерий, затруднение венозного оттока. На рентгенограммах локтевых и лучезапястных суставов – картина остеоартроза II стадии .

- 1) сформулируйте диагноз.
- 2) план обследования.
- 3) план лечения.
- 4) проведите экспертизу трудоспособности.
- 5) меры профилактики.

Задача № 87.

Механизатор сельского хозяйства обратился к невропатологу с жалобами на интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника и нижних конечностях, усиливающиеся при движении, наклонах и во время работы. Кроме того больного беспокоили ноющие боли в кистях и предплечьях, усиливающиеся в ночное время, онемение в области кистей, предплечий, стоп; зябкость кистей и стоп. Из анамнеза было выяснено, что пациент работал механизатором в течение 29 лет на гусеничной технике (трактор ДТ-75), зерноуборочных комбайнах (ДОН-1500), выполняя все виды сельскохозяйственных работ (вспашка, боронование, уборка и др.). Симптоматика развивалась постепенно в течение последних 10 лет. Интенсивные боли в позвоночнике в течение последнего года. Перестал справляться с профессиональными обязанностями. В течение последнего года 147 дней временной нетрудоспособности. При осмотре кисти и стопы цианотичны. При пальпации – гипотермия и гипергидроз кистей и стоп. Определялись гипестезии по типу «перчаток» и «носков». В поясничном отделе позвоночника определялась болезненность паравертебральных точек, дефанс мышц.

- 1) сформулируйте диагноз.
- 2) составьте план обследования.
- 3) план лечения.
- 4) проведите экспертизу трудоспособности.
- 5) меры профилактики

Задача № 88.

Больной Л., 48 лет, при очередном обследовании в медсанчасти пожаловался на сухой кашель; боли в груди без четкой связи с физической нагрузкой; одышку при ходьбе, постепенно нарастающую в течение последних 6 месяцев; слабость; недомогание; потливость. В течение 12 лет работал пескоструйщиком (концентрация пыли, содержащей свободную двуокись кремния 12%, 28 мг/м³). Два года назад у больного диагностирован силикоз (1p, 1s, em). Направлен на консультацию в противотуберкулезный диспансер. Объективно; легкий цианоз губ, ЧДД 24 в минуту, перкуторный звук в нижних отделах легких с коробочным оттенком. Дыхание ослабленное, в правой аксиллярной области жесткое, рассеянные сухие хрипы, под левой лопаткой нестойкие мелко- и среднепузырчатые хрипы. Рентгенологически: лёгочный рисунок деформирован по ячеисто-сетчатому типу, в средне-нижних отделах, больше справа, округлые; образования 1-2 мм в диаметре в умеренном количестве; более крупные полиморфные образования разной плотности в верхних отделах с обеих сторон. Апикальная плевра утолщена, массивные плевродиафрагмальные спайки.

1. Проанализируйте представленные данные.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования.

Задача № 89.

Больной С., 39 лет, шофер легковой машины, поступил в профпатологический центр с жалобами на периодические неприятные ощущения в грудной клетке (в межлопаточной области и в левой половине грудной клетки), одышку при физической нагрузке, сухой кашель. Курит по 1/2 пачке сигарет в день около 20 лет. Работает шофером 5 лет (2 года на автобусе, последние 3 года на легковой машине). Ранее работал 14 лет обдирщиком и шлифовальщиком на кругах из природных абразивов (песчаника). На работу водителем перешел по собственному желанию, в связи с переездом в другой город. Последние 4 года профосмотры не проходил. При обследовании: кожные покровы обычной окраски и влажности. Подвижность нижних легочных краёв 4-6 см. В нижних отделах легких перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание ослабленное, на других участках - жёсткое. Выслушиваются немногочисленные сухие рассеянные хрипы. Рентгенография лёгких: свежих очаговых и инфильтративных образований нет. На всем протяжении легких, исключая верхушки, множественные узелковые образования диаметром 3-5мм на фоне сетчатого фиброза, корни «обрублены», содержат петрификаты лимфоузлов. Справа - тень междолевой плевры.

1. Сформулируйте диагноз
2. Назначьте лечение
3. Решите вопрос о профессиональной пригодности

Задача № 90.

Больной К., 32 лет, поступил в легочное отделение ККБ №1 для уточнения диагноза в связи с тем, что на очередном профосмотре на рентгенограмме легких были выявлены узелково-подобные тени диаметром 1,5 - 3 мм преимущественно в средне-нижних отделах лёгких в умеренном количестве. Жалоб при поступлении не предъявлял. Профмаршрут: в течение 10 лет работает электросварщиком на заводе «Сибтяжмаш». Из санитарно-гигиенической характеристики рабочего места: на сварочном участке подвергается воздействию аэрозолей окислов железа, марганца и др. соединений с превышением ПДК в 10 - 16 раз. Вентиляция в цехе общеобменная, при работе в полужакрытых помещениях применяется газоотсос. Индивидуальные средства защиты: маска - щиток, СИЗ органов дыхания не применялись. До поступления на завод рентгенологические изменения в легких не было. При обследовании: перкуторно - лёгочный звук, дыхание жестковатое, хрипов нет. Спирография: показатели в пределах нормы, прироста ОФВ₁ на беротек не получено. SpO₂ – 98%. Фтизиатр: данных за туберкулёз лёгких не выявлено.

1. Сформулируйте предположительный диагноз с применением кодировки рентгенологических изменений в легких.
2. Определите дальнейшую тактику ведения больного
3. Трудовые рекомендации.

Задача № 91.

Больной Щ., 53 лет, моторист подземной галереи, стаж работы 16 лет, имеет контакт с пылью песка и керамзита. Концентрация пыли в воздухе рабочей зоны – 50 мг/м³ при ПДК - 2 мг/м³. Жалуется на кашель с мокротой слизистого характера отдельными плевками, одышку при привычной физической нагрузке, приступообразные затруднения дыхания с кашлем и ощущением свиста в грудной клетке. На предприятие поступал здоровым, через 12 лет появился сухой кашель, затем стала отходить слизистая мокрота, появилась одышка, постепенно нарастающие приступы затрудненного дыхания; обострения заболевания 2-3 раза в год с пребыванием на б/листе. В период отпуска наступает улучшение, но полностью здо-

ровым себя не ощущает. Не курит. На предприятии многие рабочие страдают хроническим бронхитом. Объективно: грудная клетка бочкообразной формы, перкуторный звук с корочным оттенком, дыхание жесткое, ослабленное, выдох удлинен, по всем полям сухие свистящие хрипы. Спирография: ЖЕЛ – 63% от должной, ОФВ₁ - 60 % от должного, на беротек прирост ОФВ₁. Рентгенологически: усиление легочного рисунка, эмфизема, с-м диссеминации.

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Обоснуйте профессиональный характер заболевания
3. Экспертиза трудоспособности

Задача № 92

Больная С., 44 лет, работница хлопкоперерабатывающей фабрики, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья, более выраженные в начале рабочей недели (по понедельникам), уменьшающиеся по продолжительности к пятнице; почти постоянный кашель с отделением небольшого количества вязкой мокроты; одышку при ходьбе, усиливающуюся при физической нагрузке, работе в цехе, при резких перепадах погоды. Рентгенологически определяется нерезкое усиление сосудисто-бронхиального рисунка, преимущественно в средне-нижних отделах; уплотнение корней; повышение прозрачности легочной ткани. Эозинофилии в крови и мокроте не выявлено. Спирографически – ОФВ₁- 64% с приростом на беротек на 13%.

1. Клинический диагноз
2. Ведущие синдромы
3. Экспертиза трудоспособности

Задача 93.

Больная, 25 лет, предъявляет жалобы на утомляемость, общую слабость, эпизоды головокружения, сердцебиение и одышку при физической нагрузке. Из анамнеза: сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности. Месячные с 13 лет, обильные первые 3-4 дня, по 5-6 дней, регулярные. В настоящее время осуществляет грудные вскармливания ребенка. Объективно: состояние средней тяжести. Бледность и сухость кожных покровов; ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Печень и селезенка не увеличены. ОАК: Нб 75 г/л, эр. 3,3x10¹²/л, формула без особенностей, СОЭ 12 мм/час, MCV 70 фл., MCH 21,0 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз

Вопросы к задаче:

1. Выделите основные синдромы
2. Оцените ОАК
3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
4. План обследования
5. Лечение

Ситуационные задачи по разделу дисциплины «ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ»

Интоксикации ароматическими углеводородами

ЗАДАЧА №1.

Больной А., 42 года, в течение 17 лет производил полировку футляров телевизоров на войлочном круге с применением раствора, содержащего 35% бензола. Заболевание развивалось постепенно. Больной стал отмечать слабость, головные боли, быструю утомляемость, в дальнейшем появилась кровоточивость десен, носовые кровотечения. При обследовании в стационаре было обращено внимание на отсутствие увеличенных лимфатических узлов, печень пальпировалась у края реберной дуги, селезенка не пальпировалась. Отмечались тремор пальцев вытянутых рук, яркий красный дермографизм, гипергидроз ладоней, лабильность пульса и артериального Давления.

Задание: установите предварительный диагноз; составьте план дополнительного обследования, необходимого для формулирования окончательного диагноза.

ЗАДАЧА №2.

Больная М., 28 лет, в течение 7 лет работает лаборантом в химической лаборатории, где имеет контакт с различными продуктами перегонки каменного угля и нефти, в том числе с толуолом, ксилолом, бензолом и др. В последнее время стала отмечать раздражительность, быструю утомляемость, расстройство сна.

Объективных изменений со стороны внутренних органов не отмечалось. Анализы крови и мочи в норме, за исключением умеренного лейкоцитоза (число лейкоцитов $8,1 \cdot 10^9$ /л).

В настоящее время появилась кровоточивость десен, «синяки» на теле, нарастает общая слабость. Анализ крови: число эритроцитов $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитов $2,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоцитов $100 \cdot 10^9$ /л.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз. Нужны ли дополнительные диагностические исследования? Назначьте лечение и проведите ВТЭ.

ЗАДАЧА №3.

Больной В., 42 года доставлен в приемное отделение больницы с предприятия по производству красителей. Объективно: синюшность слизистых оболочек, пальцев, ушных раковин, носа; несвязная, заплетающаяся речь, дезориентация. Удалось установить, что в процессе работы по изготовлению красителей в качестве исходного продукта рабочий использовал бензол и анилин, вручную заливая их смесители при аварийном состоянии вытяжной вентиляции. Спустя 2 ч от начала работы почувствовал неуверенность при выполнении производственных операций (пошатывание), нарастающую слабость, сопровождающуюся головной болью и головокружением, учащенным сердцебиением. Прервав работу, обратился в цеховой здравпункт, откуда был доставлен в клинику с диагнозом «вегетативная дистония».

В динамике наблюдения и обследования больной в стационаре в течение 5 дней отмечался неустойчивый пульс со склонностью к тахикардии, повышение АД, приглушенность сердечных тонов, преходящее затруднение дыхания. Неврологически отмечались боли при пальпации по ходу нервных стволов верхних конечностей, высокие сухожильные рефлексы с расширением рефлексогенных зон, вялая реакция зрачков на свет, преходящее нарушение ориентации, нарушена; модуляции речи.

Лабораторные данные: кровь — НЬ 143 г/л; число эритроцитов $4,610^{12}$ /л, цветной показатель 0,9; СОЭ 5 мм/ч, чихлю лейкоцитов $5,6 \cdot 10^9$ /л, тельца Гейнца 14%, число ретикулоцитов 18%; метгемоглобин 36 %, содержание кислорода и артериальной край 10 объемных процентов, билирубин крови общий 24,8 мкмоль/л. В иоче отмечается положительная реакция на парааминофенол.

Задание: поставьте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение и проведите ВТЭ.

Интоксикации пестицидами

ЗАДАЧА №1.

Больной К., 40 лет. полевод совхоза, доставлен в центральную районную больницу с жалобами на резкую слабость, головокружение, головную боль, тошноту, рвоту, боли в животе. При опросе установлено, что за 2 ч до появления описанных симптомов занимался прополкой поля, накануне обработанного метилмеркаптофосом. Объективное исследование выявило сужение зрачков, гипергидроз кожи, миоз, бронхорею, брадикардию, фибрилляцию отдельных мышц.

Задание: установите предварительный диагноз, составьте план обследования; назначьте лечение, проведите ВТЭ.

ЗАДАЧА № 2.

Больной М. 39 лет. доставлен в клинику в состоянии психомоторного возбуждения, в контакт не вступает. Со слов родственников пострадавшего выяснилось, что больной ошибочно выпил раствор хлорофоса. При осмотре: больной в сопорозном состоянии, возбужден, выраженный миоз с отсутствующей реакцией зрачков на свет. Достигли максимальной степени симптомы гипергидроза (резчайшая потливость, саливация, бронхорея). Наблюдаются миофибрилляции (гиперкинезы миоклонического типа) в области век, мышц груди и голеней, периодически общий гипертонус мышц, тонические судороги, тремор конечностей. Грудная клетка ригидна, ее экскурсия уменьшена, аускультативно выслушиваются влажные хрипы с обеих сторон. При аускультации сердца - выраженная брадикардия. пульс 40 в 1 мин. АД 240/120 мм.рт.ст. При пальпации брюшной полости отмечена болезненность по ходу толстой кишки, печень не увеличена, нижний край на уровне реберной дуги, во время осмотра наблюдается непроизвольный жидкий стул.

Анализ крови: эр. $4,2 \times 10^{12}/л$, Нб 136 г/л., Л-6х $10^9/л$, формула без сдвига, ЦП-1, СОЭ -9 мм/ч, сахар крови 3.8 ммоль/л. Анализ мочи: относительная плотность 1016, белка и сахара нет, в осадке эпителиальные клетки единичные, л.- 7-10 в поле зрения, эритроцитов нет. Данные ЭКГ: снижение сегмента S-T и негативный зубец T в отведениях V₂-V₆

Задание: установите диагноз; какие необходимы неотложные мероприятия?

ЗАДАЧА №3.

Больной Я, 28 лет, работник сельского хозяйства, принимал активное участие в опылении плодовых деревьев и зерновых культур пестицидами. На протяжении последующих 2 мес. чувствовал себя здоровым. Ранее заболеваний не было, не курит. В дальнейшем его стали беспокоить резь в глазах, першение в горле, появился насморк с выделением из носа прозрачной жидкости, чиханье. Вскоре присоединились сухой кашель, периодами затрудненное дыхание на фазы выдоха. Одновременно отмечает головную боль, головокружение, повышенную утомляемость.

Объективно; гиперемия слизистых оболочек глаз и носа: в легких прослушиваются сухие хрипы: тоны сердца приглушены, АД 100/60 мм рт. ст. Со стороны нервной системы отмечаются общий гипергидроз. эмоциональная лабильность. легкий тремор пальцев рук, болезненность по ходу нервных стволов.

Задание: сформулируйте диагноз и обоснуйте его: назначьте лечение и проведите ВТЭ.

Интоксикации свинцом ,марганцем

ЗАДАЧА № 1.

При проведении периодического медицинского осмотра у одного из намазчиков свинцовых пластин, работающего на аккумуляторном заводе, обнаружены следующие показатели периферической крови: НБ 148 г/л. число эритроцитов $4,2 \cdot 10^{11}/л$, цветной показатель 0,98, число лейкоцитов $5,8 \cdot 10^9/л$. ретикулоцитов 20%. эритроцитов с базофильной зернистостью 38%. В моче обнаружено 0,08 мг/л свинца. Жалоб рабочий не предъявляет, объективно со стороны внутренних органов без особенностей.

Задание: установите предварительный диагноз, составьте план дополнительного обследования. Какие данные необходимо получить дополнительно?

ЗАДАЧА №2.

Больной П., 42 лет. работает на производстве по изготовлению аккумуляторов. Был доставлен в больницу машиной скорой помощи в связи с резкими болями в животе. Из анамнеза выяснено, что еще до работы на аккумуляторном заводе перенес язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. На протяжении последующих 20 лет обострений не было, что подтверждалось и гастрологическими исследованиями. При поступлении в больницу жаловался на резкие схваткообразные боли в животе. Объективно: живот втянут, при пальпации разлитая болезненность с преимущественной локализацией в средней и нижней половине живота и особенно вокруг пупка. Появлению болей предшествовали неприятный вкус во рту, тошнота, слюнотечение, бессонница, запоры. Стула у больного не было, хотя он принимал слабительные средства. В легких перкуторный звук не изменен, дыхание везикулярное, границы сердца не изменены, тоны ясные, чистые. АД 180/90 мм рт.ст. Анализ крови: НЬ 110 г/л, число ретикулоцитов 40%, эритроцитов $4,1 \cdot 10^{12}/л$, число эритроцитов с базофильной зернистостью 66%; СОЭ 11 мм/ч.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз. Нужны ли дополнительные диагностические исследования и какие? Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 3.

Больной Л., 43 года, работает в совхозе водителем грузового автотранспорта. Нередко ему приходится производить ремонтные работы автомашины, при этом обычно наблюдается загрязнение рук смазочными материалами, двигательным топливом, иногда и нитрокраской. В анамнезе заболеваний не было, за исключением ушиба головы в детском возрасте без каких-либо последствий. Спустя 15 лет после начала работы в сельской местности стал замечать появление головной боли в виде кризов по типу мигреней, головокружение, нарушение сна (чуткий сон, бессонница, долго не засыпает). В дальнейшем появились раздражительность, чувство страха, ощущение волоса во рту, ползания насекомых по телу, кошмарные сновидения.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение: проведите ВТЭ.

Хроническая ртутная интоксикация

ЗАДАЧА №1

Больная Ф., 42 года, в течение 21 года работает лаборантом в химической лаборатории завода, имея постоянный контакт с металлической ртутью. Во время периодического медицинского осмотра предъявляла жалобы на головную боль распространенного характера, нарушение памяти, раздражительность, плаксивость, снижение работоспособности, нарушение сна, дрожание пальцев рук. При осмотре выявлено равномерное оживление сухожильных рефлексов по функциональному типу, тремор век и пальцев вытянутых рук (асимметричный), выраженный красный дермографизм, общий гипергидроз. Пульс 96 уд/мин, ритмичный, АД 150/100 мм рт. ст. В остальном изменений не выявлено.

Задание: установите предварительный диагноз; составьте план обследования, необходимый для формулировки окончательного диагноза и проведения ВТЭ.

ЗАДАЧА №2

Больной Т., 32 лет. работает на базе ядохимикатов для сельского хозяйства, занимается их отпуском сельскохозяйственным предприятием. В процессе работы не исключен непосредственный контакт с ядохимикатами в виде их аэрозолей. В прошлом заболеваний не было. Спустя 6 лет от начала работы на базе он стал отмечать повышенную раздражительность, периодически появлялись головная боль, головокружение. За последнее время значительно снизилась память, нарушился сон. Объективно: гипергидроз, легкий акроцианоз, красный стойкий дермографизм, повышение сухожильных рефлексов, невыраженный тремор пальцев вытянутых рук. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не имеется, за исключением аритмии и брадикардии.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз. Есть ли необходимость в дополнительных исследованиях? Назначьте лечение; проведите ВТЭ.

Холодовой невровакулит

Солдат находился в дозоре в горнолесистой местности (температура воздуха -16°C). Отбился от группы и заблудился. Промочил ноги, провалившись в болото, выбился из сил. Найден к концу дня поисковой группой. В МПП доставлен через 6 часов. При осмотре адинамичен, заторможен, в контакт вступает с трудом. Самостоятельно передвигаться не может. Пульс 60 уд./мин, слабого наполнения. АД 90/60 мм рт.ст. Пальцы кистей холодные восковой бледности и плотности. Обувь промерзла. Снять удалось с трудом. Стопы холодные с выраженным цианозом, чувствительность кожи на стопах снижена.

Ответ

Диагноз. Отморожение кистей I-II степени. Траншейные стопы I-II степени. Общее охлаждение легкой степени.

Тактика и лечение.

Первая помощь. Смена одежды, согревание пострадавшего с использованием термопленки. Дача антибиотиков, введение анальгетиков.

Доврачебная помощь. В дополнение к первой помощи 1 таблетка аспирина внутрь, внутримышечно 2,0 мл 2% папаверина.

Первая врачебная помощь Введение профилактической дозы антибиотиков, столбнячного анатоксина, анальгетиков и антигистаминных средств. На пораженные участки конечностей накладывают теплоизолирующие повязки, вводят сосудорасширяющие средства: 5-10 мл 2,4% раствора эуфиллина, 10-20 мл 0,25% раствора новокаина, 2 мл 2% раствора папаверина. Дают внутрь 1 г аспирина. При подозрении на глубокие отморожения выполняется футлярная блокада у основания конечности 0,25% раствором новокаина (100- 200 мл). Если позволяют условия, конечности согревают в течение 40-60 мин в емкости с водой, имеющей температуру не более 40°C . Одновременно массируют конечности от периферии к центру. После этого конечности согревают спиртом, и на них накладывают асептическую ватно-марлевую повязку.

Внутривенно переливают реополиглюкин - 200 мл и глюкозо-новокаиновую смесь (150 мл 0,25% раствора новокаина и 350 мл 5% раствора глюкозы). Эвакуация санитарным транспортом на носилках с соблюдением мер, препятствующих охлаждению (машины с обогревом, в спальнях мешках)

Вибрационная болезнь

Задача № 1. На приеме у врача пациент с жалуется на ноющие боли в предплечьях, снижение силы в кистях рук, ощущение «ползания мурашек» в кистях руки предплечьях. Из анамнеза выяснено, что больной в течение 6 лет работал обрубщиком чугуна в литейном цехе станкостроительного завода. Для работы использует пневматический молоток весом 6,5 кг с частотой ударов 1200 в минуту. При осмотре: кисти «мраморной» окраски, гипергидроз ладоней. При проведении холодовой пробы получен отрицательный результат.

- 1) установите предварительный диагноз.
- 2) разработайте план обследования.
- 3) план лечения.
- 4) проведите экспертизу трудоспособности.
- 5) профилактика патологии.

Задача № 2. Пациент Н., 49 лет, формовщик литейного цеха предъявляет жалобы на зябкость кистей рук, побеление ногтевых фаланг II-IV пальцев левой кисти, возникающие после мытья рек холодной водой и проходящее самостоятельно через 3-5 минут. Эпизоды побеления наблюдались 1-2 раза в месяц. Также больного беспокоили ноющие боли в кистях рук, усиливающиеся в покое и в ночное время, онемение и ощущение покалывания в ки-

стях. Больным себя считает в течение 3 лет, когда стал отмечать зябкость кистей, ноющие боли в кистях рук. За медицинской помощью не обращался, продолжал работать. В течение последнего года боли и зябкость усилились, присоединились онемение, побеление пальцев, покалывание в кистях рук. Стаж работы 10 лет. Кисти при пальпации холодные, гипергидроз ладоней. При осмотре отмечается мраморность кожи ладоней. Симптом белого пятна положителен. Отмечается дистальная гипалгезия по типу коротких перчаток.

- 1) поставьте предварительный диагноз.
- 2) план обследования.
- 3) план лечения.
- 4) разработайте план реабилитационных мероприятий.
- 5) проведите экспертизу трудоспособности.

Задача № 3. Рабочий - обрубщик сталелитейного цеха 30 лет со стажем работы 15 лет при проведении периодического медицинского осмотра стал предъявлять жалобы на побеление ногтевых и основных фаланг II-IV пальцев обеих рук, возникающее в любое время суток без видимых причин. В холодную погоду эпизоды побеления учащаются до 3-6 раз в день. Больного кроме этого беспокоили онемение, ощущение «ползания мурашек», зябкость кистей и предплечий. Больной жаловался на ноющие боли в области кистей, предплечий, усиливающиеся в ночное время, что приводило к нарушению сна. При осмотре обращает на себя внимание цианоз кистей рук, мраморность предплечий. При пальпации кистей – гипотермия и гипергидроз. Симптом «белого пятна» был положителен. Выявлена дистальная гипестезия кистей по типу длинных перчаток.

- 1) поставьте предварительный диагноз.
- 2) план обследования.
- 3) план лечения.
- 4) проведите экспертизу трудоспособности.
- 5) профилактика заболевания.

Пылевые заболевания легких

Задача № 1.

Больной Л., 48 лет, при очередном обследовании в медсанчасти пожаловался на сухой кашель; боли в груди без четкой связи с физической нагрузкой; одышку при ходьбе, постепенно нарастающую в течение последних 6 месяцев; слабость; недомогание; потливость. В течение 12 лет работал пескоструйщиком (концентрация пыли, содержащей свободную двуокись кремния 12%, 28 мг/м³). Два года назад у больного диагностирован силикоз (1p, 1s, em). Направлен на консультацию в противотуберкулезный диспансер. Объективно; легкий цианоз губ, ЧДД 24 в минуту, перкуторный звук в нижних отделах легких с коробочным оттенком. Дыхание ослабленное, в правой аксиллярной области жесткое, рассеянные сухие хрипы, под левой лопаткой нестойкие мелко- и среднепузырчатые хрипы. Рентгенологически: лёгочный рисунок деформирован по ячеисто-сетчатому типу, в средне-нижних отделах, больше справа, округлые; образования 1-2 мм в диаметре в умеренном количестве; более крупные полиморфные образования разной плотности в верхних отделах с обеих сторон. Апикальная плевра утолщена, массивные плевродиафрагмальные спайки.

1. Проанализируйте представленные данные.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования.

Задача № 2.

Больной С., 39 лет, шофер легковой машины, поступил в профпатологический центр с жалобами на периодические неприятные ощущения в грудной клетке (в межлопаточной области и в левой половине грудной клетки), одышку при физической нагрузке, сухой кашель. Курит по 1/2 пачке сигарет в день около 20 лет. Работает шофером 5 лет (2 года на автобу-

се, последние 3 года на легковой машине). Ранее работал 14 лет обдирщиком и шлифовальщиком на кругах из природных абразивов (песчаника). На работу водителем перешел по собственному желанию, в связи с переездом в другой город. Последние 4 года профосмотры не проходил. При обследовании: кожные покровы обычной окраски и влажности. Подвижность нижних легочных краёв 4-6 см. В нижних отделах легких перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание ослабленное, на других участках - жёсткое. Выслушиваются немногочисленные сухие рассеянные хрипы. Рентгенография лёгких: свежих очаговых и инфильтративных образований нет. На всем протяжении легких, исключая верхушки, множественные узелковые образования диаметром 3-5мм на фоне сетчатого фиброза, корни «обрублены», содержат петрификаты лимфоузлов. Справа - тень междолевой плевры.

1. Сформулируйте диагноз
2. Назначьте лечение
3. Решите вопрос о профессиональной пригодности

Задача № 3.

Больной К., 32 лет, поступил в легочное отделение ККБ №1 для уточнения диагноза в связи с тем, что на очередном профосмотре на рентгенограмме легких были выявлены узелково-подобные тени диаметром 1,5 - 3 мм преимущественно в средне-нижних отделах лёгких в умеренном количестве. Жалоб при поступлении не предъявлял. Профмаршрут: в течение 10 лет работает электросварщиком на заводе «Сибтяжмаш». Из санитарно-гигиенической характеристики рабочего места: на сварочном участке подвергается воздействию аэрозолей окислов железа, марганца и др. соединений с превышением ПДК в 10 - 16 раз. Вентиляция в цехе общеобменная, при работе в полужакрытых помещениях применяется газоотсос. Индивидуальные средства защиты: маска - щиток, СИЗ органов дыхания не применялись. До поступления на завод рентгенологических изменений в легких не было. При обследовании: перкуторно - лёгочный звук, дыхание жестковатое, хрипов нет. Спирография: показатели в пределах нормы, прироста ОФВ₁ на беротек не получено. SpO₂ – 98%. Фтизиатр: данных за туберкулёз лёгких не выявлено.

1. Сформулируйте предположительный диагноз с применением кодировки рентгенологических изменений в легких.
2. Определите дальнейшую тактику ведения больного
3. Трудовые рекомендации.

ПРИМЕРНЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Формы экзаменационных билетов

ФГБОУ ВО «ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МЗ РФ КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

Экзаменационный билет

1. Физикальные изменения при бронхоэктатической болезни.
2. Велоэргометрическая проба.
1. Лечение хронического гломерулонефрита.

Утвержден на заседании кафедры, протокол № 8 от «21» февраля 2017г

Зав. кафедрой факультетской терапии,
профессор /Н.У. Чамсутдинов/

Составители:
Зав. кафедрой факультетской терапии,
профессор /Н.У. Чамсутдинов/

Зав.учебной частью, ассистент кафедры /А.Г. Тайгибова/
«21» февраля 2017г

ФГБОУ ВО «ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МЗ РФ КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

Билет

2. Амилоидоз почек. Диагностика и лечение.
3. Канадская классификация стенокардии (1974)
4. Диагностические критерии хронического гломерулонефрита.

Утвержден на заседании кафедры, протокол № 8 от «21» февраля 2017г

Составители:
Зав. кафедрой факультетской терапии,
профессор /Н.У. Чамсутдинов/
Зав.учебной частью, ассистент кафедры /А.Г. Тайгибова/
«21» февраля 2017г

**ФГБОУ ВО «ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МЗ РФ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ**

Билет

1. Лечение аутоиммунного гастрита
2. ЭКГ при митральных пороках сердца
3. Нозокомиальная пневмония, лечение.

Утвержден на заседании кафедры, протокол № 8 от «21» февраля 2017г

Зав. кафедрой факультетской терапии,
профессор

/Н.У. Чамсутдинов/

Составители:

Зав. кафедрой факультетской терапии,
профессор

/Н.У. Чамсутдинов/

Зав.учебной частью, ассистент кафедры

/А.Г. Тайгибова/

«21» февраля 2017г

**ФГБОУ ВО «ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МЗ РФ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ**

Билет

1. Характер кислотопродуктивной функции желудка у больных язвенной болезнью
2. Физикальные изменения при пневмонии.
3. Лабораторная диагностика и лечение атеросклероза

Утвержден на заседании кафедры, протокол № 8 от «21» февраля 2017г

Зав. кафедрой факультетской терапии,
профессор

/Н.У. Чамсутдинов/

Составители:

Зав. кафедрой факультетской терапии,
профессор

/Н.У. Чамсутдинов/

Зав.учебной частью, ассистент кафедры

/А.Г. Тайгибова/

«21» февраля 2017г

**ФГБОУ ВО «ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МЗ РФ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ**

Билет

1. Лечение хронического атрофического гастрита.
2. Профилактика и лечение нарушений ритма сердца у больных инфарктом миокарда.
3. Этиология и патогенез хронического холецистита

Утвержден на заседании кафедры, протокол № 8 от «21» февраля 2017г

Зав. кафедрой факультетской терапии,
профессор

/Н.У. Чамсутдинов/

Составители:

Зав. кафедрой факультетской терапии,
профессор

/Н.У. Чамсутдинов/

Зав.учебной частью, ассистент кафедры
«21» февраля 2017г

/А.Г. Тайгибова/

Зав. кафедрой
факультетской терапии,
профессор

/Н.У. Чамсутдинов/