МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет

ДЕКАНАТ
медицинского факультета

29/09 2015 г.

Поликлиническая терапия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Терапии №2 (Лечебное дело)**

Учебный план 31050150_15_345лд.plx
Специальность 31.05.01. - РФ, 560001 - КР Лечебное дело

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **7 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 252
в том числе:
аудиторные занятия 162
самостоятельная работа 89,4

Виды контроля в семестрах:
зачеты 11
зачеты с оценкой 12

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	11 (6.1)		12 (6.2)		Итого	
Недель	19		19 2/6			
Вид занятий	УП	РПД	УП	РПД	УП	РПД
Лекции	18	18	18	18	36	36
Практические	72	72	54	54	126	126
Контактная	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,6
В том числе инт.	6	6	7	7	13	13
Итого ауд.	90	90	72	72	162	162
Контактная	90,3	90,3	72,3	72,3	162,6	162,6
Сам. работа	53,7	53,7	35,7	35,7	89,4	89,4
Итого	144	144	108	108	252	252

Программу составил(и):

Старший преподаватель, Каршина О.О.; Д.м.н., Профессор, Сабиров И.С.;Старший преподаватель, Акулинина Л.В.

Рецензент(ы):

Д.м.н., Профессор, Полуянов А.Г.;К.м.н., Доцент, Токтогулова Н.А.

Рабочая программа дисциплины

Поликлиническая терапия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №95)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.05.01. - РФ, 560001 - КР Лечебное дело

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от 18. 06 2015 г. № 10

Срок действия программы: 2015-2021 уч.г.

Зав. кафедрой профессор Сабиров И.С.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16.11 2016 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от 22.10 2016 г. № 3
Зав. кафедрой профессор Сабиров И.С.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
15.12 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от 14.10 2017 г. № 3
Зав. кафедрой профессор Сабиров И.С.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
07.12 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от 01.09 2018 г. № 2
Зав. кафедрой профессор Сабиров И.С.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
4.09 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от 28.08 2019 г. № 1
Зав. кафедрой профессор Сабиров И.С.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Обучение практическим навыкам организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях, а именно: основным принципам организации лечебно-профилактической помощи основной массе населения в условиях поликлиники;
1.2	организации работы врача-терапевта поликлиники;
1.3	современным диагностическим возможностям поликлинической службы и их рациональному использованию;
1.4	использовать в диагностике и лечении основные достижения доказательной медицины.
1.5	Развить навыки клинического мышления по диагностике в поликлинике наиболее часто встречающихся терапевтических заболеваний, оценке особенностей их течения, амбулаторного лечения, первичной и вторичной профилактики, проведению экспертизы трудоспособности.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	**Требования к предварительной подготовке обучающегося:**
2.1.1	Пропедевтика внутренних болезней
2.1.2	Клиническая фармакология
2.1.3	Факультетская терапия
2.1.4	Госпитальная терапия
2.2	**Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:**
2.2.1	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ОПК-6: готовностью к ведению медицинской документации	
Знать:	
Уровень 1	этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний; современную классификацию заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; показатели здоровья населения, факторы, формирующие здоровье человека;
Уровень 2	организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения, вопросы экспертизы нетрудоспособности и медико-юридической помощи населению; методы диагностики, диагностические возможности методов исследования больного, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
Уровень 3	ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
Уметь:	
Уровень 1	нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем (МКБ). Основные критерии направления на МСЭ, степени ограничения для поступающих в ВУЗ и т.д;
Уровень 2	уметь оформить выписной эпикриз, определить сроки временной нетрудоспособности учащихся, студентов и т.д., направления больного на МСЭ, оценить состояние здоровья поступающих в ВУЗ, оформить учетные каточки и т.д;
Уровень 3	навыки работы с медицинской отчетной документацией в амбулаторно - поликлинических учреждениях и стационаре.
Владеть:	
Уровень 1	знать отчетные документы;
Уровень 2	уметь анализировать медицинскую отчетную документацию;
Уровень 3	навыками правильного заполнения врачебной документации.
ПК-7: готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека	
Знать:	
Уровень 1	основные нормативно-технические документы по охране здоровья населения; систему организации производства судебно-медицинской экспертизы; права, обязанности и ответственность врача, привлекаемого к участию в процессуальных действиях в качестве специалиста или эксперта, основные способы и методы, применяемые при проведении судебно-медицинской экспертизы;
Уровень 2	этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний; современную классификацию заболеваний;

Уровень 3	клиническую картину, особенностей течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; критерии диагноза различных заболеваний; медицинские и социальные критерии при экспертизе трудоспособности.
Уметь:	
Уровень 1	анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи; применить правовые и медицинские аспекты констатации смерти человека, проводить осмотр трупа на месте его обнаружения; оценивать состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; оценивать состояние пациента, провести первичное обследование всех систем и органов;
Уровень 2	выявлять вещественные доказательства биологического происхождения и организовать их направление на экспертизу; проводить судебно-медицинское освидетельствование живых лиц и трактовать результаты лабораторных исследований объектов судебно-медицинской экспертизы;
Уровень 3	анализировать вопросы общей патологии и современные теоретические концепции и направления в медицине, устанавливать факт временной нетрудоспособности, определять характер нетрудоспособности.
Владеть:	
Уровень 1	методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях; оценками состояния здоровья населения различных возрастных групп; навыком сопоставления морфологических и клинических проявлений болезней;
Уровень 2	интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста; методами общеклинического обследования;
Уровень 3	алгоритм развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.
ПК-9: готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	
Знать:	
Уровень 1	клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;
Уровень 2	методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
Уровень 3	основы организации медицинской (амбулаторно- поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных, основы организации медицинского обеспечения занимающихся физической культурой;
Уметь:	
Уровень 1	проводить с населением прикрепленного участка мероприятия по первичной и вторичной профилактике наиболее часто встречающихся заболеваний, требующих терапевтического лечения, осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды;
Уровень 2	заполнять историю болезни, выписать рецепт; использовать базы данных для хранения и пользования информации в здравоохранении; использовать компьютерные программы для решения задач математической статистики в профессиональной деятельности;
Уровень 3	формулировать гипотезы исследования, подбирать методики для их проверки, проводить исследование, обработку и анализ полученных результатов;
Владеть:	
Уровень 1	оценкой состояния общественного здоровья; методами общеклинического обследования;
Уровень 2	интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритм развернутого клинического диагноза;
Уровень 3	правильным ведением медицинской документации; оценками состояния общественного здоровья; методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритм развернутого клинического диагноза.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	**Знать:**
3.1.1	вопросы организации терапевтической службы в поликлинике;
3.1.2	критерии диагноза, основы формулярной системы, основные диагностические методы исследования и лечения наиболее распространенных заболеваний на амбулаторном этапе;
3.1.3	диагностику неотложных состояний у взрослого населения и оказания первой врачебной(догоспитальной)помощи взрослому населению;
3.1.4	экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности, показания к госпитализации;
3.1.5	меры первичной и вторичной профилактики заболеваний внутренних органов;

3.1.6	принципы диспансерного наблюдения здоровых и больных контингентов;
3.1.7	современные методы санитарно-просветительной работы в условиях поликлиники, борьбы с вредными привычками, алкоголизмом, наркоманией, пропаганды здорового образа жизни;
3.1.8	деонтологические и этические навыки работы в поликлинике.
3.2	**Уметь:**
3.2.1	правильно заполнять медицинскую документацию в поликлинике;
3.2.2	в ограниченное время качественно провести осмотр и опрос пациента;
3.2.3	определить минимум необходимых для установления диагноза лабораторных и инструментальных исследований с учётом принципов доказательной медицины;
3.2.4	интерпретировать полученные результаты обследования (анализы, ЭКГ и другие функциональные методы, эндоскопию, рентгенологическое исследование и т.д.);
3.2.5	применять доказанные практические рекомендации при проведении диагностического поиска и выборе лечебно-профилактических мероприятий для лечения конкретных пациентов в амбулаторной практике;
3.2.6	оказать первую помощь в экстренных случаях до приезда скорой медицинской помощи;
3.2.7	определить показания для госпитализации больных терапевтического профиля и реализовать госпитализацию в экстренном и плановом порядке;
3.2.8	обеспечить преемственность в оказании лечения и обследования на этапе поликлиника-стационар;
3.2.9	пользоваться законодательными установками по экспертизе трудоспособности;
3.2.10	определить причину временной нетрудоспособности, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности;
3.2.11	своевременно выявить признаки инвалидности, прогнозировать группу, оформить документы для направления на МСЭК;
3.2.12	проводить диспансеризацию (по основным группам диспансерного наблюдения), оформить первичную и текущую документацию, составить план вторичной профилактики, оценить эффективность диспансеризации;
3.2.13	использовать учебную, научную, нормативную и справочную литературу;
3.2.14	соблюдать правила врачебной этики и деонтологии; решать комплекс задач, связанных с взаимоотношениями врача и больного.
3.3	**Владеть:**
3.3.1	навыками обследования больного в амбулаторных условиях, оценки лабораторных данных, ЭКГ, рентгенограмм;
3.3.2	провести дифференциальную диагностику и диагностику наиболее распространенных заболеваний, выбрать тактику ведения и лечения больного, решить вопросы трудовой экспертизы;
3.3.3	навык врачебных диагностических и лечебных манипуляций по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояния;
3.3.4	навык правильного заполнения врачебной документации и оказания плановой и экстренной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях;
3.3.5	методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях; оценками состояния здоровья населения различных возрастных групп;
3.3.6	навык сопоставления морфологических и клинических проявлений болезней;
3.3.7	с методами общеклинического обследования;
3.3.8	алгоритм развернутого клинического диагноза;
3.3.9	алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;
3.3.10	оценки состояния общественного здоровья;
3.3.11	методов общеклинического обследования;
3.3.12	интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
3.3.13	алгоритма развернутого клинического диагноза;
3.3.14	правильным ведением медицинской документации;
3.3.15	оценками состояния общественного здоровья; методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
3.3.16	алгоритм развернутого клинического диагноза.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	**Наименование разделов и тем /вид занятия/**	**Семестр / Курс**	**Часов**	**Компетен-ции**	**Литература**	**Инте ракт.**	**Примечание**
	Раздел 1. Общие вопросы в поликлинической терапии						

1.1	1.Организация поликлинической терапевтической службы в РФ и Кыргызстане. Клинико-экспертная работа и принципы медико-социальной экспертизы в амбулаторной практике. Медицинская документация. 2.Понятие о геронтологии. Принципы ведения больных пожилого и старческого возраста в условиях поликлиники. /Лек/	11	4	ОПК-6 ПК-9	Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.7 Э1 Э2 Э5	0	
1.2	1.Организация поликлинической терапевтической службы в РФ и Кыргызстане. Клинико-экспертная работа и принципы медико-социальной экспертизы в амбулаторной практике. Медицинская документация. 2.Значение лечебного питания при заболеваниях внутренних органов. Геронтология. Особенности течения и ведения больных в пожилом и старческом возрасте. КР № 1 /Пр/	11	8	ОПК-6 ПК-9	Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.7 Л2.2 Э1 Э2 Э4 Э5	0	
1.3	1.Диетотерапия при заболеваниях органов дыхания и кровообращения 2.Диетотерапия при заболеваниях органов ЖКТ и мочевыделительной системы /Ср/	11	6,7	ПК-7 ПК-9	Л1.4 Л1.5Л2.7 Э1 Э5	0	
	Раздел 2. Пульмонология						
2.1	1.ОРВИ, грипп, ангины в амбулаторных условиях. 2.Амбулаторное ведение больных с ХОБЛ и бронхиальной астмой. 3.Пневмонии, плевриты в амбулаторных условиях /Лек/	11	6	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л1.6Л2.7 Л2.2 Л2.3Л3.6 Л3.7 Л3.8 Э1 Э2 Э4 Э5	0	
2.2	1.ОРВИ, грипп, ангины в амбулаторных условиях. 2.Амбулаторное ведение больных с бронхообструктивным синдромом(И). 3.Дифференциальный диагноз инфильтративных процессов в легких на амбулаторном этапе. 4.Пневмонии, плевриты в амбулаторных условиях. 5.Амбулаторное ведение больных с ХЛС. 6.Легочная недостаточность в амбулаторной практике. Неотложные состояния в пульмонологии на догоспитальном этапе. КР № 2 /Пр/	11	24	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5Л2.2 Л2.7 Л2.3Л3.6 Л3.7 Л3.8 Э1 Э2 Э4 Э5	3	Проведение занятия в центре ЦИПО - аускультация на муляжах хрипов характерных для ХОБЛ и БА, пневмонии, плевритов

2.3	1.Первичная и вторичная профилактика ХОЗЛ 2.«Астма-клубы» контролируемое ведение бронхиальной астмы 3.Анализ амбулаторных карт больных ХОБ и бронхиальной астмой 4.Атипичные пневмонии в амбулаторной практике. 5.Особенности течения и ведения больных с пневмонией в пожилом и старческом возрасте. 6.Острая дыхательная недостаточность в амбулаторной практике. 7.ТЭЛА в поликлинике 8.Легочное кровотечение, тактика участкового терапевта /Ср/	11	22	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.5 Л1.3Л2.2 Л2.7 Л2.3Л3.6 Л3.7 Л3.8 Э1 Э2 Э4 Э5	0	
	Раздел 3. Синдром болей в левой половине грудной клетки в амбулаторной практике.						
3.1	1.КБС в амбулаторных условиях. /Лек/	11	2	ОПК-6 ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5Л2.2 Л2.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
3.2	1.Синдром болей в левой половине грудной клетки в практике участкового терапевта. 2.Амбулаторное ведение и лечение КБС. 3.Инфекционные миокардиты в амбулаторной практике. 4.Нарушения ритма и проводимости в амбулаторной практике. 5.Дилатационная кардиомиопатия, гипертрофическая кардиомиопатия в амбулаторной практике.Миокардиодистрофии в практике участкового терапевта. КР № 3 /Пр/	11	20	ОПК-6 ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л1.6Л2.2 Л2.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
3.3	1.Дифференциальная диагностика стенокардий на амбулаторном этапе 2.Ведение больных перенесших ОИМ в 3.Диагностика и оказание первой неотложной и врачебной помощи при осложнениях ОИМ. 6.Возможности поликлинической службы в ранней диагностике аритмий 4.Пароксизмальные формы нарушений ритма в амбулаторной практике: - мерцание и трепетание предсердий; - пароксизмальные тахикардии; - фибрилляция и трепетание желудочков - блокады, МЭС-синдром /Ср/	11	13	ОПК-6 ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5Л2.2 Л2.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
	Раздел 4. Особенности течения и лечения заболеваний с сердечной недостаточностью на амбулаторном этапе.						

4.1	1.Дифференциально-диагностический поиск при синдроме АГ в амбулаторных условиях. 2.Хроническая сердечная недостаточность в амбулаторной практике. 3.Ревматическая лихорадка в амбулаторной практике. Ведение больных с приобретенными пороками сердца. /Лек/	11	6	ОПК-6 ПК-7 ПК-9	Л1.1Л2.2 Л2.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
4.2	1.Дифференциально-диагностический поиск при синдроме АГ в амбулаторных условиях. Симптоматические АГ. Возможности обследования и ведения больных в амбулаторной практике. Эссенциальная гипертензия. 2.Врожденные пороки у взрослых в амбулаторной практике. 3.Особенности течения и лечения заболеваний ССС при беременности и задачи терапевта поликлиники. 4.Сердечная недостаточность в амбулаторной практике. Неотложные состояния в кардиологии на догоспитальной этапе. 5.Инфекционный эндокардит в амбулаторной практике. КР № 4 /Пр/	11	20	ОПК-6 ПК-7 ПК-9	Л1.1Л2.2 Л2.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	3	Аускультация шумов сердца в ЦИПО на муляжах при различных пороках
4.3	1.АГ у беременных, тактика ведения беременности 2.Гипертонические кризы на догоспитальном этапе 3.Самоконтроль при ХСН. Обучение пациентов. 4.Приступ сердечной астмы и отек легких в амбулаторной практике 5.Первичная профилактика миокардитов. 11.Первичная и вторичная профилактика кардиомиопатий. 6.Профилактика врожденных пороков сердца в условиях Кыргызстана. /Ср/	11	12	ОПК-6 ПК-7 ПК-9	Л1.1Л2.2 Л2.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
4.4	Зачет /КрТО/	11	0,3	ОПК-6 ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5Л2.7Л3.4 Л3.6 Л3.7	0	
	Раздел 5. Гастроэнтерология						
5.1	1.Хронические гастриты, язвенная болезнь в амбулаторной практике 2.ДЖВП, хронический некалькулезный холецистит, постхолецистэктомический синдром в амбулаторной практике. 3.Хронические поражения печени в амбулаторной практике 4.Хронические панкреатиты в амбулаторной практике. Функциональные заболевания кишечника в практике участкового терапевта. /Лек/	12	8	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5Л2.2 Л2.7Л3.2 Э1 Э2 Э4 Э5	0	

5.2	1.Амбулаторное ведение больных с хроническими гастритами и язвенной болезнью. 2.ДЖВП, хронический некалькулезный холецистит, постхолецистэктомический синдром в амбулаторной практике(И) 3.Хронические панкреатиты в амбулаторной практике. Хронические гепатиты и циррозы печени в практике участкового терапевта. 4.Дисбактериоз, воспалительные и функциональные заболевания кишечника в практике участкового терапевта. Редкие формы заболеваний кишечника. Предикторы рака кишечника. 5.Неотложные состояния в гастроэнтерологии на догоспитальном этапе. КР № 5. /Пр/	12	15	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5Л2.7Л3.2 Э1 Э2 Э4 Э5	4	физикальное обследование больного с заболеваниями ЖКТ на муляже в центе ЦИПО. Неотложная помощь в гастроэнтерологии на муляже в центре ЦИПО.
5.3	1.Воспалительные и функциональные заболевания кишечника в практике участкового терапевта. 2.Болезни кишечника: НЯК, синдром раздраженной кишки, редкие формы 3.Значение алкоголизма в развитии панкреатитов 4.Дисбактериоз и его роль в развитии хронических энтероколитов /Ср/	12	12	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л1.6Л2.2 Л2.7Л3.2 Э1 Э2 Э4 Э5	0	
	Раздел 6. Ревматология. Нефрология						
6.1	2.Суставной синдром в общей практике врача. 1.Хронические заболевания почек в амбулаторной практике /Лек/	12	4	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5Л2.4 Л2.2 Л2.7Л3.3 Э1 Э2 Э5	0	
6.2	1.Ревматическая лихорадка в амбулаторной практике. Митральные, аортальные пороки в амбулаторной практике. 2.Суставной синдром в практике участкового терапевта: остеоартроз, ревматоидный артрит, подагра. 3.Ведение больных ДБСТ в амбулаторной практике. 4.Мочевой синдром в практике участкового терапевта (острый гломерулонефрит). 5.Хронические гломерулонефриты в амбулаторной практике. Хронические пиелонефриты в амбулаторной практике. 6.ХБП. Сосудистые и метаболические нефропатии в амбулаторной практике. 7.Острая почечная недостаточность в амбулаторной практике. Неотложные состояния в нефрологии на догоспитальном этапе. КР № 6 /Пр/	12	21	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5Л2.4 Л2.7 Л2.2Л3.3 Э1 Э2 Э5	0	

6.3	1.Значение стрептококковой инфекции в развитии ОРЛ и профилактика. 2.Основы аускультации сердца при пороках сердца. 3.Суставной синдром в условиях поликлиники. 4.Показания и контроль проведения лечения иммуносупрессорами и биологическими агентами в поликлинике. 5.Мочевой синдром в практике участкового терапевта (острый гломерулонефрит) в амбулаторной практике 6.Хронические заболевания почек в амбулаторной практике /Ср/	12	15,7	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5Л2.4 Л2.7 Л2.2Л3.3 Э1 Э2 Э4 Э5	0	
	Раздел 7. Гематология. Эндокринология						
7.1	1.Сахарный диабет, тактика ведения больных в амбулаторных условиях 2.Заболевания щитовидной железы в амбулаторной практике 3.Анемический синдром в амбулаторной практике. /Лек/	12	6	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5Л2.5 Л2.2 Л2.7Л3.5 Л3.1 Э5	0	
7.2	1.Сахарный диабет, тактика ведения больных в амбулаторных условиях. Метаболический синдром. 2.Синдром йододефицита в амбулаторной практике. Заболевания щитовидной железы в амбулаторной практике 3.Неотложные состояния в диабетологии в условиях поликлиники. 4.Анемический синдром, железо-, В12-, фолиеводефицитные анемии в амбулаторной практике(И) Гемолитические, гипо- и апластические анемии. 5.Геморрагические диатезы 6.Миеломная болезнь: клинические синдромы. Критерии диагностики, принципы лечения в амбулаторных условиях.КР №7 /Пр/	12	18	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.2Л3.5 Л3.1 Э1 Э2 Э4 Э5	3	Станция "Диспансеризация взрослого здорового населения" в ЦИПО
7.3	1.Тиреотоксический и аддисонический кризы, гипотиреоидная кома в практике участкового врача 1.Анемический синдром в практике участкового врача /Ср/	12	8	ПК-7 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л1.6Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.2Л3.5 Л3.1 Э1 Э2 Э4 Э5	0	
7.4	ЗачетСОЦ /КрТО/	12	0,3		Л1.6 Л1.5 Л1.3 Л1.2 Л1.1Л2.7 Л2.4Л3.5 Л3.10 Л3.3	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ

XI семестр

1.Организация поликлинической терапевтической службы в РФ и Кыргызстане.
2.Диспансеризация- определение. Группы диспансеризуемых. Критерии эффективности диспансеризации.
3.Инвалидность - определение. Группы инвалидности.
4.Экспертиза трудоспособности. Классификация видов труда. Виды утрат трудоспособности.
5.ВКК. Структура. Задачи ВКК.
6.МСЭ. Структура. Задачи МСЭ.
7.Профилактика - определение, классификация, цели.
8.Значение лечебного питания при заболеваниях внутренних органов.
9.Принципы ведения больных пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях с заболеваниями внутренних органов.
10.Поликлиническая документация. Оформление медицинской документации.
11.Амбулаторное ведение больных с острыми вирусными инфекциями верхних дыхательных путей. Экспертиза ВУТ. Критерии выздоровления и восстановления трудоспособности.
12.Лечение на амбулаторно-поликлиническом этапе больных с острыми вирусными инфекциями верхних дыхательных путей. Показания к госпитализации. Первичная профилактика, тактика ведения, значение вакцинации.
13.Амбулаторное ведение больных с внебольничной пневмонией. Принцип выбора антибактериальной терапии, оценка ее эффективности. Немедикаментозные методы лечения. Профилактика.
14.Амбулаторное ведение больных с внебольничной пневмонией. ВУТ, ее оптимальные сроки. Факторы, влияющие на ее длительность. Критерии выздоровления и восстановления трудоспособности. Профилактика и диспансеризация.
15.Амбулаторное ведение больных с бронхиальной астмой. Диспансеризация. Вторичная профилактика. Показания для санаторно-курортного лечения.
16.Бронхиальная астма. Обследование в условиях поликлиники. Лечение в межприступном периоде. Купирование приступа в условиях поликлиники.
17.Амбулаторное ведение больных с хронической обструктивной болезнью легких. Критерии диагностики. Лечение. Сроки ВУТ. Вторичная профилактика. Диспансеризация.
18.Ранняя диагностика, оказание первой неотложной помощи на территориальном участке: легочное кровотечение, острая дыхательная недостаточность.
19.Острые вирусные инфекции верхних дыхательных путей. Определение, этиология, классификация. Отличительные особенности клинических проявлений гриппа и других респираторных инфекций.
20.Внебольничная пневмония. Ранние симптомы пневмонии. Клинические и лабораторно-инструментальные методы диагностики на амбулаторном этапе.
21.Хроническая обструктивная болезнь легких, этиология, факторы риска. Критерии диагностики. Ведение больных с ХОБЛ в условиях поликлиники.
22.Амбулаторное ведение больных с хроническим легочным сердцем. Критерии диагностики. Лечение хронического легочного сердца на амбулаторном этапе. Показания к госпитализации.
23.Тромбоэмболия легочной артерии, этиология, факторы риска. Клиника, диагностика и неотложная помощь на догоспитальном этапе.
24.Различные типы легочной недостаточности. Острая и хроническая ЛН, особенности диагностики, принципы лечения на амбулаторном этапе. Показания к госпитализации.
25.Хронический обструктивный бронхит: этиология, факторы риска. Классификация. Критерии диагностики. Лечение в условиях поликлиники. Показания к госпитализации.
26.Амбулаторное ведение больных с плевритами. Критерии диагностики. Первичная и вторичная профилактика. Показания к госпитализации.
27.МСЭ больных с плевритами. Диспансеризация.
28.Коронарная болезнь сердца (КБС). Определение. Актуальность проблемы, социальное значение. Факторы риска КБС, их значение. Классификация КБС по ВОЗ. Профилактика первичная и вторичная.
29.Факторы риска КБС, их значение, классификация. Диагностические критерии стабильной стенокардии и возможности верификации в поликлинике. Лечение в условиях поликлиники. Показания к хирургическому лечению.
30.КБС. Стабильная стенокардия напряжения, классификация. Критерии диагностики стенокардии. Амбулаторное ведение больных со стабильной стенокардией напряжения. Роль мониторирования факторов риска КБС. Показания к госпитализации.
31.Нестабильная стенокардия, классификация, критерии диагностики. Тактика врача поликлиники при выявлении больного с подозрением на ОКС в амбулаторных условиях.
32.КБС. Острый инфаркт миокарда: определение, критерии диагностики. Тактика врача терапевта поликлиники при подозрении на ОИМ.
33.Оказание неотложной помощи при ОИМ на догоспитальном этапе в условиях поликлиники. Возможности диагностики инфаркта миокарда в условиях поликлиники. Критерии диагностики. Принципы ведения больных, перенесенных ОИМ в амбулаторных условиях. Виды реабилитаций: медикаментозная, физическая, психологическая, социальная, трудовая. Медико-социальная экспертиза.
34.Гипертоническая болезнь. Определение, факторы риска, классификация. Техника измерения АД. Клиника. Возможности обследования в поликлинике. Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения.
35.Роль раннего выявления больных гипертонической болезнью. Критерии диагностики. Амбулаторное ведение больных с гипертонической болезнью. Показания к госпитализации. Сроки ВУТ. Диспансеризация.
36.Симптоматические артериальные гипертензии (САГ). Опросник ВОЗ для выявления САГ. Классификация. Значение 2-х этапной схемы обследования пациента с АГ. Тактика врача-терапевта поликлиники при установлении диагноза.
37.Нефрогенная артериальная гипертензия, классификация, критерии диагностики и тактика лечения. Показания к госпитализации. Диспансеризация.

38.Феохромоцитома. Диагностические критерии. Значение топической диагностики. Тактика лечения. Трудовой прогноз. Противопоказанные виды и условия труда.
39.Первичный гиперальдостеронизм. Критерии диагностики. Тактика лечения. Диспансеризация. МСЭК.
40.Коарктация аорты. Определение. Критерии диагностики. Тактика ведения и лечения. Диспансеризация.
41.Вазоренальные гипертензии. Диагностические критерии. Методы инструментальной диагностики на амбулаторном этапе. Значение ранней диагностики и принципы лечения. Диспансеризация.
42.Дилатационная кардиомиопатия. Клинико-диагностические критерии. Особенности ведения больных с ДКМП в условиях поликлиники. Принципы лечения. Показания к госпитализации.
43.Гипертрофическая кардиомиопатия. Клиника, диагностика в амбулаторных условиях. Принципы лечения. Показания к госпитализации.
44.Кардиомиопатии: понятие, классификация. Принципы ведения кардиомиопатий в условиях поликлиники. Показания к госпитализации.
45.Хроническая сердечная недостаточность: определение. Критерии диагностики. Принципы лечения. Роль обучения пациентов: ведение дневника самоконтроля. Профилактика. Экспертиза трудоспособности.
46.Хроническая сердечная недостаточность: клиническая и объективная симптоматика правожелудочковой сердечной недостаточности. Диагностика. Принципы лечения. Роль обучения пациентов: ведение дневника самоконтроля. Профилактика. Диспансеризация. Трудовой прогноз.
47.Амбулаторное ведение больных с хронической сердечной недостаточностью. Клиническая симптоматика. Показания к госпитализации. Сроки ВУТ в зависимости от ФК. Возможности диагностики в амбулаторных условиях. Принципы лечения.
48.Аритмии, обусловленные нарушением возбудимости. Классификация. Клиника, методы диагностики в поликлинике. Показания к госпитализации.
49.Экстрасистолия, определение. Классификация. Критерии диагностики. Особенности врачебной тактики, показания к назначению антиаритмических препаратов. Показания к госпитализации.
50.Мерцание и трепетание предсердий. Определение. Клинические проявления, ЭКГ- признаки. Тактика ведения больного с постоянной формой мерцательной аритмии. Показания к госпитализации. Трудовая экспертиза и прогноз.
51.Трепетание и фибрилляция желудочков. Определение. Клиника, ЭКГ-признаки. Тактика врача поликлиники при фибрилляции желудочков.
52.Асистолия. Клиника и ЭКГ-признаки. Тактика врача поликлиники при асистолии.
53.Аритмии, обусловленные нарушением проводимости. Классификация. Тактика обследования и лечения. Показания к госпитализации при брадикардикардии.
54.Тактика врача поликлиники при возникновении внезапной смерти.
55.Инфекционный миокардит. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Возможности диагностики в поликлинике. Тактика ведения.
56.Инфекционный миокардит. Клиника, диагностика и лечение. Сроки ВУТ. Диспансеризация. Трудовая экспертиза. Прогноз.
57.Перикардиты. Этиология, классификация. Субъективные и объективные данные. Диагностика и тактика лечения. Показания к госпитализации. Диспансеризация.
58.Острая ревматическая лихорадка в поликлинике. Первичная и вторичная профилактика. Диспансеризация. Экспертиза ВУТ, ее длительность, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности. Диспансеризация.
59.Амбулаторное ведение больных с приобретенными пороками сердца. Особенности течения ревматических пороков в пожилом возрасте.

XIIсеместр

1.Амбулаторное ведение больных с системной красной волчанкой. Критерии диагностики. Профилактика, диспансеризация.
2.Амбулаторное ведение больных с инфекционным эндокардитом. Ранняя диагностика в терапевтической практике. ВТЭК. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика септических состояний.
3.Амбулаторное ведение больных с ревматоидным артритом. Стойкая нетрудоспособность. Вторичная профилактика. Диспансеризация.
4.Амбулаторное ведение больных с остеоартритом. Коморбидные состояния при остеоартрите. Лечение. Трудоспособность. Вторичная профилактика.
5.Амбулаторное ведение больных с подагрой. Диагностические критерии. Осложнения. Лечение. Диспансеризация. Показания к госпитализации.
6.Инфекционный эндокардит. Критерии диагностики, реабилитация и профилактика осложнений. Показания к госпитализации.
7.Амбулаторное ведение больных системной склеродермией. Этиология. Классификация. Критерии диагностики. Принципы лечения. Показания к госпитализации.
8.МСЭ больных системной склеродермией. Диспансеризация.
9.Остеоартрит (ОА). Факторы, предрасполагающие к развитию ОА. Критерии диагностики. Первичная профилактика. Показания к госпитализации. Принципы лечения.
10.Приобретенные пороки сердца. Определение, классификация этиология. Критерии ранней диагностики митральных и аортальных пороков сердца. Показания к госпитализации.
11.Ревматоидный артрит (РА). Наиболее типичные клинические признаки РА. Диагностические критерии РА. Лечение на амбулаторном этапе.
12.Остеоартрит. Медико – социальная экспертиза. Диспансеризация.
13.Подагра. Критерии диагностики. Лечение. Купирование острого приступа подагры на амбулаторном этапе. Показания к

госпитализации.
14.Дифференциальная диагностика и лечение суставного синдрома в амбулаторной практике.
15.Амбулаторное ведение больных с хроническим гастритом: классификация, критерии диагностики. Показания к госпитализации.
16.Лечение больных с хроническим гастритом: немедикаментозная, медикаментозная терапия. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.
17.Амбулаторное ведение больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Критерии диагноза. Показания к госпитализации.
18.Тактика терапевта поликлиники при возникновении осложнений язвенной болезни желудка и/или 12-перстной кишки (кровотечение, стеноз привратника, пенетрация, перфорация, малигнизация).
19.Амбулаторное ведение больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Противорецидивная терапия. Вторичная профилактика. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.
20.Хронические гепатиты. Классификация. Диагностика. Показания к госпитализации.
21.Хронические гепатиты: принципы амбулаторного ведения больных с хроническими вирусными гепатитами. Профилактика. Причины ВУТ. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.
22.Цирроз печени. Классификация. Клинико-лабораторная диагностика. Принципы лечения. Показания к госпитализации.
23.Принципы амбулаторного ведения больных с циррозами печени. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.
24.Классификация и определение энтеритов, колитов. Этиология, критерии диагностики. Лечение в условиях поликлиники.
25.Воспалительные заболевания кишечника: энтерит, колит. Санаторно-курортное лечение. Профилактика. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.
26.Неспецифический язвенный колит: клиника, течение, лечение в условиях поликлиники. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.
27.Болезнь Крона. Этиологические факторы. Клинические проявления: кишечные и внекишечные. Основные принципы лечения в условиях полклиники.
28.Болезнь Крона: течение, лечение в условиях поликлиники. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.
29.Хронический некалькулезный холецистит. Этиология, факторы риска. Диагностические критерии. Тактика ведения в условиях поликлиники. Профилактика.
30.Дискинезия желчевыводящих путей. Причины развития и клинические проявления. Тактика ведения в условиях поликлиники. Лечение и профилактика. Трудовой прогноз.
31.Хронический панкреатит. Классификация. Лечение в условиях поликлиники. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.
32.Амбулаторное ведение больных с острым гломерулонефритом. Критерии диагностики. Показания к госпитализации. Принципы лечения.
33.Острый гломерулонефрит: сроки ВУТ, значение диспансеризации для предотвращения хронизации. Ведение больных в условиях поликлиники. Санаторно-курортное лечение.
34.Амбулаторное ведение больных с хроническим гломерулонефритом. Критерии диагностики. Показания к госпитализации.
35.Хронический гломерулонефрит: лечение. Показания для направления на хронический гемодиализ. Критерии ВУТ. Причины стойкой нетрудоспособности. Диспансеризация.
36.Хронический пиелонефрит. Определение. Клиника, лабораторно-инструментальные исследования. Показания к госпитализации.
37.Амбулаторное ведение больных с хроническим пиелонефритом. Критерии диагноза. Показания к госпитализации. Принципы ведения. Профилактика.
38.Острое повреждение почек. Определение, причины. Принципы диагностики и лечения. Показания к госпитализации.
39.Хроническая болезнь почек (ХБП), определение. Классификация ХБП по стадиям. Ранние клинико-лабораторные симптомы, лечение в условиях поликлиники. Тактика ведения.
40.Хроническая болезнь почек. Показания для направления на хронический гемодиализ. Критерии ВУТ. Причины стойкой нетрудоспособности. Диспансеризация.
41.Хронический пиелонефрит. Критерии диагностики. Показания для госпитализации. Профилактика.
42.Хронический пиелонефрит. Лечение в период обострения и ремиссии. Медикаментозная и немедикаментозная терапия. Санаторно-курортное лечение. Критерии ВУТ.
43.Хронический пиелонефрит. Первичная и вторичная профилактика. Диспансеризация.
44.Сахарный диабет 1 и 2 типа: факторы риска, особенности клинического течения. Ранняя диагностика сахарного диабета. Показания к госпитализации.
45.Тактика ведения больных сахарным диабетом в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации.
46.Макро- и микрососудистые осложнения сахарного диабета. Профилактика, основные принципы лечения в поликлинике.
47.Диспансеризация больных с сахарным диабетом.
48.ВУТ и МСЭ при сахарном диабете.
49.Метаболический синдром в амбулаторных условиях. Критерии диагностики. Профилактика. Тактика ведения.
50.Возможности ведения больных с заболеваниями щитовидной железы на амбулаторном этапе.
51.Показания к госпитализации, к хирургическому и радиологическому методам лечения заболеваний щитовидной железы
52.Диспансеризация больных с заболеваниями щитовидной железы.
53.Синдром йододефицита в амбулаторной практике. Диагностика. Тактика ведения. Профилактика.
54.Гипогликемическая кома. Причины. Диагностика. Тактика ведения. Профилактика.
55.Гипергликемическая (гиперосмолярная) кома. Причины. Диагностика. Тактика ведения. Неотложная помощь.

56.Гипергликемическая (гиперкетонемическая) кома. Причины. Диагностика. Тактика ведения. Неотложная помощь.
57.Гипотиреоз – определение. Критерии диагностики. Тактика ведения больных с гипотиреозом в амбулаторных условиях.
58.ВУТ и МСЭ при заболеваниях щитовидной железы.
59.Эритремия. Критерии диагностики. Принципы лечения.
60.Амбулаторное ведение больных с железодефицитной анемией. Критерии диагностики. Принципы лечения. Контроль эффективности лечения препаратами железа, ее длительность. Показания к госпитализации.
61.Диспансеризация больных ЖДА. Первичная и вторичная профилактика. Сроки ВУТ.
62.Амбулаторное ведение больных с В12- дефицитной анемией, критерии диагностики. Показания к госпитализации. Лечение.
63.Гемолитические анемии. Классификация. Диагностика. Тактика ведения. Показания к госпитализации. МЭС.
64.Миеломная болезнь - клиника, возможности диагностики в поликлинике, принципы лечения.
65.Анемическая кома. Экстренная диагностика и неотложная помощь.
66.Гемобластозы - возможности диагностики и лечения в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации.
67.Сроки ВУТ и МСЭ при гемобластозах. Диспансеризация.

Перечень типовых заданий для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ: смотри приложение № 2.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовая работа не предусмотрена

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕСТ. Перечень тестовых вопросов(приложение № 1)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. Перечень заданий (приложение № 2)

ДОКЛАД С РЕФЕРАТОМ. Студент самостоятельно выбирает тему реферата в соответствии с темой.
Тематика докладов:
1. Диетотерапия при заболеваниях органов дыхания и кровообращения
2. Диетотерапия при заболеваниях органов ЖКТ и мочевыделительной системы
3. Атипичные пневмонии в амбулаторной практике
4. Особенности течения и ведения больных с пневмонией в пожилом и старческом возрасте
5. Первичная и вторичная профилактика ХОЗЛ
6. АГ у беременных, тактика ведения беременности
7. Ведение больных перенесших ОИМ в амбулаторных условиях
8. Первичная профилактика миокардитов
9. Первичная и вторичная профилактика кардиомиопатий
10. Профилактика врожденных пороков сердца в условиях Кыргызстана
11. Возможности поликлинической службы в ранней диагностике аритмий
12. Значение стрептококковой инфекции в развитии ОРЛ и профилактика
13. Показания и контроль проведения лечения иммуносупрессорами и биологическими агентами в поликлинике
14. Воспалительные и функциональные заболевания кишечника в практике участкового терапевт
15. Болезни кишечника: НЯК, синдром раздраженной кишки, редкие формы
16. Дисбактериоз и его роль в развитии хронических энтероколитов

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Студент самостоятельно выбирает тему согласно тематике.
Тематика презентаций:
1.Острая дыхательная недостаточность в амбулаторной практике
2.ТЭЛА в поликлинике
3.Легочное кровотечение, тактика участкового терапевта
4.Гипертонические кризы на догоспитальном этапе
5.Дифференциальная диагностика стенокардий на амбулаторном этапе
6.Диагностика и оказание первой неотложной и врачебной помощи при осложнениях
7. Пароксизмальные формы нарушений ритма в амбулаторной практике:
- мерцание и трепетание предсердий;
- пароксизмальные тахикардии;
- фибрилляция и трепетание желудочков
- блокады, МЭС-синдром
8. Самоконтроль при ХСН. Обучение пациентов
9. Приступ сердечной астмы и отек легких в амбулаторной практике
10. Особенности физической активности при застойной сердечной недостаточности
11. Хронические заболевания почек в амбулаторной практике
12. Неотложная нефрология на догоспитальном этапе
13. Тиреотоксический и аддисонический кризы, гипотиреоидная кома в практике участкового врача
14. Анемический синдром в практике участкового врача
15. Анемическая кома
16. Бластный криз в практике участкового врача

Интерпретация ЭКГ (приложение №4), анализов (приложение № 6)

РЕНТГЕН (приложение №5)

КУРАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО.
Каждый студент получает для курации одного больного с терапевтическими заболеваниями.
ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ОБСЛЕДОВАНИЯ больного в амбулаторных условиях:
На консультируемом больном необходимо:
На каждого больного выделяется по 15-20 минут.
1.Собрать жалобы, анамнез у пациента с заболеваниями внутренних органов.
2. Исследовать и оценить состояние дыхательной, сердечно-сосудистой, костно-мышечной, пищеварительной, мочевыделительной, нервной, эндокринной и кроветворной систем (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация внутренних органов).
3. Выявить симптомы и синдромы при заболеваниях внутренних органов, интерпретировать результаты данных анамнеза, физикального исследований, поставить предварительный диагноз.
4. В соответствии с предварительным диагнозом назначить необходимое и возможное на амбулаторном этапе лабораторно-инструментальные исследования.
5. При повторном приеме поставить клинический диагноз с учетом последних классификаций по результатам лабораторных и инструментальных данных.
6. Оказать неотложную медицинскую помощь при некоторых экстренных состояниях на амбулаторном этапе.
7. Осуществить профилактику основных терапевтических заболеваний.
8. Решить тактику ведения консультируемого больного (назначить немедикаментозное (режим, диета) и медикаментозное лечение в амбулаторных условиях. Либо выделить показания к госпитализации).
Взятие на диспансерный учет. Проводить профилактику (первичную, вторичную, третичную).
9. Решить вопрос о трудоспособности конкретного больного.
10. Решить вопрос о сроках временной утраты трудоспособности или выявить критерии инвалидности по определенному заболеванию и решить вопрос медико - социальной экспертизы.

ОФОРМЛЕНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ.
СХЕМА НАПИСАНИЯ амбулаторной карты:
ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ – содержит реквизиты университета, название кафедры, ФИО
студента с указанием группы и курса, ФИО, должность, звание и степень преподавателя.
Пример оформления:
КРСУ
Зав.кафедрой: звание, степень, ФИО
Преподаватель: звание, степень, ФИО
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма № 025/у)
Куратор: ФИО студента, курс, группа
ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:
Фамилия, имя, отчество.
Домашний адрес.
Дата первого визита больного. Факт приема врача - Терапевт
1. Жалобы больного (на первом месте основные, затем общего характера)
2. Анамнез заболевания (с чего началось заболевание, как развивалось, какие препараты получал самостоятельно, каков эффект проводимого лечения).
3.Анамнез жизни. Заболевания, перенесенные в детстве.
3. Status praesens objectivus (данные объективного осмотра):
Соматический статус (по стандартной схеме)
Предварительный диагноз: выставляется на основании жалоб, данных анамнеза, обьективного осмотра и физикальных данных.
5. План обследования больного (логически вытекает из предварительного диагноза,
которым нужно либо подтвердить, либо опровергнуть).
6. Следующий прием у врача осуществляется сразу же после получения лабораторных и инструментальных данных больного.
7. Выставляется клинический диагноз.
8. Назначаемое лечение (начиная с немедикаментозного лечения - режим, диета, отказ от вредных привычек. При необходимости пятиминутные беседы о факторах риска, провоцирующих факторах. Медикаметозное лечение- выписка рецептов с указанием рассчитанной дозы, способа и кратности приема препарата).
9. Выписываются рекомендации больному (Контрольный визит к участковому врачу. Наличие показаний к госпитализации. Вопросы о сроках временной нетрудоспособности, о дальнейшей трудоспособности больного. Рекомендации по трудовому режиму после неполного выздоровления).
10. Подпись куратора

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА после каждого модуля (состоит из задачи (приложение №2), теста (приложение №1), анализа (приложение №6) или ЭКГ (приложение №4),или рентген -пленки (приложение №5) в зависимости от тематики занятия).

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тесты

Рентген - пленки
Ситуационные задачи
Доклад с рефератом
Презентация
Контрольная работа
Интерпретация ЭКГ, анализов
Курация амбулаторного больного
Шкалы оценивания по видам оценочных средствв приложении № 3
Амбулаторная карта

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	проф. И.И. Чукаевой, проф. Б.Я. Барта	Поликлиническая терапия	«КноРус» 2017 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л1.2	Зюзенков М.В., Месникова И.Л., Хурса Р.В.	Поликлиническая терапия	Вышейшая школа 2012 http://www.iprbookshop.ru/20256.html
Л1.3	Викторова И.А.	Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике	ГЭОТАР-Медиа,2015 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л1.4	Б.Каганов, Х.Шарафетдинов	Лечебное питание при хронических заболеваниях	Эксмо 2014 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л1.5	Сторожаков Г.И., Чукаева И.И.	Поликлиническая терапия	ГЭОТАР-Медиа 2013 http://www. lib .krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л1.6	И.М.Старовойтова, К.А.Саркисов, Н.П.Потехин	Медицинская экспертиза	ГОЭТАР-Медиа 2010 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Архангельская Г.С.,Бакчеева Р.Ф., Борискин П.В.	Избранные лекции по геронтологии и гериатрии. Учебное пособие	2013 гриф УМО http://www.iprbookshop.ru/18403.html
Л2.2	И.М.Старовойтова, К.А. Саркисов	Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности, медико- социальная, военно-врачебная экспертиза.	ГОЭТАР-Медиа 2010 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л2.3	Сабиров И.С.	Легочная артериальная гипертония и легочное сердцев амбулаторной практике: монография	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л2.4	Под ред. И.Е. Тареевой	Нефрология: Руководство для врачей: В 2-х т. Т. 1: научное издание	М.: Медицина 1995 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л2.5	А.Р. Раимжанов	Система гемостаза и ДВС - синдром	Бишкек: Изд-во КРСУ 2012 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л2.6	Усенова А.А., Раимжанов А.Р., Макимбетов Э.К.	Эпидемиологические особенности лейкозов в Кыргызстане: монография	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л2.7	Задионченко В.С., Кольцов П.А.,Ливандовский Ю.А.	Лечение терапевтических больных в поликлинике.	Стар`КО 2003 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Бобушева Г.С. Сабиров И.С.,Джайлобаева К.А. и др	Вопросы дифференциальной диагностики и лечения в эндокринологии: Учебное пособие	КРСУ 2011 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л3.2	Джайлобаева К.А., Мирбакиева Д.М., Сабиров И.С.	Вопросы диагностики и лечения в гастроэнтерологии: Учебное пособие	Бишкек: Изд- во КРСУ, 2016 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л3.3	Д.М. Мирбакиева, К.А. Джайлобаева, И.С. Сабиров и др.	Вопросы дифференциальной диагностики и лечения заболеваний почек	Бишкек: Изд- во КРСУ, 2012 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год
Л3.5	Макимбетов Э.К., Цопова И.А., Усенова А.А., Раимжанов А.Р.	Острые лейкозы: Методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КРСУ, 2006 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л3.6	Сабиров И.С., Джайлобаева К.А., Бобушева Г.С., Абдулкадырова З.А.	Вопросы пульмонологии: Учебное пособие для внеаудиторной подготовки студентов старших курсов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009 lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л3.7	Сабиров И.С., Сарыбаев А.Ш., Марипов А.М., Юсупов С.А.,	Острые респираторные вирусные инфекции и острые воспалительные заболевания глотки в условиях амбулаторной практики: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009 http://www.lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л3.8	Эреджепова Л.Н.	Оптимизация ведения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на первичном уровне здравоохранения в Кыргызстане: Автореферат диссертации на соискание	Бишкек 2009 http://www.lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л3.10	Бейшенкулов М.Т., Чазымова З.М.,Тагаева А.К., Калиев К.Р.	Неотложные состояния в кардиологии	Бишкек: Изд-во КРСУ, 2016 http://www.lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л3.11	Шахнабиева С.М., Сабиров И.С., Рысматова Ф.Т.	Врожденные пороки сердца: монография	Бишкек: Изд-во КРСУ 2018 http://www.lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л3.12	Омурзакова Н.А., Марипов А.М., Джайлобаева К.А.,	Острая ревматическая лихорадка: методическое пособие для студентов 4-6 курсов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2010 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л3.5	Макимбетов Э.К., Цопова И.А., Усенова А.А.,	Острые лейкозы: Методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КРСУ, 2006 http://www. lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л3.6	Сабиров И.С., Джайлобаева К.А., Бобушева Г.С.,	Вопросы пульмонологии: Учебное пособие для внеаудиторной подготовки студентов старших курсов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009 lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Медико- социальная экспертиза		www.invalidnost.com
Э2	РМЖ- независимое издание для практикующих врачей		www.rmj.ru
Э3	Израильская кардиология на русском языке		www.cardiosite.net
Э4	Medscape- веб ресурс для врачей		www.medscape.com
Э5	«Электронная библиотека» КРСУ		www.lib.krsu.kg
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	традиционные образовательные технологии - словесные методы(лекции, беседы, дискуссии, обьяснения), ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базах: поликлиника КРСУ, ЦСМ № 3, ЛОО при призеденте КР с обязательным приемом больных.		
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии- занятия, которые формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся занятия в муляжном симуляционном центре.		
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии- самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекций -презентаций.		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	www.med.kg- электронная библиотека МЗ КР		
6.3.2.2	www.rmj.ru- независимое издание для практикующих врачей		
6.3.2.3	http://medic.ossn.ru- общество специалистов по сердечной недостаточности		
6.3.2.4	www.cardiosite.ru- израильская кардиология на русском языке		

6.3.2.5	www.medmir.com- обзоры мировых медицинских журналов на русском языке
6.3.2.6	www.medscape.com-ВЕБ ресурс для врачей
6.3.2.7	www.escardio.org- европейское сообщество кардиологов

6.3.2.8	www.guideline.gov-общественный ресурс для краткого изложения основанных на фактических данных рекомендаций клинической практики
6.3.2.9	www.invalidnost.com- медико - социальная экспертиза
6.3.2.10	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.11	www.med-edu.ru - сайт для врачей Медицинский видеопортал
6.3.2.12	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)
6.3.2.13	http://www.med-edu.ru/articles
6.3.2.14	«Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg)
6.3.2.15	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе поликлиники КРСУ- 3 учебные комнаты. На базе ЛОО при призеденте КР - 1 учебная комната. Всего 5 учебных стандартно оборудованных комнат (площадью более 15 кв. м.) Аудитории оснащены: блок парты, кушетки, учебные доски, вешалки). А также доступ к кабинетам кардиолога и терапевта для практического обучения, кабинетам УЗИ, ренген кабинетам, дневной стационар. Доступ к туалету.
7.2	Симуляционный центр (корпус Аламедин-1), оборудованный роботизированными маникенами- имитаторами, современным реанимационным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами, интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами.
7.3	Компьютерное и мультимедийное оборудование;
7.4	Диски обучающих программ;
7.5	Электронная библиотека дисциплины в библиотеке КГМА (аренда);
7.6	Адреса сайтов российских издательств по внутренним болезням.
7.7	Аудиолекции зав. кафедрой, академика М.М. Миррахимова по отдельным темам внутренних болезней.
7.8	Традиционные аналоговые обучающие издания: опорные конспекты лекций, методические пособия для изучения теоретического материала и т.д.
7.9	Таблицы моделей по различным заболеваниям органов дыхания, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и опорно-двигательного аппарата.
7.10	Диски, аудиозаписи по аускультации сердца, рентгенографии органов дыхания при различных заболеваниях.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологическая карта дисциплины в Приложении №3.

Методические рекомендации по изучению дисциплины.
Рекомендации при использовании материалов учебно-методического комплекса.
Специфика в изучении поликлинической терапии заключается в использовании основных учебно-методических приемов: работа студентов на лекциях, практических занятиях, при изучении отдельных тем использование наглядных пособий (плакаты, муляжи, мультимедийные слайды), с последующей демонстрацией тематических больных, а также разбор и курация тематических больных с оформлением амбулаторной карты.

Методические рекомендации для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по изучению дисциплины:
Изучение теоретической части дисциплины призвано не только углубить и закрепить знания, полученные на аудиторных занятиях, но и способствовать развитию у студентов творческих навыков, инициативы и организации своего свободного времени.
Самостоятельная работа студента при изучении дисциплины включает:
- чтение рекомендованной литературы, интернет - источников и усвоение теоретического материала дисциплины;
- подготовку к различным формам контроля (опрос, ситуационная задача, контрольная работа, тест, ЭКГ, рентген снимок, анализ);
- написание амбулаторной карты курируемого больного.
Планирование времени, необходимого на изучение дисциплины, студентам необходимо осуществлять в течение всего семестра, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине в пределах часов, отводимых на это. Изучение (в разделе СРС).
Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета и кафедры.
Работа студента в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.
Обучение студентов способствует формированию у них этико - деонтологических навыков общения с пациентами

амбулаторного профиля.
Исходный уровень знаний студентов определяется срезом знаний, текущим контролем усвоения дисциплины, а также устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
Пример выполнения в Приложении №7. Шкалы оценивания

ДОКЛАД
Подготовка доклада к занятию.
Основные этапы подготовки доклада: выбор темы; консультация преподавателя; подготовка плана доклада; работа с источниками и литературой, сбор материала; написание текста доклада; оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению; выступление с докладом, ответы на вопросы.

РЕФЕРАТ
Рекомендации по написанию реферата.
1.Тема реферата выбирается в соответствии с интересами студента и должна соответствовать приведенному примерному перечню. пункт 5.3
2.Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников (монографии, статьи).
3.План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.
правило, это специальные монографии или статьи.
4.Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.
5.Недопустимо просто скомпоновать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.
6.Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4) шрифтом Times New Roman, 14. Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).
7.Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
8.Список литературы должен быть составлен в полном соответствие с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:
Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том__. № __. Страницы от __ до ___.
Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до ___.
Примерное содержание работы: Наименование: Объем: 13-15 стр.

ПРЕЗЕНТАЦИЯ в Microsoft Power Point
Презентация дает возможность наглядно представить инновационные идеи, разработки и планы. Учебная презентация представляет собой результат самостоятельной работы студентов, с помощью которой они наглядно демонстрируют материалы публичного выступления перед аудиторией. Компьютерная презентация – это файл с необходимыми материалами, который состоит из последовательности слайдов. Каждый слайд содержит законченную по смыслу информацию, так как она не переносится на следующий слайд
автоматически в отличие от текстового документа. Одной из основных программ для создания презентаций в мировой практике является программа PowerPoint компании Microsoft.

Структура презентации:
Удерживать активное внимание слушателей можно не более 15 минут, а, следовательно, при среднем расчете времени просмотра – 1 минута на слайд, количество слайдов не должно превышать 15-ти.
Первый слайд презентации должен содержать тему работы, фамилию, имя и отчество исполнителя, номер учебной группы, а также фамилию, имя, отчество, должность и ученую степень преподавателя. На втором слайде целесообразно представить цель и краткое содержание презентации. Последующие слайды необходимо разбить на разделы согласно пунктам плана работы. На заключительный слайд выносится самое основное, главное из содержания презентации.
Рекомендации по оформлению презентаций в Microsoft Power Point:
Для визуального восприятия текст на слайдах презентации должен быть не менее 18 пт, а для заголовков – не менее 24 пт. Макет презентации должен быть оформлен в строгой цветовой гамме. Фон не должен быть слишком ярким или пестрым. Текст должен хорошо читаться. Одни и те же элементы на разных слайдах должен быть одного цвета. Пространство слайда (экрана) должно быть максимально использовано, за счет, например, увеличения масштаба рисунка. Кроме того, по возможности необходимо занимать верхние ¾ площади слайда (экрана), поскольку нижняя часть экрана плохо просматривается с последних рядов. Каждый слайд должен содержать заголовок. В конце заголовков точка не ставится. В заголовках должен быть отражен
вывод из представленной на слайде информации. Оформление заголовков заглавными буквами можно использовать только в случае их краткости. На слайде следует помещать не более 5-6 строк и не более 5-7 слов в предложении. Текст на

слайдах должен хорошо читаться. При добавлении рисунков, схем, диаграмм, снимков экрана (скриншотов) необходимо проверить текст этих элементов на наличие ошибок.
Нельзя перегружать слайды анимационными эффектами – это отвлекает слушателей от смыслового содержания слайда. Для смены слайдов используйте один и тот же анимационный эффект.

СРЕЗ ЗНАНИЙ
Выполняется в форме письменного ответа на вопрос задания или решения ситуационной задачи соответственно тематическому плану практических занятий. Содержание ответов по поликлинической терапии должно акцентироваться на знаниях факультетской терапии, госпитальной терапи, профессиональных заболеваниях.
Целью среза знаний является определения качества усвоения материала.
При подготовке студентов к срезу знаний следует использовать лекционный материал и учебники, указанные в основном списке литературы рабочей программы дисциплины.

Студенты изучают методику обследования амбулаторного больного (пункт 5.3), отрабатывают практические навыки в группе, работают с больными в приемных кабинетах под руководством педагога.
Для работы рекомендовано использовать методические рекомендации к практическому занятию, плакаты, таблицы, методические разработки кафедры – СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО.

Заключительным этапом работы является курация амбулаторного больного и оформление АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ (см. пункт 5.3)

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ проводится с использованием тестового контроля, решения ситуационных задач, ЭКГ или анализа, или рентген пленки.

ТЕСТЫ (приложение № 1)
Предлагаемые тесты для промежуточной аттестации являются односложными, с одним правильным ответом.

Расшифровка ЭКГ означает ответы согласно протоколу:
1.Ритм правильный, неправильный
2.Ритм синусовый, несинусовый
3.Положение ЭОС
4.ЧСС
5.Характеристика интервалов и зубцов желудочкового комплекса в грудных отведениях.
Заключение.

Рекомендации по подготовке к дифференцированному зачету:

При подготовке студентов к экзамену следует обратить внимание на следующие учебники:
1.Зюзенков М.В. -Поликлиническая терапия- 2012.
2.Поликлиническая терапия - Сторожаков Г.И., Чукаева И.И. – 2009.
3.Поликлиническая терапия – Галкин В.А.- 2000.
4.Лекционный материал, а также издания выпускаемые кафедрой
5.Сайт: Invalidnost.com
6.Руководство по геронтологии и гериатрии- В.Н.Ярыгина, А.С.Мелентьева,2010 год
7.Поликлиническая терапия: Учебник для студентов высших учебных заведений /Б.Я. Барт, В.Ф. Беневская, С.С. Соловьев и др.; Под ред. Б.Я. Барта. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.
8.Поликлиническая терапия: Учебник для студентов медицинских вузов. /для студентов медицинских вузов. /Г.И. Сторожаков, И.И. Чукаева, А.А. Александров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
9.Врачебно-трудовая экспертиза по ред. Арбатской Ю.Д. М., 2003 г.
10.Руководство по первичной медико-санитарной помощи. /Под ред. акад. РАМН А.А. Баранова, акад. РАМН И.Н. Денисова, акад. РАМН А.Г. Чучалина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
11.Лечение терапевтических больных в поликлинике. Задионченко В.С., Кольцов П.А., Ливандовский Ю.А., М., 2003 г.
12.Амбулаторная медицина: Диагностика и лечение основных заболеваний на догоспитальном этапе: Пособие для врачей общей практики. / /Под ред. Г.А.Хая. - СПб: Политехника, 2002.
13.Гасилин В.С., Куликова Н.М. Поликлинический этап реабилитации ОИМ.2003
14.Дисбактериоз кишечника как клинико-лабораторный синдром: современное состояние проблемы: рук-во. В.М.Бондаренко, Т.В. Мацулевич. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
15.Заболевания внутренних органов в амбулаторной практике /Под ред. В.Г. Радченко. – СПб.: Диалект, 2007.
16.Наточин Ю.В., Мухин Н.А. Введение в нефрологию: уч.пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Приложение № 1

Тесты по поликлинической терапии

1. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ
А) 1 раз в 3 года
Б) каждый год
В) 1 раз в 2 года
Г) 1 раз в полгода

2. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ФОРМИРУЕТСЯ
А) 3 группы
Б) 1 группа
В) 2 группы
Г) 4 группы

3.ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ДОКАЗАННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СУММАРНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
А) врач отделения медицинской профилактики, при отсутствии кабинета профилактики, например, в сельской местности – врач-терапевт участковый
Б) врач-терапевт участковый
В) врач дневного стационара
Г) врач-кардиолог поликлиники

4.КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТ
А) врач-терапевт участковый
Б) врач отделения медицинской профилактики
В) врач дневного стационара
Г) врач-кардиолог поликлиники

5.КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗАНИМАЕТ МИНУТ
А) 10
Б) 30
В) 60
Г) 5

6.МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
А) федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы
Б) учреждениями медико-социальной экспертизы субъекта РФ
В) городскими учреждениями медико-социальной экспертизы
Г) фондами ОМС

7.ИНВАЛИДНОСТЬ I ГРУППЫ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА
А) 2 года
Б) 1 год
В) 3 года
Г) бессрочно

8.ИНВАЛИДНОСТЬ II ГРУППЫ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА
А) 1 год
Б) 3 года
В) бессрочно
Г) 2 года

9.СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В
А) процентах
Б) долях от целого
В) десятичных долях
Г) субъективных характеристиках

10.ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У МУЖЧИНЫ 55 ЛЕТ ПЕРЕНЕСШЕГО 7 ЛЕТ НАЗАД РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА (В МАЗКЕ КРОВИ МАКРОЦИТОЗ) ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ
А) цианкобаламина
Б) железа
В) эритропоэтина
Г) пиридоксина

11.ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) снижение частоты рецидивов
Б) уменьшение выраженности болевого синдрома
В) ускорение рубцевания язвы
Г) уменьшение риска прободения язвы

12.ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОСТУПЛЕНИЯ С ПИЩЕЙ ВИТАМИНА В12 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В12 РАЗВИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ
А) 4-5 лет
Б) 3-4 месяца
В) 5-8 месяцев
Г) 9-12 месяцев

13.В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) эластометрия
Б) ультразвуковое исследование
В) рентгенография
Г) ирригоскопия

14.ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) печѐночная недостаточность
Б) кровохарканье
В) нарушение атриовентрикулярной проводимости
Г) гипертонический криз

15.ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ
А) функциональные расстройства
Б) органические изменения
В) наследственные нарушения
Г) аномалии развития кишечника

16.ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ФОРМИРОВАНИЮ ПОСТИНФЕКЦИОННОГО СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) перенесѐнная кишечная инфекция
Б) молоко
В) употребление продуктов богатых клетчаткой
Г) дислипидемия
17.УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ I СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ ММ РТ.СТ.
А) 150/95
Б) 160/100

В) 150/100
Г) 160/95

18.УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ II СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ ММ РТ.СТ.
А) 170/100
Б) 180/90
В) 180/95
Г) 160/110

19.УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ III СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ ММ РТ.СТ.
А) 170/115
Б) 175/105
В) 165/95
Г) 170/100

20.КРАТНОСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОДНОМ ВИЗИТЕ К ВРАЧУ СОСТАВЛЯЕТ
А) 2
Б) 1
В) 3
Г) 4

21.ПЕРЕД ИЗМЕРЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСКЛЮЧИТЬ КУРЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ЧАС.
А) 0,5
Б) 2,5
В) 1,5
Г) 2

22.ПОРОГОВЫЙ УРОВЕНЬ ОФИСНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СОСТАВЛЯЕТ ММ РТ.СТ.
А) 140/90
Б) 130/80
В) 135/85
Г) 145/90

23.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, УСТАНАВЛИВАЮЩИМ НАЛИЧИЕ И ТЯЖЕСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) оценка состояния глазного дна
Б) суточная экскреция с мочой кортизола
В) содержание альдостерона в крови
Г) суточная экскреция адреналина

24.ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗУБЕЦ
А) RV5,V6>RV4
Б) RV4>RV5, V6
В) S1>R1
Г) RIII>RI

25.БОЛЬНЫЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ СЧИТАЮТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ СИНДРОМА
А) метаболического
Б) астено-вегетативного

В) диспептического
Г) постхолецистэктомического

26.АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛЕНА
А) повышением секреции катехоламинов
Б) повышением секреции ренина
В) избыточной секрецией минералокортикоидов
Г) повышением образования ангиотензина

27.ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ
А) активация ренин-ангиотензиновой системы
Б) избыточная секреция минералокортикоидов
В) повышенная секреция катехоламинов
Г) повышенное образование ангиотензина

28.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С СИНДРОМОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
А) 17-оксикортикостероида
Б) тиреотропина
В) ренина
Г) креатинина

29.ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ТАХИКАРДИЯ, ПОСЛЕ ПРИСТУПА-ПОЛИУРИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А) феохромоцитомы
Б) синдрома Кона
В) синдрома Иценко-Кушинга
Г) климактерического синдрома

30.УЧЕТНАЯ ФОРМА N 025/У «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»
А) заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента(ку)
Б) ведется на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения
В) заводится отдельно каждым из врачей, проводящим лечение
Г) заполняется только при первом и завершающем посещении пациента

31.ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ В ПУНКТЕ 19 УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ ПУНКТ
А) первичная врачебная медико-санитарная помощь
Б) первичная доврачебная медико-санитарная помощь
В) первичная специализированная медико-санитарная помощь
Г) паллиативная медицинская помощь

32. В ФОРМЕ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» ПОДЛЕЖАТ УЧЕТУ
А) посещения врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием
Б) случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи
В) обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации

Г) случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях

33.ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» НОМЕР КАРТЫ ДОЛЖЕН СООТВЕТСТВОВАТЬ НОМЕРУ
А) «медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025/у)
Б) страхового медицинского полиса пациента
В) СНИЛС пациента
Г) «талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025-1/у)

34.УЧЕТНАЯ ФОРМА N 030-13/У «ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ» ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОТЧЕТНОГО ПЕРИОДА ПОДПИСЫВАЕТСЯ
А) врачом-терапевтом участковым и специалистом организационно-методического кабинета
Б) главным врачом
В) председателем врачебной комиссии
Г) заместителем главного врача по организационно-методической работе

35.«СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО- КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА N 070/У), ВЫДАВАЕМАЯ ЛИЦУ, ИМЕЮЩЕГО ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ:
А) председателя врачебной комиссии
Б) лечащего врача
В) главного врача
Г) заместителя главного врача по организационно-методической работе

36.ОБРАТНЫЙ (ОТРЕЗНОЙ) ТАЛОН «СПРАВКИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА N 070/У) ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ
А) лечащего врача и главного врача санаторно-курортной организации
Б) заместителя главного врача по организационно-методической работе санаторно-курортной организации
В) председателя врачебной комиссии
Г) лечащего врача организации, направившей пациента на лечение

37.ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (ПРИКАЗ МЗ И СР РФ ОТ 22.11.2004 Г. № 255) В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ УГЛУБЛЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР С УЧАСТИЕМ НЕОБХОДИМЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОВОДИТСЯ В ГОД
А) 1 раз
Б) 2 раза
В) 3 раза
Г) 4 раза

38.ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (ПРИКАЗ МЗ И СР РФ ОТ 22.11.2004 Г. № 255) В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЛАБОРАТОРНОЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ В ГОД
А) 1 раз
Б) 2 раза
В) 3 раза
Г) 4 раза

39.ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (ПРИКАЗ МЗ И СР РФ ОТ 22.11.2004 Г. № 255) В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАТРОНАЖ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В
А) 3 месяца
Б) 6 месяцев
В) год
Г) месяц

40.ПРИ ДОСТИЖЕНИИ РЕБЕНКОМ ВОЗРАСТА 17 ЛЕТ (ВКЛЮЧИТЕЛЬНО) И ПЕРЕДАЧЕ ЕГО НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДАННЫЕ ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 112/У) ПЕРЕНОСЯТСЯ В ФОРМУ N
А) 052-1/у «вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного»
Б) 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
В) 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
Г) 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг»

41.«НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ
А) заведующим отделением
Б) главным врачом
В) заместителем главного врача по лечебной работе
Г) председателем врачебной комиссии

42.УЧЕТНАЯ ФОРМА N 039-1/У-06 «ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЧАСТКОВОЙ» ЗАПОЛНЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ УЧАСТКОВОЙ
А) ежедневно
Б) раз в неделю
В) раз в месяц
Г) раз в квартал

43.ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ТРАВМ), ОТРАВЛЕНИЙ И ИНЫХ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ ГРАЖДАНАМИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАЕТ ГРАЖДАНАМ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
А) сроком не более 15 дней
Б) сроком не более 5 дней
В) сроком не более 10 дней
Г) на весь срок лечения

44.РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) врачебной комиссией
Б) лечащим врачом
В) главным врачом
Г) заместителем главного врача по клинико-экспертной работе

45.ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ БЕЗ СРОКА ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
А) инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами
Б) инвалидам I группы
В) детям-инвалидам
Г) инвалидам по профессиональному заболеванию

46.В СЛУЧАЯХ ТРАВМ, РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ И ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ГРАЖДАНЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НЕ ПОЗДНЕЕ МЕСЯЦЕВ
А) 12-ти
Б) 4-х
В) 10-ти
Г) 3-х

47.ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ТИПИЧНА ДЛЯ
А) приступа стенокардии напряжения
Б) приступа вариантной (вазоспастической) стенокардии
В) перикардита
Г) аневризмы левого желудочка

48.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ
А) вирусные инфекции
Б) бактериальные инфекции
В) грибковые инфекции
Г) воздействия токсинов

49.САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) атеросклероз коронарных артерий
Б) «мышечный» мостик
В) коронариит
Г) гипертрофия левого желудочка

50. К ПЕРВИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ
А) гипертрофическая
Б) алкогольная
В) метаболическая
Г) дисгормональная

51.СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ОДЫШКА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ
А) ГКМП с обструкцией выносящего тракта ЛЖ
Б) недостаточности аортального клапана
В) ДКМП
Г) постинфарктном кардиосклерозе

52.К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ
А) сахарный диабет 2 типа
Б) возраст
В) отягощенная наследственность
Г) мужской пол

53.КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
А) тропонин I
Б) миоглобин
В) ЛДГ
Г) общая КФК

54.НАИБОЛЬШИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ПРИ ПРИЕМЕ
А) розувастатина
Б) симвастатина

В) аторвастатина
Г) правастатина

55.ПРИЕМ СТАТИНОВ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ПРИ ПОВЫШЕНИИ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ В КРОВИ ВЫШЕ НОРМЫ В
А) 3 раза
Б) 2 раза
В) 4 раза
Г) 5 раз

56.ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ДАТЧИКОМ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ВЫГЛЯДИТ В ВИДЕ
А) однослойной изоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря
Б) однослойной криволинейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
В) двуслойной линейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
Г) двуслойной гипоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря

57.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ
А) преднизолон
Б) циклоспорин
В) триамцинолон
Г) ламивудин

58.ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО
А) наличие частых кровотечений
Б) безрецидивное течение
В) сегментарное поражение
Г) появление трансмуральных язв

59.О СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГАСТРИТА СУДЯТ ПО КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА
А) лейкоцитами Б) эозинофилами В) лимфоцитами Г) макрофагами

60.ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА %
А) ≥6,5
Б) ≥6,0
В) ≥6,8
Г) ≥7,0

Приложение № 2

Задачи по поликлинической терапии

Задача № 1

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приѐма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чѐткие границы, гиперемированы, отѐчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие H. pylori – положительный.

Вопросы:

1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4.Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

5.Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

Задача № 2

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощѐн. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лѐгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лѐгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодистантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз.

2.Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

3.План лечебных мероприятий.
4.Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5.Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

Задача № 3

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было.

При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лѐгочный. Топографическая перкуссия – границы лѐгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

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

Задача № 4

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар ++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:
1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3.Составьте план обследования пациента.
4.Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5.Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача № 5

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту.

В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отделе желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Составьте план дополнительного обследования пациента.

4.Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.

5.Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

Задача № 6

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 14.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации.

Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана.

При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии.

В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,5.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ – 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30.09.2016 г.

Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС 137 уд/мин достигнута при нагрузке 100 Вт.

Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров.

30.09.2016 г. явился на приѐм в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка.

Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены,

ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.
Вопросы:
1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3.Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.
4.Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.
5.Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

Задача № 7

Женщина 28 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение, головокружение, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле.
Из анамнеза известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа курсами по 2-3 недели с временным эффектом.
Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в 23 и 27 лет.
При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 65кг. ИМТ – 24,08 кг/м2. Кожные покровы и коньюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 уд.в мин.,
АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.
В анализах: общий анализ крови — эритроциты 3,6 *1012/л, анизоцитоз, микроцитоз, Нв-94 г/л, ЦП- 0,6, лейкоциты 5,2*109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок- 77 г/л, общий билирубин - 15,3 мкмоль/л, непрямой билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8 мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5,V6 отведениях.
Вопросы:
1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4.Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
5.Через 2 месяца регулярной терапии препаратом из группы железосодержащих отмечается положительная динамика: уменьшились слабость и утомляемость, улучшилась память, сердцебиения не беспокоят, исчезли нарушение вкуса; в общем анализе крови-эритроциты 4,2 *1012/л, средний диаметр эритроцитов 7,5 мкм, Нв- 122 г/л, ЦП- 0,84 лейкоциты 6,7*109/л, эозинофилы- 0%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные- 59%, лимфоциты -28%, моноциты- 9% , СОЭ-13 мм/час. Биохимический анализ крови: железо сыворотки - 14,7 мкмоль/л, ферритин - 9,8 мкг/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача № 8

Мужчина 45 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную боль в плюснефаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемию кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°С, познабливание.
Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом.
Семейный анамнез: мать – страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, отец - страдает подагрой, подагрическим полиартритом.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное Рост – 172 см, масса тела – 105кг. ИМТ – 35,59 кг/м2. Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС –82 уд. в мин., АД – 130/84 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.
При осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отѐк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале 7 баллов.
В анализах: общий анализ крови: эритроциты – 5,1*1012/л, лейкоциты - 11,8*109/л, тромбоциты - 280*109/л, СОЭ – 30 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, ТГ – 2,0 ммоль/л, ХС - ЛПВП – 0,86 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; мочевая кислота – 576 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, серомукоид – 0,15 ед, креатинин – 87 мкмоль/л. СКФ (CKD-EPI) – 92 мл/мин 1,73м2. Альбуминурия – 10 мг/сутки.
Вопросы:
1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4.Сформулируйте алгоритм ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5.Через 7 дней на фоне назначенной терапии отмечается положительная динамика: боль, отѐчность I плюсне-фалангового сустава правой стопы не беспокоят, температура тела нормализовалась. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача № 9
Больной С. 50 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38°С, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой.
Анамнез: заболел остро, 3 дня назад повысилась температура до 38°С, отмечал общее недомогание, слабость, озноб. Лекарств не принимал. Вчера присоединился кашель со скудной светлой мокротой.
При осмотре: состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,7°С. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отѐков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лѐгких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого лѐгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука. ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=100 ударов в минуту. АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.
Вопросы:
1.Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.
2.Назначьте обследование, обоснуйте.
3.Пациенту проведена рентгенограмма лѐгких в прямой и боковой проекции – выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого лѐгкого. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Назначьте лечение.
4.Несмотря на проводимую терапию состояние больного ухудшалось, мокрота стала зелѐной, симптомы интоксикации усилились. Через 3 дня пациент явился на повторный приѐм к врачу поликлиники. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты – 4,2х1012/л, ЦП 0,91, ретикулоциты - 1,0%. тромбоциты – 220х109/л, лейкоциты - 0,9х109/л, п/я - 2%, с/я - 8%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 4%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 30 мм/ч. Установите окончательный диагноз, обоснуйте
5.Дальнейшая тактика лечения пациента.

Задача № 10
Больной П. 35 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на эпизоды внезапно возникающего головокружения при интенсивной физической нагрузке, эпизод кратковременной потери сознания.

Анамнез: ранее у врачей не наблюдался, хронические заболевания отрицает. Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда впервые появились эпизоды головокружения. Накануне вечером после интенсивной нагрузки (переносил мебель) был эпизод кратковременной потери сознания. К врачу не обращался.
Наследственность: отец – внезапная смерть в 43 года.
При осмотре: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Периферических отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лѐгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 14 в мин. Верхушечный толчок усилен, концентрический. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=60 уд в минуту. В области верхушки и вдоль левого края грудины выслушивается интенсивный систолический шум. АД=120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезѐнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
Пациенту снята ЭКГ – ритм синусовый, правильный, ЧСС – 64 в мин. Отклонение ЭОС влево. RV6>RV5>RV4. Индекс Соколова-Лайона 45 мм.
Вопросы:
1.Предложите план обследования пациента, обоснуйте.
2.Пациенту проведено обследование: ЭХОКГ – полости сердца не расширены, ФВ 56%. Толщина задней стенки ЛЖ – 13 мм, толщина межжелудочковой перегородки
– 18 мм, индекс массы миокарда – 132 г/м2. Ваши дальнейшие действия для
постановки диагноза? Обоснуйте свой выбор
3.По результатам самостоятельного контроля АД и СМАД у пациента регистрируются нормальные значения АД. По результатам лабораторно- инструментального обследования не выявлено поражение других органов-мишеней, факторов риска нет. Поставьте окончательный диагноз.
4.Обоснуйте диагноз.
5.Назначьте терапию, дайте рекомендации.

Задача № 11

Больная Ш. 45 лет обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на слабость, головокружение, выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи.
Анамнез: считает себя больной в течение 3-х месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, головокружение. К врачу не обращалась. В дальнейшем симптомы стали нарастать, стали выпадать волосы, появилась ломкость ногтей, сухость кожи. Сопутствующие заболевания: страдает меноррагией – месячные обильные, затяжные, по 7-10 дней каждые 28 дней.
При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, сухие, высыпаний нет. Ногти с выраженной продольной исчерченностью, «ложкообразные». Диффузная алопеция. Периферических отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лѐгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 21 в мин. Тоны сердца ритмичные, ослабление I и II тона сердца во всех точках аускультации. ЧСС=90 уд в минуту. АД=100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезѐнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
Вопросы:
1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4.Через 2 дня пациентка пришла на повторный прием с результатами анализов: клинический анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - 1,12х1012/л. MCV 75 фл, MCH 22 пг, ретикулоциты - 0,9%, тромбоциты – 226х109/л, лейкоциты - 4,9х109/л, палочкоядерные - 4% , сегментоядерные - 51%, моноциты – 0,10х109/л, лимфоциты – 1,7х109/л, СОЭ - 36 мм/ч. Сывороточное железо 4,2 мкмоль/л, ОЖСС
82 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина 23,5%, АЧТВ 26 с, ПТВ 14 с, фибриноген 3,1 г/л. Консультация гинеколога назначена на следующий день.
Назначьте лечение.
5.Через 2 месяца регулярной терапии железосодержащим препаратом пациентка сдала повторный анализ крови: клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,2х1012/л. MCV 82 фл, MCH 28 пг, ретикулоциты - 1,2%. тромбоциты – 260х109/л, лейкоциты - 5,2х109/л , палочкоядерные- 6% , сегментоядерные- 55%, моноциты – 0,10х109/л, лимфоциты – 1,4х109/л,

СОЭ - 17 мм/ч. Пациентка также наблюдается у гинеколога, принимает терапию по поводу меноррагий, отмечает нормализацию месячных. Охарактеризуйте изменения в анализах. Ваши дальнейшие действия?

Задача №12

Больная Е., 50 лет, вызвала участкового врача на дом. Жалобы на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-ой день. Объективно: температура 39,4˚С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.
1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика ведения в отношении данного больного.
3. Сроки ВУТ. Профилактика.

Задача №13

Пациент 60 лет обратился к участковому врачу с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, в основном по утрам, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, потливость. Повышение температуры не отмечал. Из анамнеза: На учёте по поводу ХОБЛ в течение 10 лет. Стаж курения более 30 лет. Практически ежедневно беспокоит малопродуктивный кашель, в основном по утрам с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышка при физической нагрузке. В течение последних 6 месяцев отмечает нарастание одышки, которая стала беспокоить даже при незначительной физической нагрузке – ходьбе на расстояние около 100 метров. При осмотре: удовлетворительного питания. Диффузный «тёплый» цианоз. ЧД в покое – 20 в минуту. Температура нормальная. Периферических отёков нет. В лёгких с обеих сторон на всём протяжении – рассеянные сухие разнокалиберные хрипы. При спирографии: ФЖЕЛ – 70% от должных величин, ОФВ1 – 60% от должных величин. В ОАК: эритроциты – 5 х 10/л; гемоглобин – 150 г/л; лейкоциты – 7,2 х 10/л; п/я нейтрофилы – 3%; СОЭ – 15 мм/час. На обзорной рентгенограмме лёгких – лёгочные поля без очаговых и инфильтративных теней, повышенной прозрачности, лёгочный рисунок избыточен, деформирован.
1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите, имеются ли у больного показания к госпитализации
3. Определите тактику лечения
4. Врачебно-трудовая экспертиза.

Задача №14

Пациентка 30 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на эпизоды затруднённого дыхания, преимущественно с нарушением выдоха: в дневное время до 3 эпизодов в неделю, в ночное время – 1-2 раза в неделю. Приступы сопровождаются сильным кашлем с выделением светлой слизистой мокроты. Отмечает ограничение физической активности – с трудом поднимается на второй этаж. Несколько раз в день пользуется ингаляциями беротека. Из анамнеза: на учёте по поводу бронхиальной астмы - с детства. Обострения отмечает в весенне-летнее время во время цветения полевых трав. Приступы экспираторной одышки в любое время года отмечает при вдыхании резких запахов - дезодорантов, аэрозолей бытовой химии, красок, уличной и домашней пыли. Два года назад перенесла анафилактический шок при укусе пчелы. Базисная терапия бронхолитиками и ингаляционными глюкокортикоидами не проводилась, приступы снимались ингаляциями сальбутамола или беротека. Данное ухудшение состояния связывает с переездом офиса, где работает пациентка, в новое помещение, где был проведен ремонт, побелка и покраска. При осмотре: Удовлетворительного питания. Кожа чиста. Частота дыхания – 20 в минуту. В лёгких с

обеих сторон на всём протяжении – рассеянные, преимущественно высокотональные, сухие хрипы. ЧСС – 80 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. При исследовании функции внешнего дыхания выявлен обструктивный тип дыхательных нарушений с нарушением бронхиальной проходимости преимущественно на уровне бронхов мелкого калибра. Значение ФЖЕЛ и ОФВ1 до ингаляции беротека – соответственно 70% и 60% от должных величин. После ингаляции беротека данные показатели возросли соответственно до 86% и 80%. Общий анализ крови - без отклонений от нормы. При рентгенографии грудной клетки патологии не выявлено.
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику ведения данного больного.
3. Медико-социальная экспертиза. Профилактика

Задача №15

Пациентка, 61 год, обратилась к участковому терапевту с жалобами на кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, повышение температуры, нарастающую одышку. При аускультации дыхание слева ниже угла лопатки резко ослаблено. На обзорной рентгенограмме в нижнем отделе левого легкого определяется однородная тень до IV ребра. Средостение смещено в сторону затенения.
1. Ваш предварительный диагноз.
2. Определите тактику ведения.
3. Медико-социальная экспертиза. Профилактика.

Задача №16

Больной И., 36 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на озноб, повышение температуры, сухой кашель, сильную боль в правой половине грудной клетки. Больному легче лежать на правом боку. Объективно: температура 37,8˚С. Состояние средней тяжести. Пациент лежит на правом боку. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании. Дыхание справа ослабленное, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.
1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика ведения.
3. Диспансризация. Сроки ВУТ. Профилактика.

Задача №17

У больной, 46 лет, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, внезапно развилась загрудинная боль, одышка смешанного характера, свистящие хрипы в проекции среднего легочного поля справа.
1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика ведения в отношении данного больного.
3. Неотложные мероприятия. Профилактика.

Задача №18

Больная, 42 лет, вызвала участкового врача на дом. Жалобы на удушье, длящееся вторые сутки, отеки ног. Десять лет назад перенесла двустороннее воспаление легких, после чего кашель не прошел и беспокоил больную постоянно как сухой надсадный кашель. Часто простывала, в эти моменты кашель усиливался, появлялась единичными плевками мокрота слизисто-гнойного характера, одышка. Пять лет назад появились приступы удушья, во время которых больная садилась, упираясь руками о край кровати. Приступы сопровождались дистанционными хрипами, к концу приступа отделялась мокрота слизисто-гнойного характера. Приступы снимались приемом эфедрина. Последние три года часто наступало астматическое состояние, не снимаемое в течение нескольких дней. Тогда же появились отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, одышка стала постоянной. При осмотре обращает на себя внимание диффузный цианоз,

экспираторная одышка. Слизистая глаз инъецирована. Грудная клетка бочкообразной формы, нижние края легких опущены на 2 ребра. Перкуторно: коробочный звук, дыхание резко ослаблено, масса сухих хрипов. Правая граница сердца увеличена на 2 см вправо. ЧСС 90 в минуту. Пальпируется печень на 4 см ниже реберного края. АД 140/90 мм рт. ст.
1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика ведения.
3. Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация.

Задача №19

Больная 20 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление обильного водянистого отделяемого из носа, снижение аппетита, нарушение сна, заболела 2 дня назад. Дома болен старший брат школьного возраста (насморк, сухой кашель). При осмотре температура тела - 37,3ºС. Сосуды конъюнктивы инъецированы. Кожные покровы чистые с небольшими участками мацерации в области преддверия носа. Носовое дыхание затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов. Задняя стенка глотки и передние дужки гиперемированы. Лимфатические узлы не увеличены. Подкашливает. В легких - дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧД 16 в мин. Сердечны тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание, стул в норме. Общий анализ крови: Hb - 113 г/л, эр. - $4,2x10^{12}$/л, лейк. - 9,4x10/л, СОЭ - 9 мм/ч.
1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика ведения.
3. Определите сроки временной утраты трудоспособности. Профилактика.

Задача №20

У больного 36 лет заболевание началось остро с повышения температуры до 39,8ºС, жалобы на головную боль, стал вялым, снизился аппетит. На второй день болезни появился сухой болезненный кашель. К началу 3-х суток заболевания появилось слизистое отделяемое из полости носа. Осмотрен участковым терапевтом - температура 37,9 ºС. Вялый, раздражительный. Сосуды склер инъецированы. Кожные покровы чистые, гиперемия щек. Носовое дыхание затруднено, умеренное слизистое отделяемое. Гиперемия зева умеренная с цианотичным оттенком, зернистость задней стенки глотки. Лимфатические узлы шеи не увеличены, безболезненны при пальпации. Сердечные тоны звучные, ритмичные. ЧСС 118 в минуту. В легких - дыхание жесткое, проводные хрипы. ЧДД 28-30 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание свободное. Менингеальных симптомов нет.
1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика ведения.
3. Определите сроки временной утраты трудоспособности. Профилактика.

Задача №21

Больной Н. 60 лет, пенсионер, обратился к участковому врачу с жалобами на головные боли по утрам в затылочной области, пульсирующего характера, иногда носовые кровотечения, ухудшение зрения последние 6 месяцев.
Анамнез: вышеперечисленные жалобы беспокоят около 6-7 лет, к врачам не обращался, не лечился.
Объективно: индекс массы тела-25. Левая граница сердца на 1,0 см кнаружи от СКЛ. Тоны ясные, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС-74 в мин, АД 160/90 мм.рт.ст. ЭКГ SV1 + RV6 = 36м.
1.Ваш предварительный диагноз?
2.Определите дальнейшую тактику ведения.
3.Сроки ВУТ, диспансеризация.

Задача №22

Больная Г. 72 года, пенсионерка, обратилась к терапевту с жалобами на головные боли, головокружение, нарушение памяти, «мелькание мушек » перед глазами, снижение остроты зрения, повышение артериального давления, незначительные отеки на ногах.

Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью в течении 20 лет. Нерегулярно принимает верапамил. Объективно: индекс массы тела 19. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от СКЛ. ЧСС-72 в мин. АД-180/80 мм. РТ .ст. ЭКГ: SV1+RV6=35 мм. В ОАМ: белок-0.06г/л. Глазное дно: распространенное сужение артериол сетчатки, диаметр их составляет 1/3 часть просвета венул, геморрагии и экссудаты.
1. Ваш диагноз?
2. Тактика ведение и лечение больного.
3. Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация.

Задача №23

Больной 45 лет, по профессии инженер-технолог. Условия труда благоприятные. Жалобы на редко возникающие чувство стеснения в области сердца, возникающие при ходьбе через 500-1000 метров, ощущение перебоев в работе сердца.
Анамнез: Год назад перенес крупноочаговый ИМ в области задней стенки ЛЖ, после чего была установлена III гр. инвалидности. В течение года лечился амбулаторно, случаев временной нетрудоспособности не было. Объективно: дыхание везикулярное, тоны сердца звучные, пульс -72, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. живот мягкий, печень не пальпируется. ОАК и ОАМ в норме. ЭКГ: ритм синусовый, уплощение Т в V4-V6. Направлен на переосвидетельствования.
1.Ваш диагноз?
2.Определите трудоспособность и амбулаторное лечение.
3. Диспансеризация.

Задача №24

Больной 58 лет, строитель, жалуется на жгучие боли в области сердца с иррадиацией в левую руку, возникающие при ходьбе медленным шагом на расстоянии 150 м , из-за чего вынужден останавливаться. Боли проходят через 1-2 мин после приема НТГ.
Из анамнеза: болен в течении 12 лет, принимал НТГ. Курит по 1 пачке в день 20 лет.
Объективно: повышенного питания, верхушечный толчок в 5 м/р на 1см кнаружи от левой СКЛ. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, ритм правильный. ЧСС 60 в мин. АД 160/90 мм.рт.ст. Печень не пальпуруется.
Факторы риск: АГ, курение, малоподвижный образ жизни, нарушение жирового обмена. ВЭМ-объем 300 кгм в мин. Критерии прекращения пробы-боли за грудиной. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-60 в мин.
1.Ваш предварительный диагноз.
2.Амбулаторное лечение.
3.Диспансеризация.

Задача № 25

Больной 18 лет, предъявляет жалобы на ощущение жара и жжение в лице , чувство тяжести в голове, высокие цифры АД 190/120 мм.рт. ст.
Объективно: состояние больного удовлетворительное. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца смещена влево на 4-5 см, тоны сердца звучные, ритм правильный. Над аортой, на шее во II-III м/р у левого края грудины выслушивается систолический шум. Отмечается ослабление пульса на бедренных артериях. Пульс на тыльной стороне стопы и на задней большеберцовой артерии не определяется. ОАК и ОАМ без патологии.
1.Ваш предварительный диагноз
2.Дополнительные методы исследования.
3.Лечение.

Задача №26
Больная 43 лет, обратилась к врачу с жалобами на головокружение, тяжесть в затылке, покачивание при ходьбе.
Из анамнеза: 6 лет назад после сильного переохлаждения отмечалась боль в правой поясничной области, учащенное мочеиспускание. Тогда же были обнаружены небольшие изменения в моче, которые исчезли после приема нитрофуранов.

При осмотре: правильного телосложения, кожа обычной окраски. Органы дыхания без патологии. Левая граница сердца смещена влево на 1 см. АД 200/120 мм.рт.ст. тоны ясные, ритмичные, акцент 2 тона над аортой, шумов нет.
Врач поставил диагноз гипертоническая болезнь 2 стадия. Дополнительные исследования не проводились.
1.Ваш диагноз.
2.Ваш план дифференциально-диагностического поиска.

Задача № 27

Больной Н., 19 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на постоянные головные боли в затылочной области в течение последнего года. Иногда боли сопровождались головокружением и тошнотой. Обратился за медицинской помощью впервые.
2 года назад на медицинской комиссии в военкомате было зарегистрировано повышение АД - 140/100 мм рт.ст. Был направлен на стационарное обследование, выписан с диагнозом нейроциркулярная дистония по гипертоническому типу. Во время службы в строительных войсках в связи с усилением головных болей был направлен в гарнизонный госпиталь. После обследования и лечения был комиссован из рядов армии с диагнозом гипертоническая болезнь II стадии.
При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Верхняя половина туловища развита лучше нижней. Кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Верхушечный толчок 6 $см^2$. Тоны сердца ритмичны, 1 тон сохранен, акцент II тона над аортой, шумы под областью сердца не выслушиваются. Пульс - 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД - 160/110 мм. рт.ст. В околопупочной области слева выслушивается грубый систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, в околопупочной области пальпируется пульсирующая брюшная аорта. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. ОАК - $4,2x10^{12}$/л, лейк. - $7,8x10^{9}$/л, Нв - 140 г/л, цв.п. - 0,85, эоз. - 3%, сегм. - 61%, лимф. - 32%, мон. - 4%, СОЭ - 12 мм/час. ОАМ: относительная плотность - 1018, реакция нейтральная белка нет, лейк. - 0-2 в п/зр., эр. - 0-1 в п/зр., качественная реакция на сахар (-). флюорография органов грудной клетки: легкие без патологии, сердце - увеличение левого желудочка. Аорта развернута, расширена. Синусы свободны. Осмотр окулиста: Среды прозрачны. Диски зрительных нервов нечеткие. Гипертензивная ангиопатия сетчатки. УЗИ органов брюшной полости: размеры левой почки уменьшены. Другой патологии не выявлено.
1. Ваш предварительный диагноз?
2.Дополнительные методы обследования.
3.Тактика лечения и диспансеризация.

Задача №28

Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающиеся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.
При амбулаторном осмотре АД – 120/80 мм рт.ст. ЧСС - 78 в минуту. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания.
При очередном ухудшении самочувствия вызван участковый врач. При осмотре выявлено: АД – 220/130 мм рт.ст. ЧСС - 180 в минуту. Температура тела - 37,8 С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.
Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в/в, лазикс в/в) эффекта не дали. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты - 10 x 10^{9} л, лимфоцитов - 16%, эозинофилов - 6%. Сахар крови натощак - 7,2 ммоль/л, К - 6,2 ммоль/л, Na - 138 ммоль/л. В моче: белок - 0,66%, эритроциты - 6-8-10 в поле зрения, сахар 0,5%. На ЭКГ - синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинопатия. При суточном мониторировании АД – 120/80 – 126/75 мм рт.ст.
1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Задача № 29

Больной 35 лет, обратился к участковому врачу жалуется на периодически возникающее головокружение, обморочные состояния.
Объективно: Дыхание везикулярное. Верхняя граница относительной сердечной тупости расположена во 2 межреберье. В 5 межреберье слева от грудины выслушивается интенсивный систолический шум, усиливающийся в вертикальном положении. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в 1 мин. АД 115/70 мм.рт ст. На ЭКГ*:* патологический зубец Q и глубокий отрицательный зубец Т в отведениях III, aVF, V 5-6. Изменения на ЭКГ выявляются в течение нескольких лет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Необходимые исследования для верификации диагноза?
3. План диспансеризации, показания для направления на ВТЭК.

Задача №30

Больная 20 лет перенесла ОРВИ. Через неделю появилась субфебрильная температура тела, недомогание, ноющие боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, одышка при быстрой ходьбе, перебои в работе сердца. Объективно: Кожные покровы не изменены. Зев спокойный. Дыхание везикулярное. Границы сердца не измены. На верхушке 1 тон ослаблен, неинтенсивный систолический шум. ЧСС 100 в 1 мин., 1-2 экстрасистолы в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения и лечение больного.
3. Показания к госпитализации, сроки ВУТ.

Задача №31

У мужчины в 38 лет во время проф. осмотра рентгенологически выявлено увеличение границ сердца во все стороны. Ревматологический анамнез отрицательный. Ранее не обследовался и не лечился. В течение последнего года стал замечать постепенно нарастающую одышку, последний месяц - по ночам, появились отёки ног, увеличилась в размерах печень. АД - 130/80 мм рт.ст., ЧСС - 98 в минуту, ритм синусовый. На ЭХОКГ:Фракция выброса - 38%.

1. Ваш предварительный диагноз?
3. План дальнейщего обследования, лечения.
4. МСЭК. Диспансеризация**.**

Задача № 32

Больной 55 лет обратился к участковому врачу, отмечает в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке. 2 недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной при ходьбе, которые купировались после приема нитроглицерина в течение 1-2 минут или в состоянии покоя. В прошлом курил в течение 25 лет. Сегодня ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки, не купирующиеся приемом нитроглицерина.
Объективно: Состояние больного тяжелое, сознание ясное. Беспокоен, боли продолжаются. Кожные покровы цианотичные, конечности холодные и влажные. Шейные вены не набухшие.Частота дыханий-24 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: левая граница относительной тупости сердца - по левой среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины. Пульс-120 в минуту, малый, мягкий. Тоны сердца глухие, ритм галопа, единичные экстрасистолы, шумов нет. АД-75/50 мм рт.ст. Температура тела- 37^0С.
Экстренно была снята кардиограмма, на которой определялся зубец Q>0.03 сек, подъем сегмента ST выпуклостью вверх с переходом в зубец Т в отведениях I, AVL, V1-V3, внеочередные деформированные QRS без предшествующего зубца Р.
1.Ваш предварительный диагноз?

2. Тактика ведение больного.
3. МСЭК. Диспансеризация.

Задача № 33

В поликлинику обратилась больная М., 56 лет с жалобами на колющую, сжимающую боль в области сердца, одышку при ходьбе, сердцебиение, чувство беспокойства и страха, потливость, повышенную раздражительность, похудание, плохую переносимость тепла.
Считает себя больной в течение года. Одышка и сердцебиение появились 2 месяца назад, месяц назад заметила отеки на ногах.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Положение активное, сознание ясное. Больная возбуждена, адекватна. Правильного телосложения. Пониженного питания. Кожные покровы влажные, гиперемированы. Видимые слизистые розовой окраски. Подкожная клетчатка развита слабо, отечность голеней и стоп. Отмечается диффузное увеличение щитовидной железы III степени, мелкий тремор пальцев рук, легкий экзофтальм, редкое мигание, припухлость верхних век, симптомы Грефе и Мебиуса. Температура тела 37,1^{o}С. Грудная клетка астеническая. Тип дыхания грудной. ЧД - 20 в минуту. Грудная клетка перкуторно: ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное. Пульс на лучевых артериях симметричный, неравномерный, частый, аритмичный, с частотой 120 в минуту. АД 170/95 мм рт.ст. При пальпации сердца определяется верхушечный толчок, расположенный в VI межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя на уровне III ребра, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно-сердечные тоны приглушены, аритмичны. Пульс 120 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Размеры печени по Курлову - 11х10х8 см. Стул и мочеиспускание не нарушены.
ОАК: Эр.- 4,0х10^{12}/л, Hb-120г/л, Лейк.-4,0х10^{9}/л, Э-1% П-5% С-40% Л-47% М-7% СОЭ-15 мм/час.
ОАМ: прозрачная, соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес 1023, белок- отриц., сахар-отр., лейкоциты-2-1-1 в п/зрения, эритроциты 1-0-1 в п/зрения.
ЭКГ: Зубец Р отсутствует, беспорядочные волны FF, расстояния R-R различны, частота сокращений желудочков-140 в минуту.
Больной было назначено дообследование. Определение в крови тироксина, Т3 и белок - связанного йода показало увеличение их содержания.
1.Ваш предварительный диагноз.
2. Принципы лечения данного заболевания?
5.Диспансеризация.

Задача № 34

Больной Н., 38 лет при обращении предъявлял жалобы на одышку при малейшей физической нагрузке, боли в левой половине грудной клетки тупого характера продолжительностью до 1,5-2 часов, кашель, приступы удушья. Болен около 5 лет, периодически появлялась одышка, а в ночное время стали беспокоить приступы удушья. Последние 3 года - постоянная форма мерцательной аритмии. Год назад дважды перенес нарушение мозгового кровообращения, с этого времени - левосторонний гемипарез. В течение последнего года состояние прогрессивно ухудшается, нарастают отеки, одышка.
Состояние крайне тяжелое, диффузный цианоз, набухание шейных вен, положительный венный пульс. Ортопноэ. Отеки голеней и стоп. В задненижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧД - 26 в минуту. Определяется пульсация в прекардиальной области. Границы относительной сердечной тупости: слева по передней аксиллярной линии, по VI межреберью, справа на 2 см кнаружи от правого края грудины. Систолический шум на верхушке и у основания мечевидного отростка, акцент 2 тона над легочной артерией, ЧСС - 74 в минуту, пульс - 72 в минуту, неритмичный. АД 125/70 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Край печени плотный, на 8 см выступает из-под края

реберной дуги. ОАК: Эр.- 3,5х10^{12}/л, Hb-110г/л, Лейк.-7,0х10^{9}/л,-2%, С-76%, Л-18%, М-4%
ОАМ: соломенно-желтая, удельный вес-1012, белок-0,066%, лейкоциты-1-1 в п.зр., эритроциты 0-1.
ЭКГ: Зубец Р -отсутствует, нерегулярные волны ff, нерегулярные интервалы R-R. Частота желудочковых сокращений - 7
1.Ваш предварительный диагноз.
2.Тактика ведение в отношении данного больного.
3.МСЭК. Диспансеризация.

Задача № 35

Женщина 30 лет обратилась с жалобами на интенсивные продолжительные головные боли. Ранее за медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала анальгетики. Наследственность не отягощена.
Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостеник. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. В легких перкуторно-ясный легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Частота дыханий-18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: слева- на 1,0 см кнаружи от левой СКЛ, справа-по правому краю грудины. Тоны сердца звучные, ритмичные, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. АД 210/100 мм рт.ст.(на правой и левой руке). Пульс 80 в минуту. Слева и справа в околопупочной области выслушивается систолический шум. Живот безболезнен.
Анализы крови и мочи-без патологии. Ренин плазмы-6,0 нг/мл (N-3,1-3,6)
ЭКГ: ритм синусовый. RI+SIII=28 мм, RV5,V6=25мм, SV1>12мм. RV6>RV5>RV4
Заключение окулиста: ангиопатия сетчатки II степени.
1. Ваш предварительный диагноз.
2.Каков основной метод исследования для постановки диагноза?

3.МСЭК. диспансеризация**.**

Задача №36

Больная 18 лет жалуется на повышение температуры до 38°С, слабость, сердцебиение и одышку при подъеме на 2 этаж, боли во всех суставах. Указанные жалобы в течение 2 недель. 1 месяц назад перенесла ангину, лечилась аспирином, полоскала горло, после чего состояние улучшилось, исчезли боли в горле. Однако затем снова поднялась температура и появились вышеперечисленные жалобы. Никогда ранее не болела. Объективно: периферических отеков нет, суставы не изменены, движения в них в полном объеме. Зев бледно-розового цвета, миндалины не увеличены. В легких – нормальное везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены, аускультативно – тоны приглушены, во 2 межреберье справа от грудины выслушивается мягкий диастолический шум, ЧСС 100/мин., ритм правильный, АД 110/70 мм рт. ст, печень не увеличена.
1.Сформулируйте предположительный диагноз.
2.Определите тактику ведения в отношении данного больного.
3.Диспансеризация. Профилактика.

Задача №37

Больная 33 лет жалуется на одышку при ходьбе 200 м, усиливающуюся в горизонтальном положении, слабость, сердцебиение, боли в коленных и голеностопных суставах. Из анамнеза: с 12 лет выявлена ревматическая лихорадка, с 13 лет – порок сердца. Последняя ревмаатака 1 год назад. Настоящее ухудшение после перенесенной носоглоточной инфекции в виде появления болей в суставах, усиления слабости и одышки. Объективно: периферических отеков нет, костно-суставной аппарат без патологии,. В легких – в нижних отделах крепитирующие хрипы. Границы сердца расширены вверх, аускультативно – на верхушке выслушивается громкий I тон,

диастолический шум, митральный щелчок, ЧСС 100/мин., ритм правильный, АД 110/70 мм рт ст, печень не увеличена. В ОАК: СОЭ 25 мм/ч.
1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Определите тактику ведения.
3. Врачебно-трудовая экспертиза.

Задача №38

Больная Ш., 45 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли и припухание в мелких суставах обеих кистей, стоп, в крупных суставах конечностей, ограничения подвижности в них, утреннюю скованность до обеда. Болеет 7 лет, состоит на диспансерном учёте. Постоянно принимала 7,5 мг преднизолона в сутки, НПВС (по 50–75 мг/сут вольтарена или по 0,5 г/сут напроксена). При осмотре: дефигурация лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и локтевых суставов. ОАК: эритроциты — 3,6 · 10^{12}/л, Hb — 116 г/л, лейкоциты — 9 · 10^{9} /л, СОЭ — 50 мм/ч. Рентгенография кистей: околосуставный остеопороз, сужение суставных щелей, множественные эрозии и узуры в области проксимальных межфаланговых суставов.
1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите тактику ведения.
3. Врачебно-трудовая экспертиза.

Задача № 39

Больная Ш., 38 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, похудение, плотный отек кожи тыла кистей, предплечий, потемнение кожи, зябкость в кончиках пальцев, побеление пальцев на холоде, боли в крупных суставах. Болеет 3 года. В начале появилась зябкость пальцев, цианоз и побеление на холоде. В течение последних 3 месяцев беспокоит слабость, плотный отек кистей, предплечий, температура — 37,5 °С. При осмотре: больная пониженного питания, кожа смуглая, уплотнена. Лимфоузлы увеличены. Пульс — 96 в 1 мин., АД — 100/60 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, короткий систолический шум на верхушке. Дыхание в легких везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон — пневмосклеротические хрипы. Живот при пальпации мягкий, печень у края реберной дуги. При обследовании в общем анализе крови: эритроциты — 3,1 · 10^{12}/л, Hb — 90 г/л, цв. показатель — 0,7, лейкоциты — 8,2 · 10^{9} /л, СОЭ — 53 мм/ч.
1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите тактику ведения.
3. Врачебно-трудовая экспертиза.

Задача №40

Больная М., 21 год, обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, слабость, похудание, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения подчелюстных и подмышечных лимфоузлов. При осмотре: состояние тяжелое. На лице эритема по типу «бабочки». На слизистой ротовой полости — язвы. Подчелюстные и подмышечные лимфоузлы увеличены. Припухлость коленных, голеностопных, локтевых суставов. Движения в суставах болезненны. Пульс — 118 уд./мин, ритмичный; АД — 150/110 мм рт. ст. Границы сердца: правая смещена на 1 см вправо от правого края грудины, левая — на 2 см левее срединно ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке и в 5-й точке. При перкуссии легких определяется притупление легочного звука в нижних отделах с обеих сторон. Дыхание везикулярное ослабленное, в нижних отделах легких не проводится. Печень на 2 см выступает из-под реберного края, мягкая, чувствительная. На голенях есть отеки. В ОАК: эритроциты — 2,8 · 10^{12}/л, лейкоциты — 3,2 · 10^{9} /л; ОАМ: белок — 5 г/л, уд. вес — 1020, лейкоциты — 6–8 в поле зрения, эритроциты — 20–25 в поле зрения, гиалиновые цилиндры — 3–5 в поле зрения.
1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Определите тактику ведения.

3. Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация.

Задача №41

Пациентка П., 70 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на выраженные боли в левом тазобедренном суставе, в коленных суставах (больше слева), обоих голеностопных суставах, иногда — в мелких суставах кистей. Боли в ногах появляются к концу дня после физической нагрузки, при спуске с лестницы, после длительного сидения (трудно встать со стула). В последнее время стала меняться походка: появилось прихрамывание на левую ногу. Впервые боли в суставах появились около 5 лет назад. Ухудшение произошло около года назад при появлении всех вышеуказанных жалоб. К врачам никогда не обращалась, лечилась народными средствами. Болела редкими простудными заболеваниями, 10 лет назад была сделана холецистэктомия. При осмотре: пациентка повышенного питания. Рост 160 см, вес 95 кг. Положение активное. Кожные покровы чистые, обычного цвета. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 160/85 мм рт. ст. ЧСС — 82 уд./мин, пульс — 82 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей. Суставы кистей: в области дистальных фаланг имеются узловатые разрастания. Тазобедренные суставы: отведение, сгибание, ротация в правом суставе болезненны, незначительно ограничены; в левом движения резко ограничены, болезненны. Коленные суставы: небольшая О-образная деформация, дефигурация левого сустава из-за отечности. Движения в обоих суставах несколько ограничены из-за боли (больше слева), при движениях слышна крепитация. Голеностопные суставы не деформированы. Отмечается болезненность при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника.
1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Определите тактику ведения.
3.МСЭ. Профилактика.

Задача № 42
Больной Р., 45 лет, предприниматель, вызвал на дом участкового врача, жалобы на припухлость и резкую боль в первом пальце правой стопы. Заболел остро 2 дня назад: после посещения сауны и обильного застолья ночью возникла очень сильная, нестерпимая боль в первом пальце правой стопы, усиливающаяся при прикосновения одеяла. Утром больной заметил отек первого пальца правой стопы и багровую окраску кожи над ним. В течение следующих суток не мог даже дойти до туалета из-за резкой боли. Температура тела повысилась до 37,8 °С. Из анамнеза: в течение последних 3 лет эпизодически наблюдаются подъемы артериального давления до 160/100 мм рт.ст., постоянной гипотензивной терапии не получал. При осмотре состояние удовлетворительное, повышенного питания. Рост - 172 см. Вес - 90 кг. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный. ЧСС - 84 в минуту. АД - 150/105 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, край мягкий, безболезненный. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет. Выраженная деформация первого плюснефалангового сустава правой стопы; при пальпации резко болезненный, кожа над суставом гиперемирована, местная температура повышена, объем движений в первом плюснефаланговом суставе справа резко ограничен. Другие суставы при осмотре не изменены.
1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения.
3. Медико-социальная экспертиза. Профилактика.

Задача №43

Больной С., 53 года, художник, родственники вызвали на дом участкового врача, жалобы на повышение температуры тела до 39,5 °С, потливость, ознобы, одышку и головокружения при небольшой физической нагрузке, боли в мышцах и суставах, похудание на 10 кг за последние 2 мес. Около 2,5 мес назад перенес экстракцию зуба. Через неделю после манипуляции появились

субфебрилитет и повышенная потливость, лечился народными средствами. Объективно: Состояние тяжелое, ортопноэ. Температура тела 39,5 °С. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах обоих легких, ЧД - 24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке ослабление I тона, систолический шум; во втором межреберье справа от грудины - ослабление II тона, мягкий дующий протодиастолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих руках, ЧСС - 115 уд/мин, АД 130/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14 х12 х10 см. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Ваша тактика.
3. Медико-социальная экспертиза.

Задача № 44

Больной Ф, 36 лет, обратился в поликлинику, с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, иррадирующие в правое подреберье, после приёма пищи успокаивающиеся, но спустя 1-2 часа вновь усиливающиеся, а также ночные боли. После приёма пищи иногда возникает рвота съеденной пищей, после чего испытывает некоторое облегчение. Болеет 7 лет. Обострения заболевания отмечает весной и осенью.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, язык обложен белым налётом. Живот напряжён в области эпигастрия, при поколачивании по передней стенки живота боли усиливаются. Печень и селезёнка не пальпируются.

Из анализов: ОАК: Hb – 100 г/л, ЦП – 0,96, эр – 3,8, х10/^{12}л лейк. – 7,0 х10/^{9}л, п – 4%, с – 29%, л – 30%, м – 6%, СОЭ – 5 мм/ч. Анализ мочи без изменений. ЭГДС: пищевод свободно проходим, бледно-розового цвета. В желудке небольшое количество слизи. В области луковицы 12-перстной кишки определяется дефект размером 1,0 см, центр покрыт фибрином, слизистая вокруг дефекта отёчная, при инструментальной пальпации ригидная, умеренно кровоточит. В биоптате уреазным методом обнаружен Helicobacter pylori.

1. Ваш диагноз.
2. Врачебно-трудовая экспертиза.
3. Диспансеризация. Профилактика.

Задача №45

Больной И., 52 лет, в поликлинике предъявил жалобы на общую слабость, головную боль, боль в эпигастральной области, возникающую через 1,5 часа после приёма пищи, отрыжку воздухом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожи и видимые слизистые оболочки бледные, язык обложен белым налётом. Живот напряжён в области эпигастрия, при поколачивании передней стенки живота боли усиливаются. Печень и селезёнка не пальпируются. Пульс 58 ударов в мин, ритмичный, АД 105/65 мм рт. ст .

Из анамнеза: болеет в течение последних 3 лет, когда впервые стали беспокоить боли в эпигастральной области. 6 мес. назад у больного было желудочное кровотечение (дегтеобразный стул), лечился в стационаре по месту жительства, выписался с улучшением, соблюдал диету. 2 недели назад состояние ухудшилось. Дегтеобразный стул.

Эндоскопия желудочно-кишечного тракта: пищевод свободно проходим, бледно-розового цвета. В желудке небольшое количество слизи. В области малой кривизны определяется дефект размером

1,5 см, покрыт фибрином, на дне имеется кровоточащий сосуд. Слизистая вокруг дефекта резко деформирована, при инструментальной пальпации ригидная, умеренно кровоточит. В биоптате уреазным методом обнаружен Helicobacter pylori.

1.Ваш диагноз.

2. Определите тактику ведения в отношении данного больного.

3.Врачебно-трудовая экспертиза.

4.Диспансеризация.

Задача № 46

В поликлинику обратился больной З., 40 лет, с жалобами на тяжесть в подложечной области, появляющуюся после еды, отрыжку воздухом. Подобные явления отмечает в течение года. В последнее время участилась отрыжка, усилилось вздутие живота, снизился аппетит, периодически – жидкий стул. Похудел.

Объективно: кожные покровы и слизистые оболочки сухие. Легкие и сердце без особенностей. Язык густо обложен белым налетом. Живот умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области, печень не увеличена.

ОАК: Hb - 120 г/л, эритроциты - 3.9 х10/^{12}л., лейкоциты –

6. 0 х 10/^{9}л тыс., СОЭ - 10 мм/ч.

Рентгенологическое исследование желудка: рельеф слизистой оболочки сглажен, тонус и перистальтика ослаблены, эвакуация содержимого ускорена.

1.Поставьте предварительный диагноз
2. Тактика ведения больного
3.Диспансеризация. Определите трудовой прогноз.
4.Профилактика

Задача № 47

Больная Р., 34 лет, обратилась в поликлинику, с жалобами на боли в области правого подреберья. В течение последних 3,5 месяцев состояние резко ухудшилось. Появились выраженная общая слабость, быстрая утомляемость, снизилась работоспособность, снизился аппетит, периодически возникали тошнота, рвота. Больная стала раздражительная, нарушился сон (бессонница ночью, сонливость днём). В течение последней недели стала отмечать носовые и десневые кровотечения. Больная сильно похудела за это время, нарушился менструальный цикл. 5 лет назад перенесла вирусный гепатит В, с тех пор периодически беспокоили боли в области правого подреберья.

Объективно: больная пониженного питания, отмечается желтушность кожных покровов, иктеричность склер. На коже шеи, передней поверхности грудной клетки имеются единичные телеангиэктазии, исчезающие при надавливании. Пастозность голеней и стоп. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86 в мин, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в области правого подреберья. Печень на 3 см. выступает из под рёберной дуги, плотная, бугристая, умеренно болезненная. Пальпируется увеличенная селезёнка.

1.Поставьте предварительный диагноз
2.Какие основные синдромы можно выделить
3.Тактика ведения больного

4.Диспансеризация

Задача № 48

Вызов на дом: больной К, 29 лет, жалуется на боли по всему животу, температура 37-38 ºС, частый стул (до 10 раз в день) с выделением кровянистой жидкости с гноем. Из анамнеза: в течение нескольких лет отмечает ухудшение состояния, которое провоцируется погрешностью в диете. А также болезненность в суставах. Объективно: кожа и слизистые бледные, выраженное похудание, живот вздут, болезнен по ходу толстой кишки, которая спазмирована, печень и селезенка увеличена, ЧСС-110 в мин, АД- 90/60 мм.рт.ст.

1.Предварительный диагноз
2.Тактика ведения в отношении данного больного.
3.Диспансеризация. Трудовой прогноз.

Задача №49

Больная Б, 58 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в области правого подреберья с иррадиацией в шею, правое плечо, правую лопатку, спину, в область сердца. Боли как правило возникают после приёма алкоголя, жирной, жареной пищи, сопровождаются тошнотой, рвотой. Также отмечает жалобы на ощущение горечи во рту, сухость во рту.

Объективно: повышенного питания, субъектеричность склер, болезненность в проекции желчного пузыря при пальпации.

Общий анализ крови: ОАК: Hb – 145 г/л, ЦП – 0,96, эр – 4,8 х10/^{12}л, лейк – 11,9 х10/^{9}л, п – 9%, с – 60%, л – 30%, м – 1%, СОЭ – 33 мм/ч.

УЗИ: форма пузыря деформирована, размеры увеличены, толщина стенки более 3 мм, нарушение сократительной способности.

1.Поставьте диагноз
2.Тактика ведения врача
3.Диспансеризация. Профилактика.

Задача № 50

Больной К., 56 лет, обратился в поликлинику с жалобами на приступообразные боли в эпигастрии, левом подреберье, отдают в правое подреберье, спину, постоянную тошноту, рвоту после еды, жидкий обильный стул.

Из анамнеза: впервые боли в левом подреберье появились после употребления алкоголя и обильной жирной пищи несколько лет назад. К врачам не обращался, так как вне употребления алкоголя – боли не беспокоили. Последний год – 3-4 раза появлялся вышеописанный приступ. Похудел.

Объективно: повышенного питания, кожные покровы обычной окраски. Язык обложен густо белым. Живот мягкий, болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Мейо-Робсона.

1. Диагноз
2. Тактика ведения
3. Диспансеризация. Профилактика.

Задача №51

Больная П., 31 год, обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли в правом подреберье, возникающие после употребления жирной, жареной пищи. Появились горечь и сухость во рту по утрам. Питается нерегулярно.

Ранее подобные жалобы появлялись при психических стрессах, после езды в автобусе. Из анализов:

ОАК: Нв – 120 г/л, Эр – 4,2; Л – 7,9 П-1 Л –23 Э-2 М-8 СОЭ – 12 мм/час.

ОАМ: без изменений.

УЗИ желчного пузыря: желчный пузырь грушевидной формы, содержимое гомогенное, стенки слегка уплотнены.

1.Поставьте предварительный диагноз

2.Определите тактику ведения в отношении данного больного

3.Медико-социальная экспертиза. Профилактика.

Задача №52

Больной В., 48 лет, обратился в поликлинику, жалуется на боли в области эпигастрия, вокруг пупка через 10-15 мин после приема любой пищи, поносы до 4-6 раз в день после еды. После стула боли стихают, затем возобновляются через 30 минут.

Из анамнеза: считает себя больным около 7 лет, когда впервые во время службы в армии лежал в лазарете в связи с контактом больным с дизентерией. Принимал тетрациклин. С того времени постепенно жалобы стали беспокоить чаще, поносы периодически снимал приемом тетрациклина. Ухудшение около полгода, похудел на 7-8 кг, появилась общая слабость, кровоточивость десен, осиплость голоса, иногда ложные позывы.

Объективно: состояние средней тяжести, пониженного питания, кожа сухая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, короткий систолический шум на верхушке. ЧСС 90 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым. Живот несколько напряжен при поверхностной пальпации, в околопупочной области, сопровождается урчанием. Печень не увеличена. Стул со слов больного жидкий, зеленоватого цвета с кусочками непереваренной пищи.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Определите тактику ведения в отношении данного больного.

3.Медико- социальная экспертиза. Сроки ВУТ.

Задача №53

Вызов участкового врача на дом: больной Г., 27 лет, предъявляет жалобы на резкие боли по всему животу, которые усиливаются при движении и глубоком дыхании, резкую слабость, головокружение. Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 7 дней, когда после употребления алкоголя возникли кратковременные ноющие боли в эпигастрии, прошли самостоятельно. Сегодня после подъема тяжести резко возникла «кинжальная» боль в животе, слабость. Работает строителем. Питается нерегулярно, часто всухомятку. Вредные привычки: злоупотребляет крепкими алкогольными напитками, курит в течение 10 лет 1 пачку сигарет в день. Объективно: общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение вынужденное: лежит на боку с приведенными к животу ногами. Черты лица заострены. Нормостеник. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, холодный пот. Отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Пульс слабого наполнения и напряжения, 114 уд/мин. АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 114 ударов в мин. Язык сухой, обложен бело- коричневым налетом, сосочковый слой сохранен. Живот симметричный, доскообразный, в дыхании не участвует. При поверхностной пальпации живот напряжен, резко болезненный во всех отделах, перистальтика не выслушивается. Глубокая пальпация кишечника не возможна, из-за резкой болезненности во всех отделах.

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Определите тактику ведения больного.

3.Диспансаризация. МСЭ.

Задача №54

Больная А., 25 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли и тяжесть в поясничной области, чувство жжения в конце акта мочеиспускания, повышение температуры тела, чувство познабливания, повышение АД до 160/100 мм рт. ст.

Из анамнеза – считает себя больной в течение 3-х лет, когда впервые повысилась температура тела до 38.5 градусов, появился сильный озноб, головная боль, тошнота, рвота, напряжение мышц в поясничной области, боли в подреберьях, частое болезненное мочеиспускание. В течение 1,5 месяцев лечилась в стационаре: принимала бисептол, ампициллин. Выписалась с улучшением. Обострение заболевания началось 2 дня назад, когда появились вышеперечисленные жалобы.

Объективно: отеков нет, кожные покровы обычной окраски, влажные. При пальпации живота отмечается болезненность в проекции левой почки. Симптом поколачивания по 12 ребру положительный с обеих сторон.

ОАК: эр. - $3.2x10^{12}$/л, Hb – 110 г/л, ЦП - 0.9, лейк. – $9.6x10^{9}$/л, п - 5%, с –70 %, лимф. – 20 %, м – 5 %, СОЭ - 28 мм/ч. Общий анализ мочи: реакция кислая, удельный вес - 1010, белок - 400 мг/л, лейкоциты – 15 - 20 в п/зр, эритр.- 8 - 10 в п/зр. Анализ по Нечипоренко – лейкоциты - 10.000 в 1 мл, эритроциты - 2.000 в 1 мл, цилиндры - 1.000 в 1 мл.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Тактика ведения в отношении данного больного.

3.Диспансеризация. Определите трудовой прогноз. Профилактика.

Задача № 55

Больная Т., 35 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре: лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД - 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. ОАК: эр. - $3,0x10^{12}$/л, Нв - 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейк. - $7,8x10^{9}$/л, формула без отклонений, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 1,0 г/л, лейк. - 4-5 в п/зр., эр. - 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры - 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена - 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛК без особенностей.

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Определите тактику ведения в отношении данного больного.

3.Диспансеризация. Профилактика.

З А ДА Ч А № 56

В поликлинику обратился больной М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. Общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - 4,6х10/л, лейк. - 8,3х10/л, СОЭ - 20 мм/час.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Определите дальнейшую тактику ведения.

3.Диспансеризация. МСЭ. Профилактика.

Задача №57

Участковый врач пришел на патронаж к пациенту К. 22 лет с диагнозом: острый диффузный гломерулонефрит (от предложенной госпитализации пациент категорически отказался).

Со слов родственников за последние часы состояние резко ухудшилось, усилились головные боли, 2 раза была рвота, практически не мочился.

Объективно: состояние тяжёлое, с трудом отвечает на вопросы. Лицо бледное, пастозное. Пульс 56 в мин., АД 180/100 мм рт. ст. Во время осмотра состояние ухудшилось, возник приступ судорог, который длился около 2 мин, после чего больной заторможен, вялый.

1. Определите и обоснуйте состояние пациента.
2. Решите дальнейшую тактику ведения больного.

3. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.

Задача №58

Мужчина 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на сильную головную боль, головокружение, шум в ушах, появившиеся около 2-х лет назад и усиливающиеся последние 2 месяца. В течение последнего месяца стал замечать ухудшение зрения. Обьективно: со стороны органов дыхания патологии не выявлено. Сердце расширено влево на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. При аускультации I тон на верхушке несколько ослаблен, систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте. Пульс 82 уд. в минуту, ритмичный, напряженный. А/Д 230/140 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Над правой почечной артерией выслушивается систолический шум. Печень, почки, селезенка не пальпируются.

ОАК: эр. – 3,0 х 10^{12}/л, Hb- 100 г/л, ЦП – 0,9, лейкоциты 7,2 х 10^{9}/л, лейкоцитарная формула без патологических сдвигов, СОЭ – 16 мм/час. Моча: диурез -800 мл, уд. вес мочи- 1006- 1010, белок- 1,2 г/л, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 1-2 в отдельных препаратах.

ЭКГ: Признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
3. Диспансеризация. МСЭ.

Задача №59

Больная N, 36 лет, обратилась к врачу в поликлинике с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, нерегулярные месячные. Считает себя больной в течение последних 1,5 лет. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 12 кг за период болезни.
Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышенного питания (рост 162 см, вес 90 кг). Кожа бледная, сухая, на голенях выражено шелушение кожи. Имеется отечность лица, ног. Щитовидная железа не пальпируется. В области шеи имеется послеоперационный рубец. Голос грубый. Больная медлительная. Тоны сердца приглушены, сокращения ритмичные. Пульс 56 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание с жестковатым оттенком. Язык утолщен, по краям - следы зубов. Живот несколько вздут, запоры. Печень и селезенка не увеличены.
Лабораторно: общий анализ крови: Hb - 90 г/л, ц.п. - 0,7, эр.- 3,1 х 10^{12}/л, лейк.- 4,8 х 10^{9}/л, СОЭ - 3 мм/ч.
1. Ваш предварительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику в отношении данного больного.
3. Диспансеризация. Профилактика.

Задача №60

Больной N, студент, 17 лет, обратился в поликлинику, но на приеме потерял сознание. Со слов родственников, в течение нескольких последних дней жаловался на резкую слабость, усталость, сонливость, много пил жидкости. К врачу не обращался. За 3 недели до этого перенес тяжелую ОРВИ.
Объективно: больной без сознания. Слабо реагирует на болевые раздражители. Кожные покровы сухие, тургор тканей снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие. Изо рта запах ацетона. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 120 в минуту. АД – 80/40 мм.рт.ст. Дыхание шумное, частое. ЧД - 26 в минуту. При аускультации хрипы не выслушиваются. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом, слизистая рта сухая. Живот мягкий. Печень - по краю реберной дуги.
Лабораторно: сахар крови - 32 ммоль/л.
1.Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
3. Диспансеризация. Профилактика. МСЭ.

Задача №61

Больной N, 56 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду (выпивает за сутки до 3 литров жидкости), учащенное мочеиспускание (за ночь до 4-5 раз). Считает себя больным в течение года, когда стал ощущать общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами после физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения. Последнее ухудшение самочувствия - в течение 3 недель: более выраженными стали слабость и головокружение. Жажду и сухость во рту отмечает в течение многих лет, не придавал им значения, к врачу не обращался.
Объективно: состояние ближе удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, суховаты. Отечность лица. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Ритм правильный. Пульс - 64 в минуту. АД – 190/115 мм рт.ст. Левая граница сердца - на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16 в минуту.

Перкуторно - ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - по краю реберной дуги. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите тактику ведения.
3. Медико - социальная экспертиза. Диспансеризация. Профилактика.

Задача №62

Пациентка N, 37 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на приступообразные боли за грудиной, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, быструю утомляемость, слабость, потливость, частые поносы, значительное похудание за последние 4 мес, субфебрильную температуру. Возникновение болезни связывает с перенесённой 7 мес. назад тяжёлой затяжной стрессорной ситуацией в семье. При обследовании: повышенная влажность кожи, тремор пальцев рук, дрожание век, губ, экзофтальм. На ЭКГ: тахикардия, пароксизмы мерцательной аритмии, подъём сегмента ST. Щитовидная железа при пальпации незначительно увеличена. АД 145/60 мм рт.ст.
1. Ваш предварительный диагноз.
2. Определите тактику ведения данного пациента.
3. Диспансеризация. Профилактика.

Задача №63

Больная 26 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на прогрессирующее ожирение, характеризующееся отложением жира в области лица (лунообразное лицо), в верхней части туловища и живота, оволосение по мужскому типу, нарушение менструального цикла, общую слабость.
При объективном осмотре выявлены багровые рубцы на бедрах. АД – 190/95 мм.рт.ст.
Лабораторно: уровень глюкозы в крови – 9,0 ммоль/л, умеренных лейкоцитоз при абсолютной лимфопении, рентгенологически – увеличение размеров гипофиза, на УЗИ – гиперплазия коры надпочечников.
1.Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
3. Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация.

Задача № 64

Больная N, косметолог, 30 лет, обратилась с жалобами на слабость, быструю утомляемость, одышку при движении, сердцебиение, отсутствие аппетита, иногда появляется желание есть мел. Менструация с 12 лет, обильная в течение недели. Пациентка раздражительна, пассивна, малоразговорчива.

Объективно: бледность и сухость кожных покровов, волосы тусклые, секутся, ногти ломкие с поперечной исчерченностью, ложкообразной формы. Границы сердца не изменены. При аускультации - систолический шум на верхушке сердца. Пульс 92 уд./мин. АД 100/60 мм рт. ст.

ОАК: Нв - 75 г/л, эритроциты 3,9х10/^{12}л, цветной показатель 0,75, лейкоциты - 4,5 х10/^{9}л, СОЭ 20 мм/час.

1.Ваш диагноз.

2. Определите тактику ведения в отношении данного больного.

3.Врачебно-трудовая экспертиза. Диспансеризация.

Задача №65

Больная N, студентка, 21 год, обратилась в поликлинику с жалобами на быструю утомляемость, похудание, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, склонность к появлению подкожных кровоизлияний, сильные боли в полости рта и глотки. Из-за болей при глотании затруднён приём пищи и жидкости. Отмечает отсутствие вкуса у пищи, хотя аппетит сохранён.

Объективно: на конечностях множественные мелкие подкожные кровоизлияния. Слизистые полости рта и глотки гиперемированы, кровоточат при дотрагивании, на деснах изъязвления, язык обложен, гнойный налет на миндалинах. Температура 37,3° С. Пульс 88 уд. в мин., АД 120/80 мм рт. ст. частота дыхания 18 в мин.

1.Ваш предварительный диагноз.

2. Определите тактику ведения в отношении данного больного.

3.Врачебно-трудовая экспертиза. Диспансеризация.

Задача № 66

Больная N, художница, 55 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на сильную слабость, головокружение, одышку при минимальной физической нагрузке, ломкость ногтей, выпадение волос. Аппетит снижен. Сон сохранён. Пациентка с трудом встаёт с постели даже для посещения туалета.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, волосы тусклые, ногти ломкие. Частота дыхания 20 в мин., пульс 76 в мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Рост 165 см, масса тела 86 кг.

ОАК: Нв - 70 г/л, эритроциты 2,5 х 10^{12}/л, цветной показатель 0,8, лейкоциты - 4,5х10^{9}/л, СОЭ 30 мм/час.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2. Определите дальнейшую тактику ведения больного.

3. Медико-социальная экспертиза.

Задача № 67

Пациент 52 года обратился на прием к врачу ГСВ с жалобами на слабость, начала кружиться голова. Два года назад пациенту была сделана резекция желудка в связи с выраженной рубцовой деформацией. Около месяца назад у пациента постепенно развилась сильная слабость.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост 172 см, вес 71 кг, температура тела 36,6°С, живот мягкий, безболезненный, пульс 76 в мин., АД 130/85 мм рт. ст.

1.Ваш предварительный диагноз.

2. Определите тактику ведения в отношении данного больного.

3.Врачебно-трудовая экспертиза. Диспансеризация.

Задача № 68

Больной N, студент, 18 лет обратился в поликлинику с жалобами на увеличение шейных и надключичных лимфатических узлов, кожный зуд, повышение температуры до 38^0С, умеренную общую слабость, ночную потливость.

Объективно при осмотре - состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы: пальпируются надключичные плотные безболезненные 2-3 см в диаметре, не спаянные друг с другом и с кожей, единичные шейные лимфоузлы тех же размеров. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка пальпируются по краю реберной дуги. Стул, диурез – в норме.

ОАК: Нв - 136 г/л, эритроциты - $4{,}2x10^{12}$/л, ЦП - 0,97, ретикулоциты – 7 %, тромбоциты - $311x10^9$/л, лейкоциты - $6{,}9x10^9$/л, нейтрофилы: палочкоядерные – 4 %, сегментоядерные – 71 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 48 мм/ч.

УЗИ органов брюшной полости: печень - 134-110-50 мм, контур ровный, эхогенность обычная, эхоструктура однородная, селезеночная вена - 6 мм, селезенка - 120-60 мм, форма серповидная, контур ровный, четкий, эхогенность обычная, эхоструктура однородная, парааортальные л/узлы до 70 мм в диаметре.

1.Ваш диагноз.

2. Определите тактику ведения в отношении данного больного.

3.Врачебно-трудовая экспертиза. Диспансеризация.

Задача № 69

Больная N, продавец, 35 лет предъявляет жалобы на слабость, головокружение, появление без видимых причин носовых и десневых кровотечений, кровоподтеков на коже конечностей, размерами до 1,5 см. Считает себя больной в течение 3-4 месяцев. Связать с чем - либо дебют заболевания не может. При тщательном расспросе выяснено, что 3-4 месяца назад перенесла тяжелую вирусную инфекцию.

Объективно при обращении в поликлинику состояние средней степени тяжести. Выраженная бледность кожных покровов и слизистых. На коже ног обнаружены экхимозы до 1, 5 - 2 см в диаметре, а также петехиальные высыпания разной степени зрелости. При осмотре полости рта - петехиальные высыпания на слизистой языка, щек. Миндалины не увеличены. Система кровообращения - границы относительной тупости сердца смещены влево. При аускультации -1 тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум не связанный с I тоном, без луча проведения. ЧСС - 96 ударов в минуту. АД - 80/60 мм рт. ст. Со стороны системы дыхания, желудочно-кишечного тракта, системы мочеотделения без особенностей. Печень и селезенка не пальпируется.

ОАК: гемоглобин - 55 г/л, эритроциты - $1{,}5x\ 10^{12}$ /л, лейкоциты - $2{,}1x\ 10^9$ /л, п/я -1%, с/я -35%, лимфоциты 55%, моноциты - 9%, тромбоциты – 20 10 /л, СОЭ 42 мм/час.

1.Ваш диагноз.

2. Определите тактику ведения в отношении данного больного.

3.Врачебно-трудовая экспертиза. Диспансеризация.

Задача № 70

Больная N, журналистка, 30 лет, жалуется семейному врачу в поликлинике на общую слабость, головокружение, одышку, ломкость ногтей, мелькание мушек перед глазами, желание есть мел. Месячные в течение 5-6 дней, обильные. В анамнезе - кровоточащая язва 12-ПК.

При объективном осмотре кожа и слизистые бледные. Границы сердца не смещены, тоны приглушены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень и селезенка не увеличены.

ОАК: Hb-60г/л, Эр.-2,5 х $10/^{12}$л, ЦП- 0,6, Тром-210 х10^{9}/л, Лейк.-5,1х$10/^{9}$/л, эоз.-2%, п/я-5%, с/я-57%, лимф-28%, СОЭ-15 мм/час, Сыв.железо-6 мкмоль.

1.Ваш диагноз.
2.Врачебно-трудовая экспертиза.
3.Диспансеризация. Профилактика.

Задача № 71

Больной N, пенсионер, 60лет, жалуется на одышку, слабость, утомляемость, отмечает ночную потливость, увеличение шейных лифоузлов. Болен в течение 6 месяцев.

Объективно: бледность кожных покровов, желтушность склер, увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов. при пальпации они мягкие, безболезненные, не спаянны между собой. Печень выступает из под края реберной дуги на 3 см, селезенка на уровне пупка, плотная безболезненная. Сердечно-сосудистая система и легочная система-без особенностей.

ОАК: Hb-87г\л, Эрит-2,7х$10/^{12}$л, Лейкоциты - 50х$10/^{9}$л, СОЭ-27 мм/час, Лимф-87%, Тромб-100х$10/^{9}$л.

В мазке «тени» Боткина-Гумпрехта.

1.Ваш диагноз.

2. Определите тактику ведения в отношении данного больного.

3.Врачебно-трудовая экспертиза. Диспансеризация.

Приложение № 3

Технологическая карта дисциплины
«ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»
Курс 6, семестр 11, количество ЗЕ -4, отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
11 семестр					
Общие вопросы	**модуль 1**				
	Текущий контроль	Устный опрос, посещаемость. Заполнение медицинской документации.	**3**	**5**	**2**
	Рубежный контроль	Контрольная работа № 1 (ситуационная задача, тест)	**2**	**3**	
Пульмонология	**модуль 2**				
	Текущий контроль	Устный опрос, разбор тематического больного (физикальный осмотр, интерпретация лабораторных и инструметальных данных), посещаемость.	**8**	**16**	**8**
	Рубежный контроль	Контрольная работа № 2 (тест, ситуационная задача, диагностика).	**4**	**6**	
Синдром болей в левой половине грудной клетки в амбулаторной практике.	**модуль 3**				
	Текущий контроль	Устный опрос, разбор тематического больного (физикальный осмотр, интерпретация лабораторных и инструметальных данных), посещаемость.	**8**	**14**	**13**
	Рубежный контроль	Контрольная работа № 3 (тест, ситуационная задача, диагностика).	**4**	**7**	
	модуль 4				

Особенности течения и лечения заболеваний с сердечной недостаточностью на амбулаторном этапе.	Текущий контроль	Устный опрос, разбор тематического больного (физикальный осмотр, интерпретация лабораторных и инструметальных данных), посещаемость.	**8**	**13**	**18**
	Рубежный контроль	Контрольная работа № 4 (тест, ситуационная задача, диагностика).	**3**	**6**	
Всего за семестр			**40**	**70**	
Промежуточный контроль (зачет)		**Курация больного с оформлением амбулаторной карты**	**20**	**30**	
Семестровый рейтинг по дисциплине			**60**	**100**	

Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

Технологическая карта дисциплины
«ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»
Курс 6, семестр 12, количество ЗЕ – 3, отчетность – зачетСОЦ

Название модулей дисциплины согласно РПД	**Контроль**	**Форма контроля**	**Зачетный минимум**	**Зачетный максимум**	**График контроля (неделя семестра)**
Семестр 12					
Гастроэнтерология	**модуль 1**				
	Текущий контроль	Устный опрос, посещаемость, разбор тематического больного (физикальный осмотр, интерпретация лабораторных и инструметальных данных).	**7**	**15**	**25**
	Рубежный контроль	Контрольная работа № 1 (тесты, ситуационная задача, диагностика).	**3**	**7**	

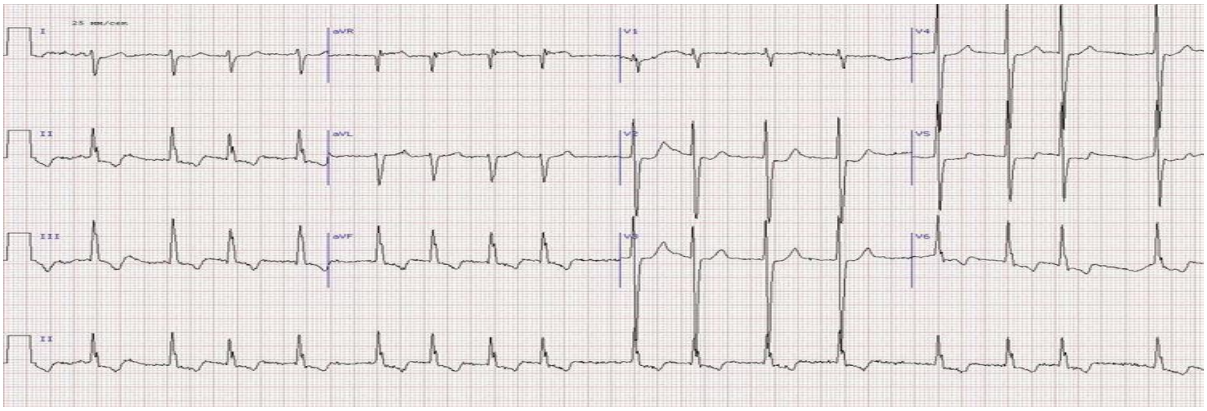
Нефрология. Ревматология	**модуль 2**				
	Текущий контроль	Устный опрос, разбор тематического больного (физикальный осмотр, интерпретация лабораторных и инструметальных данных), посещаемость.	**9**	**15**	**30**
	Рубежный контроль	Контрольная работа № 2 (тесты, ситуационная задача, диагностика).	**4**	**9**	
Эндокринология. Гематология	**модуль 3**				
	Текущий контроль	Устный опрос, разбор тематического больного (физикальный осмотр, интерпретация лабораторных и инструметальных данных), посещаемость.	**10**	**15**	**36**
	Рубежный контроль	Контрольная работа № 3 (тесты, ситуационная задача, диагностика).	**7**	**9**	
Всего за семестр			**40**	**70**	
Промежуточный контроль (зачет с оценкой)		**Станция «диспансеризация»**	**20**	**30**	**40**
Семестровый рейтинг по дисциплине			**60**	**100**	

Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

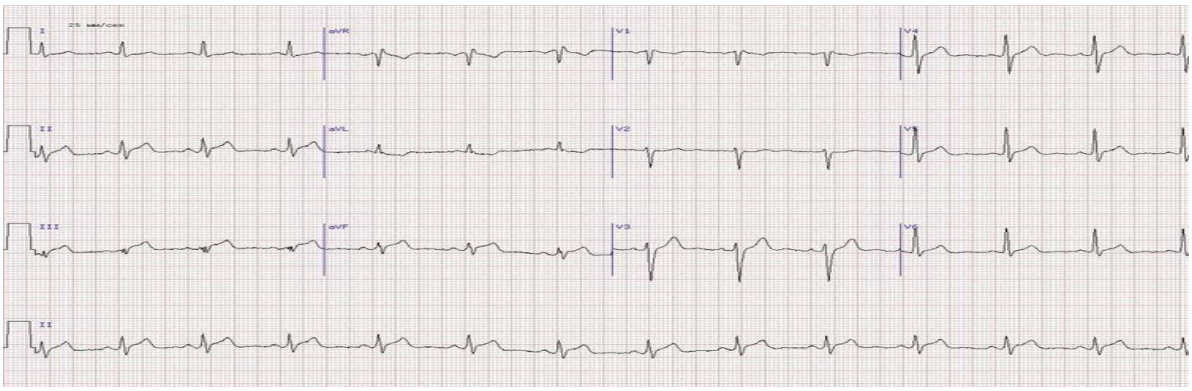
Приложение № 4

ЭКГ

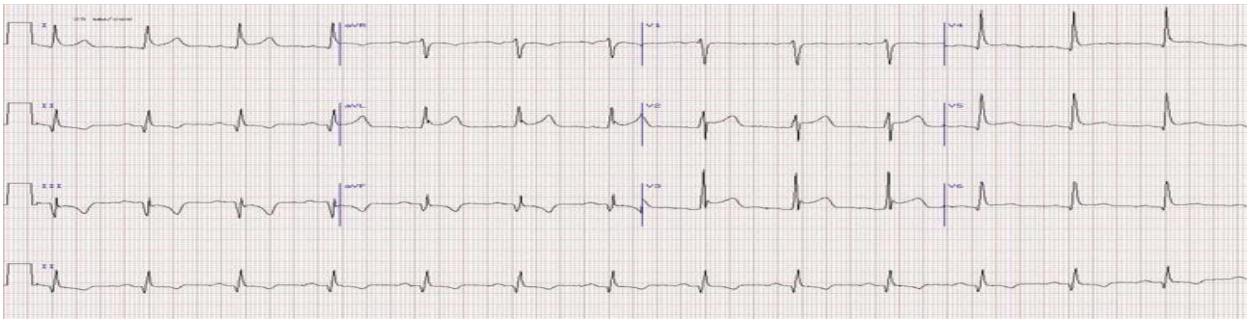
83-летняя женщина. ЭКГ: мерцание предсердий с гипертрофией ЛЖ, отклонение ЭОС вправо.



43-летний мужчина. Имеется небольшой подъём ST в II, III, aVF и в V5-V6. Депрессия ST в aVL реципрокна к первичной элевации ST в **нижне-боковой** области.

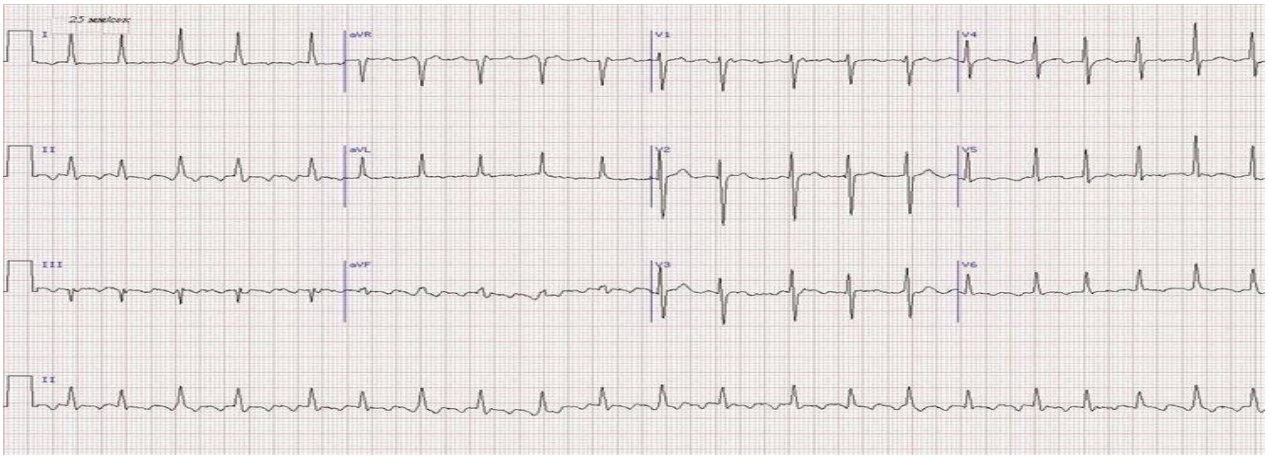


47-летний мужчина. Синусовый ритм с нормальными ЭОС и интервалами. Два известных полученных факта: 1) **нижний Q-инфаркт** миокарда неопределенной давности. 2) диффузная элевация ST в передних и боковых отведениях. В анамнезе -**острый инфаркт миокарда с перикардитом**

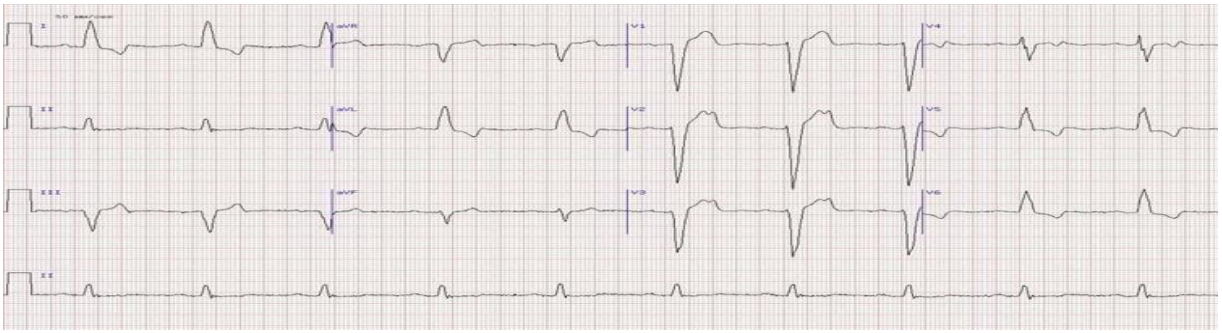


59-летняя женщина с приступами сердцебиений и головокружений. **Мерцание предсердий с синдромом WPW** с частотой приблизительно 230 ударов/минут.

Тахикардия и легкий цианоз. **Трепетание предсердий QRS** с частотой приблизительно 300 уд/мин, с переменным желудочковым ответом (проведение 2:1, иногда 3:1).

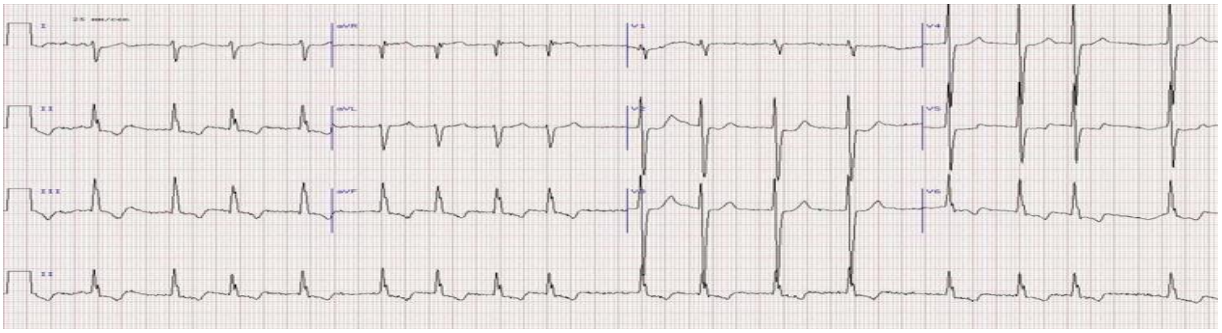


71-летний мужчина. **Предсердная тахикардия с блокадой 2:1** (см. наложение зубцов P на зубцы T в отведениях V2 и V3) и БЛНПГ.



Пациент - 47-летняя женщина, которая не предъявляет жалоб. Данная ЭКГ без изменений с детского возраста. Рассмотренный пример показывает **полную АВ-блокаду.**

83-летняя женщина. ЭКГ демонстрирует мерцание предсердий с гипертрофией ЛЖ, отклонение ЭОС вправо. Эта комбинация характерна для гипертрофии обеих желудочков, а в комбинации с мерцанием предсердий - для **ревматизма** (у пациентки **митральный стеноз и поражение аортального клапана**).



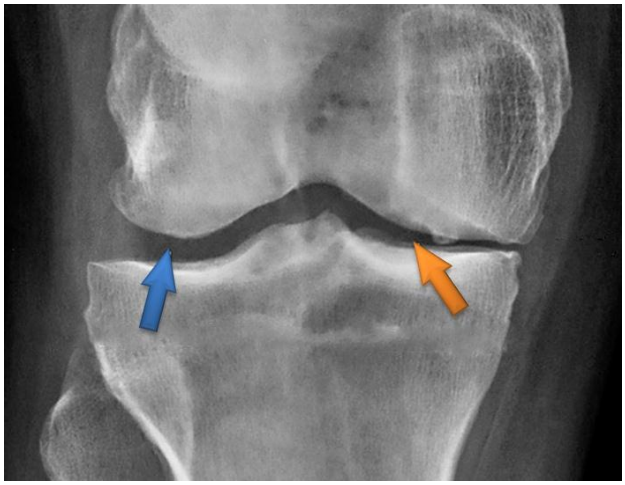
Приложение № 5

Рентген снимки при различных заболеваниях

Деформирующий артроз правого коленного сустава:
а – 1 стадия; б – 2 стадия;
в – 3 стадия (суставная щель резко сужена)

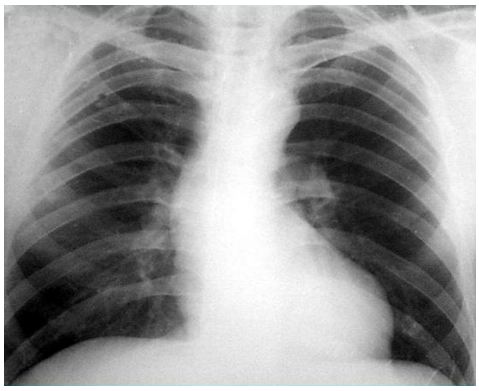
Рис. 1. Больная Н. РА 1-й стадии.
Обзорная рентгенография кистей. Незначительный околосуставной остеопороз. Единичные кистовидные просветления костной ткани в пястных головках. Незначительно сужены щели отдельных пястно-фаланговых (ПЯФ) суставов

Рис. 2. Больная Н. РА 1-й стадии.
Обзорная рентгенография дистальных отделов стоп. Околосуставной остеопороз не определяется. Единичные кистовидные просветления костной ткани в 3 и 4 плюсне-фаланговых суставах слева. Суставные щели не сужены



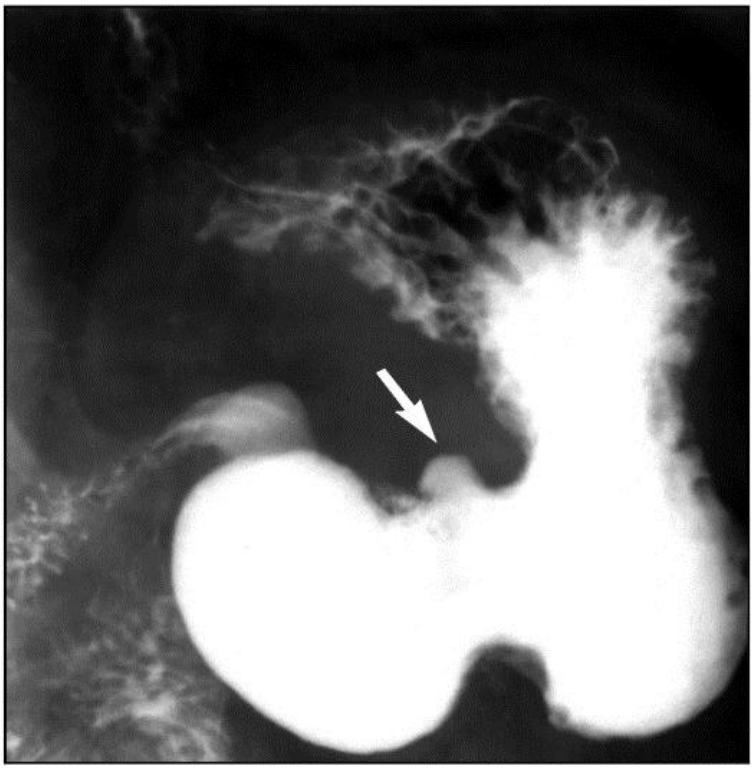
Больная М. РА 3-й стадии.
Обзорная рентгенография кистей. Выраженный распространенный остеопороз. Множественные кистовидные просветления костной ткани. Сужены щели большинства суставов. Множественные эрозии костей и суставных поверхностей. Множественные вывихи и подвывихи суставов, деформаций эпифизов костей. Костных анкилозов нет. Асимметричное поражение суставов запястий (больше слева)

Стеноз устья аорты



Сочетанный митральный порок

Язва малой кривизны желудка



Дефекты черепа при миеломной болезни

Приложение № 6

Лабораторные и инструментальные методы исследования

Общий анализ кала

Кол-во - 450 мг
КОНСИСТЕНЦИЯ – жидкий
ФОРМА – неоформленный с пузырьками газов
Цвет – зеленовато - желтый
Реакция - кислая
СЛИЗЬ - +
МИКРОСКОПИЧЕКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:
РАСТИТЕЛЬНАЯ КЛЕТЧАТКА:
ПЕРЕВАРЕННАЯ – ед. клетки
НЕПЕРЕВАРЕННАЯ- в большом кол-ве
МЫШЕЧНЫЕ ВОЛОКНА непереваренные - +++
ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ – в большом количестве
НЕЙТРАЛЬНЫЙ ЖИР - отсутствуют
МЫЛА - +++
КРАХМАЛ - +++
ЙОДОФИЛЬНАЯ ФЛОРА - ++
ЛЕЙКОЦИТЫ – ++

ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН -8,0 ммоль/л
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП- 4,2 ммоль/л
ТРИГЛИЦЕРИДЫ -0,9 ммоль/л

ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН -7,2 ммоль/л
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП - 4,4 ммоль/л
ТРИГЛИЦЕРИДЫ -1,3 ммоль/л

Т4-150 нмоль/л. ТТГ-0,01 МЕ/л

Т4 – 35 нмоль/л. ТТГ – 45 МЕ/л

<u>Печеночные тесты:</u>

Общий белок –76,4 г/л	**Билирубин общий-67,5 мкмоль/л**
Альбумины –58,2 %	**прямой- 57,3 мкмоль/л**
Глобулины –41,8 %	
не прямой-10,2 мкмоль/л	
Альфа1- 5,2 %	**тимоловая проба-1,5 ед**
Альфа2- 6,7 %	**сулемовая проба-1,9 мл**
Бетта-10,2	**формоловая проба-отриц.**
Гамма-9,5 %	**Щелочная фосфатаза-4,2 мкмоль/л**
Коэф. А/Г-1,	

<u>Печеночные тесты:</u>

Общий белок -75,2 г/л	**Билирубин:**

Альбумины -65,0 % **общий-40,2 мкмоль/л**
Глобулины -35,0 % **прямой-неопределяется**
Альфа1- 5,6 % **тимоловая проба-1,5 ед**
Альфа2- 6,8 % **сулемовая проба-1,8 мл**
Бетта-10,5 % **формоловая проба-отрицательная**
Гамма-19 %
Коэф. А/Г-1,5

Возраст 32 года. Аорта –не изменена (d-3,0 см). Аортальный клапан- не изменен, Раскрытие-1,8 см. Градиент давления систолич- 4,0 мм рт ст. Степень регургитации – нет. Митральный клапан- створки уплотнены. Градиент давления диастолич.-8 мм рт ст.. Степень регургитации (++). Трикуспидальный клапан –створки уплотнены, подвижность сохранена Степень регургитации (+). Легочная артерия - не расширена. Средний ЛАД- 24 мм рт ст. Левое предсердие –4,2 см. Левый желудочек КДР- 5,6 см. КСР- 3,4 см. ФВ- 69 %. Толщина ЗСЛЖ- 0,8 см. Толщина МЖП- 0,8 см. Правый желудочек –2,2 см. ПСПЖ- 0,4 см. Правое предсердие – не расширено. Межпредсердная перегородка – не изменена. Межжелудочковая перегородка- не изменена. Перикард -без особенностей. Признаки объемной перегрузки левого желудочка.

АНТИСТРЕПТОЛИЗИН 0 -1:1250
АНТИГИАЛУРОНИДАЗА -1: 500
С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК -3 мм (+++)

АНТИСТРЕПТОЛИЗИН 0 -1:650
АНТИГИАЛУРОНИДАЗА -1: 300
С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК -3 мм (+++)

Приложение № 7

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (текущий и рубежный контроль – «уметь, владеть»

Пример задачи
Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приѐма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.
Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).
При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.
ЭГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чѐткие границы, гиперемированы, отѐчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие H. pylori – положительный.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

Эталон ответа к ситуационной задаче
1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с Helicobacter pylori, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение 1 ст.
2. У пациента имеются голодные боли, ночные боли, изжога, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭГДС: луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с Helicobacterpylori определена по положительному уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; наличия факторов риска: хронического фарингита у пациента (данные анамнеза), при обследовании выявлено ожирение I степени; данных ЭГДС– пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода (изменения соответствуют I стадии ГЭРБ). Ожирение 1ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м², который соответствует 1 ст. ожирения.
3. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения

сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная pH-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита. 4. Трёхкомпонентная схема эрадикации Helicobacterpylori: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепрозол – 20 мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол (МТР) - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия. Учитывая наличие ГЭРБ необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка: Итоприда гидрохлорид. Итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику ЖКТ за счёт антагонизма с допаминовыми D2

Указания к оцениванию ситуационных задач (%)

1.Поставленный полный точный клинический диагноз на основании жалоб, анамнеза, объективных, физикальных данных, а также данных лабораторного и инструментального обследования. С теоритическим обоснованием /85-100

2.Решение правильное, не полное, нет теоритического обоснования ответа / 70-84

3.Решение неполное, включает один из приведенных выше элементов / 60-69

4.Все элементы записаны неверно / 0-59

2. ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка в %
Форма		20
1.	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-10
2.	Логичный понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-10
Содержание		60
1.	Соответствие теме	0-10
2.	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3.	Развитие темы (тезиса) в основной части, (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-20
4.	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-20
Доклад		
1.	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2.	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10
3.	Выполнение регламента	0-5
ВСЕГО БАЛЛОВ		100

3. ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (текущий контроль)

	Нет ответа – 0 баллов	Минимальный ответ – 39-59%	Изложенный, открытый ответ – 60-69%	Законченный полный ответ – 70-84%	Образцовый, примерный, достойный подражания – 85-100%	Оценка

Раскры-тие проблемы	----	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или не обоснованы	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ обследования с привлечениием дополнительной литературы. Выводы сделаны.	
Представ-ление	----	Представ-ляемая информация логически не связана	Представляемая информация не систематизирована и не последователь-на	Представляемая информация систематизирована и последовательна	Представляемая информация систематизирова на, последова-тельна, логически связана	
Оформление	----	Не соблюдены условия оформления реферата. Более 4-х ошибок в предоставляе-мой информации	3-4 ошибки в представляемой информации	Не более 2-х ошибок в представляемой информации	Отсутствуют ошибки в представленной информации	
Ответы на вопросы	----	Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные или частично полные	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений	
Итоговая оценка	----	Неудовлет-ворительно	Удовлетвори-тельно	Хорошо	Отлично	

4. ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ (текущий контроль)

	Нет ответа -0 баллов	**Минимальный ответ - 31-59%**	**Изложенный, раскрытый ответ - 65-69 %**	**Законченный полный ответ – 69- 84%**	**Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %**
Раскрытие проблемы		Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.

Представлени е		Представляемая информация логически не связана. Не использованы профессиональн ые термины.	Представляемая информация не систематизирова на и не последовательна . Использован 1-2 профессиональн ых термина	Представляемая информация систематизирован а и последовательна. Использовано более 2-х профессиональны х терминов.	Представляемая информация систематизирована , последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.
Оформление		Не использованы информационны е технологии (PowerPoint). Больше 4 ошибок в представляемой информации	Использованы информационны е технологии (PowerPoint) частично. 3-4 ошибки в представляемой информации	Использованы информационные технологии (PowerPoint). Не более 2-х ошибок в представляемой информации	Широко использованы информационные технологии (PowerPoint). Отсутствуют ошибки в представленной информации
Ответы на вопросы		Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений
Итоговая оценка		**Неудовлетво--рительно**	**Удовлетвори-тельно**	**хорошо**	**отлично**

5. ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ (рубежный контроль **– «ЗНАТЬ»):**

1. В одном тестовом задании 20 вопросов.
2. К вопросам прилагаюся готовые ответы на выбор, при этом правильный ответ только один.
3. За каждый правильный ответ – 5%.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы (оценку).

При тестировании:
«Отлично» - 85-100 % (17-20) правильных ответов
«Хорошо» - 70-84 % (14-16) правильных ответов
«Удовлетворительно» - 60-69% (13-12) правильных ответов
«Неудовлетворительно» - менее 60% (0-12) правильных ответов

6. Устный опрос
(текущий контроль – <<Знать - уметь>>)
При оценке устного опроса учитываются следующие критерии:
1. Знание основных вопросов по поликлинической терапии.
2. Глубина и полнота раскрытия вопроса.
3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
4. Умение объяснить, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные

дополнительные вопросы.

Оценка устных ответов на проверку уровня обучения (в %)
Отметкой **(85-100)** оценивается ответ, который изложен логически правильно, в доступной форме соответственно терминологии применяемой в поликлинической терапии, а также в целом в медицине. Студент показывает отличные знания этиологии внутренних заболеваний; способен выделить основные симптомы и синдромы, поставить предварительный и клинический диагноз; знает особенности клинического течения, диагностики на амбулаторном этапе в соответствии с возможностями поликлиники, лечения на амбулаторном этапе, в том числе решать вопросы о санаторно- курортном лечении. Определить прогноз заболевания. Выделить показания к госпитализации. Определить тактику ведения больного. Знать критерии ВУТ. Вопросы диспансеризации. Решить вопрос о временной или стойкой утраты трудоспособности.
Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах поликлинической терапии, постановки предварительного и клинического диагнозов, этиологии, знает особенности клинического течения, диагностики на амбулаторном этапе в соответствии с возможностями поликлиники, лечения на амбулаторном этапе, в том числе решать вопросы о санаторно - курортном лечении. Определить прогноз заболевания. Выделить показания к госпитализации. Определить тактику ведения больного. Выделить критерии ВУТ. Вопросы диспансеризации. Решить вопрос о временной или стойкой утраты трудоспособности. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 вышеперечисленным элементам.
Отметкой **(60-69)** оценивается ответ, который показывает средние знания по вопросам поликлинической терапии: особенности клинического течения, диагностики на амбулаторном этапе в соответствии с возможностями поликлиники, лечения на амбулаторном этапе, в том числе по вопросам о санаторно- курортном лечении. Определить прогноз заболевания. Выделить показания к госпитализации. Определить тактику ведения больного. Выделить критерии ВУТ. Вопросы диспансеризации. Вопрос о временной или стойкой утраты трудоспособности. Средние знания в этих вопросах; слабо разбирается в вопросах постановки предварительного и клинического диагнозов. Дает не полный ответ или не ориентируется по 3 вышеперечисленным элементам.
Отметкой **(0-59)** оценивается ответ, который показывает крайне слабые знания в вопросах поликлинической терапии. Студент не ориентируется в вопросах этиологии, патогенеза, особенностях клинического течения, диагностики, лечения и прогноза различных заболеваний, допускает серьезные ошибки в содержании ответа. Демонстрирует не понимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, не выполняет.

7. ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ (рубежный контроль)
1. Прилагается ситуационная задача (смотри шкалу оценивания ситуационной задачи выше), (и) или 1 (одна) ЭКГ(смотри ниже шкалу оценивания ЭКГ), тесты (шкала оценивания смотри выше), (и) или анализ (шкалу оценивания смотри ниже) , (и) или рентген снимок (шкалу оценивания смотри ниже).
ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЭКГ (текущий, рубежный контроль – «уметь, владеть»
1. Оценивается наличие полной расшифровки ЭКГ согласно протоколам расшифровки электрокардиограмм.

Градации оценивания ЭКГ	Критерии оценивания и %
Ритм синусовый или несинусовый	Указано верно – 10% Указано неверно- 0%
Ритм правильный или неправильный	Указано верно – 10% Указано неверно- 0%
ЧСС	Указано верно – 10% Указано неверно – 0%
ЭОС	Указано верно – 10% Указано неверно – 0%
Заключение	Указано верно – 60% Указано неверно – 0%

При расшифровке ЭКГ:
85-100% - оценка «отлично»,
70-84% - оценка «хорошо»,
60-69% - оценка «удовлетворительно»,
0-59% - оценка «неудовлетворительно».

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИЗОВ (текущий, рубежный контроль – «уметь, владеть»
Оценивается наличие полной интерпретации лабораторных или инструментальных анализов.
При интерпретации анализов
85-100% - оценка «отлично» - указана полная интерпретация анализов, какие изменения отмечаются, при каких заболеваниях или состояниях встречаются.
70-84% - оценка «хорошо» - интерпретация анализов указана не в полном объеме, например, не указаны все заболевания (состояния), при которых встречаются данные изменения.
60-69% - оценка «удовлетворительно» - указана нечеткая интерпретация анализов, например, какие изменения отмечаются, или при каких заболеваниях или состояниях встречаются.
0-59% - оценка «неудовлетворительно» - неверно интерпретирован анализ.

Шкала оценивания рентген снимка (текущий, рубежный контроль – «уметь, владеть»
85-100% - оценка «отлично» - указана полная интерпретация рентген - картины, какие изменения отмечаются, при каких заболеваниях или состояниях встречаются.
70-84% - оценка «хорошо» - интерпретация снимка указана не в полном объеме, например, не указано состояние, при котором встречается данное изменение.
60-69% - оценка «удовлетворительно» - указана нечеткая интерпретация снимка, например, какие изменения отмечаются, или при каких заболеваниях или состояниях встречаются.
0-59% - оценка «неудовлетворительно» - неверно интерпретирован снимок.

8. ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (промежуточный контроль – зачет «уметь, владеть»)
1. Практические навыки оцениваются при проведении консультации на амбулаторном приеме.
2. Учитываются навыки сбора жалоб, анамнеза, объективного осмотра пациента (включая пальпацию, перкуссию, аускультацию), постановки предварительного диагноза, а также плана обследования и лечения.
Уровень оценивания практических навыков:
85-100% - студент полностью демонстрирует практические навыки, не допуская ошибок. Исчерпывающе интерпретирует полученные результаты, соблюдает этико-деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.
75-84% - большинство демонстрируемых практических навыков студент выполняет, но имеются незначительные ошибки. Студент способен интерпретировать полученные данные с небольшими затруднениями, соблюдает этико-деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.
60-74% - студент демонстрирует частичное выполнение практических навыков. Задание выполнено не более, чем на половину, допущено большое количество ошибок. Студент не способен интерпретировать полученные результаты, соблюдает этико-деонтологические принципы.
0-59% - студент либо совсем не выполняет практические навыки, либо выполняет его совершенно неправильно. Не соблюдает индивидуальный подход к пациенту.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЗАПОЛНЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ (промежуточный контроль – зачет «уметь, владеть»)
1. Амбулаторная карта оценивается согласно консультируемому больному.
2. Амбулаторная карта должна быть написана согласно представленной схеме ее заполнения.
3. Учитывается наличие паспортных данных, навыки сбора жалоб, анамнеза, объективного осмотра пациента (включая пальпацию, перкуссию, аускультацию), постановки предварительного диагноза, а также плана обследования, результатов обследования с их интерпретацией, клиническим диагнозом и его обоснованием, а также указанием немедикаментозных и

медикаментозных методов лечения, указанием сроков ВУТ, возможных методов профилактики по данной нозологии, дача рекомендации.

Уровень оценивания практических навыков:

85-100% - амбулаторная карта заполнена согласно представленной схеме в полном объеме.

75-84% - написанна согласно представленной схеме, но имеются неточности, которые студент в полной мере понимает, возможно имеются небольшие неточности, которые могут быть внесены.

60-74% - написанна согласно представленной схеме, но имеются значительные ошибки, например, сформулированный диагноз не обоснован, план обследования не полный или не соответствует возможностям амбулаторного обследования, назначена общая схема лечения заболевания, а не индивидуально больному, без рекомендаций отпущен больной.

0-59% -написанна не по представленной схеме, отсутствует обоснование клинического диагноза. План обследования не включает все возможные методики обследования соотвествующие амбулаторному этапу. Схема лечения не соответствует данному заболеванию или студент не может выделить показания к госпитализации, дать рекомендации по режиму, трудоспособности.

9. ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

(итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности «ЗНАТЬ» учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, меры профилактики при наиболее часто встречающихся заболеваний в амбулаторной практике;
- современную классификацию заболеваний терапевтического профиля;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики различных заболеваний, учитывая возможности поликлиники;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- вопросы медико- социальной экспертизы при различных заболеваниях;
- этические аспекты.

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, меры профилактики при наиболее часто встречающихся заболеваний в амбулаторной практике;
- современную классификацию заболеваний терапевтического профиля;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики различных заболеваний, учитывая возможности поликлиники;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- вопросы медико - социальной экспертизы при различных заболеваниях;
- этические аспекты.

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:
- этиология, меры профилактики при наиболее часто встречающихся заболеваний в амбулаторной практике;
- современную классификацию заболеваний терапевтического профиля;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики различных заболеваний, учитывая возможности поликлиники;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- вопросы медико- социальной экспертизы при различных заболеваниях;
- этические аспекты.
Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.
Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ
(итоговый контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)
При оценке ответов на проверку уровня обученности «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ» учитываются следующие критерии:
Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:
- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с терапевтической патологией;
- проводит самостоятельно обследование пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- грамотно формулирует клинический диагноз;
- определяет больного в группу диспансеризуемых, ориентируется в вопросах медико- социальной экспертизы.
- правильно заполнял амбулаторные карты.
Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет методами лечения и профилактики различных наиболее часто встречающихся заболеваний в амбулаторных условиях. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.
Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:
-умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного.
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз и показания к избранному методу лечения;
- определяет больного в группу диспансеризуемых, слабо ориентируется в вопросах медико-социальной экспертизы.
- не совсем правильно применяет методы профилактики
- при этом ранее полно и правильно заполнял амбулаторную карту.
Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет различными методами лечения наиболее часто встречающихся заболеваний в амбулаторных условиях.
Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент
- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;
не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного.
- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики
- не определяет больного в группу диспансеризуемых, не ориентируется в вопросах медико-социальной экспертизы.
Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы.
Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.
Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял амбулаторную карту.