



Факультетская терапия

рабочая программа дисциплины (модуля)

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

Учебный план 31050150_18_12лд.plx
Специальность 31.05.01. - РФ, 560001 - КР Лечебное дело

Квалификация **Специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **8 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 288
в том числе:
аудиторные занятия 180
самостоятельная работа 89,7
экзамены 17,5

Виды контроля в семестрах:
экзамены 8
зачеты 7

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес- тр на курсе>)	7 (4.1)		8 (4.2)		Итого	
	Неделя		Неделя			
	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	36	36	18	18	54	54
Практические	72	72	54	54	126	126
Контактная	0,3	0,3			0,3	0,3
Контактная			0,5	0,5	0,5	0,5
В том числе инт.	10	10	7	7	17	17
Итого ауд.	108	108	72	72	180	180
Контактная	108,3	108,3	72,5	72,5	180,8	180,8
Сам. работа	35,7	35,7	54	54	89,7	89,7
Часы на контроль			17,5	17,5	17,5	17,5
Итого	144	144	144	144	288	288

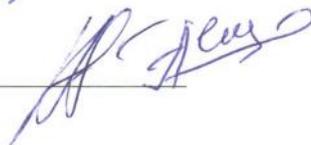
Программу составил(и):

К.м.н., Доцент, Раджапова З.Т.; К.м.н., Доцент, Джайлобаева К.А.



Рецензент(ы):

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



Рабочая программа дисциплины

Факультетская терапия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ

составлена на основании учебного плана:

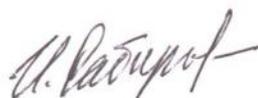
31.05.01. Лечебное дело

утвержденного учёным советом вуза от 26.06.2018 протокол № 12.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от 30.05 2018 г. № 9
Срок действия программы: 2018-2024 уч.г.
Зав. кафедрой 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 22 08 2019 г. № 1
Зав. кафедрой Сабиров И.С.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от _____ 2020 г. № ____
Зав. кафедрой Сабиров И.С.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от _____ 2021 г. № ____
Зав. кафедрой Сабиров И.С.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой Сабиров И.С.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Обучение полному клиническому обследованию терапевтического больного с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов, протекающими в их типичной («классической») форме; формулированию развернутого клинического диагноза, согласно современной классификации;
1.2	Закрепление и расширение практических навыков обследования терапевтического больного;
1.3	Обучение навыкам самостоятельного клинического мышления будущего врача.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.2	Пропедевтика внутренних болезней
2.1.3	Фармакология
2.1.4	Патологическая анатомия
2.1.5	Психология и педагогика
2.1.6	Нормальная физиология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Клиническая практика "Помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения"
2.2.2	Госпитальная терапия
2.2.3	Доказательная медицина
2.2.4	Поликлиническая терапия

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

Знать:

Уровень 1	Определение часто встречающихся заболеваний внутренних органов, причины, план обследований и принципы лечения.
Уровень 2	Определение, причины, факторы риска, механизм развития часто встречающихся заболеваний внутренних органов, с целью адекватного плана обследований и лечения; также правила оформления документации стационарного больного
Уровень 3	Закономерности клинических проявлений терапевтических болезней, лабораторно-диагностические признаки, основные принципы ведения пациентов терапевтического профиля. Знание принципов ведения мед. документации.

Уметь:

Уровень 1	Распознавать конкретные синдромы, объективные признаки каждой нозологии
Уровень 2	Распознавать заболевания в конкретном случае, оценив синдромы, объективные признаки, поставить предварительный диагноз, назначить план обследования и лечения
Уровень 3	Опросив и осмотрев больного, выставить клинический диагноз, назначить адекватное лечение, уметь диагностировать некоторые неотложные состояния и оказать медицинскую помощь.

Владеть:

Уровень 1	навыками сбора анамнеза, осмотра пациента, составления перечня обследований
Уровень 2	навыками распознавания основных заболеваний внутренних органов, формулирования диагноза и принципов лечения
Уровень 3	навыками диагностики и ведения пациентов с терапевтической патологией в рамках факультетской терапии

ПК-6: способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

Знать:

Уровень 1	причины, патофизиологический механизм развития болезни с целью адекватной диагностики и лечения
Уровень 2	Закономерности развития и формирования терапевтических болезней, механизмы прогрессирования, Знание патогенетически обоснованных методов лечения и профилактики.
Уровень 3	Алгоритм постановки клинического диагноза и лечения

Уметь:

Уровень 1	Провести первичное обследование систем и органов: нервной, эндокринной, иммунной, дыхательной, сердечно-сосудистой, крови и кроветворных органов, пищеварительной, мочевыделительной, репродуктивной, костно-мышечной системы и суставов
Уровень 2	Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достаточного результата;
Уровень 3	Сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения; сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного
Владеть:	
Уровень 1	Навыками анализа собранных симптомов и их патофизиологической основы проявлений, обоснованности методов обследования и лечения
Уровень 2	Навыками обоснованного подхода в диагностике заболеваний, их лечения в рамках полномочий врача общей практики
Уровень 3	Навыками обоснованного подхода в диагностике заболеваний внутренних болезней, ведения пациентов с терапевтической патологией в рамках факультетской терапии

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Определение болезни, этиологию, факторы риска (ФР), патогенез, патоморфологию (ремоделирование внутренних органов), классификацию, клиническую картину, лабораторно-инструментальную диагностику, принципы лечения, первичную и вторичную профилактику, прогноз наиболее распространенных заболеваний внутренних органов, протекающих в их типичной «классической форме»:
3.1.2	заболеваний органов дыхания: хронического обструктивного бронхита в рамках ХОБЛ, внебольничной пневмонии, бронхоэктатической болезни, бронхиальной астмы атопической формы, легочной артериальной гипертензии, хронического легочного сердца; заболеваний органов кровообращения: атеросклероза и гиперлипидемий (ГЛП), коронарной болезни сердца (КБС): стенокардии, острого инфаркта миокарда (ОИМ), гипертонической болезни (ГБ), отдельных форм симптоматической артериальной гипертензии (АГ): нефрогенной, вазоренальной, при первичном гиперальдостеронизме, феохромоцитоме, коарктации аорты; инфекционного эндокардита, инфекционного миокардита, митральных и аортальных пороков, врожденных пороков сердца у взрослых: дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, коарктации аорты, стенозе устья легочной артерии, тетраде Фалло, хронической сердечной недостаточности (ХСН); заболеваний соединительной ткани: острой ревматической лихорадки (ОРЛ), ревматоидного артрита, подагры, остеоартритов, системной красной волчанки (СКВ); заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): хронических гастритов, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, хронических колитов, дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) и хронического некалькулезного холецистита, хронических гепатитов и циррозов печени; заболеваний органов мочевого выделения: острого и хронического гломерулонефритов, хронического пиелонефрита; заболеваний системы крови: железо-, В12- и фолиевыедефицитных анемий.
3.1.3	Этиологию, патогенез, клинику, методы диагностики и оказание неотложной помощи следующих ургентных состояний:
3.1.4	приступа бронхиальной астмы;
3.1.5	гипертонических кризов осложненных и неосложненных;
3.1.6	приступа сердечной астмы;
3.1.7	ОИМ – как неотложное состояние;
3.1.8	первичной остановки кровообращения (фибрилляция желудочков), как осложнение ОИМ;
3.1.9	Официально утвержденные классификации заболеваний.
3.1.10	Перечислить осложнения заболеваний.
3.1.11	Методы медикаментозной терапии, схемы терапии, показания и противопоказания к применению лекарственных препаратов (ЛС).
3.1.12	Методы первичной и вторичной профилактики изучаемых заболеваний внутренних органов.
3.1.13	Прогноз заболеваний, ФР развития угрожающих жизни состояний.
3.1.14	Схема и правила заполнения, оформление истории болезни курируемого пациента.
3.1.15	Закрепить клинические: количественные и качественные критерии электрокардиограмм (ЭКГ) в норме, при гипертрофиях предсердий и желудочков, при хронической и острой формах КБС (во время приступа стенокардии, 4-х периодов острого Q-волнового и не-Q-волнового инфаркта миокарда левого желудочка.
3.2	Уметь:
3.2.1	Распознать и правильно ставить диагноз наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов при их типичном течении.

3.2.2	Оценивать активность патологического процесса, его форму, стадию и фазу течения в соответствии с официально утвержденными классификациями, наличие и тяжесть осложнений.
3.2.3	Составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты.
3.2.4	Сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией болезней;
3.2.5	Произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития и патоморфологию болезни, выделить осложнения.
3.2.6	Произвести обоснование основной болезни клинического диагноза у конкретного больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики данной болезни.
3.2.7	Произвести обоснование этиологии болезни у больного.
3.2.8	Назначить адекватную индивидуальную терапию, оформив «Лист назначений» и «Температурный лист» курируемого пациента.
3.2.9	Формировать схему не- и медикаментозного лечения пациента в соответствии с диагнозом и морфологическими изменениями, в том числе определять показания и терапевтические противопоказания к хирургическому вмешательству, и его срочность.
3.2.10	Определить прогноз болезни для жизни у конкретного больного.
3.2.11	Определить меры первичной и вторичной профилактики; последнее (в том числе) – у курируемого больного.
3.2.12	Распознать клинические проявления некоторых неотложных состояний (приступ бронхиальной астмы, гипертонические кризы, приступ сердечной астмы, первичной остановки кровообращения), провести детализацию состояния, неотложную диагностику и обладать навыками оказания экстренной врачебной помощи.
3.2.13	Решать деонтологические задачи, связанные с диагностикой, лечением и профилактикой внутренних заболеваний.
3.2.14	Расшифровать ЭКГ в норме, при гипертрофиях предсердий и желудочков, различных форм КБС.
3.3 Владеть:	
3.3.1	Методикой сбора жалоб и анамнеза больного;
3.3.2	Методами пропедевтики различных систем организма: осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация внутренних органов по модулю;
3.3.3	Навыками интерпретации данных анамнеза, объективного обследования пациента, его лабораторно-инструментальных данных;
3.3.4	Навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики;
3.3.5	Навыками информирования пациента и их родственников;
3.3.6	Навыками владения иностранным языком в объеме для коммуникации и получения информации из зарубежных источников.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
Раздел 1. Пульмонология							
1.1	Хронические бронхиты Бронхиальная астма, приступ бронхиальной астмы Внебольничная пневмония Бронхоэктатическая болезнь Легочная артериальная гипертензия и хроническое легочное сердце /Лек/	7	10	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2	0	
1.2	Хронические бронхиты Бронхиальная астма, приступ бронхиальной астмы КР №1 Внебольничная пневмония Бронхоэктатическая болезнь Легочная артериальная гипертензия и хроническое легочное сердце КР № 2 /Пр/	7	26	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4	2	Работа в ЦИПО: аускультация легких при пневмонии, бронхиальной астме, хроническом обструктивном бронхите, бронхоэктатической болезни.

1.3	Пропедевтика при заболеваниях органов дыхания. Функциональные методы исследования в пульмонологии (спирометрия, пикфлоуметрия). Механизм развития обструкции бронхов при ХОБЛ. Принципы антибактериальной терапии внебольничных пневмоний. Лечение бронхиальной астмы горным климатом. Патофизиология ЛАГ. Патогенез легочного сердца. Феномен Эйлера- Лильестранда. /Ср/	7	16	ПК-5 ПК-6		0	
Раздел 2. Кардиология							
2.1	Атеросклероз, гиперлипидемии. КБС. Стенокардия. КБС. Острый инфаркт миокарда. Лечение ОИМ. Понятие об осложнениях ОИМ, первичная остановка кровообращения (фибрилляция желудочков). Гипертоническая болезнь, гипертонические кризы. Симптоматические артериальные гипертензии. Сердечная недостаточность, сердечная астма. Инфекционный миокардит. Врожденные пороки сердца. /Лек/	7	16	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2	0	
2.2	Атеросклероз. КБС. Стенокардия. (И) КБС. Острый инфаркт миокарда. Лечение ОИМ. Осложнения ОИМ, первичная остановка кровообращения (внезапная сердечная смерть) (И). Гипертоническая болезнь, гипертонические кризы. Симптоматические артериальные гипертензии (И). КР № 3. Сердечная недостаточность. Миокардиты. Врожденные пороки сердца. КР №4 /Пр/	7	36	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.4	6	Проведение занятий в ЦИПО: снятие и интерпретация ЭКГ при КБС. СРЛ при внезапной сердечной смерти
2.3	Протокол расшифровки ЭКГ. Роль факторов риска КБС. КБС. ОИМ, варианты течения, клиника в зависимости от развития осложнений. ОИМ как неотложное состояние. Показания и противопоказания к проведению нагрузочных тестов при КБС. Диагностический поиск при АГ. Поражение органов-мишеней при ГБ. Патогенез ГБ (Мозаичная теория Пейджа). /Ср/	7	20	ПК-5 ПК-6	Э1	0	
2.4	/Зачёт/	7	0			0	
Раздел 3. Ревматология							
3.1	Острая ревматическая лихорадка Митральные пороки Аортальные пороки Инфекционный эндокардит Ревматоидный артрит /Лек/	7	10	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л3.6 Э1 Э2	0	
3.2	Системная красная волчанка Подагра, остеоартриты /Лек/	8	4	ПК-5 ПК-6	Л3.6	0	

3.3	Острая ревматическая лихорадка Митральные пороки И)Аортальные пороки (И) /Пр/	7	10	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.4	2	Проведение занятий в центре ЦИПО. Аускультация на муляже изменений тонов, наличие шумов при пороках митрального и аортального клапана. Разбор рентген - пленок при этих пороках
3.4	Инфекционный эндокардит КР №5 Ревматоидный артрит (И) Системная красная волчанка Подагра и остеоартриты. КР№ 6 /Пр/	8	20	ПК-5 ПК-6		4	Работа в ЦИПО: аускультация сердца при ревматоидном артрите и СКВ
3.5	Пропедевтика суставного синдрома. Методика аускультации шумов сердца. Биологические агенты в лечении РА, СКВ. /Ср/	8	12	ПК-5 ПК-6		0	
Раздел 4. Гастроэнтерология							
4.1	Хронические гастриты, язвенная болезнь желудка, 12 перстной кишки Хронические гепатиты Циррозы печени Хронические энтероколиты /Лек/	8	8	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л3.8 Э1 Э2	0	
4.2	Хронические гастриты Язвенная болезнь желудка, 12 перстной кишки. (И) ДЖВП, хронический холецистит, понятие о холангите Хронические гепатиты Циррозы печени Хронические энтероколиты КР № 7 /Пр/	8	22	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.4	3	Проведение методики определения инфицированности НР инфекции больных с заболеваниями желудка.
4.3	Пропедевтика при заболеваниях органов пищеварения Значение проведения гастроскопии, показания, противопоказания Методы диагностики НР инфекции. Принципы эрадикационной терапии НР инфекции. Функции печени и показатели ее оценки. Маркеры хронической вирусной инфекции при гепатитах и циррозах печени. Современная противовирусная терапия хр. гепатитов и циррозов печени. /Ср/	8	24	ПК-5 ПК-6		0	
Раздел 5. Нефрология							
5.1	Острый и хронические гломерулонефриты Хронический пиелонефрит /Лек/	8	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л3.8 Л3.7 Э1 Э2	0	
5.2	Острый гломерулонефрит Хронический гломерулонефрит Хронический пиелонефрит. /Пр/	8	8	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.4	0	
5.3	Мочевой синдром Патогенез почечной АГ /Ср/	8	10	ПК-5 ПК-6		0	

Раздел 6. Гематология							
6.1	Железо-, В12-, фолиеводефицитные анемии /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Э1 Э2	0	
6.2	Железодефицитные анемии, В12-фолиево-дефицитная анемии КР 3 8 /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.4	0	
6.3	Железодефицитные анемии, В12-фолиево-дефицитная анемии /Ср/	8	8	ПК-5 ПК-6		0	
6.4	/Экзамен/	8	18			0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ

VII семестр

Определение, этиология, патогенез, патоморфология, критерии диагностики, классификация, лабораторно-инструментальная диагностика, критерии диагностики, принципы лечения. Прогноз, профилактика.

Хронический обструктивный бронхит

Бронхиальная астма, приступ бронхиальной астмы

Внебольные пневмонии

Бронхоэктатическая болезнь

Легочная артериальная гипертензия и хроническое легочное сердце

Атеросклероз, гиперлипидемии

КБС. Стенокардия

КБС. Острый инфаркт миокарда

Осложнения острого инфаркта миокарда. Первичная остановка кровообращения

Гипертоническая болезнь, ГБ-кризы

Симптоматические артериальные гипертензии

Инфекционный миокардит

Врожденные пороки сердца

Сердечная недостаточность, сердечная астма

острая ревматическая лихорадка

итральные пороки

Аортальные пороки

VIII семестр

Инфекционный эндокардит

Ревматоидный артрит

Системная красная волчанка

Подагра, остеоартриты

Хронические гастриты

Хронический холецистит, холангит. ДЖВП

Хронические гепатиты

Циррозы печени

Хронический энтероколит

Язвенная болезнь желудка, 12 п. кишки

Острый гломерулонефрит

Хронический гломерулонефрит

Хронический пиелонефрит

Железо-, В12-, фолиеводефицитная анемии.

Перечень типовых задач, интерпритация анализов, расшифровка ЭКГ и курация больного для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ: (приложение № 2).

Темы СРС (рефератов)

Раздел 1. Пульмонология

1. Препедвтика при заболеваниях органов дыхания.

2. Функциональные методы исследования в пульмонологии (спирометрия, пикфлоуметрия).

3. Механизм развития обструкции бронхов при ХОЗЛ.

4. Атипичные пневмонии: характеристика возбудителей, особенности клинической картины и лечения.

5. Лечение бронхиальной астмы горным климатом

6. Патофизиология ЛАГ. Патогенез легочного сердца. Феномен Эйлера-Лильестранда.

Раздел 2. Кардиология

1. Протокол расшифровки ЭКГ

2. Роль факторов риска КБС и АГ

- 3.ОИМ, варианты течения, клиника в зависимости от развития осложнений
- 4.ОИМ как неотложное состояние
- 5.Показания и противопоказания к проведению нагрузочных тестов при КБС.
- 6.Диагностический поиск при АГ
- 7.Поражение органов-мишеней при ГБ
- 8.Патогенез развития сердечной недостаточности при ГБ

Раздел 3. Ревматология

- 1.Пропедевтика суставного синдрома
- 2.Биологические агенты в лечении РА, СКВ
- 3.Методика аускультации шумов сердца

Раздел 4. Гастроэнтерология

- 1.Значение проведения гастроскопии, показания, противопоказания
- 2.Пропедевтика при заболеваниях органов пищеварения
- 3.Методы диагностики НР инфекции (И).
- 4.Принципы эрадикационной терапии НР инфекции.
- 5.Функции печени и показатели ее оценки
- 6.Маркеры хронической вирусной инфекции при гепатитах и циррозах печени.

Раздел 5. Нефрология

- 1.Мочевого синдром
- 2.Патогенез почечной АГ

Раздел 6. Гематология

- 1.Железодефицитные, В12 и -фолиево-дефицитная анемии

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Не предусмотрено

5.3. Фонд оценочных средств

Тесты (Приложение №1)

Ситуационные задачи (Приложение №2)

Рецепты (Приложение №3)

Приложение № 3 Рецепты

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6ЭКГ и анализы

Самостоятельная работа студента (доклад с рефератом, презентация)

Темы презентаций:

- 1.Пропедевтика при заболеваниях органов дыхания.
- 2.Механизм развития обструкции бронхов при ХОБЛ.
- 3.Патофизиология ЛАГ. Патогенез легочного сердца. Феномен Эйлера-Лильестранда.
- 4.Протокол расшифровки ЭКГ.
- 5.ОИМ как неотложное состояние
- 6.Диагностический поиск при АГ
- 7.Пропедевтика при заболеваниях органов пищеварения.
- 8.Методы диагностики НР инфекции.
- 9.Функции печени и показатели ее оценки
- 10.Маркеры хронической вирусной инфекции при гепатитах и циррозах печени.
- 11.Современная противовирусная терапия хр. гепатитов и циррозов печени.
- 12.Мочевого синдром

Интерпретация ЭКГ, анализов (Приложение №4)

Курация у постели больного Практические навыки:

- 1.Методика сбора жалоб и анамнеза больного;
- 2.Методы пропедевтики различных систем организма: осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация внутренних органов по модулю;
- 3.Навыки интерпретации данных анамнеза, объективного обследования пациента, его лабораторно-инструментальных данных;
- 4.Навыки изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, этической аргументации, принципы врачебной деонтологии и медицинской этики;
- 5.Навыки информирования пациента и их родственников;
- 6.Навыки владения иностранным языком в объеме для коммуникации и получения информации из зарубежных источников.

Написание истории болезни СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

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

История болезни

ФИО больного

Клинический диагноз
 Куратор: ФИО студента, курс, группа
 ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:
 Фамилия, имя, отчество.
 Пол: _____ Возраст _____, Национальность _____
 Домашний адрес.
 Профессия _____ Место работы.
 Дата поступления. _____ плановая, экстренная до 12 часов, экстренная позже 12 ч.
 Предварительный диагноз
 Клинический диагноз:
 Основная болезнь:
 Осложнения основного заболевания: _____
 Сопутствующие заболевания _____
 1. Жалобы больного (основные, затем дополнительные)
 2. Анамнез заболевания (с чего началось заболевание, как развивалось, какое лечение _____ получал, каков эффект от проводимой терапии. Последнее ухудшение состояния. Основания для госпитализации).
 3. Анамнез жизни Социально-бытовые условия. Перенесенные заболевания. Интоксикация: алкоголь, табак, пищевые и др. Физические травмы, перенесенные операции. психические перенапряжения, эндокринные и обменные расстройства (диабет, подагра, ожирение и др.) Трудовая деятельность: профессия, квалификация и стаж работы, условия труда. Профессиональные вредности. Работоспособность до болезни и в связи с настоящим заболеванием. Половая жизнь, с какого возраста. У женщин - начало менструаций, беременности, роды, аборт, выкидыши. Заболевания ближайших родственников (первая, вторая линии родства). Болезни окружающих, особенно заразные. Аллергологический анамнез: непереносимость пищевых продуктов, медикаментов и др. Популяция «А» (нет аллергии), «В» (аллергия есть, указать на что и как проявляется). У больных КБС указать наличие факторов риска: АГ, курение, дислипидемия, СД, гиподинамия, ожирение, отягощенная наследственность.
 4. Status praesens objectivus (данные объективного осмотра):
 Общий вид больного:
 Тяжесть состояния больного: удовлетворительное, среднее, тяжелое.
 Рост в см, масса тела в кг. Индекс массы тела в кг/м².
 Телосложение (правильное, неправильное, крепкое, слабое, среднее)
 Конституциональный тип: нормостенический, гиперстенический, астенический.
 Положение больного: активное, вынужденное (ортопноэ), пассивное.
 Сознание: ясное, soporозное, бессознательное, т.е. кома.
 Выражение лица: бодрое, безразличное, тоскливое, страдальческое, возбужденное.
 Описать состояние кожи, слизистых оболочек, п/ж клетчатки, лимфатические узлы, мышцы, кости, суставы.
 Органы дыхания. Форма гр. клетки. Тип дыхания, ЧД в мин. Определение голосового дрожания. Сравнительная и топографическая перкуссия легких. Подвижность нижнего края легких. Аускультация легких: характер дыхательных шумов. Хрипы, их локализация, количество, характер, звучность. Шум трения плевры.
 Органы кровообращения. Область сердца внешне не изменена. Состояние шейных вен. В вертикальном и горизонтальном положении. Пульсации. Верхушечный толчок, сердечный толчок. Границы относительной тупости сердца. Ширина сосудистого пучка в см. Аускультация сердца: тоны, шумы. Исследования артерий. Видимая пульсация периферических сосудов, пульс. АД. Исследование вен. Наличие варикозно расширенных вен нижних конечностей.
 Органы пищеварения. Состояние языка, зубов, десен, миндалин, глотки. Исследование живота: осмотр и пальпация. Пальпация печени: степень увеличения, консистенция, болезненность, край, размеры по Курлову.
 Органы выделения. Пальпация почек. Болезненность при поколачивании по 12 ребру. Половая функция: описать менструальный цикл, количество беременностей, абортов, выкидышей, родов у женщин.
 Кровотворная система, Цвет кожи и слизистых оболочек. Состояние лимфатических узлов, печени и селезенки.
 Нейро-психический статус. Сознание, сон.
 Эндокринная система. Щитовидная железа. Состояние грудных желез.
 Органы чувств. Зрение, слух.
 5. Предварительный диагноз: выставляется на основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных.
 6. План обследования больного (логически вытекает из предварительного диагноза, который нужно либо подтвердить, либо опровергнуть).
 7. Результаты проведенного обследования (выписываются из истории болезни пациента). Интерпретировать данные, выявленные в лабораторно-инструментальных методах исследования.
 8. Клинический диагноз и его обоснование (использовать только необходимые данные, позволяющие поставить диагноз).
 Основной и сопутствующий диагнозы обосновываются отдельно.
 9. Этиология и патогенез заболевания вообще.
 10. Этиология и патогенез заболевания у данного больного
 11. Назначаемое лечение (выписка рецептов с указанием рассчитанной дозы, способа и кратности введения препарата).
 12. Выписной или этапный эпикриз (если больной продолжает находиться в стационаре) – указывается время пребывания в стационаре, клинический диагноз, жалобы, данные объективного осмотра, проведенное обследование, лечение, эффект от проведенного лечения. Рекомендации.
 12. Прогноз заболевания.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тесты Ситуационные задачи Рецепты Доклад с рефератом Презентация Контрольная работа Интерпретация ЭКГ, анализов Практические навыки История болезни

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Сабилов И.С.	Лекционный материал	КРСУ 2016
Л1.2	Кузнецова Ю.В.	Факультетская терапия. Учебное пособие	Научная книга 2012 http://www.iprbookshop.ru/8188.html
Л1.3	Маршалко О.В., Карпович А.И.	Терапия. Часть 1. Пульмонология. Учебное пособие.	Республиканский институт профессионального образования (РИПО) 2016 Гриф МО http://www.iprbookshop.ru/67745.html
Л1.4	Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А.	Внутренние болезни. Учебник. 6-е издание. Переработанный, дополненный	ГЭОТАР-Медиа 2017 http://www.lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л1.5	Маршалко О.В., Карпович А.И.	Терапия. Часть 2. Кардиология. Учебное пособие.	Республиканский институт профессионального образования (РИПО) 2016 Гриф МО http://www.iprbookshop.ru/67746.html
Л1.6	Маршалко О.В., Карпович А.И.	Терапия. Часть 3. Гастроэнтерология. Нефрология. Гематология. Эндокринология. Заболевания суставов. Аллергозы. Учебное пособие.	Республиканский институт профессионального образования (РИПО) 2016 Гриф МО http://www.iprbookshop.ru/67747.html
Л1.7		Схема истории болезни. Бишкек	2015

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д., Моисеев С.В.	Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией	ГЭОТАР-Медиа 2010

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Сабилов И.С.	Респираторная медицина в практике семейного врача.	Бишкек: Изд-во КРСУ 2017 http://terlech.krsu.edu.kg/images/files/obrazovanie/programmy/pulmo.pdf
Л3.2	Сабилов И.С., Юсупов С.А.	Вопросы дифференциальной диагностики и лечения в ревматологии.	Ош. 2017 http://terlech.krsu.edu.kg/images/files/obrazovanie/programmy/ilovepdf.com.pdf
Л3.3	Сабилов И.С., Джайлобаева К.А., Раджапова З.Т.	Клиническая кардиография в практике врача	Бишкек: Изд-во КРСУ 2017 http://terlech.krsu.edu.kg/images/files/obrazovanie/programmy/ilovepdf.com1.pdf

Л3.4	Даниярова А.Н., Касымова Г.Н.,	Клиническая фармакология антитромботических лекарственных средств: Метод. рекомендации для студ.	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015
Л3.5	Джайлобаева К.А., Абдулкадырова З.А., Сабилов И.С.	Вопросы дифференциальной диагностики и лечения в ревматологии: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015 http://www.lib.krsu.edu.kg/index.php?name=search
Л3.6	Джайлобаева К.А., Сабилов И.С., Бобушева Г.С.	Вопросы дифференциальной диагностики и лечения заболеваний почек: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2012 http://terlech.krsu.edu.kg/images/files/obrazovanie/programmy/ilovepdf.com-21.pdf
Л3.7	Джайлобаева К.А., Мирбакиева Д.М., Сабилов И.С.	Вопросы диагностики и лечения в гастроэнтерологии: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016 http://terlech.krsu.edu.kg/images/files/obrazovanie/programmy/gastro.pdf

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"		
Э1	Клинические руководства	www.med.kg
Э2	«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 – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Использование палат, учебных комнат для работы студентов.	
6.3.1.2	Таблицы моделей по различным заболеваниям органов дыхания, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и эндокринной системам, опорно-двигательного аппарата	
6.3.1.3	Система мультимедиа и компьютер	
6.3.1.4	Диски, аудиозаписи по аускультации сердца, рентгенографии органов дыхания при различных заболеваниях.	
6.3.1.5	Кабинеты в ЦИПО	
6.3.1.6	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышления и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся ситуационные задачи, мозговой штурм, ролевые игры, работа в малых группах, научно-практические конференции.	
6.3.1.7	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет - ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы студенты готовят рефераты, доклады и презентации.	
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения		
6.3.2.1	www.med.kg Сайт Минздрава КР	
6.3.2.2	http://www.athero.ru "Сайт центра атеросклероза"	
6.3.2.3	www.medmir.com ОБЗОРЫ МИРОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЖУРНАЛОВ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ	
6.3.2.4	www.escardio.org Европейское общество кардиологов ESC	
6.3.2.5	www.lib.krsu.kg «Электронная библиотека» КРСУ	
6.3.2.6	www.rmj.ru Русский медицинский журнал	
6.3.2.7	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp Внутренние болезни	
6.3.2.8	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp Маколкин, В. И. Внутренние болезни	
6.3.2.9	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp Внутренние болезни: тесты и ситуац.	
6.3.2.10	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp Общая врачебная практика	
6.3.2.11	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp Ревматология	

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Компьютерное и мультимедийное оборудование;
7.2	Диски обучающих программ;
7.3	Электронная библиотека
7.4	Адреса сайтов российских издательств по внутренним болезням.
7.5	Аудиолекции академика М.М. Миррахимова по отдельным темам внутренних болезней.
7.6	Традиционные аналоговые обучающие издания: опорные конспекты лекций, методические пособия для изучения теоретического материала.
7.7	Дисциплина преподается на базе Национального центра кардиологии и терапии, который имеет 10 отделений: острого инфаркта миокарда, нарушений ритма сердца, АГ, ХСН, горной медицины, пульмонологии, ревматологии, нефрологии, гастроэнтерологии, КБС, инвазивной кардиологии, рентгенохирургии, функциональной диагностики, отделение интенсивной терапии, ургентной кардиологии и реанимации. Коечный фонд 280. Отделение пульмонологии НГ на 30 коек.
7.8	Имеется 7 стандартно оборудованных учебных комнаты (столы, стулья, вешалки, доски), 85 посадочных мест. 2 лекционных зала на 200 человек и на 50 человек.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
Технологическая карта дисциплины в Приложении №7.	
Методические рекомендации по изучению дисциплины.	
Рекомендации при использовании материалов учебно-методического комплекса.	

Специфика в изучении факультетской 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 истории болезни.

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 снимки, анализ);
- написание истории болезни 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 терапевтического 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 №2. 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 скопировать 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 представляются основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
8. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии 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 выносятся 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 должны быть одного цвета. Пространство слайда (экрана) должно быть максимально использовано, за счет, например, увеличения масштаба рисунка. Кроме того, по возможности необходимо занимать верхние $\frac{3}{4}$ 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 факультетской терапии должно акцентироваться на знаниях пропедевтики внутренних болезней, фармакологии, патологической и нормальной физиологии, патанатомии.

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 терапевтического больного (пункт 5.3), отрабатывают практические навыки в группе, работают с больными в палатах под руководством педагога.

Для работы рекомендовано использовать методические рекомендации к практическому занятию, плакаты, таблицы, методические разработки кафедр – СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО.

Заключительным этапом работы является курация амбулаторного больного и оформление ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (см. пункт 5.3)

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ проводится с использованием письменного опроса (2 теоретических вопроса, решения ситуационной задачи, ЭКГ/анализ, 2 рецепта).

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 экзамену:

При подготовке студентов к экзамену следует обратить внимание на следующие учебники:

Внутренние болезни [Текст] : [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. / Р. А. Абдулхаков, В. Г. Авдеев, В. А. Алмазов и др. ; под ред. Н. А. Мухина и др. – 2-е изд., испр. и доп. – Т. 1. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012.

Стандарты ведения больных. Клинические рекомендации. Выпуск 2 / Под ред. Баранова А.А. и др. - «Гэотар-Медиа», 2011 г.

Внутренние болезни по Т.Р. Харрисону. Под редакцией Э. Фаучи, Ю. Браунвальда. В 10 томах. Практика, Москва, 2005.

Страус Ш.Е., Ричардсон В.С., Глацдей П., Хэйнс Б.Р. Медицина, основанная на доказательствах. Перевод с англ. / Под ред.

В.В. Власова.- «Гэотар-Медиа», 2010 г.

Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни. 6-е издание - «Гэотар-Медиа», 2011г.

Руководство по медицине. Диагностика и лечение. 2-е изд. Под ред. Марк Х. Бирса. Перевод с англ. / Под ред. А.Г. Чучалина.- Литтерра, 2011г.

Атлас клинической медицины. Внешние признаки болезней / Под ред. Томилова А.Ф.- «Гэотар-Медиа», 2011 г.

Клинические разборы в факультетской терапевтической клинике им. В.Н. Виноградова / под ред. Сулимова, О.В. Благовой. - «Гэотар-Медиа», 2012г.

Ройтберг Г.Е., Стругинский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения: учебное пособие. 2-е изд.-

Медпресс-информ, 2011

Гастроэнтерология + CD. Национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина Т.Л. Лапиной.- «Гэотар-Медиа», 2008

Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М. и др. Диагностика и лечение болезней почек. «Гэотар-Медиа», 2011

Ревматология. Национальное руководство (+ CD-ROM) / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой.- «Гэотар-Медиа», 2010

За курс факультетской терапии проводятся 8 модулей (контрольные работы) (в каждом семестре по 4) с письменными ответами на 5 заданий:

Теоретические вопросы по темам

Решение ситуационной типовой задачи – практические контрольные задания (ПКЗ) - необходимо выполнить следующий алгоритм действий: поставить предварительный диагноз, оценив условия задачи; принять решение о достаточности предлагаемых результатов обследования, принять решение о необходимости дополнительного обследования для решения проблемной ситуации; описав ожидаемые результаты, оценить последствия принятых решений в формулировке клинического (окончательного) диагноза, назначить адекватное лечение.

Интерпретация анализа, данных инструментальных обследований, предположив: для какой болезни данный анализ является обязательным или может быть.

Расшифровка ЭКГ по протоколу с написанием заключения

Выписывание 2 рецептов с дозами и сигнатурой.

ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

При итоговой аттестации:

тестирование

курация (проверка закрепленных практических навыков)

индивидуальное собеседование по билетам.

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кандидоз полости рта и глотки
- Б) остеопороз
- В) гиперкортицизм
- Г) артериальная гипертензия

2. КАКОЙ АНТИКОАГУЛЯНТ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ, НЕ ТРЕБУЮЩИЙ МОНИТОРИРОВАНИЯ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ, НАЗНАЧАЕТСЯ ВНУТРЬ?

- А) ривароксабан
- Б) гепарин
- В) варфарин
- Г) бивалирудин

3. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ВАРФАРИНА НАЗНАЧАЕТСЯ ПРЕПАРАТ-АНТАГОНИСТ

- А) витамин К
- Б) сулодексид
- В) протамин
- Г) кальций хлористый

4. ПРИ ТЯЖЕЛОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

- А) нflixсимаб
- Б) циклофосфамид
- В) бозентан
- Г) абциксимаб

5. ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРОМ ЦОГ-2 ЯВЛЯЕТСЯ

- А) целекоксиб
- Б) нимесулид
- В) мелоксикам
- Г) пироксикам

6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НПВС-ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) омепразол
- Б) алгедрат+магния гидроксид
- В) метилурацил
- Г) сукралфат

7. ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛАБИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО

- А) лактулоза
- Б) адеметионин
- В) орнитин
- Г) эссенциале

8.ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КРУПНЫХ БРОНХОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кашель с мокротой
- Б) кашель без выделения мокроты
- В) одышка инспираторного характера
- Г) повышение температуры тела

9. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) спирометрия
- Б) бронхоскопия
- В) компьютерная томография
- Г) пикфлоуметрия

10.ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МЕЛКИХ БРОНХОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) одышка
- Б) кашель с мокротой
- В) повышение температуры тела
- Г) кашель без выделения мокроты

11.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОСПАЗМА С ПОМОЩЬЮ СПИРОГРАФИИ, ПНЕВМОТАХОГРАФИИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПРОБУ С ИНГАЛЯЦИЕЙ

- А) β 2-адреностимулятора
- Б) глюкокортикостероида
- В) смеси кислорода и оксида азота
- Г) α 2-адреностимулятора

12.ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- А) кистей
- Б) коленные
- В) крестцово-подвздошные
- Г) позвоночные

13.ВЫСОКАЯ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ (1030 И ВЫШЕ) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) сахарного диабета
- Б) хронического нефрита
- В) пиелонефрита
- Г) несахарного диабета

14.ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ОБРАЗОВАНА

- А) правым предсердием
- Б) правым желудочком
- В) левым желудочком
- Г) ушком левого предсердия и *conus pulmonalis*

15.ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) запаздывание каротидной пульсации

- Б) дующий диастолический шум в точке Боткина – Эрба
- В) громкий аортальный компонент II тона
- Г) высокое систолическое давление

16.УСИЛЕНИЕ II ТОНА НА АОРТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А) эссенциальной гипертензии
- Б) легочной гипертензии
- В) митральном стенозе
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

17.ПРИСТУПЫ БРОНХОСПАЗМА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- А) пропранолол
- Б) симвастатин
- В) каптоприл
- Г) ацетилсалициловая кислота

18.ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА ПРОВОДИТСЯ

- А) вне стационара
- Б) в стационаре
- В) сначала вне стационара, затем в стационаре
- Г) сначала в стационаре, затем вне стационара

19.ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ХОБЛ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ

- А) непрерывно
- Б) в период обострения заболевания
- В) в период обострения заболевания и в виде профилактических курсов весной и осенью
- Г) в виде профилактических курсов весной и осенью

20.ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКАМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРЕКРАЩАЮТ

- А) после стойкой нормализации температуры тела в течение 72 часов и длительности терапии не менее 7 дней
- Б) через одну неделю после начала лечения
- В) после исчезновения хрипов в легких
- Г) после устранения рентгенологических признаков заболевания

21.41-ЛЕТНЕЙ ЖЕНЩИНЕ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ПОВЫШЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ, НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ

- А) снизить вес
- Б) ограничить физическую активность
- В) пить 3 литра воды ежедневно
- Г) ограничить белки в диете

22.ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) инфекция
- Б) переохлаждение
- В) курение
- Г) вдыхание раздражающих газов и аэрозолей

23.У ЛИЦ СТАРШЕ 40 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) курение

- Б) повторная вирусно-бактериальная инфекция
- В) воздействие промышленных газов и аэрозолей
- Г) врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей

24. ДЛЯ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

- А) в период приступов может развиваться лихорадка
- Б) мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой
- В) выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты
- Г) действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой кислоты

25. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ИНСОЛЯЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) системная волчанка
- Б) ревматоидный артрит
- В) остеоартроз
- Г) саркоидоз

26. СТРАТЕГИЯ ВЫСОКОГО РИСКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции
- Б) формировании здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий
- В) предупреждении прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации
- Г) разделение населения на группы в зависимости от возраста

27. СТРАТЕГИЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) предупреждении прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации
- Б) разделении населения на группы в зависимости от возраста
- В) своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции
- Г) формировании здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий

28. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА РАСШИРЕНА ПРИ

- А) артериальной гипертонии
- Б) митральном стенозе
- В) хроническом легочном сердце
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

29. АКЦЕНТ 2 ТОНА НАД АОРТОЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

- А) артериальной гипертонии
- Б) митральном стенозе
- В) хроническом легочном сердце
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

30. УСИЛЕНИЕ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А) митральном стенозе
- Б) митральной недостаточности

- В) хроническом легочном сердце
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

31. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ОБРАЗОВАНА

- А) левым желудочком
- Б) левым предсердием
- В) правым предсердием
- Г) правым желудочком

32. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- А) акцент 2 тона над аортой
- Б) усиление 1 тона у основания мечевидного отростка
- В) акцент 2 тона над легочной артерией
- Г) ослабление 1 тона на верхушке

33. К ИСТИННОМУ КАРДИОГЕННОМУ ШОКУ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ

- А) трансмуральный инфаркт миокарда
- Б) пароксизмальная желудочковая тахикардия
- В) фибрилляция предсердий
- Г) суправентрикулярная тахикардия

34. ИЗ ВСЕГО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ В ГЕМОГЛОБИН ВКЛЮЧАЕТСЯ _____ %

- А) 70-73
- Б) 20-30
- В) 30-40
- Г) 10-20

35. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ

- А) снижение уровня эритроцитов в крови
- Б) повышение свободного гемоглобина в моче
- В) гипохромию эритроцитов
- Г) повышение уровня непрямого билирубина

36. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) жировой метаморфоз кроветворного костного мозга в трепанобиоптате подвздошной кости
- Б) панцитопения в периферической крови
- В) малоклеточный костный мозг по данным миелограммы
- Г) повышение билирубина за счет непрямой фракции

37. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ОКАЗЫВАЮТ _____ ДЕЙСТВИЕ

- А) противовоспалительное
- Б) бронходилатационное
- В) адреномиметическое
- Г) антихолинергическое

38.К АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ

- А) ипратропиум бромид
- Б) сальбутамол
- В) беклометазон
- Г) фенотерол

39.ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) глюкокортикоиды
- Б) метилксантины
- В) ингибиторы фосфодиэстеразы 4
- Г) нестероидные противовоспалительные средства

40. БРОНХОСПАСТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ

- А) пропранолол
- Б) фенотерол
- В) беклометазон
- Г) сальбутамол

41. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- А) ингаляционные глюкокортикостероиды и β_2 -агонисты
- Б) антибактериальные и муколитические препараты
- В) системные глюкокортикоиды и метилксантины
- Г) кромоны и антигистаминные препараты

42.АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТАМ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НАЗНАЧАЕТСЯ В СЛУЧАЕ

- А) увеличения объема и степени гнойности мокроты
- Б) наличия признаков острой респираторной инфекции
- В) появления сухих свистящих хрипов
- Г) длительного стажа курения

43. В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫБРАН

- А) амоксициллин+клавулановая кислота
- Б) ципрофлоксацин
- В) гентамицин
- Г) тетрациклин

44. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) метотрексат
- Б) гидроксихлорохин
- В) лефлуномид
- Г) сульфасалазин

45. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С ВЫСОКОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ И

КЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) белимуаб
- Б) инфликсимаб
- В) этанерцепт
- Г) адалимумаб

46. У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ацидин-пепсин
- Б) альмагель
- В) ранитидин
- Г) фамотидин

47. ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пегилированный интерферон и рибавирин
- Б) интерферон и гепатопротекторы
- В) глюкокортикоиды и цитостатики
- Г) интерферон и ламивудин

48. ИНТЕРФЕРОНОМ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пегилированный интерферон
- Б) реаферон
- В) рибавирин
- Г) интрон

49. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ

- А) белки
- Б) углеводы
- В) соль
- Г) жидкость

50. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСТУПЛЕНИЕ БЕЛКА ОГРАНИЧИВАЮТ ДО _____ Г/СУТКИ

- А) 15
- Б) 20
- В) 30-40
- Г) 40-50

Приложение № 2 . Ситуационные задачи по Факультетской терапии для студентов 4 курса

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

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

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

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

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

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 14.09.2016 г. по поводу переднего Q-волнового 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 приём 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 лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 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 селезёнка 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. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Женщина 75 лет 21.05.2016 обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались неуспешными.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз пациентки.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение
5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Мужчина 68 лет 18.04.2016 обратился к врачу с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм рт. ст, хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст.

Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемированы. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 5,4 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов и сроки их применения, которые должны быть рекомендованы на постоянный прием пациенту. Обоснуйте их применение
5. Через 2 месяца у пациента появились жалобы на сердцебиение, к врачам не обращался. В течение 5 дней данные жалобы сохранялись, в связи с чем вызвал скорую медицинскую помощь. На ЭКГ зарегистрирована фибрилляция предсердий. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Пациент Н. 52 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у невролога с диагнозом «межреберная невралгия». Принимал анальгин, диклофенак, физиотерапевтические процедуры – без эффекта.

Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт.ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает.

Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет.

Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 20 сигарет в сутки; алкоголь умеренно употребляет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью лёгких ясный лёгочный звук. ЧД – 17 в мин. Аускультативно: на верхушке сердца

ослабление I тона, над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 170/100 мм рт.ст. ЧСС – 88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3,57 ммоль/л; креатинин – 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 84 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 88 уд/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов

нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте.
5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной

сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Женщина 24 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение.

В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты.

Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39°C, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ 36 мм/час, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м².

Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия.

Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

СИТУАЦИОННАЯ 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, гиперемия кожи над суставом. 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. При осмотре: Рост – 172 см, масса тела – 105кг. ИМТ – 35,59 кг/м². ЧД – 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. При осмотре I плюснефалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. В анализах: ОАК – $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $11,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 280×10^9 /л, СОЭ – 30 мм/час. БАК: мочевины 576 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, креатинин – 87 мкмоль/л.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.**
- 2. Тактика ведения в отношении данного больного.**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. ОАК: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9/л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. ОАМ – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. БАК: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.**
- 2 Тактика ведения в отношении данного больного.**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Больная И. 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на сердцебиение, слабость в левой руке и ноге. Из анамнеза: известно, что 6 месяцев назад пациентка перенесла транзиторную ишемическую атаку. 3 месяца назад - ОНМК в бассейне средней мозговой артерии, Акушерский анамнез: 2 беременности, 1 роды. 1-я беременность в возрасте 22 лет протекала нормально, родила здорового доношенного ребенка; 2 беременность в возрасте 36 лет закончилась смертью плода на 12 неделе беременности (подтверждена нормальная морфология плода). При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Моторная афазия. Отмечается пятнистость кожи цианотичного оттенка, напоминающая «кружева», локализуемая в области бёдер и ягодиц (сетчатое ливедо). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Конфигурация суставов не изменена, объём движений полный. Над лёгкими перкуторно лёгочный звук, аускультативно хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 96 ударов в минуту. АД - 120/75 мм рт. ст. Печень, селезёнка не увеличены. При пальпации живот мягкий, безболезненный. ОАК: гемоглобин - 112 г/л, лейкоциты - $9 \times 10^9/л$, тромбоциты - $100 \times 10^9/л$, СОЭ - 46 мм/час. Антитела к нативной ДНК отрицательные. Волчаночный антикоагулянт положительный – 2,4 условные единицы (норма 0,8-1,2 условных единиц). ОАМ: относительная плотность - 1010, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 5-7, эритроциты - 0-2 в поле зрения.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.**
- 2 Дополнительные методы обследования и Тактика ведения в отношении данного больного.**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Больной В. 56 лет вызвал участкового врача на дом. Жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при малейшем физическом напряжении (из-за одышки больной не мог выходить из дома), кашель с гнойной мокротой, отёки голеней, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе: 20 лет назад перенёс пневмонию. С тех пор беспокоит кашель с мокротой, преимущественно по утрам, кашель усиливался в осеннее и зимнее время. Периодически при повышении температуры до 37-39°C принимал антибиотики и сульфаниламиды. В последние 3 года стала беспокоить одышка. Ухудшение состояния наступило в последние 4 месяца, когда после простуды и повышения температуры (до 38°C) впервые появились отёки, боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. Анамнез жизни. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Работает на вредном производстве – в литейном цехе. Состояние тяжёлое, выражен диффузный цианоз, цианоз губ. Снижение мышечной массы верхнего плечевого пояса. Конечности на ощупь тёплые, отёки голеней, бёдер. Положение в постели горизонтальное. Грудная клетка бочкообразной формы. Надключичные пространства выбухают. Экскурсия грудной клетки ограничена. При перкуссии над лёгкими - коробочный звук и опущение нижних границ лёгких. Дыхание ослабленное, на некоторых участках с бронхиальным оттенком. С обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы и рассеянные сухие хрипы на выдохе. ЧД - 36 в минуту. Границы сердца в норме. Эпигастральная пульсация, тоны сердца глухие, акцент II тона на лёгочной артерии. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен. АД - 100/70 мм рт. ст. Шейные вены набухшие, особенно на выдохе. Живот увеличен в объёме из-за асцита. Печень выступает из-под рёберной дуги на 4-5 см, эластичная, болезненная при пальпации.

1. Предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы обследования и тактика ведения в отношении данного больного.

Приложение № 3 Рецепты по ФТ

Рецепты по факультетской терапии 4 курса 2017 г.

Болезни	Лекарственные средства
ПУЛЬМО-НОЛОГИЯ	
Пневмония	бензилпенициллин, амоксициллин, азитромицин, амоксициллин клавуланат, цефотаксим, левофлоксацин
Хронический обструктивный бронхит	ипратропиум бромид (атровент), тиотропиум бромид (спирива), теофилл, эуфиллин, фенотерол (беротек), лазолван, преднизолон, дексаметазон, амоксиклав, ровамицин, АЦЦ (ацетилцистеин)
Бронхоэктатическая болезнь	цефтриаксон, левофлоксацин, циластин+имипинем (тиенам), ванкомицин, амоксиклав, азитромицин.
Бронхиальная астма	сальбутамол, эуфиллин, фенотерол, ипратропиум бромид, сальмотерол, флютиказон пропионат+сальмотерол (серетид), бекламетазон, преднизолон, кетотифен
Хроническое легочное сердце	изосорбид динитрат (кардикет), изокет (изосорбита динитрат), дилтиазем, нифедипин (коринфар), амлодипин, эналаприл, гепарин, силденафил.
КАРДИОЛОГИЯ	
Атеросклероз	аторвастатин (липримар), омакор
Стенокардия напряжения стаб.	аторвастатин (липримар), омакор, метопролол, бисопролол (конкор), ацетилсалициловая кислота (аспирин), дилтиазем, амлодипин, эналаприл, изосорбит мононитрат (моносан), изосорбит динитрат (кардикет), нитроглицерин (НТГ)
ОИМ	стрептокиназа, клопидогрель (плавикс), морфин, промедол, фентанил, дроперидол, эналаприл, гепарин, аспирин, нитроглицерин (НТГ), изокет, бисопролол, метопролол
Первичная остановка сердца	адреналин, атропин, лидокаин, амиодарон (кордарон)
Гипертоническая болезнь	индапамид, гидрохлортиазид (гипотиазид), амлодипин, эналаприл, лозартан, бисопролол, метопролол, натрия нитропруссид, каптоприл (капотен), урапидил, фуросемид
САГ	фентоламин, карведилол, седуксен, спиронолактон (верошпирон), фуросемид, доксазозин (кардура), празозин
Инфекционный	Диклофенак (ортофен), аспирин, преднизолон, метилпреднизолон (метипред),

миокардит	дексаметазон, хлорохин (делагил), гидроксихлорохин (плаквенил)
СН	НТГ, изокет, варфарин, дигоксин, торасемид, фуросемид, верошпирон, этакриновая кислота (урегит), аспирин, эналаприл, бисопролол, амлодипин, триметазидин (предуктал)
РЕВМАТО-ЛОГИЯ	
ОРЛ, митральные и аортальные пороки	бензилпенициллин, рокситромицин, бензатинбензил-пенициллин (экстенциллин), диклофенак (вольтарен), ортофен, преднизолон, гидроксихлорохин (плаквенил)
Инфекционный эндокардит	бензилпенициллин, амикацин, цефалексин, циластин+имипинем (тиенам), цефтриаксон (роцефин), ванкомицин, клиндамицин
РА	Нимесулид, диклофенак (вольтарен), преднизолон, метилпреднизолон (метипред), хлорохин (делагил), сульфасалазин, гидроксихлорохин (плаквенил), метотрексат, тоцилизумаб
СКВ	циклофосфан, азатиоприн, мофетила микофенолат (селлсепт), гидроксихлорохин (плаквенил), преднизолон, диклофенак (вольтарен), индометацин.
Подагра	Индометацин, нимесулид, колхицин, солю-медрол, аллопуринол, фебуксостат
Остеоартроз	Ацкелофенак (аэртал), кетопрофен, ацетаменофен, хондроитин сульфат, глюкозамин гидрохлорид, фастум гель, долгит-крем
ГАСТРО-ЭНТЕРОЛОГИЯ	
Хронические гастриты	фамотидин (квamatел), метоклопрамид, домперидон (мотилиум), омепразол, платифиллин, пирензепин дигидрохлорид (гастроцепин), кларитромицин, амоксициллин, висмута трикалия дицитрат (дедол), метронидазол, плантаглюцид, ацидинпепсин
Язвенная болезнь	ранитидин, фамотидин, метоклопрамид, пантопразол, кларитромицин, амоксициллин, метронидазол, альгельдрат+ магния гидроксид (маалокс), висмута трикалия дицитрат (дедол), платифиллин
ДЖВП, хронический холецистит	метоклопрамид, мотилиум, но-шпа, платифиллин, аллохол, магния сульфат, фламин, фебихол, пирензепин дигидрохлорид (гастроцепин)
Хронический энтероколит	интетрикс, платифиллин, но-шпа, креон, гастроцепин, форлакс, лактулоза, метоклопрамид, лоперамида гидрохлорид (имодиум), бифидумбактерин, колибактерин, лактобактерин, бификол, метронидазол, фуразолидон, фталазол,

	линекс
Хронические гепатиты	Аскорбиновая кислота, адеметионин (гептрал), урсодезоксихолевая кислота (урсосан, урсофальк) глюкоза, интерферон (роферон А), ламивудин, рибавирин, пегасис, карсил, софосбувир, даклатасфир, энтекавир.
Циррозы печени	аскорбиновая кислота, адеметионин (гептрал), преднизолон, азатиоприн, глюкоза, верошпирон, анаприллин, холестирамин
ОГН	бензилпенициллин, эритромицин, преднизолон, имуран (азатиоприн), гепарин, дипиридамол (курантил), фуросемид, эналаприл, лозартан
ХГН	бензилпенициллин, эритромицин, преднизолон , метилпреднизолон (метипред), гепарин, дипиридамол (курантил), фуросемид, кальция глюконат, аскорбиновая кислота, кандесартан, верапамил
Хронический пиелонефрит	Амоксициллин, ципрофлоксацин, палин, канефрон
ЖДА	Ферро-градумент, генотардиферон, ферум-лек
В12-дефицитная анемия	Вит. В12.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОПРОСА (текущий контроль)

Оценка уровня ЗНАТЬ:

85-100% (2 балла) - студент полностью отвечает при устном опросе, демонстрирует понимание определения часто встречающихся заболеваний внутренних органов, этиологии, механизма развития, закономерностей клинических проявлений терапевтических болезней, лабораторно-диагностические признаки, формулировку диагноза, основных принципов лечения пациентов терапевтического профиля.

70-84% (1 балл) - студент неполностью отвечает при устном опросе, демонстрирует недостаточное понимание определения часто встречающихся заболеваний внутренних органов, этиологии, механизма развития, закономерностей клинических проявлений терапевтических болезней, лабораторно-диагностические признаки, формулировку диагноза, основных принципов лечения пациентов терапевтического профиля.

60-69% (0,5 баллов) - студент частично отвечает при устном опросе, демонстрирует недостаточные знания в определении часто встречающихся заболеваний внутренних органов, этиологии, механизма развития, закономерностей клинических проявлений терапевтических болезней, лабораторно-диагностические признаки, формулировку диагноза, основных принципов лечения пациентов терапевтического профиля.

0-59% (0 баллов) - студент вовсе не отвечает при устном опросе, либо демонстрирует совершенно неправильное понятие определения часто встречающихся заболеваний внутренних органов, этиологии, механизма развития, закономерностей клинических проявлений терапевтических болезней, лабораторно-диагностические признаки, формулировку диагноза, основных принципов лечения пациентов терапевтического профиля.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕЦЕПТОВ (текущий контроль)

1. Прилагается выписать 2 рецепта на лекарственные средства.
 2. Выписка рецептов учитывается при правильном их написании с указанием доз и сигнатур.
 3. За правильно выписанные рецепты с указанием доз и сигнатур – **0,5 баллов**.
 4. При неправильно выписанном рецепте – **0 баллов**.
- Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы (оценку).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ (текущий контроль)

Оценка уровня ВЛАДЕТЬ:

1. Практические навыки оцениваются при проведении курации у постели больного.
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% (2 балла) - студент полностью демонстрирует практические навыки, не допуская ошибок. Исчерпывающе интерпретирует полученные результаты, соблюдает этико-деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

70-84% (1 балл) - 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.

60-69% (0,5 баллов) - 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% (0 баллов) - студент либо совсем не выполняет практические навыки, либо выполняет его совершенно неправильно. Не соблюдает индивидуальный подход к пациенту.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ (текущий контроль)

1. Прилагается одна ситуационная задача.
2. К задаче прилагаются вопросы.
3. За правильную и полную формулировку диагноза согласно современным классификациям к задаче – 20%.
4. За полный план обследования и полный перечень ожидаемых результатов обследования – 40%.
5. За полный план лечения, включая медикаментозные (с указанием доз препаратов) и немедикаментозные методы лечения – 40%.
6. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
7. Набранное количество процентов переводится в баллы (оценку).

Градации оценивания	Критерии оценивания и %	Критерии оценивания и %	Критерии оценивания и %
Формулировка предварительного диагноза	Полная (согласно современным классификациям) – 20%	Неполная – 10%	Неверный диагноз – 0%

План обследования	Полный перечень ожидаемых результатов обследования – 40%	Неполный перечень – 20%	Отсутствует – 0%
План лечения	Полный план лечения, включая медикаментозные (с указанием доз препаратов) и немедикаментозные методы лечения – 40%	Неполный план лечения – 20%	Отсутствует – 0%

При решении ситуационной задачи:

85-100% (2 балла) - оценка «отлично»,

70-84% (1 балл) - оценка «хорошо»,

60-69% (0,5 баллов) - оценка «удовлетворительно»,

0-59% (0 баллов) - оценка «неудовлетворительно»,

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С РЕФЕРАТОМ

Градации оценивания	Баллы (%)
Грамотность речи во время защиты реферата	0-5
Владение информацией	0-20
Соблюдение регламента доклада	0-5
Доступность подачи информации	0-10
Соответствие содержания доклада с рефератом заданной теме	0-40
Наличие введения, основной части и заключения	0-10
Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-10

При докладе с рефератом:

85-100% (0,5 баллов) - оценка «отлично»,

70-84% (0,4 балла) - оценка «хорошо»,

60-69% (0,3 балла) - оценка «удовлетворительно»,

0-59% (0 баллов) - оценка «неудовлетворительно».

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Градации оценивания	Баллы (%)
Грамотность речи во время защиты презентации	0-5
Владение информацией	0-20
Соблюдение регламента доклада презентации	0-5
Доступность подачи информации	0-10
Соответствие содержания презентации заданной теме	0-20
Наличие слайдов с использованием рисунков, таблиц и т.д.	0-20
Наличие введения, основной части и заключения	0-10
Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-10

При презентации:

85-100% (0,5 баллов) - оценка «отлично»,

70-84% (0,4 балла) - оценка «хорошо»,

60-69% (0,3 балла) - оценка «удовлетворительно»,

0-59% (0 баллов) - оценка «неудовлетворительно».

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ (рубежный контроль)

Прилагается 2 (два) теоретических вопроса, одна ситуационная задача, 1 (одна) ЭКГ и 1 (один) рецепт и 1 (один) анализ.

1 теоретический вопрос – оценивается 0-4 балла

2 теоретический вопрос – оценивается от 0-4 балла

1 ситуационная задача – оценивается 0-3 балла

1 ЭКГ – оценивается 0-2 балла

1 рецепт – оценивается 0-0,5 баллов

1 анализ – оценивается 0-0,5 баллов.

Дополнительно к КР должна быть сдана 1 история болезни курируемого пациента (по соответствующему разделу) – 2 балла.

Минимальное количество баллов для сдачи КР – 7 баллов

Максимальное количество баллов для сдачи КР – 12 (13) баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ (рубежный контроль)

85-100% (4 балла) - полный, последовательный, грамотный и логически излагаемый ответ; демонстрация студентом знаний в объеме пройденной программы и сведений из дополнительной литературы; воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

75-84% (3 балла) - наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых студентом после дополнительных и наводящих вопросов; демонстрация студентом знаний в объеме пройденной программы; четкое изложение учебного материала.

60-74% (2 балла) - наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых студентом; демонстрация студентом недостаточно полных знаний по пройденной программе; неструктурированное изложение учебного материала при ответе.

менее 60% (0 баллов) - незнание материала раздела; при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ (рубежный контроль)

1. Прилагается одна ситуационная задача.

2. К задаче прилагаются вопросы.

3. За правильную и полную формулировку диагноза согласно современным классификациям к задаче – 20% **(0,5 баллов)**.

4. За полный план обследования и полный перечень ожидаемых результатов обследования – 40% **(1 балл)**.

5. За полный план лечения, включая медикаментозные (с указанием доз препаратов) и немедикаментозные методы лечения – 40% **(1,5 балла)**.

6. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.

7. Набранное количество процентов переводится в баллы (оценку).

Градации оценивания	Критерии оценивания и %	Критерии оценивания и %	Критерии оценивания и %
Формулировка предварительного диагноза	Полная (согласно современным классификациям) – 20%	Неполная – 10%	Неверный диагноз – 0%
План обследования	Полный перечень ожидаемых результатов обследования – 40%	Неполный перечень – 20%	Отсутствует – 0%
План лечения	Полный план лечения, включая медикаментозные (с указанием доз препаратов) и немедикаментозные методы лечения – 40%	Неполный план лечения – 20%	Отсутствует – 0%

При решении ситуационной задачи:

85-100% (3 балла) - оценка «отлично»,

70-84% (2 балла) - оценка «хорошо»,

60-69% (1 балл) - оценка «удовлетворительно»,

0-59% (0 баллов) - оценка «неудовлетворительно»,

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЭКГ (рубежный контроль)

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% (2 балла)** - оценка «отлично»,
- 70-84% (1 балл)** - оценка «хорошо»,
- 60-69% (0,5 баллов)** - оценка «удовлетворительно»,
- 0-59% (0 баллов)** - оценка «неудовлетворительно».

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕЦЕПТОВ (рубежный контроль)

1. Прилагается выписать 2 рецепта на лекарственные средства.
 2. Выписка рецептов учитывается при правильном их написании с указанием доз и сигнатур.
 3. За каждый правильно выписанный рецепт с указанием доз и сигнатур – 50% (0,5 баллов).
 4. При неправильно выписанном рецепте – 0-49%.
- Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы (оценку).

При выписывании рецептов:

- 85-100% (0,5 баллов)** - оценка «отлично»,
- 70-84% (0,4 баллов)** - оценка «хорошо»,
- 60-69% (0,3 балла)** - оценка «удовлетворительно»,
- 0-59% (0 баллов)** - оценка «неудовлетворительно».

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИЗОВ (рубежный контроль)

Оценивается наличие полной интерпретации лабораторных анализов.

При интерпретации анализов:

- 85-100% (0,5 баллов)** - оценка «отлично» - указана полная интерпретация анализов, какие изменения отмечаются, при каких заболеваниях или состояниях встречаются.
- 70-84% (0,4 баллов)** - оценка «хорошо» - интерпретация анализов указана не в полном объеме, например, не указаны все заболевания (состояния), при которых встречаются данные изменения.
- 60-69% (0,3 балла)** - оценка «удовлетворительно» - указана нечеткая интерпретация анализов, например, какие изменения отмечаются, или при каких заболеваниях или состояниях встречаются.
- 0-59% (0 баллов)** - оценка «неудовлетворительно» - неверно интерпретирован анализ.

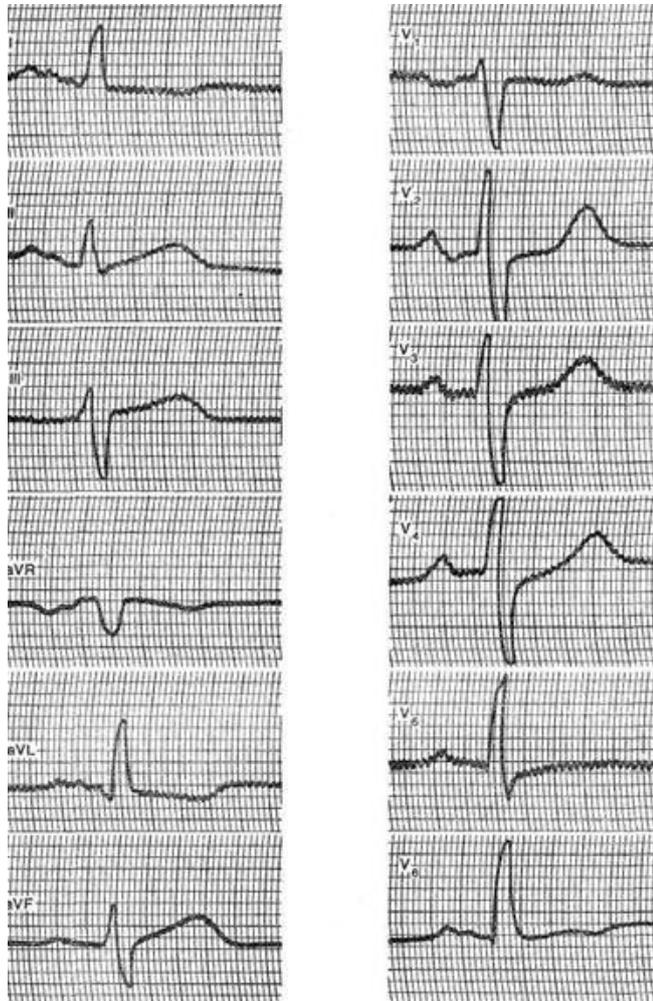
ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. История болезни оценивается согласно курируемому пациенту.
2. История болезни должна быть написана согласно представленной схеме истории болезни.
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, этиологией и патогенезом заболевания, а также указанием немедикаментозных и медикаментозных методов лечения, дневником, выписным эпикризом.

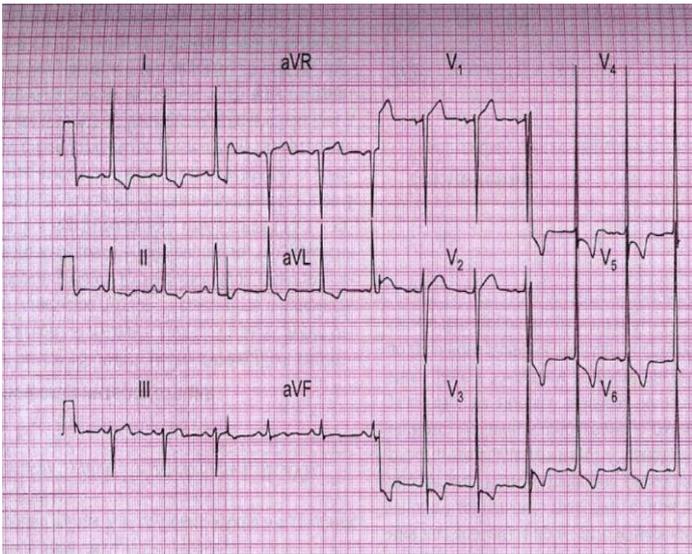
Уровень оценивания практических навыков:

- 85-100% (2 балла)** - история болезни написана согласно представленной схеме в полном объеме.
- 75-84% (1 балл)** - оценивается история, написанная согласно представленной схеме, но имеются неточности, которые студент в полной мере понимает, возможно имеются небольшие неточности, которые могут быть внесены.
- 60-74% (0,5 баллов)** - оценивается история, написанная согласно представленной схеме, но имеются значительные ошибки, например, сформулированный клинический диагноз не обоснован, план обследования не включает все возможные методики обследования, назначена общая схема лечения заболевания, а не индивидуально больному.
- 0-59% (0 баллов)** - оценивается история, написанная не по представленной схеме, отсутствует обоснование клинического диагноза. План обследования не включает все возможные методики обследования. Схема лечения не соответствует данному заболеванию.

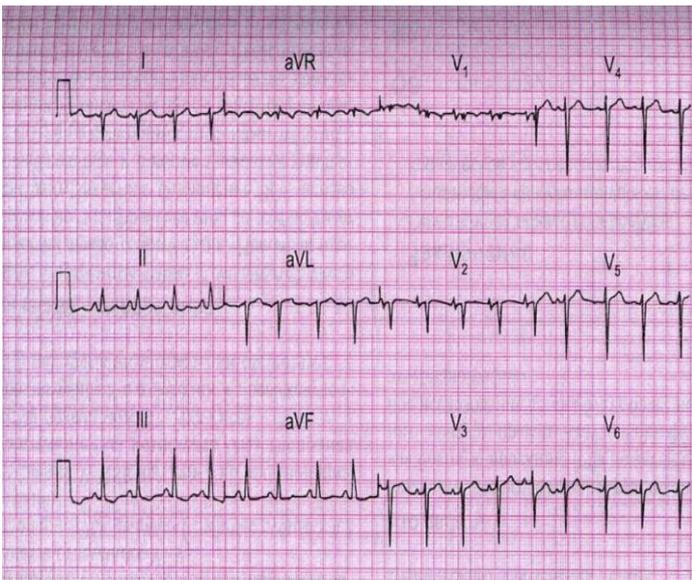
ЭКГ и анализы



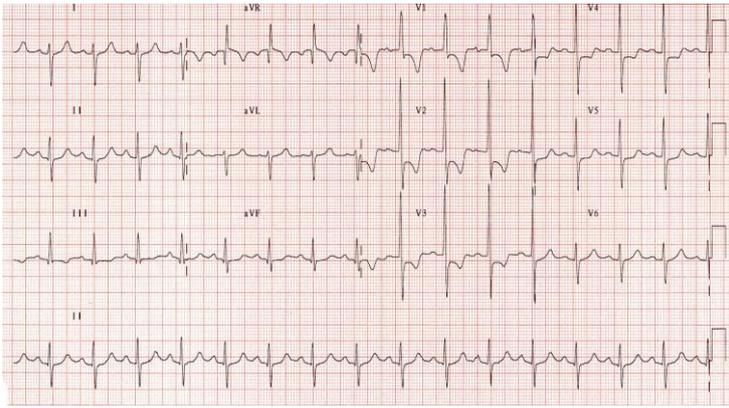
Гипертрофия левого предсердия



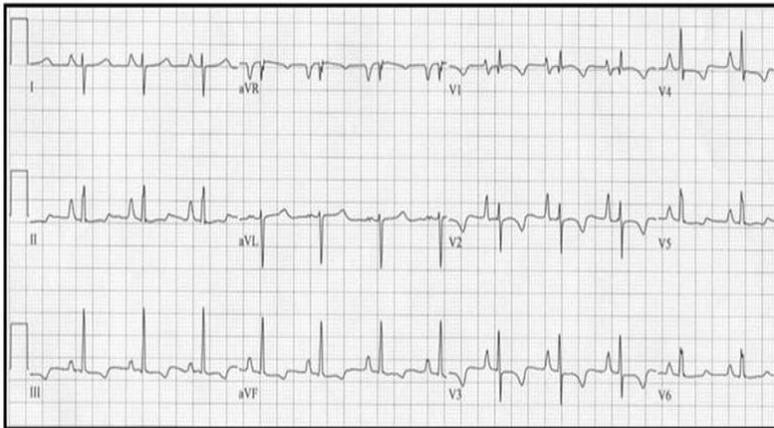
Гипертрофия левого желудочка с нарушением процессов реполяризации



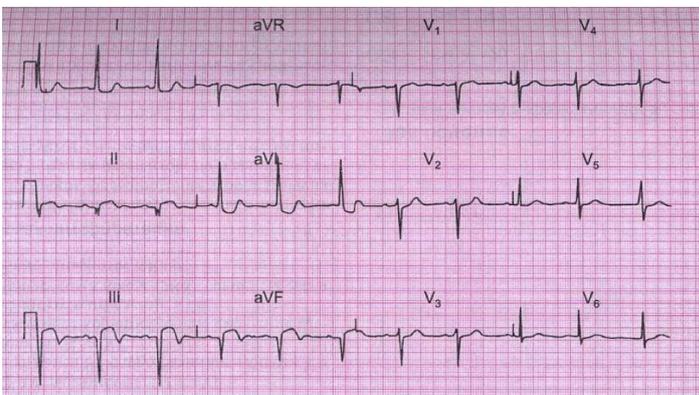
Гипертрофия правого желудочка S-тип



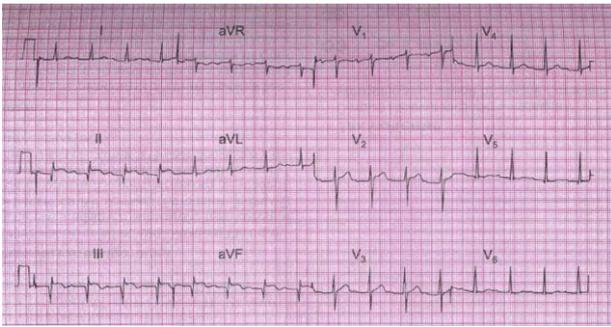
Гипертрофия правого желудочка R-тип



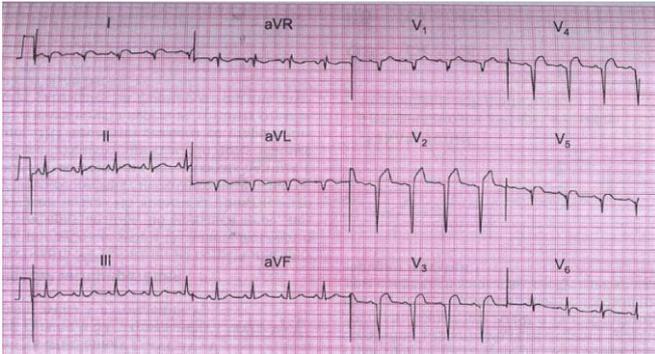
Гипертрофия правого предсердия и qR тип гипертрофии правого желудочка



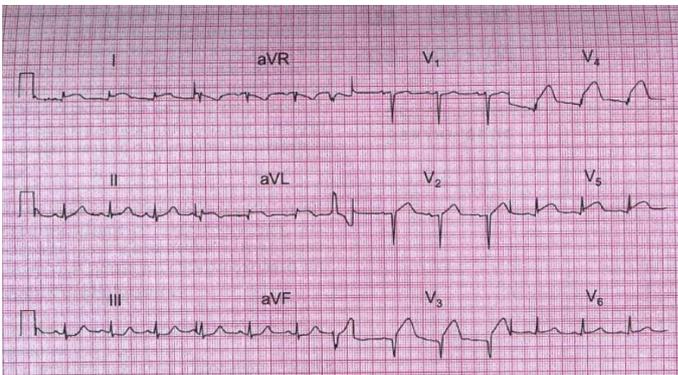
ИМ нижней стенки левого желудочка, трансмуральный, подострая стадия, реципрокная депрессия высоких боковых отделов ЛЖ.



ИМ нижней стенки ЛЖ нетрансмуральный, подострая стадия.



ИМ передне-перегородочной и высокой боковой стенки ЛЖ трансмуральный, подострая стадия.



ИМ передне-перегородочной области ЛЖ, трансмуральный, острейшая стадия.

Анализы

АНАЛИЗ КРОВИ при ЖДА

Эритроциты- $2,8 \times 10^{12}/л$,

Нв-65 г/л,

ЦП-0,69

Лейкоциты - $4,3 \times 10^9/л$,

Палочко/я - 5%,

Сегменто/я - 68%,

Лимфоциты - 22%,

Моноциты - 4%,

Эозинофилы -1%.

Тромбоциты - $212,0 \times 10^9/\text{л}$,
Ретикулоциты- 7%
СОЭ-10 мм/ч
Железо сыворотки-7,6 мкмоль/л

АНАЛИЗ КРОВИ при В₁₂ дефицитной анемии

Эритроциты- $1,8 \times 10^{12}/\text{л}$,
Hb-72 г/л,
ЦП-1,1
Ретикулоциты-0,3%
Лейкоциты - $3,4 \times 10^9/\text{л}$,
Палочко/я-4%,
Сегменто/я-30%,
Лимфоциты-56%,
Моноциты-6%,
Эозинофилы-нет,
Тромбоциты - $142,0 \times 10^9/\text{л}$,
СОЭ-12 мм/ч, макроцитоз, тельца Жолли, кольца Кеббота,
Костный мозг: мегало-бластический тип кроветворения.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ при остром гломерулонефрите

КОЛИЧЕСТВО -150 мл,
ЦВЕТ –мясных помоев
РЕАКЦИЯ -кислая
УД.ВЕС -1020
ГЛЮКОЗА -отсутствует
БЕЛОК -4200 мг/л
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-2-3 в пз
ЛЕЙКОЦИТЫ – 5-6-5 в пз
ЭРИТРОЦИТЫ –большое количество
ЦИЛИНДРЫ:
ГИАЛИНОВЫЕ -3-4 в пз
ЗЕРНИСТЫЕ- 1-2 в пз
БАКТЕРИИ- нет
СЛИЗЬ- отсутствует
СОЛИ – оксалаты

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ при пиелонефрите

КОЛИЧЕСТВО -150 мл
ЦВЕТ –соломенно/желтая
РЕАКЦИЯ -кислая
УД.ВЕС -1009
ГЛЮКОЗА -отсутствует
БЕЛОК -225 мг/л
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-2-3 в пз
ЛЕЙКОЦИТЫ – 7-12-12 в пз
ЭРИТРОЦИТЫ –нет в пз
ЦИЛИНДРЫ:
ГИАЛИНОВЫЕ -нет
ЗЕРНИСТЫЕ- нет
БАКТЕРИИ- +

СЛИЗЬ- отсутствует
СОЛИ – ураты сплошь

АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО при ГН

ЛЕЙКОЦИТЫ- 2500 в 1 мл мочи
ЭРИТРОЦИТЫ-5000 в 1 мл мочи
ЦИЛИНДРЫ-250 в 1 мл мочи

АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО при ПН

ЛЕЙКОЦИТЫ- 5500
ЭРИТРОЦИТЫ-750 в 1 мл мочи
ЦИЛИНДРЫ-250 в 1 мл мочи
СТЕПЕНЬ БАКТЕРИУРИИ- 220 тыс в 1 мл мочи

Нефротическая протеинурия

СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКА С МОЧОЙ -5620 мг/сут, СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ – 780 мл
СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКА С МОЧОЙ 15620 мг/сут, СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ – 1100 мл
СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКА С МОЧОЙ 10500 мг/сут, СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ – 1300 мл

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ при бронхите

КОЛИЧЕСТВО -50 мл
КОНСИСТЕНЦИЯ-слизисто-гнойная
ЦВЕТ –светло/желтая
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-2-3 в пз
ЛЕЙКОЦИТЫ – 25-26-25 в пз
ЭРИТРОЦИТЫ –нет
ЭОЗИНОФИЛЫ-нет
ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА- нет
БАКТЕРИИ- +

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ при БА

КОЛИЧЕСТВО -50 мл
КОНСИСТЕНЦИЯ-слизистая
ЦВЕТ –прозрачная
ЗАПАХ –без запаха
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-2-3 в пз
ЛЕЙКОЦИТЫ – 2-3-2 в пз
ЭРИТРОЦИТЫ – нет
ЭОЗИНОФИЛЫ-18-20-17 в пз
ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА- нет
КРИСТАЛЛЫ ШАРКО-ЛЕЙДЕНА, СПИРАЛИ КУРШМАНА-обнаружены
БАКТЕРИИ- НЕТ

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ при пневмонии

КОЛИЧЕСТВО -50 мл
КОНСИСТЕНЦИЯ-слизистая
ЦВЕТ –ржавая
ЗАПАХ –без запаха
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-2-3 в пз

ЛЕЙКОЦИТЫ – 25-26-25 в пз
ЭРИТРОЦИТЫ – 10-12-17 в пз
ЭОЗИНОФИЛЫ-нет
ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА- нет
БАКТЕРИИ- +

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР

ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН -8,0 ммоль/л
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП- 4,2 ммоль/л.- **II a тип**
ТРИГЛИЦЕРИДЫ -0,9 ммоль/л

ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН -7,2 ммоль/л
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП - 4,4 ммоль/л - **II b тип**
ТРИГЛИЦЕРИДЫ -5,3 ммоль/л

РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР И СРБ

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК -3 мм (+++)
РЕАКЦИЯ ВААЛЕР-РОУЗЕ -1:192

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК -3 мм (+++)
РЕАКЦИЯ ВААЛЕР-РОУЗЕ -1:384

Титры противострептококковых антител и показатель воспаления

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

Печеночные тесты при паренхиматозном поражении печени

Билирубин:
общий-38,8 мкмоль/л
прямой-12,8 мкмоль/л,
не прямой – 26,0 мкмоль/л
тимоловая проба -8,0 ед.
сулемовая проба-0,8 мл
формоловая проба-положительная
АЛТ- 144 UI/L
АСТ – 79UI/L

Печеночные тесты при синдроме холестаза

Билирубин общий-67,5 мкмоль/л
прямой- 57,3 мкмоль/л
не прямой-10,2 мкмоль/л
тимоловая проба-1,5 ед
сулемовая проба-1,9 мл
формоловая проба-отриц.
Щелочная фосфатаза- 320 МЕ/Л

Суммарные антитела к *H.pylori*:

Титр 1:20.

Суммарные антитела к *H.pylori*:

Титр 1:40.

Технологическая карта дисциплины

«Факультетская терапия»

Специальность «Лечебное дело»

Курс 4, семестр 7, количество ЗЕ –4 , отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
Модуль 1					
1. Пульмонология	Текущий контроль	Опрос, посещаемость, рецепты, курация больного (история болезни)/решение ситуационной задачи, СРС	3	5	2/11
	Рубежный контроль	Контрольная работа №1 (2 теоретических вопроса, 1 ситуационная задача, 1 ЭКГ, 2 рецепта)	7	12	
Модуль 2					
2. Пульмонология	Текущий контроль	Опрос, посещаемость, рецепты, курация больного (история болезни)/решение ситуационной задачи, СРС	3	5	4/13
	Рубежный контроль	Контрольная работа №2 (2 теоретических вопроса, 1 ситуационная задача, 1 ЭКГ, 2 рецепта)	7	12	
Модуль 3					
3. Кардиология	Текущий контроль	Опрос, посещаемость, рецепты, курация больного (история болезни) /решение ситуационной задачи, СРС	3	5	7/16
	Рубежный контроль	Контрольная работа №3 (2 теоретических вопроса, 1 ситуационная задача, 1 ЭКГ, 2 рецепта)	7	13	
Модуль 4					
4. Кардиология	Текущий контроль	Опрос, посещаемость, рецепты, курация больного (история болезни) /решение ситуационной задачи, СРС	3	5	9/18
	Рубежный контроль	Контрольная работа №4 (2 теоретических вопроса, 1 ситуационная задача, 1 ЭКГ, 2 рецепта)	7	13	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет- тесты)			20	30	10/19
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание:

1. За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и/или практическое занятие снимается 0,5 балла.

2. За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.

Технологическая карта дисциплины «Факультетская терапия»

Специальность «Лечебное дело»

Курс 4, семестр 8, количество ЗЕ –4 , отчетность экзамен

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
Модуль 5					
1. Ревматология	Текущий контроль	Опрос, посещаемость, рецепты, курация больного (история болезни)/решение ситуационной задачи, СРС	3	5	23/33
	Рубежный контроль	Контрольная работа №5 (2 теоретических вопроса, 1 ситуационная задача, 1 ЭКГ, 2 рецепта)	7	12	
Модуль 6					
2. Ревматология	Текущий контроль	Опрос, посещаемость, рецепты, курация больного (история болезни)/решение ситуационной задачи, СРС	3	5	26/36
	Рубежный контроль	Контрольная работа №6 (2 теоретических вопроса, 1 ситуационная задача, 1 ЭКГ, 2 рецепта)	7	12	
Модуль 7					
3. Гастроэнтерология	Текущий контроль	Опрос, посещаемость, рецепты, курация больного (история болезни)/решение ситуационной задачи, СРС	3	5	29/39
	Рубежный контроль	Контрольная работа №7 (2 теоретических вопроса, 1 ситуационная задача, 1 ЭКГ, 2 рецепта)	7	13	
Модуль 8					
4. Нефрология. Гематология.	Текущий контроль	Опрос, посещаемость, рецепты, курация больного (история болезни) /решение ситуационной задачи, СРС	3	5	32/42
	Рубежный контроль	Контрольная работа №8 (2 теоретических вопроса, 1 ситуационная задача, 1 ЭКГ, 2 рецепта)	7	13	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (экзамен- устный по билетам: 2 теоретических вопроса, задача и ЭКГ)			20	30	33/43
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание:

1. За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и/или практическое занятие снимается 0,5 балла.

2. За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.