

УТВЕРЖДАЮ



2015 г.

Госпитальная терапия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Учебный план 31050250_15_56ПД.plx
31.05.02 Педиатрия

Квалификация Специалист

Форма обучения очная

Общая трудоемкость 4 ЗЕТ

Часов по учебному плану 144
в том числе:
аудиторные занятия 90
самостоятельная работа 36
экзамены 18

Виды контроля в семестрах:
экзамены 10
зачеты 9

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	9 (5.1)		10 (5.2)		Итого	
Неделя	18		18			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	18	18	18	18	36	36
Практические	18	18	36	36	54	54
Итого ауд.	36	36	54	54	90	90
Контактная	36	36	54	54	90	90
Сам. работа	18	16	18	20	36	36
Часы на контроль			18	18	18	18
Итого	54	52	90	92	144	144

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Токтогулова Н.А. 

Рецензент(ы):

д.м.н., зав. кафедрой Госпитальной терапии КГМА, Маматов С.М.; к.м.н., доцент кафедры Терапии №2 КРСУ, Джайлобаева К.А.  

Рабочая программа дисциплины

Госпитальная терапия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (приказ Минобрнауки России от 17.08.2015г. №853)

составлена на основании учебного плана:

31.05.02 Педиатрия

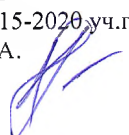
утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 26.08.2015 г. №1

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

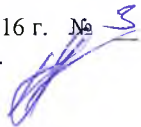
Зав. кафедрой Токтогулова Н.А. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16.11. 2016 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

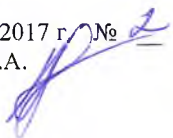
Протокол от 15.10. 2016 г. № 3
Зав. кафедрой Токтогулова Н.А. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

14.10 2017 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

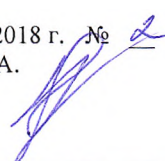
Протокол от 16.09. 2017 г. № 2
Зав. кафедрой Токтогулова Н.А. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

12.10. 2018 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 29.09. 2018 г. № 2
Зав. кафедрой Токтогулова Н.А. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019--2020 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

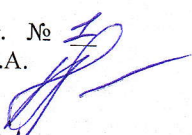
Протокол от 2019 г. №
Зав. кафедрой Токтогулова Н.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

18.09. 2019 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 30.08 2019 г. № 4
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А. 

Председатель УМС

_____ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2020 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

Председатель УМС

_____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2021 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

Председатель УМС

_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Основной целью преподавания госпитальной терапии является изучение студентами различных вариантов течения основных нозологических форм болезни (изученных ранее на курсе факультетской терапии) и относительно редко встречающихся нозологий.
1.2	Учебные цели преподавания госпитальной терапии (в течение 5-го года обучения): дать студенту знания особенностей клинических проявлений широко распространенных заболеваний внутренних органов, изученных на курсе факультетской терапии, а также редко встречаемых заболеваний. Круг заболеваний внутренних органов, включенных в академическую программу госпитальной терапии, расширен за счет относительно редко встречающихся болезней, не изучавшихся на IV курсе; сформировать клиническое мышление (умение на основе собранной информации о больном поставить развернутый клинический диагноз); научить основным принципам профилактики и лечения заболеваний внутренних органов (подготовить студента к производственной практике после V курса).

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности (Общий уход за терапевтическими больными)
2.1.2	Анатомия
2.1.3	Иммунология
2.1.4	Гистология, эмбриология, цитология
2.1.5	Общая физическая подготовка
2.1.6	Практикум по физиологии
2.1.7	Пропедевтика внутренних болезней
2.1.8	Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (Помощник процедурной медсестры)
2.1.9	Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия
2.1.10	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.11	Основы неотложной помощи
2.1.12	Лучевая диагностика
2.1.13	Факультетская терапия
2.1.14	Эндокринология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Научно-исследовательская работа
2.2.2	Фтизиатрия
2.2.3	Доказательная медицина
2.2.4	Поликлиническая и неотложная педиатрия
2.2.5	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия
2.2.6	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.	
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
Уметь:	
Уровень 1	Решать типичные задачи на основании понимания патофизиологического обоснования синдромов и адекватного лечения
Уровень 2	Выбрать необходимые методы обследования для постановки диагноза и адекватного лечения в зависимости от возрастного-половых различий

Уровень 3	Выбрать необходимые методы обследования, обоснованные в конкретном случае, на основании которых выставить клинический диагноз, назначить адекватное лечение в зависимости от возрастно-половых различий
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 госпитальной терапии Навыками обоснованного подхода в диагностике заболеваний внутренних болезней, ведения пациентов с терапевтической патологией в рамках госпитальной терапии
ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	
Знать:	
Уровень 1	Особенности течения и диагностики вариантов, редких болезней и осложнений терапевтических заболеваний, принципы их лечения
Уровень 2	Закономерности дифференцированной диагностики и тактики ведения пациентов с различными формами нозологий целью адекватного обследования и лечения;
Уровень 3	Закономерности развития и формирования терапевтических болезней, механизмы прогрессирования, знание патогенетически обоснованных методов лечения и профилактики.
Уметь:	
Уровень 1	Использовать диагностические критерии и особенности течения болезней в зависимости от различных форм, осложнений и возрастных особенностей, применять международную классификацию болезней в тактике лечения
Уровень 2	Использовать методы обследования с диагностической целью и уметь интерпретировать результаты, определить тактику ведения лиц с различными формами нозологий, их осложнений, а также определить спектр лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий
Уровень 3	Выбрать необходимые методы обследования, обоснованные в конкретном случае, на основании которых выставить клинический диагноз, назначить адекватное лечение в зависимости от возрастно-половых различий
Владеть:	
Уровень 1	Навыками распознавания и дифференцированной диагностики различных нозологических форм и тактики ведения пациентов
Уровень 2	Принципами тактики врачебных действий для дифференцированной диагностики вариантов различных нозологических форм, редких форм и осложнений; назначения лечения
Уровень 3	Навыками обоснованного подхода в диагностике заболеваний внутренних болезней, ведения пациентов с терапевтической патологией в рамках госпитальной терапии

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Определение болезни, этиологию, факторы риска (ФР), патогенез, патоморфологию, классификацию, клиническую картину, лабораторно-инструментальную диагностику, принципы лечения, первичную и вторичную профилактику, прогноз при вариантах наиболее распространенных заболеваний внутренних органов, их особенностей и осложнений
3.1.2	Пневмонии: особенности течения отдельных вариантов пневмонии. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз пневмоний. Принципы лечения.
3.1.3	Бронхиальная астма: особенности течения бронхиальной астмы в зависимости от патогенетических вариантов и степени тяжести. Особенности лечения бронхиальной астмы разных вариантов и степеней тяжести.
3.1.4	ХОЗЛ: особенности течения и диагностики у пожилых лиц, у больных в условиях высокогорья. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.5	Дифференциальный диагноз обструктивного синдрома.
3.1.6	Плевриты: сухие и экссудативные, осумкованный плеврит. Диагностические критерии. Плевральная пункция. Принципы лечения. Дифференциальный диагноз при синдроме плеврального выпота.
3.1.7	Гипертония малого круга кровообращения: понятие о первичной и вторичной легочной артериальной гипертонии. Хроническое легочное сердце: патогенетические и клинические варианты. Принципы диагностики и лечения.
3.1.8	КБС: осложнения инфаркта миокарда: ранняя и поздняя аневризмы сердца, тампонада сердца, постинфарктный синдром, синдром Дресслера. Диагностические критерии. Принципы лечения.

3.1.9	Комбинированные и сочетанные пороки сердца. Сочетанный митральный порок сердца, сочетанный аортальный порок сердца, митрально-аортальные пороки сердца, митрально-трикуспидальные пороки сердца, митрально-аортально-трикуспидальные пороки сердца. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.10	Врожденные пороки сердца: коарктация аорты. Открытый артериальный проток. Дефект межпредсердной перегородки. Дефект межжелудочковой перегородки. Тетрада Фалло. Осложнение врожденных пороков инфекционным эндокардитом. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.11	Кардиомиопатии: основные варианты (гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходного тракта и без обструкции, дилатационная и рестриктивная – эндомикардиальный фиброз). Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.12	Миокардиодистрофии. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.13	Перикардиты: сухой, экссудативный и адгезивный перикардит (“панцирное сердце”). Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.14	Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология, патогенез, клинические особенности артериальных гипертензий при эндокринных заболеваниях, заболеваниях почек и поражениях почечных сосудов. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.15	Нарушения ритма сердца: нарушения возбудимости – экстрасистолическая аритмия (суправентрикулярная и желудочковая), классификация желудочковых экстрасистол. Пароксизмальные формы нарушения ритма сердца (пароксизмальная тахикардия - суправентрикулярная и желудочковая, мерцательная аритмия). Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.16	Нарушения ритма сердца: нарушения проводимости – понятие о блокадах ножек пучка Гиса. Предвестники полной поперечной блокады. “Низкая” и “ высокая” поперечная блокада. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.17	Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология, патогенез, клинические особенности артериальных гипертензий при эндокринных заболеваниях, заболеваниях почек и поражениях почечных сосудов. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.18	Нарушения ритма сердца: нарушения возбудимости – экстрасистолическая аритмия (суправентрикулярная и желудочковая), классификация желудочковых экстрасистол. Пароксизмальные формы нарушения ритма сердца (пароксизмальная тахикардия - суправентрикулярная и желудочковая, мерцательная аритмия). Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.19	Нарушения ритма сердца: нарушения проводимости – понятие о блокадах ножек пучка Гиса. Предвестники полной поперечной блокады. “Низкая” и “ высокая” поперечная блокада. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.20	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – осложнения и особые формы язвенной болезни. Язвы ювенильные и у пожилых людей.
3.1.21	Болезни оперированного желудка: терапевтическое знание поздних послеоперационных осложнений. Демпинг-синдром. Гипогликемический синдром. Гастрит культи. Пептическая язва анастомоза.
3.1.22	Язвенный колит: диагностические критерии. Современные принципы терапии.
3.1.23	Болезнь Крона: клинические синдромы, диагностические критерии
3.1.24	Функциональные заболевания толстого кишечника: дискинезии – первичные и вторичные. Синдром раздраженной толстой кишки.
3.1.25	Запор. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.26	Варианты течения хронического гепатита. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.27	Особые формы цирроза печени: Гемохроматоз. Гепатолентикулярная дегенерация печени (болезнь Коновалова-Вильсона). Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.28	Хронический пиелонефрит: патогенез основных клинических синдромов. Диагностические критерии. Диагностика односторонних поражений почек. Принципы лечения, современные принципы фармакотерапии.
3.1.29	Нефротический синдром. Современные концепции патогенеза в свете ультраструктуры нефрона. Морфология. Патогенез основных клинических проявлений (протеинурия, отеки, гиперхолестеринемия). Стадии течения.
3.1.30	Амилоидоз: идиопатический, наследственный, приобретенный (типы). Современные концепции патогенеза и морфогенеза. Клинические проявления различных стадий и локализации амилоидоза
3.1.31	Хроническая почечная недостаточность. Этиопатогенетические варианты. Клинические синдромы. Стадии течения. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.32	Острая почечная недостаточность. Этиопатогенетические механизмы развития острой почечной недостаточности. Клинические синдромы. Стадии течения. Диагностические критерии. Принципы и тактика лечения.
3.1.33	Гемолитические анемии. Патогенетические варианты. Эритроцитопатии, гемоглобинопатии. Клинические варианты. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.34	Миеломная болезнь: клинические синдромы. Лабораторные и морфологические критерии диагностики. Принципы лечения.

3.1.35	ДВС-синдром: основные клинические синдромы. Этапы и стадии ДВС-синдрома. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.36	
3.1.37	Дерматомиозит: первичный и вторичный. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.38	Системная склеродермия: клинические формы, диагностические критерии, принципы лечения.
3.1.39	Подагра. Клинические варианты. Особенности суставного синдрома. Поражение почек и внутренних органов. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.40	Деформирующий остеоартроз: клинические формы и стадии течения. Диагностические критерии. Принципы лечения. Современные подходы к лечению ДООА.
3.1.41	Системные васкулиты. Узелковый периартериит, болезнь Хортона, болезнь Такаясу. Диагностические критерии. Принципы лечения.
3.1.42	Геморрагические васкулиты. Степень нарушения гемостаза. Основные клинические синдромы. Диагностические критерии. Основные компоненты базисной терапии.
3.1.43	Лекарственная болезнь: предрасположенность к лекарственной болезни. Лекарственная аллергия.
3.2	Уметь:
3.2.1	Распознавать и правильно ставить диагноз вариантов часто встречающихся заболеваний внутренних органов, особенности течения редких форм и их осложнений.
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, провести дифференциальный диагноз 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, особенности течения клинической формы и выделить осложнения.
3.2.6	Произвести обоснование основного клинического диагноза у конкретного больного с оценкой результатов обследования и выявлением критериев диагностики данной болезни или осложнения.
3.2.7	Произвести обоснование этиологии болезни или осложнения у больного.
3.2.8	Назначить адекватную индивидуальную терапию, оформив «Лист назначений» и «Температурный лист» курируемого пациента.
3.2.9	Формировать схему медикаментозного и немедикаментозного 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 и трудоспособности у конкретного больного.
3.2.11	Определить меры первичной и вторичной профилактики; последнее (в том числе) – у курируемого больного.
3.2.12	Распознавать клинические проявления некоторых неотложных состояний, провести детализацию состояния, неотложную диагностику и обладать навыками оказания экстренной врачебной помощи, в том числе диагностировать и оказывать экстренную помощь детям и взрослым на догоспитальном и госпитальном этапах.
3.2.13	Решать деонтологические задачи, связанные с диагностикой, лечением и профилактикой внутренних и эндокринных заболеваний.
3.2.14	Расшифровать ЭКГ при патологии, в том числе при аритмиях.
3.2.15	Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для будущей профессиональной деятельности.
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 методами общеклинического, а также специального обследования (измерения роста и веса, вычисление индекса массы тела (ИМТ)).
3.3.3	Навыками интерпретации данных анамнеза, объективного осмотра 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	Правильным ведением медицинской документации.
3.3.6	Навыками информирования пациента и их родственников.
3.3.7	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	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Пульмонология						
1.1	Пневмонии: особенности течения отдельных вариантов пневмонии. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз пневмоний. Принципы лечения. /Лек/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
1.2	Пневмонии: особенности течения отдельных вариантов пневмонии. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз пневмоний. Принципы лечения. /Пр/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
1.3	Болезнь легионеров. Легионеллёзная пневмония /Ср/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
1.4	Бронхиальная астма: особенности течения бронхиальной астмы в зависимости от патогенетических вариантов и степени тяжести. Особенности лечения бронхиальной астмы разных вариантов и степеней тяжести. ХОЗЛ: особенности течения и диагностики у пожилых лиц, у больных в условиях высокогорья. Диагностические критерии. Принципы лечения. Дифференциальный диагноз обструктивного синдрома. /Лек/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.4 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.4 Л2.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.5 Л2.7 Л3.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
1.5	Бронхиальная астма: особенности течения бронхиальной астмы в зависимости от патогенетических вариантов и степени тяжести. Особенности лечения бронхиальной астмы разных вариантов и степеней тяжести. ХОЗЛ: особенности течения и диагностики у пожилых лиц, у больных в условиях высокогорья. Диагностические критерии. Принципы лечения. Дифференциальный диагноз обструктивного синдрома. /Пр/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.5 Л1.6 Л1.2 Л1.3 Л2.5 Л2.7 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.6 Л3.1 Л3.3 Л3.2 Л3.4	0	
1.6	Фиброзирующий альвеолит /Ср/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

1.7	Плевриты: сухие и экссудативные, осумкованный плеврит. Диагностические критерии. Плевральная пункция. Принципы лечения. Дифференциальный диагноз при синдроме плеврального выпота. /Лек/	9	1	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
1.8	Плевриты: сухие и экссудативные, осумкованный плеврит. Диагностические критерии. Плевральная пункция. Принципы лечения. Дифференциальный диагноз при синдроме плеврального выпота. /Пр/	9	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
1.9	Туберкулёзный плеврит /Ср/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
1.10	Гипертония малого круга кровообращения: понятие о первичной и вторичной легочной артериальной гипертонии. Хроническое легочное сердце: патогенетические и клинические варианты. Принципы диагностики и лечения. /Лек/	9	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.3 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.2 Л3.1 Л3.3 Л3.4	0	
1.11	Гипертония малого круга кровообращения: понятие о первичной и вторичной легочной артериальной гипертонии. Хроническое легочное сердце: патогенетические и клинические варианты. Принципы диагностики и лечения. /Пр/	9	1	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
1.12	Высокогорная лёгочная гипертензия /Ср/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
	Раздел 2. Кардиология						
2.1	Нарушения ритма сердца: нарушения возбудимости – экстрасистолическая аритмия (суправентрикулярная и желудочковая), классификация желудочковых экстрасистол. Пароксизмальные формы нарушения ритма сердца (пароксизмальная тахикардия - суправентрикулярная и желудочковая, мерцательная аритмия). Диагностические критерии. Принципы лечения. /Лек/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

2.2	Нарушения ритма сердца: нарушения возбудимости – экстрасистолическая аритмия (суправентрикулярная и желудочковая), классификация желудочковых экстрасистол. Пароксизмальные формы нарушения ритма сердца (пароксизмальная тахикардия - суправентрикулярная и желудочковая, мерцательная аритмия). Диагностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.3	Гликозидная интоксикация /Ср/	9	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.4	Нарушения ритма сердца: нарушения проводимости – понятие о блокадах ножек пучка Гиса. Предвестники полной поперечной блокады. “Низкая” и “высокая” поперечная блокада. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Лек/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.5	Нарушения ритма сердца: нарушения проводимости – понятие о блокадах ножек пучка Гиса. Предвестники полной поперечной блокады. “Низкая” и “высокая” поперечная блокада. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.6	Дифференциальный диагноз синдрома поражения миокарда. Кардиомиопатии: основные варианты (гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходного тракта и без обструкции, дилатационная и рестриктивная – эндо-миокардиальный фиброз). Диагностические критерии. Принципы лечения. Миокардиодистрофии. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Лек/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.7	Дифференциальный диагноз синдрома поражения миокарда. Кардиомиопатии: основные варианты (гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходного тракта и без обструкции, дилатационная и рестриктивная – эндо-миокардиальный фиброз). Диагностические критерии. Принципы лечения. Миокардиодистрофии. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	9	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

2.8	Тонзилогенный миокардит /Ср/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.9	КБС: осложнения инфаркта миокарда: ранняя и поздняя аневризмы сердца, тампонада сердца, постинфарктный синдром, синдром Дресслера. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Лек/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.10	КБС: осложнения инфаркта миокарда: ранняя и поздняя аневризмы сердца, тампонада сердца, постинфарктный синдром, синдром Дресслера. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.11	Синдром Дресслера /Ср/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.12	Комбинированные и сочетанные пороки сердца. Сочетанный митральный порок сердца, сочетанный аортальный порок сердца, митрально-аортальные пороки сердца, митрально-трикуспидальные пороки сердца, митрально-аортально-трикуспидальные пороки сердца. Диагностические критерии. Принципы лечения. Врожденные пороки сердца: коарктация аорты. Открытый артериальный проток. Дефект межпредсердной перегородки. Дефект межжелудочковой перегородки. Тет-рада Фалло. Осложнение врожденных пороков инфекционным эндокардитом. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Лек/	9	2	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

2.13	Комбинированные и сочетанные пороки сердца. Сочетанный митральный порок сердца, сочетанный аортальный порок сердца, митрально-аортальные пороки сердца, митрально-трикуспидальные пороки сердца, митрально-аортально-трикуспидальные пороки сердца. Диагностические критерии. Принципы лечения. Врожденные пороки сердца: коарктация аорты. Открытый артериальный проток. Дефект межпредсердной перегородки. Дефект межжелудочковой перегородки. Тет-рада Фалло. Осложнение врожденных пороков инфекционным эндокардитом. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.14	Деформация Эйзенменгера. Аномалия Эбштейна /Ср/	9	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.15	Перикардиты: сухой, экссудативный и адгезивный перикардит ("панцирное сердце"). Диагностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	9	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.16	Осложнения перикардита /Ср/	9	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.17	Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология, патогенез, клинические особенности артериальных гипертензий при эндокринных заболеваниях, заболеваниях почек и поражениях почечных сосудов. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Лек/	9	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.18	Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология, патогенез, клинические особенности артериальных гипертензий при эндокринных заболеваниях, заболеваниях почек и поражениях почечных сосудов. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	9	1	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

2.19	Гипертензия при метаболическом синдроме /Ср/	9	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
	Раздел 3. Дигестивная система и нефрология						
3.1	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – осложнения и особые формы язвенной болезни. Язвы ювенильные и у пожилых людей. Болезни оперированного желудка: терапевтическое значение поздних послеоперационных осложнений. Демпинг-синдром. Гипогликемический синдром. Гастрит куль-ти. Пептическая язва анастомоза. /Пр/	10	3		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.2	Диетотерапия при язвенной болезни /Ср/	10	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.3	Синдром Элисона - Золлингера /Ср/	10	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.4	Язвенный колит: диагностические критерии. Современные принципы терапии. Болезнь Крона: клинические синдромы. Диагностические критерии. /Лек/	10	1	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.5	Язвенный колит: диагностические критерии. Современные принципы терапии. Болезнь Крона: клинические синдромы. Диагностические критерии. /Пр/	10	3		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.6	Внекишечные проявления язвенного колита /Ср/	10	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

3.7	Функциональные заболевания толстого кишечника: дискинезии - первичные и вторичные. Синдром раздраженной толстой кишки. Запор. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Лек/	10	1	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.8	Функциональные заболевания толстого кишечника: дискинезии - первичные и вторичные. Синдром раздраженной толстой кишки. Запор. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.9	Подходы к лечению синдрома раздраженного кишечника /Ср/	10	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.10	Варианты течения хронического гепатита. Диагностические критерии. Принципы лечения. Особые формы цирроза печени: Гемохроматоз. Гепато-лентикулярная дегенерация печени (болезнь Коновалова-Вильсона). Диагностические критерии. Принципы лечения. /Лек/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.11	Варианты течения хронического гепатита. Диагностические критерии. Принципы лечения. Особые формы цирроза печени: Гемохроматоз. Гепато-лентикулярная дегенерация печени (болезнь Коновалова-Вильсона). Диагностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	10	3		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.12	Современные подходы к лечению гепатитов /Ср/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.13	Гормональные расстройства при циррозе печени /Ср/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

3.14	Хронический пиелонефрит: патогенез основных клинических синдромов. Диагностические критерии. Диагностика односторонних поражений почек. Принципы лечения, современные принципы фармакотерапии. /Лек/	10	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.15	Хронический пиелонефрит: патогенез основных клинических синдромов. Диагностические критерии. Диагностика односторонних поражений почек. Принципы лечения, современные принципы фармакотерапии. /Пр/	10	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.16	Диагностика и лечение хронического пиелонефрита /Ср/	10	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.17	Острое повреждение почек. Классификация. Этио-патогенетические механизмы развития. Формы. Диагностические критерии. Принципы и тактика лечения. Хроническая болезнь почек: Определение. Классификация. этио – патогенетические варианты. Факторы прогрессирования. Стадии течения. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Лек/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.18	Острое повреждение почек. Классификация. Этиопатогенетические механизмы развития. Формы. Диагностические критерии. Принципы и тактика лечения. Хроническая болезнь почек: Определение. Классификация. этио – патогенетические варианты. Факторы прогрессирования. Стадии течения. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	10	3		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.19	Амилоидоз: Типы. Современные концепции патогенеза и морфогенеза. Клинические проявления различных стадий и локализаций амилоидоза. Нефротический синдром: Современные концепции патогенеза в свете ультраструктуры нефрона. Морфология. Патогенез основных клинических проявлений. Клиника заболеваний с НС. /Лек/	10	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

3.20	Амилоидоз: Типы. Современные концепции патогенеза и морфогенеза. Клинические проявления различных стадий и локализаций амилоидоза. Нефротический синдром: Современные концепции па-тогенеза в свете ультраструктуры нефрона. Мор- фология. Патогенез основных клинических проявлений. Клиника заболеваний с НС. /Пр/	10	3		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
3.21	Редкие формы амилоидоза /Ср/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
	Раздел 4. Ревматология и гематология						
4.1	Системные заболевания соединительной ткани. Дерматомиозит: первичный и вторичный. Диагностиче-ские критерии. Принципы лечения. Системная склеродермия. Клинические формы. Диа-гностические критерии. Принципы лечения. /Лек/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.2	Системные заболевания соединительной ткани. Дерматомиозит: первичный и вторичный. Диагностиче-ские критерии. Принципы лечения. Системная склеродермия. Клинические формы. Диа-гностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	10	3		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.3	Клинические варианты системной склеродермии /Ср/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.4	Системные васкулиты.Классификация. Узелковый периартериит, болезнь Хортона, болезнь Такаясу. Диагностические критерии. Принципы лечения. Геморрагические васкулиты. Степень нарушения гемо-стаза. Основные клинические синдромы. Диагностические критерии. Основные компоненты базисной терапии. /Лек/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

4.5	Системные васкулиты. Узелковый периартериит, болезнь Хортона, болезнь Такаюсу. Диагностические критерии. Принципы лечения. Геморрагические васкулиты. Степень нарушения гемо-стаза. Основные клинические синдромы. Диагностические критерии. Основные компоненты базисной терапии. /Пр/	10	3		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.6	Подагра: клинические варианты. Особенности суставного синдрома. Поражение почек и внутренних органов. Диагностические критерии. Принципы лечения. Остеоартрит: Определение. Этиология и патогенез. Клинические формы и стадии течения. Диагностические критерии. Принципы лечения. Профилактика. /Лек/	10	2		Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.7	Подагра: клинические варианты. Особенности суставного синдрома. Поражение почек и внутренних органов. Диагностические критерии. Принципы лечения. Остеоартрит: Определение. Этиология и патогенез. Клинические формы и стадии течения. Диагностические критерии. Принципы лечения. Профилактика. /Пр/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.8	Современные подходы к лечению остеоартрита /Ср/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.9	Железодефицитные состояния (ЛДЖ и ЖДА). Апластическая и В12 (фолиево)-дефицитная анемия. Этиология и патогенез (нарушения обмена железа, ви-тамина В12 и фолиевой кислоты. Роль факторов, веду-щих к гемолизу эритроцитов. Критерии диагностики. Классификация. Дифференциальный диагноз. Особенно-сти анемии беременных. Лечение. Профилактика. /Лек/	10	1	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.2 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.10	Железодефицитные состояния (ЛДЖ и ЖДА). Апластическая и В12 (фолиево)-дефицитная анемия. Этиология и патогенез (нарушения обмена железа, ви-тамина В12 и фолиевой кислоты. Роль факторов, веду-щих к гемолизу эритроцитов. Критерии диагностики. Классификация. Дифференциальный диагноз. Особенно-сти анемии беременных. Лечение. Профилактика. /Пр/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

4.11	Гемолитические анемии: классификация, этиология, патогенез. Наследственные гемолитические анемии, наследственный микросфероцитоз. Приобретенные гемолитические анемии. Критерии диагностики. Лечение. Прогноз. ДВС – синдром: основные клинические синдромы. Этапы и стадии развития ДВС-синдрома. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Лек/	10	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.12	Гемолитические анемии: классификация, этиология, патогенез. Наследственные гемолитические анемии, наследственный микросфероцитоз. Приобретенные гемолитические анемии. Критерии диагностики. Лечение. Прогноз. ДВС – синдром: основные клинические синдромы. Этапы и стадии развития ДВС-синдрома. Диагностические критерии. Принципы лечения. /Пр/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.13	Синдромы Жильбера и Криглер-Наджара /Ср/	10	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.14	Гемобластозы – определение, классификация. Теория опухолевой прогрессии. Острые лейкозы. Определение, этиопатогенез. Классификация. Стадии болезни. Критерии диагностики. Современные подходы к лечению. Прогноз. /Лек/	10	1		Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.15	Гемобластозы – определение, классификация. Теория опухолевой прогрессии. Острые лейкозы. Определение, этиопатогенез. Классификация. Стадии болезни. Критерии диагностики. Современные подходы к лечению. Прогноз. /Пр/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.16	Хронические лейкозы. Определение, этиопатогенез. Классификация. Стадии болезни. Критерии диагностики в зависимости от стадий. Современные подходы к лечению. Течение. Исходы. Прогноз. Эритромии. Определение, этиопатогенез. Классификация. Критерии диагностики. Современные подходы к лечению. Течение. Исходы. Прогноз. /Лек/	10	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.17	Хронические лейкозы. Определение, этиопатогенез. Классификация. Стадии болезни. Критерии диагностики в зависимости от стадий. Современные подходы к лечению. Течение. Исходы. Прогноз. Эритромии. Определение, этиопатогенез. Классификация. Критерии диагностики. Современные подходы к лечению. Течение. Исходы. Прогноз. /Пр/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

4.18	Миеломная болезнь: клинические синдромы. Лабораторные и морфологические критерии диагностики. Принципы лечения. /Ср/	10	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.19	Лекарственная болезнь: предрасположенность к лекарственной болезни. Лекарственная аллергия. Клинические формы лекарственной болезни. Анафилактический шок. Лекарственная болезнь по типу сыпчатой болезни. Лекарственные васкулиты. /Пр/	10	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
4.20	Лекарственная болезнь – синдром Лайелла /Ср/	10	2	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

При оценке знаний студентов по госпитальной терапии рекомендуется оценивать умения, которые выработались у студента после завершения изучения дисциплины. Основными критериями оценки знаний студентов являются: 1. Знание всех нозологических заболеваний, включенных в программу дисциплины «Госпитальная терапия» в объеме, соответствующему ГОС высшего специального образования. 2. Умение проводить рациональное, информативное для каждого заболевания и рентабельное лабораторно-инструментальное обследование. 3. Умение оценивать результаты специальных методов обследования терапевтических больных; 4. Умение назначить современное правильное лечение, оценить его клинико-фармакологический эффект при различных заболеваниях внутренних органов и систем организма.

ВОПРОСЫ К МОДУЛЮ

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

1. Дайте определение первичной пневмонии.
2. Диагностические критерии первичной пневмонии.
3. Особенности течения первичной пневмонии у пожилых и ослабленных больных.
4. Особенности течения первичной пневмонии при хроническом алкоголизме.
5. Перечислите рентгенологические признаки первичной пневмонии.
6. Особенности течения контагиозной пневмонии, вызванной риккетсиями Q-лихорадки.
7. Особенности пневмонии, вызванной стафилококком и стрептококком.
8. Особенности пневмонии, вызванной H. influenzae.
9. Особенности аспирационных пневмоний.
10. Диагностические критерии внутрибольничной пневмонии.
11. Перечислите осложнения первичной пневмонии.
12. Особенности течения вирусных пневмоний.
13. Диагностические критерии и особенности течения грибковых пневмоний
14. Клиника постоперационных и посттравматических пневмоний.
15. Принципы лечения пневмоний.
16. Особенности подбора антибактериальной терапии при различных вариантах пневмоний в зависимости от этиологического фактора.
17. Осложнения лекарственной терапии при пневмониях.
18. Исходы и прогноз при пневмониях.
19. Дайте определение плевритов, перечислите критерии синдрома выпота в плевральной полости.
20. Этиология и патогенез плевритов.
21. Особенности клинико-рентгенологических проявлений плевритов в зависимости от основной причины.
22. Особенности характера и состава плеврального выпота в зависимости от этиологии плевритов.
23. Диагностические критерии осумкованного плеврита.
24. Диагностика мезотелиомы плевры.
25. Основные принципы лечения плевритов.
26. Показания к плевральной пункции, техника ее выполнения.
27. Показания к антибактериальной терапии при плевритах.

28. Особенности течения бронхиальной астмы в зависимости от патогенетических вариантов.
29. Критерии 1, 2, 3 степеней тяжести бронхиальной астмы. Значение пикфлоуметрии.
30. Принципы лечения бронхиальной астмы в зависимости от патогенетических вариантов и степеней тяжести.
31. Критерии диагностики и лечение астматического статуса.
32. Осложнения бронхиальной астмы.
33. Осложнения лекарственной терапии бронхиальной астмы.
34. Показания к назначению ингаляционных кортикостероидов.
35. Понятие о первичной легочной гипертензии. Патогенез первичной легочной гипертензии.
36. Понятие о вторичной легочной гипертензии. Патогенез вторичной легочной гипертензии. 37. Критерии хронического легочного сердца.
38. Клинические проявления хронического легочного сердца.
39. Варианты хронического легочного сердца и методы инструментальной ее диагностики.
40. Дифференциальный диагноз хронического легочного сердца и сердечной астмы.
41. Лечение хронического легочного сердца.
42. Роль и связь отдельных компонентов табачного дыма с болезнями курящего человека.
43. Оценка статуса курящего человека. , 44. Определение лекарственной болезни, классификация, этиопатогенез
45. Диагностические критерии различных форм лекарственной болезни.
46. Дифференцированное лечение лекарственной болезни.
47. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.

КАРДИОЛОГИЯ

1. Дайте определение кардиомиопатии.
2. Перечислите диагностические критерии различных вариантов кардиомиопатий.
3. Перечислите основные механизмы нарушений гемодинамики при кардиомиопатиях.
4. Тактика обследования при различных вариантах кардиомиопатий.
5. Принципы лечения различных вариантов кардиомиопатий.
6. Дайте определение миокардиодистрофии.
7. Критерии диагностики миокардиодистрофии.
8. Методы диагностики и лечения миокардиодистрофии.
9. Перечислите клапанные критерии сочетанных митральных и аортальных пороков сердца.
10. Диагностические критерии митрально-аортальных пороков.
11. Критерии митрально-трикуспидальных пороков сердца.
12. Особенности нарушений гемодинамики при сочетанных митральных и аортальных пороках сердца.
13. Осложнения при сочетанных и комбинированных пороках.
14. Показания к оперативному лечению при сочетанных и комбинированных пороках сердца.
15. ЭХО-КГ, ЭКГ и рентгенологические критерии сочетанных и комбинированных пороков сердца.
16. Профилактика осложнений при пороках сердца.
17. Критерии диагностики открытого артериального протока, ДМПП, ДМЖП, коарктации аорты.
18. Методы диагностики врожденных пороков сердца.
19. Показания к хирургическому лечению врожденных пороков сердца.
20. Диагностика инфекционного эндокардита при врожденных пороках сердца.
21. Классификация перикардитов.
22. Диагностические критерии сухого, экссудативного и слипчивого перикардитов.
23. Что такое "Панцирное сердце".
24. Особенности сердечной недостаточности при перикардитах.
25. Что такое "псевдоцирроз" печени.
26. Инструментальная диагностика перикардитов.
27. Рентгенологические критерии экссудативного перикардита.
28. ЭКГ- критерии перикардитов.
29. ЭХО-КГ – признаки перикардитов.
30. Показания к пункции перикарда.
31. Осложнения при экссудативном перикардите.
32. Осложнения при слипчивом (констриктивном) перикардите.
33. Принципы лечения перикардитов в зависимости от этиологии, патогенетических механизмов развития.
34. Прогноз при перикардитах.
35. Перечислите критерии острого инфаркта миокарда (ОИМ) в зависимости от периодов.
36. Перечислите ранние и поздние осложнения при остром инфаркте миокарда в зависимости от периодов.
37. Патогенез и критерии:
 - ранней аневризмы сердца,
 - поздней аневризмы сердца,
 - тампонады сердца,
 - постинфарктного синдрома,
 - синдрома Дресслера
38. Лечение осложнений острого инфаркта миокарда.
39. Профилактика осложнений острого инфаркта миокарда.
40. Этиология и патогенез экстрасистолических аритмий.
41. ЭКГ – диагностика экстрасистолических аритмий. Лечение экстрасистолических аритмий
42. ЭКГ – критерии наджелудочковой экстрасистолической аритмии.

43. Диагностические критерии желудочковой экстрасистолии.
44. Классы желудочковой экстрасистолии по Лауну.
45. Особенности лечения желудочковой экстрасистолии.
46. Определение, патогенез пароксизмальной тахикардии.
47. Клинические и ЭКГ – критерии наджелудочковой и желудочковой форм пароксизмальной тахикардии.
48. Лечение пароксизмальной тахикардии.
49. Классификация блокад ножек пучка Гиса.
50. Особенности антиаритмической фармакотерапии пароксизмальных форм нарушений ритма сердца.
51. Осложнения антиаритмической терапии.

НЕФРОЛОГИЯ

1. Определение, этиопатогенез хронического пиелонефрита.
2. Критерии диагностики хронического пиелонефрита.
3. Варианты хронического пиелонефрита.
4. Принципы лечения хронического пиелонефрита.
5. Осложнения хронического пиелонефрита. Профилактика хронического пиелонефрита и его обострений.
6. Этиопатогенез амилоидоза.
7. Стадии амилоидоза.
8. Критерии диагностики амилоидоза в зависимости от стадий болезни.
9. Современные концепции патогенеза амилоидоза.
10. Патогенез нефротического синдрома при амилоидозе.
11. Клинико-лабораторные (основные и дополнительные) критерии нефротического синдрома. Патогенез основных симптомов при нефротическом синдроме. Причины нефротического синдрома.
12. Значение лабораторных и морфологических исследований при нефротическом синдроме.
13. Лечение амилоидоза.
14. Прогноз при амилоидозе.
15. Дайте определение острой почечной недостаточности. Этиология.
16. Стадии и формы острой почечной недостаточности.
17. Патогенез острой почечной недостаточности.
18. Понятие о тубулярном некрозе.
19. Клиника острой почечной недостаточности в зависимости от стадии.
20. Принципы диагностики острой почечной недостаточности.
21. Лабораторные изменения при острой почечной недостаточности:
 - нарушения кислотно-щелочного равновесия,
 - нарушения электролитов,
 - изменения биохимических показателей крови (креатинина).
22. Принципы лечения острой почечной недостаточности.
23. Показания к гемодиализу при острой почечной недостаточности.
24. Этиопатогенез хронической почечной недостаточности.
25. Классификация хронической почечной недостаточности. Особенности клинико-лабораторных проявлений при различных стадиях ХПН.
26. Методы оценки функционального состояния почек.
27. Лечение хронической почечной недостаточности (консервативная терапия). Показания к консервативной терапии.
28. Методы активной терапии хронической почечной недостаточности. Показания к активной терапии хронической почечной недостаточности.
29. Прогноз при хронической почечной недостаточности.
30. Показания и противопоказания к трансплантации почек.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ, РЕВМАТОЛОГИЯ, БОЛЕЗНИ КРОВИ

1. Перечислите осложнения язвенной болезни и их диагностические критерии.
2. Назовите особенности болезни Менетрие, синдрома Золингера-Эллисона, язвы пилорического отдела и их лечение.
3. Особенности течения множественных и гигантских язв желудка и 12-перстной кишки, язвы ювенильного возраста и у пожилых, их лечение.
4. Лечение осложненных форм язвенной болезни.
5. Клинические проявления демпинг-синдрома.
6. Патогенез демпинг-синдрома.
7. Диагностические критерии гипогликемического синдрома.
8. Диагностические критерии гастрита культи, пептической язвы анастомоза.
9. Лечение болезней оперированного желудка.
10. Диагностические критерии функциональных заболеваний желудка.
11. Лечение функциональных заболеваний желудка.
12. Диагностические критерии и лечение болезни Крона.
13. Перечислите варианты хронических вирусных гепатитов.
14. Лечение хронических вирусных гепатитов в зависимости от фазы болезни и от вида вируса.
15. Варианты циррозов печени, диагностические критерии.
16. Осложнения цирроза печени и их лечение.
17. Диагностические критерии гемохроматоза.
18. Диагностические критерии гепато-лентиккулярной дегенерации.

19. Перечислите варианты системной склеродермии, дерматомиозита.
20. Особенности лечения системной склеродермии и дерматомиозита в зависимости от вариантов течения.
21. Диагностические критерии системных васкулитов - узелкового периартериита, болезни Такаясу, болезни Хортона, синдрома Вегенера, Гудпасчера.
22. Диагностические критерии подагры в зависимости от периодов болезни.
23. Осложнения подагры.
24. Лечение подагры в зависимости от периодов и осложнений.
25. Диагностические критерии различных вариантов остеоартрозов в зависимости от стадии болезни и локализации.
26. Лечение остеоартрозов.
27. Лечение системных васкулитов.
28. Перечислите формы и варианты геморрагических васкулитов (ГВ)
29. Лечение ГВ в зависимости от вариантов течения.
30. Классификация анемий.
31. Патогенетические варианты гемолитических анемий и их диагностические критерии.
32. Дифференцированная терапия гемолитических анемий.
33. Клинические варианты миеломной болезни.
34. Диагностические критерии различных вариантов миеломной болезни.
35. Лечение миеломной болезни в зависимости от осложнений и вариантов течения.
36. Лабораторная диагностика миеломной болезни.
37. Диагностические критерии ДВС-синдрома.
38. Этапы и стадии ДВС-синдрома.
39. Особенности лабораторных показателей при различных стадиях ДВС-синдрома.
40. Лечение ДВС-синдрома в зависимости от стадии
41. Профилактика ДВС-синдрома.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Не предусмотрены.

5.3. Фонд оценочных средств

Тест (Приложение №1)
 Ситуационные задачи (Приложение №2)
 Доклады и рефераты 9-10 сем:
 Пульмонология
 Болезнь легионеров. Легионеллезная пневмония
 Фиброзирующий альвеолит
 Туберкулёзный плеврит
 Высокогорная лёгочная гипертензия
 Кардиология
 Гликозидная интоксикация
 Тонзилгенный миокардит
 Рестриктивная кардиомиопатия
 Синдром Дресслера
 Деформация Эйзенменгера
 Аномалия Эбштейна
 Осложнения перикардита
 Гипертензия при метаболическом синдроме
 Дигестивная система
 Диетотерапия при язвенной болезни
 Синдром Элисона - Золлингера
 Внекишечные проявления язвенного колита
 Подходы к лечению синдрома раздраженного кишечника
 Современные подходы к лечению гепатитов
 Гормональные расстройства при циррозе печени
 Нефрология
 Диагностика и лечение хронического пиелонефрита
 Редкие формы амилоидоза
 Системные заболевания соединительной ткани.
 Клинические варианты системной склеродермии
 Современные подходы к лечению деформирующего остеоартроза
 Гематология
 Синдромы Жильбера и Криглер-Наджара
 Лекарственная болезнь – синдром Лайелла.

Презентации
 Контрольная работа
 Практические навыки, анализы (Приложение №3)
 ЭКГ (Приложение №4)
 Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств (Приложение №5)

Технологическая карта дисциплины (Приложение №6)	
5.4. Перечень видов оценочных средств	
1. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ. В процессе изучения дисциплины студенты выполняют промежуточные контрольные задания. Результаты выполнения этих заданий, а также опрос и собеседование по темам изучаемых разделов являются основанием для последующего выставления оценок текущего контроля. Виды контрольных заданий: самостоятельная курация тематических больных с последующей защитой своей работы; самостоятельная курация студентом больного с постановкой и обоснованием клинического диагноза (или с публичной защитой учебной истории болезни); демонстрация студентом знаний методов лабораторно-инструментального подтверждения выявленного заболевания; собеседование по соответствующему клиническому нозологии; решение клинической ситуационной задачи (различной степени сложности); тестовый контроль (Приложение 1), проводится на основе бланкового или компьютерного тестирования. 2. Рубежный контроль по разделам дисциплины. В процессе изучения дисциплины студенты сдают 4 модуля. Результаты выполнения практического задания по курации тематического больного, а также опрос и собеседование по изученным темам являются основанием для выставления оценок промежуточного модуля. Виды контрольных заданий: - самостоятельная курация больного с последующим представлением клинического диагноза, - демонстрация студентом знаний методов лабораторно-инструментального подтверждения клинического диагноза, - собеседование по соответствующему клиническому синдрому, - решение клинической ситуационной задачи (Приложение 2), - проверка истории болезни. 3. ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ. Для контроля степени усвоения студентом всего объема дисциплины предусмотрена Итоговая аттестация. Итоговая аттестация проводится в три этапа. Первый этап: 1. курация терапевтического больного с последующей постановкой студентом диагноза, 2. интерпретация лабораторно-инструментальных методов обследования, 3. назначение лечения и выписка 1 – 2 рецепта, 4. проверка навыков пользования диагностической и лечебной аппаратурой. Второй этап: теоретическая часть - собеседование: устный экзамен по экзаменационным билетам, включающего вопросы программы госпитальной и факультетской терапии, в объеме, пропорциональном долям соответствующих разделов учебных программ, решение 1 ситуационной задачи и интерпретации 1 – 2 анализов (или ЭКГ или рентгенограммы и пр.).	

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Н.А.Мухин, В.С.Моисеев, А.И.Мартынов	Внутренние болезни: Внутренние болезни, 2-е издание + CD в двух томах	2011
Л1.2	Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А.	Внутренние болезни: Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011
Л1.3	Волкова М.А.	Клиническая онкогематология: Руководство для врачей	М.: Медицина 2001
Л1.4	Хили П. М., Джекобсон Э. Дж.	Дифференциальный диагноз внутренних болезней	2014
Л1.5	РАМН Н.А.Мухина, акад. РАМН В.С.Моисеева, акад. РАМН А.И.Мартынова.	Внутренние болезни. 2-е издание + CD в двух томах	ГЭОТАР-Медиа 2011
Л1.6	РАМН Н.А.Мухина, акад. РАМН В.С.Моисеева, акад. РАМН А.И.Мартынова	Внутренние болезни. 2-е издание + CD в двух томах	«ГЭОТАР-Медиа», 2011
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Науменко С.Е.	Горная болезнь	2018
Л2.2	Воробьев А.И.	Квалификационный тест по гематологии: учебное пособие	М.: ГОУ ДПО "РМАПО Росздрави" 2005

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.3	Джайлобаева К.А., Мирбакиева Д.М., Сабиров И.С.	Вопросы диагностики и лечения в гастроэнтерологии: Учеб. пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016
Л2.4	Бокарев И.Н., Аксенова М.Б., Хлевчук Т.В.	Острый коронарный синдром и его лечение.	Практическая Медицина 2009
Л2.5	Сабиров И.С.	Легочная артериальная гипертензия и легочное сердце в амбулаторной практике: монография	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009
Л2.6	Тареева И.Е.	Нефрология	2000
Л2.7	Василенко В.Ж., Фельдман С.Б., Могилевский Э.Б.	Пороки сердца	Медицина 1983
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Гребенев А.Л.	Пропедевтика внутренних болезней	М. : Шико 2011
Л3.2	Аметов А.С., Шустов С.Б., Халимов Ю.Ш.	Эндокринология. : Учебник для студентов медицинских ВУЗов	Гоэтар - Медиа 2016
Л3.3	А.Р.Раимжанов	Система гемостаза и ДВС-синдром	2012
Л3.4	Макимбетов Э.К., Цопова И.А., Усенова А.А., Раимжанов А.Р.	Острые лейкозы: методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КРСУ 2006
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1			
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 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 (Аламедин - 1)		
6.3.1.6	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся ситуационные задачи, 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	1. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)		
6.3.2.2	2. http://www.med-edu.ru/articles		
6.3.2.3	3. http://medvuz.info/		
6.3.2.4	4. «Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg)		
6.3.2.5	5. http://meduniver.com/Medical/Book/34.html		
6.3.2.6	6. www.jaypeebrothers.com		
6.3.2.7	7. www.booksmed.com		
6.3.2.8	8. www.bankknig.com		
6.3.2.9	9. Blaufuss Multimedia: http://www.blaufuss.org		
6.3.2.10	10. The R.A.L.E. Repository: Respiratory sounds: http://www.rale.ca/Recordings.htm		
6.3.2.11	11. David Arnall: Pulmonary Breath Sounds: http://faculty.etsu.edu/arnall/www/public_html/heartlung/breathsounds/contents.html		

6.3.2.12	12. Frontiers in Bioscience, Virtual Library: Heart Sounds http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/interna/heart_sounds/h14/sound.html
6.3.2.13	13. McGill University: Heart Sounds: http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/interna/heart_sounds/h6/heart_tables.html
6.3.2.14	14. snsk.az/snsk/file/2013-05-29_11-04-55.pdf
6.3.2.15	15. http://webmed.irkutsk.ru/pulm.htm
6.3.2.16	
6.3.2.17	16. Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.18	17. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)
6.3.2.19	
6.3.2.20	18. http://www.med-edu.ru/articles
6.3.2.21	
6.3.2.22	19. http://medulka.ru/vnutrennie-bolezni/books-page/1
6.3.2.23	
6.3.2.24	
6.3.2.25	

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

- 7.1 Дисциплина преподается на базе: 1. Городской клинической больницы №1 (ЛПУ третичного уровня). Располагает 9 специализированными отделениями из них 4 терапевтических (отделения кардиологии, ревматологии, эндокринологии, экстренной терапии). 2. Центр семейной медицины №8. 3. КНЦКиТ (отделение пульмонологии). Имеется 8 стандартно оборудованных аудиторий с 100 посадочными местами, общей площадью 200 кв.м. (блок парты, кушетки, учебные доски).
- Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор). У студентов имеется доступ к информационным стендам (4 шт.) электронной библиотеке, базе клинического материала (ЭКГ, наборы анализов, рентгенпленок).
- Для проведения лекций и практических занятий на кафедре имеются:
- Анатомический муляж сердца 1; Учебные таблицы по основным клиническим синдромам 18; Цветные слайды по всем разделам учебной программы 500; Фотокопии (размером 30х50 см) основных клинических симптомов 25; Банк электрокардиограмм с различной патологией 220 единиц; Банк рентгенограмм с различной патологией 250 единиц; Банк учебных (оригинальных) лабораторных анализов крови, мочи и пр. по всем разделам учебной программы по всем разделам программы; Набор радиоизотопных сканограмм внутренних органов и систем 25 единиц; Компьютерные комплексы (системный блок, монитор, видеопроектор, сканнер и принтер) 2; Медицинская аппаратура: электрокардиограф 2, аппарат для измерения артериального давления 4, пик-флоуметр 2
- На кафедре имеются в наличии атласы, некоторые методические рекомендации в виде электронных компьютерных версий, видео- и аудио материалы, а также обучающие и контролирующие компьютерные программы по многим темам учебной программы. Студенты имеют возможность копировать их для личного пользования. Аудио-банк (звуки сердца и лёгких и др.). Запись звукового сопровождения обследования больных. Аудио-файлы различного расширения (wav, mp3).

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

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПО ИЗУЧЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ РАЗДЕЛОВ И ТЕМ ДИСЦИПЛИНЫ.

В лекционном и практическом курсах преподавания дисциплины «Госпитальная терапия» главное внимание уделяется изучению вопросов частной патологии – этиологии, патогенеза, клинических проявлений и методов лабораторно-инструментальной верификации диагноза нозологических единиц, принципов лечения и фармакологического контроля. Приобретение студентами теоретических знаний и выработка практических навыков по выявлению основных клинических симптомов и синдромов при различных заболеваниях внутренних органов возможно лишь при синхронном совмещении тем лекций и практических занятий. Самостоятельная же работа студентов должна идти параллельно, в русле изучения данного раздела.

С учетом специфики подготовки врача-педиатра содержание каждого практического занятия должно быть экстраполировано и к более ранним периодам жизни больного – его анамнезу жизни. Это касается обследования каждой системы организма.

Освоение студентом каждой учебной темы в каждой дидактической единице программы, в целом, построено по единому методическому принципу:

- прослушивание темы программы на лекции,
- домашняя подготовка к занятию, включающая работу с учебником по этой же теме,
- работу с дополнительной методической литературой, которая нацеливает студента на практическое применение

получаемых теоретических знаний,

- выполнение практического задания по учебным ситуационным задачам,
- решение тестового задания.

Для работы с больными студент должен использовать учебно-методическое пособие «Схе-ма обследования больного».

Помимо основной литературы, следует особенно рекомендовать студентам литературные источники (учебники, атласы, методические рекомендации) в виде электронных компьютерных версий, а также видео- и аудио материалы по многим темам учебной программы, а также обучаю-щие и контролирующие компьютерные программы, имеющиеся в наличии на кафедре, предложив при этом студентам скопировать их для личного пользования

В связи с тем, что при построении каждого практического занятия рекомендуется придержи-ваться общего ориентировочного плана, в разделе «Методические рекомендации для студентов по изучению дисциплины» к каждой теме будут указаны лишь важные особенности.

1. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ТЕМ ДИСЦИПЛИНЫ.

Раздел 1. Пульмонология

Тема 1.1. «Пневмонии. Особенности течения первичной пневмонии при хроническом алко-голизме, различной локализации и распространенности процесса. Особенности течения пневмоний в зави-симости от этиологического фактора. Осложнения. Особенности подбора антибактери-альной те-рапии. Осложнения лекарственной терапии. Дифференциальная диагностика». Обратить внимание на особенности клиники в зависимости от этиологического агента, наличия фонового состояния (алкоголизм, наркомания, сахарный диабет, иммунодефицит и др.). Выделить изменчивость клинических и физикальных данных в зависимости от локализации и рас-пространенности процесса. Отметить легочные и внелегочные осложнения. Выписать алгоритм проведения этиологического и патогенетического лечения. Научиться оценивать эффективность проводимой антибактериальной терапии.

Тема 1.2. «Бронхиальная астма. Особенности течения бронхиальной астмы в зависимости от патоге-нетических вариантов и степени тяжести. Пикфлоуметрия. Программное лечение брон-хиальной астмы. Образовательные программы. Осложнения лекарственной терапии. Высокогор-ная клима-тотерапия больных бронхиальной астмой.

Хроническое обструктивное заболевание легких. Особенности течения и диагностики у по-жилых лиц, а также в условиях высокогорья. Функциональная диагностика. Алгоритмы дли-тельного лечения. Образование больных при ХОЗЛ. Длительная оксигенотерапия: показания, ме-тоды, контроль эффективности. Дифференциальная диагностика обструктивного синдрома». Выделить особенности течения бронхиальной астмы в зависимости от патоге-нетических вариантов и степени тяжести. Выписать информацию о программном лечении больных бронхи-альной астмой. Знать образовательные программы для больных и их родственников. Запомнить возможные осложнения лекарственной терапии.

Отметить особенности течения и диагностики хронических обструктивных заболеваний легких у пожилых лиц, а также в условиях высокогорья. Обратить внимание студентов на функцио-нальную диагностику. Знать алгоритмы дли-тельного лечения. заострить внимание студента на важности образования больных при ХОЗЛ. Провести дифференциальную диагностику обструктив-ного синдрома.

Тема 1.3. «Плевриты. Плевриты сухие и экссудативные. Осумкованный плеврит. Плевральная пунк-ция. Дифференциальный диагноз плеврального выпота. Вопросы индивидуали-зированной терапии. Лечение противотуберкулезными средствами, антибактериальными препара-тами, стероид-ными гормонами, химиопрепаратами. Хирургическое лечение и показания к нему. Дифференциальная диагностика плевральных выпотов».

Выделить этиологические и патогенетические варианты плевральных выпотов, их клиниче-ские проявления. Отметить значение туберкулезной инфекции, опухолей, системных васкулитов, мета- и парапневмонические плевриты. Выписать диагностические критерии выпота. Знать пока-зания к диагностической и лечебной плевральной пункции. Провести дифференциальную диагно-стику плевритов.

Знать принципы лечения плевритов. Обратить внимание на дыхательную гимнастику, фи-зиотерапия. Знать значение туберкулезной инфекции, опухолей, системных васкулитов.

Тема 1.4. «Гипертония малого круга кровообращения. Понятие о первичной и вторичной легочной артериальной гипертонии. Патогенетические и клинические варианты хронического ле-гочного сердца. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Особенности индивиду-ализиро-ванной терапии».

Иметь понятие о первичной (идиопатической) и вторичной легочной гипертонии, о патогенезе гемодинамических расстройств.

Отметить этиологические и патогенетические механизмы развития легочного сердца. Выде-лить классификацию, проявления и стадии течения. Выделить дополнительные методы исследо-вания. Выписать алгоритм лечения больных легочным сердцем: лечение основного заболевания, восстановление нарушенной вентиляции легких, снижение легочной гипертензии, ликвидация правожелудочковой недостаточности.

Раздел 2. Кардиология

Тема 2.1. «Нарушения ритма сердца. Экстрасистолические аритмии, классификация желудочковых экстрасистол. Пароксизмальные формы нарушения ритма сердца».

Акцентировать внимание на эктопическом экстрасистолическом сокращении как импульсе, возникшем вне проводящей системы. Отметить условность субъективного восприятия пациентом экстрасистол («немые»).

Знать методику определения экстрасистол по средствам аускультации сердца или пальпации пульса или комбинации этих методов. Знать абсолютную диагностическую достоверность экстрасистол на ЭКГ. Выписать классификацию желудочковых экстрасистол по Лауну.

Знать прогностическую важность внезапного появления и прекращения аритмии, особенно выделить действие вагусных проб. Показать значимость вагусных проб в диагностике и лечении пароксизмальных тахикардий. ЭКГ – признаки.

Тема 2.2. «Понятие о блокадах ножек пучка Гиса, о предвестниках полной поперечной блокады. «Низкая» и «высокая» поперечная блокада. Дифференцированная терапия. Особенности антиаритмической фармакотерапии пароксизмальных форм нарушений ритма сердца в зависимости от характера аритмии и поражения сердца. Осложнения антиаритмической терапии».

Знать диагностические критерии блокад ножек пучка Гиса. Показать значимость электрической нестабильности и прогрессирования степени тяжести нарушения атриовентрикулярной проводимости. Знать прогностическую и терапевтическую значимость высоко- и низкостепенных блокад. Знать алгоритм дифференцированного лечения атриовентрикулярных блокад различной степени. Иметь представление о показаниях к имплантации искусственного водителя ритма.

Тема 2.3. «Кардиомиопатии. Основные варианты (идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз и гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выходного тракта, дилатационная, рестриктивная - эндомикардиальный фиброз). Патогенез внутрисердечных нарушений гемодинамики. Клинические проявления. Тактика и результаты диагностического обследования».

Миокардиодистрофии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические синдромы. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика».

Знать дифференциально-диагностические методы выявления кардиомиопатий. Повторить синдром поражения миокарда с экстраполяцией его на отсутствие достоверных сведений о патогенезе кардиомиопатий. Знать диагностические критерии (включая Эхо-КГ и при необходимости - биопсии миокарда) гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией и без обструкции выходного тракта. Принципы терапии типов кардиомиопатии.

Тема 2.4. «Осложнения инфаркта миокарда: ранняя и поздняя аневризмы сердца, тампонада сердца, постинфарктный синдром, синдром Дресслера. Диагностические критерии. Принципы лечения. Профилактика».

Представить классификацию «отдаленных» признаков инфаркта миокарда. Знать диагностические критерии ранней и поздней аневризмы сердца, тампонады сердца, постинфарктного синдрома, синдрома Дресслера. Подчеркнуть важность диагностики и принципов лечения и прогноза синдрома Дресслера. Отметить важность профилактической десенсибилизации больного с обширным инфарктом миокарда в целях профилактики синдрома Дресслера.

Тема 2.5. «Комбинированные и сочетанные пороки сердца. Сочетанный митральный порок сердца. Сочетанный аортальный порок сердца. Митрально-аортальные пороки сердца. Митрально-трикуспидальные пороки сердца. Митрально-аортально-трикуспидальные пороки сердца. Диагностика каждого порока. Выявление преобладания стеноза или недостаточности при сложных пороках сердца. Дифференциальный диагноз пороков сердца. Пороки при инфекционном эндокардите, сифилитическом аортите. Определение степени выраженности поражения клапанов при комбинированных пороках (по клинико-инструментальным данным). Варианты течения. Осложнения. Принципы лечения. Осложнение приобретенных пороков инфекционным эндокардитом и его профилактика».

Врожденные пороки сердца. Этиология. Значение патологической наследственности и инфекционных заболеваний матери. Классификация. Коарктация аорты. Открытый артериальный проток. Дефект межпредсердной перегородки. Дефект межжелудочковой перегородки. Тетрада Фалло. Клинические проявления каждого порока. Методы инструментального обследования. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Осложнение врожденных пороков инфекционным эндокардитом и его профилактика».

Знать возможность существования двух пороков на одном клапане одновременно, и возможность поражения двух клапанов одновременно. Знать изолированные аускультативные феномены стеноза отверстия, отдельно - недостаточности этого же клапана и комбинацию этих двух пороков. Знать диагностические Эхо-КГ критерии каждого порока каждого клапана сердца. Знать показания к хирургическому лечению.

Выучить классификацию врожденных пороков сердца, входящих в учебную программу. Выделить клинические синдромы, общие для многих врожденных пороков. Знать диагностические критерии каждого из перечисленных пороков. Определить показания к хирургическому лечению.

Тема 2.6. «Перикардиты. Этиология. Патогенезы болезни и гемодинамических нарушений. Сухой, экссудативный и адгезивный перикардит. "Панцирное сердце". Клинические и лабораторно-инструментальные критерии. Механизм развития и особенности сердечной недостаточности, "псевдоцирроз" печени. Лечение. Показание к хирургическому лечению. Прогноз. Профилактика».

Знать этиологию, патогенез и классификацию перикардитов, стадии развития перикардита и, соответственно им, клинические проявления. Четко знать диагностические критерии. Проработать необходимые лабораторные и инструментальные методы исследования. Отметить принципы лечения.

Знать особенности слипчивого (констриктивного) перикардита. Обозначить механизм развития и особенности нарушения кровообращения, "псевдоцирроз" печени. Уточнить показания к хирургическому лечению. Прогноз.

Тема 2.7. «Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология, патогенез, клинические особенности артериальных гипертензий при эндокринных заболеваниях, болезнях почек и почечных сосудов. Диагностика. Дифференциальная

диагностика. Принципы лечения».

Выучить классификацию артериальных гипертензий. Обратить внимание на схему обследования при артериальной гипертензии. Выделить особенности почечных (рено-васкулярная, при нефритах и пиелонефритах) и эндокринных артериальных гипертензий (синдром и болезнь Ку-шинга, феохромоцитома, альдостерома). Проработать диагностические синдромы при гемодинамических гипертензиях (артериальная гипертензия при полной атриовентрикулярной блокаде, эритроцитозах).

Раздел 3. Дигестивная система

Тема 3.1. «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - осложнения. Особые формы язвенной болезни (болезнь Менентрие, синдром Золлингера-Эллисона, язва пилорического канала, язвы ювенильные и у пожилых). Болезни оперированного желудка. Терапевтическое значение поздних послеоперационных осложнений. Демпинг-синдром - клинические проявления, диагностические критерии, принципы лечения. Гипогликемический синдром - клинические проявления, диагностические критерии, принципы лечения. Гастрит культи, пептическая язва анастомоза - клинические проявления, принципы лечения».

Выписать осложнения язвенной болезни: перфорации, кровотечения, пенетрация, стеноз привратника или двенадцатиперстной кишки, перигастрит, перидуоденит. Знать особые формы язвенной болезни (болезнь Менентрие, синдром Золлингера-Эллисона, язва пилорического канала, постбульбарные язвы, ювенильные язвы и язвы у стариков). Провести дифференциальную диагностику (первично-язвенная форма рака желудка, симптоматические язвы). Знать диагностические критерии синдрома оперированного желудка: демпинг-синдром, гипогликемический синдром, синдром культи желудка, пептическая язва анастомоза, синдромы отводящей и приводящей петли. Выделить осложнения со стороны кишечника, желчных путей, печени и поджелудочной железы после операций на желудке. Отметить возможности эндоскопической диагностики. Принципы лечения.

Тема 3.2. «Неспецифический язвенный колит. Факторы риска развития. Клинические синдромы. Лабораторно-инструментальные методы исследования. Диагностические критерии. Течение. Прогноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Болезнь Крона. Факторы риска развития. Клинические синдромы. Лабораторно-инструментальные методы исследования. Диагностические критерии. Течение. Прогноз. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению».

Обозначить этиологию, патогенез, распространенность заболеваний. Выделить основные кишечные и внекишечные клинические проявления. Разобрать варианты течения, осложнения, рентгенологические и эндоскопические диагностические методы исследования. Обратить внимание студента на значение морфологического исследования для подтверждения диагноза. Знать основные принципы лечения, прогноз.

Тема 3.3. «Функциональные заболевания кишечника. Синдром мальабсорбции – этиология, патогенез, первичные и вторичные дискинезии. Основные варианты нарушений моторики кишечника. Клинические проявления. Диагностические критерии. Принципы лечения. Синдром раздраженной толстой кишки – клиническое понятие. Особенности болевого синдрома. Нарушения стула. Клинические и лабораторно-инструментальные критерии. Принципы лечения. Профилактика. Запор – этиологические факторы, патогенетические механизмы. Клинические проявления. Диагностические критерии. Принципы лечения (в зависимости от типа запора)».

Выделить основные варианты функциональных заболеваний кишечника; дискинезии кишечника, первичные и вторичные. Обозначить роль неврогенных и психогенных воздействий, рефлексорных влияний. Выделить основные варианты нарушения моторики кишечника. Клиническая картина. Обозначить диагностические критерии. Знать диагностические критерии синдрома раздраженного кишечника. Выделить роль рентгеноконтрастных и эндоскопических исследований. Знать алгоритм лечения, профилактику.

Обозначить этиологические факторы запора, основные его патогенетические механизмы. Знать клиническую картину, классификацию и принципы лечения, в зависимости от типа запора.

Тема 3.4. «Хронические гепатиты и цирроз печени. Варианты течения хронического гепатита и цирроза печени.

Гемохроматоз. Гепатолентикулярная дегенерация. Принципы индивидуализированной терапии».

Знать понятие о хронических гепатитах и циррозах печени. Выделить этиологические причины (инфекционные, нутритивные факторы, роль алкоголя и токсических веществ). Разъяснить патогенез и уточнить роль иммунологических нарушений. Выделить особенности клинимо-морфологических синдромов. Течение. Обратить внимание на возможности клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Особенности клиники, течения и диагноз макронодулярного, микронодулярного и билиарного цирроза печени. Выделить основные осложнения цирроза печени: цирроз-рак, печеночная кома, кровотечения, анемия, гиперспленизм, отечно-асцитический синдром. Знать алгоритм лечения цирроза печени.

Раздел 4. Нефрология

Тема 4.1. «Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Роль очаговой инфекции. Патогенез основных клинических синдромов. Диагностика односторонних поражений. Лабораторно-инструментальные методы исследования. Течение. Показания к хирургическому лечению. Профилактика».

Знать понятие об этиологии и патогенезе хронического пиелонефрита. Обозначить роль очаговой инфекции. Проработать необходимые методы исследования (анализ мочи, хромоцистоскопия, экскреторная и ретроградная пиелография, гамма-ренография, ангиография, ультразвуковое исследование почек). Иметь представление о патогенезе основных симптомов и их клинических проявлениях. Уточнить особенности диагностики односторонних поражений. Исходы.

Знать основные принципы лечения: режим, диета, антибиотики, химиопрепараты нитрофуранового ряда, физиотерапия, показания к оперативному лечению. Прогноз. Профилактика.

Тема 4.2. «Почечная недостаточность (острая и хроническая). Этиология и механизмы развития острой почечной недостаточности. Клинические синдромы. Стадии течения. Принципы лечения. Показания к гемодиализу. Профилактика. Этиология хронической почечной недостаточности (ХПН). Патогенез. Клинические синдромы. Стадии течения. Дифференциальный диагноз основного заболевания в период терминальных стадий ХПН. Лечение. Показания к гемодиализу. Проблема трансплантации почек».

Иметь понятие об этиологии острой почечной недостаточности (ОПН). Знать механизм развития ОПН. Выделить особенности клинической картины, стадий в развитии ОПН. Знать алгоритм лечения по стадиям. Выделить показания к гемодиализу и гемосорбции. Исходы.

Иметь понятие об этиологии хронической почечной недостаточности (ХПН). Выделить механизм развития ОПН. Знать особенности клинической картины, стадий в развитии. Выделить основные клинические синдромы. Знать алгоритм лечения (режим, диета, водно-солевой режим, возможности симптоматического лечения). Выделить показания к гемодиализу и его возможности. Возможные осложнения трансплантации почек.

Тема 4.3. «Амилоидоз. Этиология. Классификация (идиопатический, наследственный, приобретенный типы). Современные концепции патогенеза и морфогенеза. Клинические проявления различных стадий и локализаций амилоидоза.

Диагностические критерии различных форм амилоидоза. Значение пункционной биопсии почек, ткани десны, слизистой прямой кишки для выявления его этиологии. Индивидуализированное лечение. Исходы. Прогноз. Нефротический синдром. Понятие о нефротическом синдроме. Клиническое определение. Этиология. Современные концепции патогенеза в свете ультраструктуры нефрона. Морфология. Патогенез основных клинических проявлений (протеинурия, отеки, гиперхолестеринемия). Стадии течения. Лабораторная диагностика. Диагностические критерии. Особенности лечения в зависимости от этиологии и клинических проявлений. Исходы. Прогноз».

Знать классификацию амилоидоза (идиопатический, наследственный, приобретенный). Знать современные концепции патогенеза и морфогенеза. Выделить особенности клинической картины и стадий течения амилоидоза. Лабораторные методы исследования. Уделить внимание значению пункционной биопсии почек, исследования слизистой десны и кишечника для правильного диагноза. Лечение по стадиям, возможности обратного развития амилоидоза. Значение диспансерного наблюдения.

Иметь понятие о современных концепциях патогенеза в свете представлений об ультраструктуре нефрона. Перечислить заболевания, приводящие к развитию нефротического синдрома. Разъяснить патогенез основных клинических проявлений болезни. Выделить особенности клинической картины. Лабораторная диагностика. Возможности современной терапии (диета, мочегонные, иммуносупрессоры, цитостатические препараты, антикоагулянты, нестероидные противовоспалительные средства, показания к гемосорбции и плазмаферезу).

Раздел 5. Системные заболевания соединительной ткани.

Тема 5.1. «Системные заболевания соединительной ткани. Дерматомиозит - первичный и вторичный. Варианты течения, степени тяжести. Принципы индивидуализированного лечения. Системная склеродермия».

Знать определение дерматомиозита, особенности этиологии и патогенеза. В клинической картине уделить особое внимание поражению кожи, мышц, внутренних органов и систем. Обозначить лабораторные сдвиги. Выделить варианты течения болезни. Критерии диагноза. Знать алгоритм лечения. Профилактика.

Иметь понятие о системной склеродермии. Выделить особенности этиологии и патогенеза. Классификация. Клиническая картина. Выделить особенности поражения органов и систем. Лабораторные изменения. Диагностические критерии. Обозначить возможности современной дифференцированной терапии. Профилактика.

Тема 5.2. «Системные васкулиты. Узелковый периартериит, болезнь Хортона, болезнь Такаясу. Этиология и патогенез. Морфология. Клинические проявления. Диагностические критерии. Лечение. Прогноз.

Геморрагические васкулиты. Определение. Провоцирующие факторы, роль ЦИК и иммуноглобулинов в развитии геморрагического васкулита. Степень нарушения гемостаза. Классификация. Основные клинические синдромы. Основные компоненты базисной терапии. Показания к назначению стероидных препаратов, лечебному плазмаферезу. Профилактика. Диспансеризация».

Знать классификацию системных васкулитов: узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, гигантоклеточный артериит, геморрагический васкулит, синдром Гудпасчера, облитерирующий тромбангиит. Выделить основные этиологические и патогенетические моменты. Обозначить основные клинические синдромы, лабораторные изменения. Выделить критерии диагноза. Знать алгоритм лечения.

Тема 5.3. «Подагра. Определение. Этиология и патогенез. Клинические варианты. Особенности суставного синдрома.

Поражение почек и внутренних органов. Диагностические критерии. Течение. Принципы лечения. Профилактика. Принципы индивидуализированного лечения. Остеоартроз. Этиология и патогенез. Клинические формы и стадии течения. Диагностические критерии. Принципы лечения. Профилактика».

Знать определение подагры, этиологические и патогенетические механизмы развития заболевания. Особенности клинической картины: острый приступ, хроническое течение. Знать механизм поражения почек. Критерии диагноза. Обратит особое внимание на диетическое питание таких больных. Знать определение остеоартроза, его распространенность. Обратит внимание на этиологические и патогенетические механизмы развития заболевания. Особенности клинической картины. Выделить диагностические критерии. Знать алгоритм лечения, показания к ортопедическому лечению.

Раздел 6. Гематология

Тема 6.1. «Гемолитические анемии. Патогенетические варианты. Эритроцитопатии, гемоглобинопатии. Основные клинические проявления гемолитических анемий. Диагностические критерии. Принципы

индивидуализированного лечения. Показания к гемотрансфузии, спленэктомии, гормональному и антидепрессивному лечению».

Знать механизмы гемолиза и основные причины развития гемолитических анемий. Выделить общие диагностические признаки. Знать основные принципы лечения. Отметить показания к хирургическому лечению.

Тема 6.2. «Миеломная болезнь. Определение. Строение и классификация иммуноглобулинов. Клинические синдромы. Лабораторные критерии диагностики. Классификация. Осложнения. Принципы терапии: показания к назначению полихимио-терапии, лечебного плазмафереза. Дифференциальная диагностика с паранеопластическими заболеваниями, протекающими с метастазами в кость».

Знать определение миеломной болезни, патогенез и классификацию. Выписать клинические варианты. Обратит внимание на диагностику и лечение. Прогноз.

Тема 6.3. «ДВС - синдром. Определение. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Лабораторные критерии диагностики. Этапы и стадии развития ДВС-синдрома. Принципы терапии: профилактика, синдром реинфузии».

Знать этиологическую многофакторность ДВС – синдрома, стадийность его течения. Акцентировать внимание на методах динамической диагностики каждой из этих стадий. Знать алгоритм лечения синдрома.

Тема 6.4. «Лекарственная болезнь. Определение. Этиология и патогенез. Побочное действие лекарственных веществ. Предрасположенность к лекарственной болезни. Лекарственная аллергия. Клинические формы лекарственной болезни. Анафилактический шок. Лекарственная болезнь по типу сывороточной болезни. Лекарственные васкулиты. Клинико-лабораторные диагностические критерии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Дифференцированное лечение лекарственной болезни. Профилактика. Прогноз».

Знать принципы побочных действий лекарств (абсолютная и относительная передозировка, аллергия, наследственные энзимопатии), патогенетические механизмы их развития: лекарственной аллергии, анафилактического шока, сывороточной болезни. Обратит внимание на поражение органов и систем. Выделить критерии диагноза. Знать принципы лечения, профилактики.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С ЛИТЕРАТУРОЙ.

Первоочередным и наиболее важным источником учебной информации являются лекции, на которых преподаватель представляет исчерпывающий материал, который в последующем и служит основой Итоговой государственной аттестации. Тщательные прослушивание, понимание и последующая проработка лекционного материала являются залогом успешного освоения студентами дисциплины и положительных результатов аттестации.

При внеаудиторном изучении тем (включая и самостоятельную работу) необходимо использовать литературу, включенную в раздел «Основная», поскольку именно она является учебной и содержит методические приемы обучающей программы. В первую очередь следует рекомендовать студентам литературу, допущенную Министерством Образования РФ и Кыргызской Республики в качестве базовых учебников, содержащих, помимо информативно-обучающих элементов, логично построенный учебно-методический алгоритм. При этом, при изучении каждой темы учебной программы полезно изучить соответствующий раздел в 1 – 3 учебниках, поскольку в каждом из них могут быть включены особые информативные элементы, которые в сумме смогут побудить студента к более углубленному изучению дисциплины.

В качестве дополнительных источников информации, близких по цели и задачам изучаемой теме, будет положительным использовать специальную учебно-методическую литературу, разработанную сотрудниками кафедры специально применительно к курсу госпитальной терапии.

С целью углубленного изучения дисциплины можно рекомендовать использовать и прочие учебные, справочные пособия и научную литературу по настоящей дисциплине, также имеющиеся как на кафедре, так и в достаточном количестве в библиотеке КРСУ, а также рекомендуемые учебные порталы в сети Интернет.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С ТЕСТОВОЙ СИСТЕМОЙ ДИСЦИПЛИНЫ.

Работа с тестами по дисциплине преследует цель проконтролировать степень усвоения учебного материала, так и подчеркнуть главные положения изучаемой темы (раздела). Поэтому использование ее в домашних условиях предполагается в конце выполнения домашнего задания.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАЧЕТАМ И К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.

1. Рубежный контроль по темам дисциплины. В начале учебного года каждый студент должен иметь утвержденный кафедрой пакет задания к каждому модулю или переписать его с кафедрального стенда. В процессе изучения дисциплины студент должен знать 4 контрольных рубежных модуля. Результаты выполнения студентом практического задания по курации тематического больного, а также собеседование по изученным темам в пределах 1-2 разделов учебной программы являются основанием для выставления оценки текущего модуля.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

Для контроля степени усвоения студентом всего объема дисциплины предусмотрена Итоговая государственная аттестация.

Итоговая государственная аттестация проводится в три этапа.

Первый этап:

1. курация терапевтического больного с последующей постановкой студентом диагноза,
2. интерпретация лабораторно-инструментальных методов обследования,
3. назначение лечения и выписка 1 – 2 рецепта,
4. проверка навыков пользования диагностической и лечебной аппаратурой (ЭКГ, пневмотахометрия, измерение

АД и пр.)

Второй этап - теоретическая часть (собеседование): устный экзамен по экзаменационным биле-там, включающего вопросы программы госпитальной и факультетской терапии, в объеме, пропорциональном долям соответствующих разделов учебных программ, 1 вопрос по смежным дисциплинам, решение 1 ситуационной задачи и интерпретации 1 – 2 анализов (или ЭКГ или рентгено-граммы и пр.).

При подготовке к экзамену следует уделить особое внимание диагностическим критериям каждого из изученных заболеваний, уметь объяснить механизм появления клинических синдромов и симптомов. Полезным будет использование учебных материалов пройденных ранее дисциплин.

Федеральное агентство по образованию ГОУ ВПО «Кыргызско-Российский Славянский Университет»

Банк тестовых заданий.

Факультет: медицинский

Кафедра: Терапии №1

Дисциплина: госпитальная терапия

Раздел Тема. Тест.	ТЕСТОВОЕ ЗАДАНИЕ	Эталон ОТВЕТА
1.1.1.	Для AV - блокады 1 степени характерно: 1. прогрессивное увеличение интервала PQ 2. уширенный (0,12 сек) желудочковый комплекс 3. «выпадение» желудочкового комплекса 4. дискордантность основного зубца желудочковых комплексов и зубца Т 5. постоянный увеличенный интервал PQ (0,26 сек)	5
1.1.2.	Для AV -блокады 2 степени Мобитц 2 характерно: 6. прогрессивное увеличение интервала PQ 7. уширенный (0,12 сек) желудочковый комплекс 8. «выпадение» желудочкового комплекса 9. дискордантность основного зубца желудочковых комплексов и зубца Т 10. постоянный увеличенный интервал PQ (0,26 сек)	3
1.1.3.	Для полной AV-блокады характерно: 1. патологический зубец Q 2. подъем сегмента ST 3. наличие дельта волны 4. синдром WPW 5. приступы Морганьи-Эдемса-Стокса	5
1.1.4.	Для AV-блокады 2 степени Мобитц 1 не характерно: 1. удлинение интервала PQ > 0,20 сек 2. постепенное удлинение интервала PQ 3. периодическое выпадение желудочкового комплекса 4. ритм желудочковых сокращений неправильный 5. наличие дельта волны	5
1.1.5.	Что не характерно для мерцательной аритмии? 1. отсутствие зубцов Р 2. ритм желудочковых сокращений неправильный 3. наличие волн f	5

	4. ЧСС-90 в минуту 5. наличие дельта-волны желудочкового комплекса	
1.1.6.	Что относят к осложнениям мерцательной аритмии? 1. гипертонический криз 2. кровотечение желудочное 3. синдром Дресслера 4. отек Квинке 5. тромбоэмболии	5
1.1.7.	Критерии желудочковой экстрасистолии:: 1. уширенный и деформированный экстрасистолический желудочковый комплекс 2. обязательное присутствие зубца Р перед экстрасистолой 3. ритм желудочковых сокращений правильный 4. выпадение желудочкового комплекса 5. неизмененный экстрасистолический желудочковый комплекс	1
1.1.8.	Что не характерно для желудочковой экстрасистолии? 1. уширенный и деформированный желудочковый комплекс 2. дискордантность основного зубца экстрасистолического желудочкового комплекса и его зубца Т 3. наличие компенсаторной паузы 4. отсутствие зубца Р перед экстрасистолой 5. экстрасистолический желудочковый комплекс неизменен	5
1.1.9.	Что характерно для наджелудочковой пароксизмальной тахикардии? 1. уширенные и деформированные желудочковые комплексы 2. дискордантность основных зубцов желудочкового комплекса и их зубцов Т 3. темп желудочковых сокращений 220 в мин 4. изменение интервалов P-Q с периодикой Самой-	5

	лова-Венкебаха 5. неизменные (нормальные) желудочковые комплексы	
1.1.10.	Что характерно для мерцательной аритмии? 1. ритм синусовый 2. отсутствие зубцов Р 3. наличие преждевременных желудочковых комплексов 4. укорочение интервала PQ 5. наличие дельта-волны желудочковых комплексов	2
1.1.11.	ЭКГ – критерии желудочковой экстрасистолии: 1. преждевременный желудочковый комплекс 2. экстрасистолический желудочковый комплекс расширен и деформирован 3. наличие полной компенсаторной паузы 4. измененный зубец Р перед экстрасистолическим желудочковым комплексом 5. правильно 1,2,3	5
1.1.12.	ЭКГ – критерии наджелудочковых экстрасистол? 1. преждевременный желудочковый комплекс 2. экстрасистолический желудочковый комплекс похож на основной 3. преждевременный желудочковый комплекс деформирован и расширен 4. правильно 1 и 3 5. правильно 1 и 2	5
1.1.13.	При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия? 1. гипертрофическая кардиомиопатия 2. митральный стеноз 3. тиреотоксикоз 4. гипотиреоз 5. правильно 2 и 3	5
1.1.14.	Что характерно для желудочковой пароксизмальной тахикардии? 1. наличие волн F (Flutter) 2. наличие дельта-волны желудочкового комплекса 3. желудочковый комплекс не уширен (0,1 сек) 4. наличие зубца Р	5

	5. желудочковый комплекс деформирован и уширен (более 0,12 сек)	
1.1.15.	Что показано для купирования пароксизмальной наджелудочковой тахикардии? 1. ритмилен 2. финоптин 3. гилуритмал 4. кордарон 5. все перечисленное	5
1.1.16.	Экстрасистолия это: 1. меняющаяся частота сердечного ритма в зависимости от фаз дыхания 2. ритм сердца с частотой желудочковых сокращений 80 ударов в минуту 3. уряжение сердечного темпа 4. учащение сердечного темпа 5. преждевременное возбуждение и сокращение сердца	5
1.1.17.	Для лечения мерцательной аритмии рекомендуется препарат с доказанной эффективностью: 1. хинидин 2. диклофенак 3. нитроглицерин 4. аспирин 5. преднизолон	1
1.1.18.	У больного с жалобами на перебои в работе сердца, на ЭКГ на фоне синусового ритма определены внеочередные, неизменные желудочковые комплексы QRS с предшествующим деформированным зубцом Р и неполной компенсаторной паузой. Какое нарушение ритма у больного? 1. синусовая аритмия 2. синусовая брадикардия 3. атриовентрикулярная блокада II ст. 4. предсердная экстрасистолия 5. желудочковая экстрасистолия	4
1.1.19.	Механизмом развития синусовой тахикардии не является: 1. повышение симпатического тонуса 2. повышение тонуса блуждающего нерва 3. повышенный автоматизм сердечной мышцы	2

	4. понижение тонуса блуждающего нерва 5. воздействие на клетки синусового узла избыточного количества тироксина.	
1.1.20.	ЭКГ- признаком синусовой тахикардии не является: 1. наличие зубца Р 2. постоянный и нормальный интервал PQ 3. после каждой волны Р следует желудочковый комплекс 4. частота желудочковых сокращений 80 в минуту 5. ритм желудочковых сокращений правильный	4
1.1.21.	По месту возникновения экстрасистолы делятся на: 1. только предсердные 2. предсердные, атриовентрикулярные, желудочковые 3. атриовентрикулярные 4. желудочковые 5. предсердно-желудочковые	2
1.1.22.	На ЭКГ для всех экстрасистол характерно: 1. удлинение интервала PQ 2. преждевременное появление желудочкового комплекса 3. урежение темпа сердечных сокращений меньше 80 в мин 4. появление волн F (Flutter) 5. ритм желудочковых сокращений правильный	2
1.1.23.	Нарушение функции проводимости сердца не характеризуется: 1. синоатриальной блокадой 2. внутрипредсердной блокадой 3. атриовентрикулярной блокадой 4. внутрижелудочковой блокадой 5. синусовой брадикардией	5
1.1.24.	Механизмом развития синусовой брадикардии является: 1. повышение функции автоматизма 2. понижение тонуса блуждающего нерва 3. повышение симпатического тонуса 4. понижение тонуса симпатического нерва 5. воздействие на клетки синусового узла избыточного количества тироксина.	4

1.1.25.	При AV-блокаде III степени наблюдается: 1. увеличение продолжительности интервала PQ > 0,20 сек 2. выпадение отдельных желудочковых комплексов 3. полное разобщение предсердного и желудочкового ритмов 4. отсутствие предсердного зубца Р 5. увеличение числа желудочковых сокращений до 90-100 в мин.	3
1.1.26.	Для нормосистолической формы мерцательной аритмии характерна: 1. частота желудочковых сокращений менее 60 в мин 2. частота желудочковых сокращений от 60 до 90 в мин 3. частота желудочковых сокращений более 200 в мин 4. частота желудочковых сокращений от 120 до 200 в мин 5. частота желудочковых сокращений от 70 до 120 в мин	2
1.1.27.	ЭКГ признаком внутрипредсердной блокады является: 1. отсутствие зубца Р 2. увеличение продолжительности зубца Р > 0,10 сек 3. выпадение отдельных желудочковых комплексов 4. появление периодов Самойлова-Венкебаха 5. наличие волн F (Flutter)	2
1.1.28.	Для тахисистолической формы мерцательной аритмии характерна: 1. частота желудочковых сокращений менее 60 в мин 2. частота желудочковых сокращений от 60 до 90 в мин 3. частота желудочковых сокращений более 90 в мин 4. частота желудочковых сокращений от 40 до 60 в мин 5. частота желудочковых сокращений 60 – 120 в мин	3
1.1.29.	При аускультации сердца периодически может определяться громкий первый тон или «пушечный» тон Н. Стражеско. О какой форме нарушения ритма сердца идет речь? 1. синдром слабости синусового узла 2. атриовентрикулярная блокада II степени 3. желудочковая экстрасистолия 4. атриовентрикулярная блокада III степени 5. внутрижелудочковая блокада	4

1.2.1.	Главным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является: 1. увеличение АД на нижних конечностях 2. гипотензия при измерении АД на руках 3. выраженная брадикардия 4. гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты 5. увеличение ОЦК	4
1.2.2.	При каком врожденном пороке выслушивается систоло-диастолический шум в 3-4 межреберье слева от грудины ? 1. дефект межпредсердной перегородки 2. открытый артериальный проток 3. дефект межжелудочковой перегородки 4. коарктация аорты 5. тетрада Фалло	2
1.2.3.	Диагностический критерий дефекта межжелудочковой перегородки: 1. систоло-диастолический шум в III-IV-м межреберье слева от грудины 2. диастолический шум на верхушке 3. систолический шум во втором межреберье справа от грудины 4. акцент второго тона на аорте 5. систолический шум в III-IV-м межреберье слева от грудины	5
1.2.4.	Диагностические критерии сочетанного митрального порока: 1. диастолический и систолический шумы на верхушке 2. систолический и диастолический шумы во II – м межреберье справа от грудины 3. систолический и диастолический шумы во II – м межреберье слева от грудины 4. систолический и диастолический шумы у основания мечевидного отростка 5. диастолический и систолический шумы в V точке	1
1.2.5.	Диагностические критерии сочетанного аортального порока : 1. систолический шум и диастолический шум во II – м межреберье справа	1

	2. систолический шум и «хлопающий» I тон на верхушке 3. турбулентный систолический поток крови в полости левого предсердия 4. систолический и диастолический шум у основания мечевидного отростка 5. парадоксальное движение межжелудочковой перегородки	
1.3.1.	Позднее осложнение инфаркта миокарда - 1. кардиогенный шок 2. отек легких 3. синдром Дресслера 4. тромбоэмболия легочной артерии 5. узловатая эритема	3
1.3.2.	Диагностический критерий синдрома Дресслера: 1. Эхо - свободное (негативное) пространство между эпикардом и перикардом 2. систолическое дрожание в прекардиальной области 3. Эхо-КГ - разрыв межжелудочковой перегородки 4. грубый голосистолический шум слева в нижней трети грудины 5. длительно сохраняющийся подъем сегмента ST на ЭКГ	1
1.3.3.	Что не является диагностическим критерием синдрома Дресслера: 1. Эхо - свободное (негативное) пространство между эпикардом и перикардом 2. лабораторно - увеличение титров антимиокардиальных антител 3. лихорадка и изменения в крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ) 4. рентгенологически - явления экссудативного плеврита, перикардита, пневмонита 5. длительно сохраняющийся подъем сегмента ST на ЭКГ	5
1.3.4.	Для купирования политопных, групповых желудочковых экстрасистол при ОИМ следует ввести: 1. лидокаин внутривенно струйно, затем капельно 200 мг	1

	2. этацин по 1т. х 3р. 3. АТФ внутривенно, струйно 12мг 4. новоканамид 5,0 мл с мезатоном 1,0 мл капельно 5. строфантин 0,05% раствор 1мл внутривенно	
1.3.5.	Какая из нижеперечисленных аритмий, осложняющих инфаркт миокарда, требует неотложных мероприятий? 1. миграция водителя ритма 2. пароксизмальная желудочковая тахикардия 3. синусовая тахикардия 4. синусовая брадикардия 5. атриовентрикулярная блокада I ст.	2
1.3.6.	Диагностический критерий хронической аневризмы сердца: 1. длительно сохраняющийся, «застывший» подъем сегмента ST на ЭКГ 2. выделение пенистой розовой мокроты во время кашля 3. появление одышки и приступов удушья в горизонтальном положении 4. систолическое дрожание в прекардиальной области 5. грубый голосистолический шум слева в нижней трети грудины.	1
1.3.7.	Диагностическим критерием хронической аневризмы сердца не является: 1. длительно сохраняющийся «застывший» подъем сегмента ST на ЭКГ 2. ЭхоКГ – акинезия стенки левого желудочка 3. левожелудочковая сердечная недостаточность, рефрактерная к терапии 4. грубый голосистолический шум слева в нижней трети грудины 5. ЭхоКГ – парадоксальное движение и истончение стенки левого желудочка.	4
1.4.1.	Для дилатационной кардиомиопатии характерно: 1. нормальные границы сердца 2. шум трения перикарда 3. парадоксальный пульс 4. расширение всех полостей сердца 5. диастолический шум на верхушке	4

1.4.2.	Для дилатационной кардиомиопатии не характерно: 1. ЭхоКГ – расширение всех полостей сердца 2. отеки на ногах 3. рентгенологически - выбухание талии (3-ей дуги) сердца 4. экстрасистолическая суправентрикулярная аритмия 5. верхняя граница сердца - в 3 межреберье	5
1.5.1.	Экссудативный перикардит на ЭхоКГ проявляется: 1. ЭхоКГ – свободным (негативным) пространством между эпикардом и перикардом 2. зоной гипокинеза миокарда левого желудочка 3. зоной акинеза миокарда левого желудочка 4. регургитацией в полость левого предсердия во время систолы 5. турбулентным движением крови через правый A-V клапан	1
1.5.2.	Что является критерием констриктивного перикардита: 1. одышка 2. повышенная утомляемость 3. повышение температуры тела с ознобом в вечернее время 4. застой в полых венах 5. боли в области сердца в положении больного лежа	4
1.5.3.	Какой из перечисленных рентгенологических признаков не характерен для экссудативного перикардита? 1. кардиомегалия 2. отсутствие дуг по контурам сердечной тени 3. усиление легочного рисунка 4. преобладание поперечных размеров сердца над «вертикальными» 5. «обеднение» легочного рисунка	3
1.5.4.	Какой признак характерен для констриктивного перикардита? 1. снижение сердечного выброса 2. наличие парадоксального пульса 3. нормальные размеры сердца 4. кальциноз перикарда 5. все перечисленное	5

1.5.5.	При подозрении на экссудативный перикардит в первую очередь следует провести исследование: 1. пункция перикарда 2. измерение ЦВД 3. ЭхоКГ 4. ФКГ 5. ЭКГ	3
1.5.6.	Критерием сухого перикардита не является: 1. шум трения перикарда 2. «некоронарогенные» боли в области сердца 3. усиление боли в области сердца при наклоне тела больного вперед 4. уменьшение боли в области сердца в положении больного сидя 5. парадоксальный пульс	5
1.5.7.	Критерием сухого перикардита является: 1. уменьшение боли при наклоне тела больного вперед 2. отеки на ногах 3. расширение границ сердца вверх и вправо 4. парадоксальный пульс 5. шум трения перикарда	5
2.1.1.	При амилоидозе органами –мишенями являются: а) почки; б) сердце; в) кишечник; г) селезенка; д) печень. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. а, г, д; 2. а, г; 3. а, д; 4. все ответы правильные; 5. а, б, г.	1
2.1.2.	Наиболее ранним признаком при амилоидозе почек является? 1. протеинурия; 2. гематурия; 3. лейкоцитурия; 4. цилиндрурия; 5. изостенурия.	1
2.1.3.	При амилоидозе почек достоверным методом диагностики является:	2

	1. общий анализ мочи 2. биопсия слизистой оболочки прямой кишки 3. определение общего белка и белковых фракций в сыворотке крови 4. УЗИ внутренних органов 5. определение фракций иммуноглобулинов.	
2.2.1.	Для хронического пиелонефрита не характерно: 1. лихорадка с ознобом 2. асимметрия поражения почек 3. лейкоцитурия 4. бактериурия 5. протеинурия более 3 г/сутки	5
2.2.2.	Диагностический критерий хронического пиелонефрита: 1. высокая протеинурия 2. поражение базальной мембраны клубочков 3. отеки на ногах 4. деформация чашечно-лоханочной системы 5. гематурия.	4
2.3.1.	Диагностическим критерием нефротического синдрома не является: 1. протеинурия более 3,5 г/сутки 2. гипоальбуминемия 3. гиперхолестеринемия 4. отеки на ногах 5. лейкоцитурия.	5
2.3.2.	При каком заболевании развивается нефротический синдром? 1. хронический гломерулонефрит 2. тромбоз почечных вен 3. деформирующий остеоартроз со вторичным синовитом 4. хронический пиелонефрит 5. гипертрофическая кардиомиопатия	1
2.3.3.	Нефротический синдром не бывает при: 1. системной красной волчанке 2. амилоидозе 3. хроническом гломерулонефрите 4. ревматоидном артрите 5. хроническом пиелонефрите.	5

2.3.4.	Для нефротического синдрома характерно: 1. лейкоцитурия; 2. протеинурия более 3,5 г в сутки; 3. гематурия; 4. цилиндрурия; 5. бактериурия.	2
2.3.5.	Причина гипопроteinемии при нефротическом синдроме: 1. потеря белка с мочой 2. потеря белка через отечную слизистую оболочку кишечника; 3. усиленный катаболизм глобулинов 4. усиленный синтез β - глобулинов 5. снижение синтеза альбуминов.	1
2.3.6.	К патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома относятся: а) диуретики; б) глюкокортикоиды; в) белковые препараты; г) цитостатики; д) антикоагулянты. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. б, д; 2. а, б, д; 3. б, г; 4. г, д; 5. б, г, д.	5
2.3.7.	Лечение нефротического синдрома цитостатиками показано при: а) мембранозном нефрите; б) узелковом периартериите; в) нагноительных заболеваниях; г) гломерулонефритах при системных заболеваниях; д) обострении латентной инфекции. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. а, б; 2. б, г; 3. а, г; 4. в, д; 5. а, б, г.	5
2.4.1.	Для хронической почечной недостаточности характерно: 1. гиперальбуминемия 2. дислипидемия 3. гиперкреатининемия 4. уробилинурия 5. гипербилирубинемия.	3

2.4.2.	Признаки, характерные для уремического перикардита: а) повышение температуры тела; б) боли в области сердца; в) шум трения перикарда; г) тахикардия; д) накопление геморагической жидкости в полости перикарда. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. все ответы правильные; 2. в, д; 3. б, в, г, д; 4. а, в, д; 5. в, г.	5
2.4.3.	Причина анемии при хронической почечной недостаточности: 1. снижение секреции эритропоэтина; 2. гемолиз; 3. дефицит фолиевой кислоты; 4. гиперкалиемия; 5. усиление выработки ренина.	1
2.4.4.	Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии хронической почечной недостаточности: 1. 140 мл/мин; 2. 20 мл/мин; 3. 80 мл/мин; 4. 120 мл/мин; 5. 50 мл/мин.	2
2.4.5.	Какая группа лекарственных препаратов не применяется при хронической почечной недостаточности: 1. гипотензивные средства; 2. антибиотики; 3. стероидные гормоны; 4. «калий-сберегающие» диуретики; 5. анаболические гормоны.	4
2.4.6.	Какой антибиотик целесообразно применять при хронической почечной недостаточности? 1. тетрациклин; 2. гентамицин; 3. пенициллин; 4. стрептомицин; 5. канамицин.	3
2.4.7.	Какое осложнение не встречается при гемодиализе?	3

	1. перикардит 2. невриты 3. артериальная гипертензия 4. остеодистрофии 5. инфекции.	
2.4.8.	Какая группа антибиотиков чаще вызывает острую почечную недостаточность? 1. пенициллины 2. цефалоспорины 3. аминогликозиды 4. макролиды 5. тетрациклин.	3
2.4.9.	При назначении нестероидных противовоспалительных препаратов причинами острой почечной недостаточности являются: а) потеря внутриклеточного кальция; б) препятствие синтезу простагландинов; в) массивная протеинурия; г) нарушение гемодинамики; д) снижение почечного кровотока. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. а, б; 2. а, б, д; 3. а, б, в, д; 4. г, д; 5. б, д;	5
2.4.10.	Указать этиологический фактор острой почечной недостаточности: 1. шок различного генеза 2. хронический гломерулонефрит 3. железодефицитная анемия 4. экссудативный перикардит 5. хронический панкреатит.	1
3.1.1.	Характерным лабораторным признаком экссудативного плеврита может служить: 1. стеаторея 2. тромбоцитопения 3. гипергликемия 4. гематурия 5. СОЭ – 30 мм. в час	5
3.1.2.	Указать жалобу, встречающуюся при сухом плеврите: 1. загрудинная боль при быстрой ходьбе	3

	2. приступ удушья в ночное время 3. боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании и кашле 4. одышка при вдыхании холодного воздуха 5. надсадный кашель с мокротой	
3.1.3.	Какой признак не характерен для экссудативного плеврита: 1. асимметрия движения грудной клетки 2. ослабление голосового дрожания и бронхофонии на стороне поражения 3. притупление легочного звука на стороне поражения 4. симметричность движения грудной клетки 5. дыхание не проводится на стороне поражения	4
3.1.4.	При каких заболеваниях обнаруживаются эозинофильные выпоты? А) пневмония; б) туберкулез; в) опухоли; г) глистные инвазии; д) травма. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. б, в, г 2. б, в, г, д 3. все ответы правильные 4. г 5. а, г	1
3.1.5.	Для какого заболевания характерен плевральный экссудат с лимфоцитозом и незначительным количеством мезотелиальных клеток? 1. опухоль - мезотелиома 2. ревматоидный артрит 3. туберкулез 4. лимфолейкоз 5. пневмония	3
3.1.6.	При каких заболеваниях наблюдается повышение уровня амилазы в плевральной жидкости? а) панкреатит; б) туберкулез; в) злокачественная опухоль; г) перфорация пищевода; д) ревматоидный артрит. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. а, б, д 2. а, д 3. а, в, д 4. а, б, д	5

	5. а, в, г	
3.1.7.	При каких заболеваниях чаще всего обнаруживают геморрагический плеврит? а) туберкулез; б) опухоль; в) травма грудной клетки; г) тромбоэмболия легочной артерии. Выберите правильную комбинацию ответов. - а, б, в, г - а, б. - а, б, г - а, г - б, в, г.	5
3.1.8.	При каких состояниях может появиться плевральный выпот? а) деструктивный панкреатит; б) цирроз печени с портальной гипертензией; в) поддиафрагмальный абсцесс; г) дивертикулез тонкого кишечника; д) опухоль яичников. Выберите правильную комбинацию ответов. - а, б, в, д - в, д - а, в, д - все ответы правильные - г, д	1
3.2.1.	Лечение пневмонии, вызванной легионеллой, проводится: - пенициллином - кефзолем - эритромицином - тетрациклином - гентамицином	3
3.2.2.	У служащей крупной гостиницы, оснащенной кондиционерами, остро повысилась температура до 40С, появились озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. Несколько дней назад сослуживец больной был госпитализирован с пневмонией. При рентгенографии легких у больной выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Какова вероятная причина пневмонии? - клебсиелла - легионелла - микоплазма пневмонии - палочка Пфейффера - золотистый стафилококк.	2

3.2.3.	Назовите возбудителей, вызывающих интерстициальные пневмонии: а) пневмококк; б) вирусы; в) микоплазма; г) стафилококк; д) риккетсии. Выберите правильную комбинацию ответов. - а, б, г; - б, г; - а, г; - в, д; - б, в, д.	5
3.2.4.	Наиболее частым возбудителем нозокомиальной (госпитальной) пневмонии у пожилых больных является: - клебсиелла - стафилококк - бледная трепонема - пневмококк - вирус простого герпеса.	1
3.3.1.	Какой показатель не изменяется при бронхиальной астме? - мощность вдоха; - МСВвыд.; - ОФВвыд.1; - ЖЕЛ - МВЛ	1
3.3.2.	Какие бронхорасширяющие препараты действуют преимущественно на В₂- адренорецепторы легких? а) адреналин; б) эфедрин; в) изадрин (изопротеренол); г) сальбутамол; д) беротек. Выберите правильную комбинацию ответов. - а, в, г, д - б, г, д - а, г, д - б, г - г, д	5
3.3.3.	Для атопической формы бронхиальной астмы характерно: а) часто развивается в пожилом возрасте; б) сочетается с другими атопическими заболеваниями; в) повышен уровень IgE в крови; г) понижен уровень IgE в крови; д) характерна эозинофилия крови. Выберите правильную комбинацию ответов. - б, в, г, д - в, д - а, д	5

	4. а, в, д 5. б, в, д	
3.3.4.	С целью уменьшения легочной гипертензии у больного с инфекционно- зависимой формой бронхиальной астмы, могут использоваться препараты: а) изосорбида динитрат; б) нифедипин; в) пропранолол; г) каптоприл; д) эуфиллин. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. г, д 2. а, б, г, д 3. а, г, д 4. б, д 5. в, д	2
3.3.5.	Приступ удушья при астме физического усилия возникает: 1. при вдыхании влажного воздуха; 2. при приеме аспирина; 3. после физической нагрузки; 4. при употреблении citrusовых продуктов; 5. после ОРВИ.	3
3.3.6.	Какие лекарственные препараты могут ухудшить состояние больного с аспириновой формой бронхиальной астмы? а) беродуал; б) теофиллин; в) теофедрин; г) дитэк; д) диклофенак. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. а, б 2. а, б, г 3. а, в, д 4. б, в, д 5. в, д	5
3.3.7.	При бронхиальной астме не следует назначать: 1. эуфиллин 2. ингакорт 3. беротек 4. пропранолол 5. сальбутамол	4
3.3.8.	Какой из перечисленных признаков не характерен для аспириновой астмы: 1. приступ удушья 2. полипоз носа 3. непереносимость продуктов, содержащих тартазин	5

	4. непереносимость аспирина 5. амфорическое дыхание над легкими	
3.3.9.	У больного К, 43 лет при ходьбе быстрым шагом через 15 мин. появляется сухой надсадный кашель, который затем переходит в приступ экспираторной одышки со свистящим дыханием. О каком заболевании может идти речь? 1. аспирин-зависимая форма бронхиальной астмы 2. атопическая форма бронхиальной астмы 3. бронхиальная астма физических усилий 4. профессиональная бронхиальная астма 5. первичная эмфизема легких	3
3.3.10.	Назовите препарат, применяемый для купирования бронхиальной астмы физических усилий: 1. аспирин 2. коринфар 3. нитроглицерин 4. анаприлин 5. индометацин	2
3.3.11.	Какая терапия используется для лечения больных с бронхиальной астмой тяжелого течения? а) ежедневное введение противовоспалительных препаратов; б) нерегулярные ингаляции В2- агонистов короткого действия; в) ежедневное введение бронходилататоров пролонгированного действия; г) частое применение системных глюкокортикоидов. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. а, в 2. б, г 3. в, г 4. а, в, г 5. а, б	4
3.3.12.	Какие побочные явления развиваются при использовании ингаляционными глюкокортикоидами в средних терапевтических дозах? А) кандидоз ротоглотки; б) язвы желудочно-кишечного тракта; в) дисфония; г) стероидный диабет; д) частые инфекции носоглотки. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. а, в 2. а, б, г, д 3. все ответы правильные	1

	4. а, д 5. а, б, д	
3.3.13.	К осложнениям бронхиальной астмы не относят: 1. хроническое легочное сердце 2. эмфизема легких 3. легочная недостаточность 4. правожелудочковая сердечная недостаточность 5. кифосколиоз	5
3.3.14.	Для атопической формы бронхиальной астмы характерно: А) часто развивается в пожилом возрасте; б) сочетается с другими атопическими заболеваниями; в) повышен уровень IgE в крови; г) понижен уровень IgE в крови; д) характерна эозинофилия крови. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. б, в, г, д 2. в, д 3. а, д 4. а, в, д 5. б, в, д	5
3.4.1.	В лечении какого заболевания может использоваться альфа-1 антитрипсин? 1. сердечная астма 2. синдром бронхиальной обструкции токсического генеза 3. первичная эмфизема легких 4. лимфогранулематоз 5. эхинококкоз легких	3
3.4.2.	Укажите симптомы обострения ХОЗЛ: 1. отсутствие нарастания одышки 2. нормальная переносимость физической нагрузки 3. увеличение показателей пикфлоуметрии 4. уменьшение индекса Тиффно-Вотчала 5. отделение мокроты	4
3.4.3.	При каком заболевании наиболее эффективно проведение бронхоскопического дренажа с лечебной целью? 1. бронхиальная астма с высоким уровнем IgE в крови 2. хронический гнойный бронхит	2

	3. прогрессирующая эмфизема легких при дефиците ингибитора альфа-1 антитрипсина 4. экзогенный фиброзирующий альвеолит 5. бронхолегочный аспергиллез	
3.4.4.	Какие препараты следует назначить больному с хроническим бронхитом и легочной гипертензией? а) нитросорбид; б) каптоприл; в) нифедипин; г) сердечные гликозиды; д) длительная кислородотерапия. Выберите правильную комбинацию ответов. 1. б, г 2. б, в, г 3. а, в, д 4. все ответы правильные 5. г, д	2
3.4.5.	Вторичная эмфизема является осложнением: 1. бронхиальной астмы легкого течения 2. бронхоэктатической болезни 3. хронического обструктивного бронхита 4. очаговой пневмонии 5. очагового туберкулеза легких	3
3.4.6.	Основным патогенетическим значением в развитии первичной эмфиземы легких является: 1. острые заболевания дыхательной системы 2. хронические болезни бронхо-легочного аппарата 3. функциональное перенапряжение аппарата дыхания 4. возрастная инволюция эластической ткани легких 5. дефицит альфа-1 антитрипсина	5
3.4.7.	Признаком тяжелого течения ХОЗЛ является: 1. ПСВ и ОФВ1 менее 50 % от должной величины 2. появление ночных приступов удушья 3. периодически возникающая одышка 4. вариабельность пикфлоуметрии – 22% 5. субфебрильная температура	1
3.5.1.	В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем не применяют:	3

	1. инфузию растворов нитроглицерина 2. блокаторы кальциевых каналов 3. сердечные гликозиды 4. антагонисты альдостерона 5. кровопускание с последующим введением реополиглюкина.	
3.5.2.	При декомпенсированном хроническом легочном сердце не бывает: 1. расширения правой границы сердца 2. прекордиальной и эпигастральной пульсаций 3. усиленного верхушечного толчка 4. набухших шейных вен 5. акцента 2 тона над легочной артерией	3
3.5.3.	При декомпенсированном легочном сердце не бывает: 1. набухания шейных вен 2. одышки при физической нагрузке 3. диффузного цианоза 4. отеков ног 5. усиленного верхушечного толчка	5
3.5.4.	Этиологическим фактором развития легочного сердца является: 1. ХОЗЛ 2. инфаркт миокарда, осложненный застоем крови в малом круге кровообращения 3. недостаточность митрального клапана с выраженным застоем крови в малом круге кровообращения 4. гипертоническая болезнь высокого риска с левожелудочковой сердечной недостаточностью 5. атеросклероз аорты и периферических сосудов	1
3.5.5.	Назовите критерий хронического легочного сердца: 1. «S-тип» гипертрофии правого желудочка сердца на ЭКГ 2. гипертрофия левого желудочка на ЭКГ. 3. гипертрофия правого предсердия на ЭКГ 4. гипертрофия мышцы левого желудочка на ЭхоКГ 5. гипертрофия мышцы межжелудочковой пере-	1

	городки на ЭхоКГ	
4.1.1.	Тофус – это: 1. отложение холестерина в тканях 2. отложение уратов в тканях 3. остеофиты 4. гранулемы воспаления 5. воспалительное уплотнение подкожной клетчатки	2
4.1.2.	Положительный диагностический тест ежечасного перорального приема колхицина наблюдается при: 1. ревматоидном артрите 2. артрите при болезни Бехтерева 3. подагрическом артрите 4. артрите при болезни Рейтера 5. ревматическом артрите.	3
4.1.3.	Критериями диагноза подагры являются: а) узелки Бушара; б) двусторонний сакроилеит; в) тофусы; г) гиперурикемия; д) припухание и боль в 1 плюснефаланговом суставе. Выбрать правильную комбинацию ответов: 1. а, б 2. б, в 3. в, г 4. а, б, в 5. в, г, д	5
4.1.4.	Диагностическим критерием подагры не является: 1. повышение содержания мочевой кислоты в сыворотке крови 2. наличие тофусов 3. обнаружение кристаллов уратов в синовиальной жидкости 4. наличие в анамнезе острого артрита (чаще - 1 плюснефалангового сустава) 5. утренняя скованность суставов более 2 часов	5
4.1.5.	Базисная терапия подагры включает: 1. аллопуринол 2. преднизолон 3. индометацин 4. пеницилин 5. гемодез	1

4.1.6.	Диагностический критерий подагры: 1. узелки Бушара 2. наличие тофусов 3. повышение титров АСЛ-О 4. остеофитоз 5. утренняя скованность более 2 часов	2
4.2.1.	Какие признаки характерны для артроза: а) механические (стартовые) боли; б) хруст в суставе; в) повышение кожной температуры над суставами; г) гиперпигментация кожи над пораженными суставами; д) симметричность поражения суставов. Выбрать правильную комбинацию ответов: 1. а, б 2. б, в 3. в, г 4. а, б, в 5. в, г, д	1
4.2.2.	Что не является критерием деформирующего остеоартроза? 1. боль в суставах, возникающая после механической нагрузки 2. симптом «блокады» сустава 3. утренняя скованность суставов менее 60 минут 4. остеофитоз 5. утренняя скованность суставов более 2 часов	5
4.2.3.	Узелки Бушара являются критерием остеоартроза: 1. проксимальных межфаланговых суставов кисти 2. дистальных межфаланговых суставов кисти 3. коленного сустава 4. первого плюснефалангового сустава 5. локтевого сустава	1
4.2.4	Деформирующему остеоартрозу без синовита присущи: 1. анемия 2. лейкоцитоз 3. лейкопения 4. тромбоцитопения 5. нормальные показатели крови	5
4.2.5.	Признаками остеоартроза являются: а) остеопороз; б) множественные эрозии суставных поверхностей; в) остеофиты; г) сужение суставной щели; д) остеосклероз. Вы-	

	брать правильную комбинацию ответов: 1. а, б 2. б, в 3. в, г 4. а, б, в 5. в, г, д	5
4.2.6.	Базисной терапией остеоартроза являются: а) преднизолон; б) индометацин; в) румалон; г) артепарон; д) делагил. Выбрать правильную комбинацию ответов: 1. а, б 2. б, в 3. в, г 4. а, б, в 5. в, г, д	3
4.2.7.	Для деформирующего остеоартроза характерно: 1. наличие тофусов 2. повышение титров АСЛ-О 3. ульнарная девиация 4. остеофиты 5. утренняя скованность более 2 часов	4
4.3.1.	Диагностическими признаками склеродермии являются: а) очаговый и диффузный нефрит; б) синдром Шегрена; в) синдром Рейно; г) склеродермический гломерулосклероз; д) полиневрит. Выбрать правильную комбинацию ответов: 1. а, б 2. б, в 3. в, г 4. а, б, в 5. в, г, д	3
4.3.2.	Ведущим синдромом поражения сердечно-сосудистой системы при системной склеродермии является: 1. митральный стеноз 2. аортальная недостаточность 3. экссудативный перикардит 4. крупноочаговый кардиосклероз 5. асептический бородавчатый эндокардит Либмана – Сакса.	4
4.3.3.	Для суставного синдрома при системной склеродермии наиболее характерными являются: а) кальциноз мягких	

	тканей суставов пальцев; б) остеолит ногтевых фаланг; в) остеофитоз; г) поражение крупных суставов; д) спондилит. Выбрать правильную комбинацию ответов: 1. а, б 2. б, в 3. в, г 4. а, б, в 5. в, г, д	1
4.3.4.	К дополнительным диагностическим признакам склеродермии относятся: а) базальный пневмосклероз; б) поражение желудочно-кишечного тракта; в) телеангиоэктазии; г) гиперпигментация кожи; д) остеолит. Выбрать правильную комбинацию ответов: 1. а, б 2. б, в 3. в, г 4. а, б, в 5. в, г, д	3
4.4.1.	Патогномоничными признаками при дерматомиозите следует считать: а) параорбитальный отек; б) пурпурно-лиловая эритема век; в) стойкая шелушащаяся эритема над пястно-фаланговыми и проксимальными межфаланговыми суставами; г) васкулитная «бабочка»; д) кольцевидная эритема. Выбрать правильную комбинацию ответов: 1. а, б 2. б, в 3. в, г 4. а, б, в 5. в, г, д	4
4.4.2.	Какие лабораторные показатели имеют наибольшее значение при дерматомиозите: а) холестерин; б) КФК; в) креатинурия; г) мочевая кислота; д) щелочная фосфатаза. Выбрать правильную комбинацию ответов: 1. а, б 2. б, в 3. в, г 4. а, б, в 5. в, г, д	2
4.4.3.	Какой препарат является основным в лечении дерматомиозита:	

	1. азатиоприн 2. коринфар 3. преднизолон 4. делагил 5. колхицин	3
4.5.1.	Острое течение узелкового периартериита купируется: 1. антибиотиками 2. плаквенилом 3. преднизолоном и циклофосфамидом 4. Д-пеницилламином 5. бруфеном	3
4.5.2.	Поражение почек при узелковом периартериите может включать: а) некроз коркового слоя; б) папиллярный некроз; в) изолированный мочевого синдром; г) гломерулонефрит с нефротическим синдромом; д) амилоидоз. Выбрать правильную комбинацию ответов: 1. а, б 2. б, в 3. в, г 4. а, б, в 5. в, г, д	3
4.5.3.	Из поражений сердца при узелковом периартериите типичным является: 1. сухой перикардит 2. миокардит 3. крупноочаговый кардиосклероз 4. фибропластический эндокардит 5. коронарит	5
5.1.1	При отсутствии кровоточивости причиной анемии при остром лейкозе является: 1. дефицит железа 2. гиперспленизм 3. гепато- спленомегалия 4. подавление нормальных ростков кроветворения опухолевыми клетками 5. лимфоаденопатия	4
5.1.2	Для железodefицитной анемии характерно: 1. мегалобластный тип кроветворения 2. снижение концентрации железа в сыворотке крови	2

	3. панцитопения 4. нормохромия эритроцитов 5. эозинофилия	
5.1.3	Для железодефицитной анемии не характерно: 1. мегалобластический тип кроветворения 2. извращение вкуса (Pica chlorotica) 3. выпадение волос 4. мягкость и ломкость ногтей 5. снижение железа сыворотки крови	1
5.1.4	Для апластической анемии не характерно: 1. геморрагический синдром 2. анемический синдром 3. язвенно-некротический синдром 4. сидеропенический синдром 5. инфекционные осложнения	4
5.1.5	Главным в развитии В ₁₂ -дефицитной анемии является: 1. хроническая кровопотеря 2. поражения тонкого кишечника 3. отсутствие секреции внутреннего фактора Кастла 4. переливание несовместимой крови 5. туберкулез	3
5.1.6	Гемотрансфузия при железодефицитной анемии применяется: 1. женщинам с обильной менструацией 2. беременной, с содержанием Нв выше 80 г/л 3. донорам, у которых развилась анемия 4. при необильных геморрагических кровотечениях 5. при анемической коме.	5
5.2.1	Для острого лейкоза не характерно: 1. бластные клетки в костном мозге менее 5% 2. бластные клетки в периферической крови более 5% 3. лейкоиды на коже 4. панцитопения 5. лихорадка	1
5.2.2	Для хронического лимфолейкоза характерно: 1. тени Боткина-Гумпрехта 2. ретикулоцитоз 3. эозинофилия	1

	4. лейкопения 5. плазматические клетки в крови	
5.3.1	При миеломной болезни субстратом опухоли являются: 1. эритроциты 2. тромбоциты 3. моноциты 4. нейтрофилы 5. плазматические клетки	5
6.1.1	Стойкое повышение желудочной секреции, диарея и изъязвление слизистой оболочки желудка указывают на: 1. синдром Золлингера-Эллисона 2. язвенную болезнь с локализацией в желудке 3. неспецифический язвенный колит 4. язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе 12-перстной кишки 5. хронический панкреатит	1
6.1.2	Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для: 1. острого гастрита 2. аутоиммунного гастрита 3. гранулематозного гастрита 4. болезни Менетрие 5. хелико-бактерной инфекции в подслизистой оболочке	5
6.1.3	Какой тест является диагностическим при синдроме Золлингера-Эллисона? 1. базальная кислотопродукция желудка 2. максимальная кислотопродукция желудка 3. уровень гастрина в крови 4. данные эзофаго-гастро-дуоденоскопии 5. биопсия слизистой оболочки желудка	3
6.1.4	Фактором, не влияющим на возникновение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, является: 1. гиперсекреция соляной кислоты 2. дуоденит 3. заболевание желчного пузыря 4. хелико-бактерная инфекция 5. курение	3

6.1.5	Включение белковых пищевых продуктов в диетотерапию язвенной болезни приводит к: 1. снижению агрессивности желудочного содержимого 2. повышению агрессивности желудочного содержимого 3. агрессивность желудочного содержимого не изменится 4. понижению слизисто-бикарбонатного барьера 5. диарее	1
6.1.6	Желудочную секрецию снижает: 1. фамотидин 2. кофеин 3. метронидазол 4. фестал 5. но-шпа	1
6.1.7	Омепразол относится к группе препаратов: 1. адреноблокаторы 2. м-холиноблокаторы 3. блокаторы гистаминовых H₁-рецепторов 4. блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов 5. блокаторов протонного насоса (помпы)	5
6.1.8	К эндоскопическому признаку хелико-бактериоза желудка не относят: 1. отек слизистой желудка, гиперемия, экссудацию 2. внутрислизистые кровоизлияния 3. плоские и/или приподнятые эрозии в зоне наиболее выраженного воспаления 4. выраженную деструкцию поверхностного эпителия в периаульцерозной зоне с образованием эрозий 5. полипоз желудка	5
6.1.9	Что из перечисленного ниже не характерно для симптоматических язв желудка? 1. локализация язв 2. определенная связь язв с приемом медикаментов 3. отсутствие рецидивирующего течения язв 4. язвы хорошо поддаются медикаментозной те-	5

	рапии 5. язвы часто пенетрируют	
6.1.10	Обострение неосложненной язвенной болезни желудка не проявляется: 1. «голодными» болями в эпигастрии 2. «ночными», «голодными» болями 3. положительным терапевтическим эффектом медикаментозной терапии 4. четкой связью «голодных» болей эпигастрии с приемом пищи 5. рвотой пищей, съеденной накануне	5
6.1.11	Для постбульбарной локализации язвы не характерно появление: 1. болей через 3-4 часа после еды 2. болей с иррадиацией в левое или правое под-реберье 3. «пульсирующих » болей 4. кровотечения 5. положительного эффекта от приема антацидов	5
6.1.12	Мужчина 50 лет 3 года страдает язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. Очередное обострение началось с болей в эпигастриальной области и осложнилось кровотечением. За 4 недели консервативного лечения зантаксом язва зарубцевалась, но остался эрозивный антральный гастрит. Ваша врачебная тактика? 1. прерывистая курсовая терапия гастроцепином 2. поддерживающая терапия зантаксом в течение длительного времени 3. хирургическое лечение 4. терапия солкосерилом 5. определение helicobacter pillory и при положительном результате – антибактериальная терапия с приемом Де-нола.	5
6.1.13	Для пенетрации язвы 12-перстной кишки не характерно: 1. усиление болевого синдрома 2. изменение характерного ритма возникновения болей 3. уменьшение ответной реакции на прием антацидов	4

	4. появление мелены 5. появление ночных болей в эпигастральной области	
6.1.14	Признаком перфорации язвы является: 1. лихорадка 2. рвота 3. изжога 4. болезненная ригидность передней брюшной стенки 5. гиперперистальтика кишечника	4
6.1.15	Причиной приобретенного стеноза привратника является: 1. рак желудка 2. язвенная болезнь 12-перстной кишки 3. гипертрофия мышц привратника желудка 4. пролапс слизистой оболочки 12-перстной кишки через пилорический канал 5. доброкачественный полип желудка	2
6.1.16	Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является: 1. рвота желчью 2. урчание в животе 3. рвота накануне съеденной пищей 4. выраженное вздутие живота 5. постоянная диарея	3
6.1.17	При возникновении пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается уровень: 1. амилазы 2. липазы 3. глюкозы 4. щелочной фосфатазы 5. гаммаглутамилтранспептидазы	1
6.1.18	У больного, страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последние 3 месяца появилась тяжесть в эпигастрии после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, прогрессивная потеря веса. Ваше предположение: 1. органический стеноз пилорoduodenальной зоны	1

	2. функциональный стеноз привратника 3. рак желудка 4. пенетрация язвы 5. перфорация язвы	
6.1.19	«Излюбленным» органом-мишенью перфорации язвы желудка является: 1. желчный пузырь 2. печень 3. малый сальник 4. большой сальник 5. поджелудочная железа	5
6.1.20	Компенсированный стеноз привратника проявляется: 1. рвотой, приносящей облегчение 2. «шумом плеска» при физикальном обследовании 3. судорогами в скелетных мышцах 4. хроническими запорами 5. упорной диареей	1
6.1.21	Декомпенсированный стеноз привратника проявляется: 1. частой рвотой, сопровождающейся прогрессирующим истощением 2. удовлетворительным общим состоянием больных 3. отрыжкой кислым содержимым 4. упорной диареей 5. постоянным метеоризмом	1
6.1.22	Осложнением язвенной болезни не является: 1. малигнизация 2. пенетрация 3. перфорация 4. кровотечение 5. синдром Золлингера-Эллисона	5
6.1.23	Для тяжелой степени Демпинг-синдрома не характерно: 1. больной вынужден принимать пищу лежа (в горизонтальном положении) 2. учащение пульса более 30 в мин после приема пищи 3. прогрессирующее похудание (дефицит массы тела более 10 кг)	5

	4. полная утрата трудоспособности 5. трудоспособность сохранена	
6.1.24	Больной 62 лет обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, особенно с неприязнью к белковой и мясной пище, постоянные боли в подложечной области, потерявшие связь с прием пищи и похудание. Анамнез – длительно наблюдается по поводу «нерубцующейся» язвы желудка. Ваше предположение: 1. стеноз выходного отдела желудка 2. рак желудка 3. пенетрация язвы 4. перфорация язвы 5. кровотечение	
6.2.1	Неспецифический язвенный колит проявляется: 1. болями в животе 2. наличием крови в кале 3. нарушением функции кишечника 4. анемией 5. всеми перечисленными симптомами	5
6.2.2	Базисной терапией неспецифического язвенного колита являются:	5

	1. антибиотики 2. производные 5-аминосалициловой кислоты 3. кортикостероиды 4. цитостатики 5. сочетание кортикостероидов с цитостатиками	
6.3.1	Болезнь Крона осложняется: 1. формированием фистул и свищей 2. кишечным кровотечением 3. токсическим мегаколоном 4. кишечной непроходимостью 5. всеми вышеперечисленными	5

ЗАДАЧИ
К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»
специальность «ПЕДИАТРИЯ».

ЗАДАЧА №

65-летний мужчина в магазине потерял сознание и упал. Доставлен в больницу. В приемном отделении больной пришел в сознание и жалуется на боли в левом локте, который ушиб при падении. При опросе выяснилось, что перед обмороком не было каких-либо ощущений. Раньше у него наблюдались легкие головокружения во время физических перегрузок. Развитие обморока пациент ни с чем не связывает. В течение последних 2-3 лет у него отмечались боли в области сердца при ходьбе. При обращении к врачу прошел велоэргометрию, изменений не выявлено. Слышал, что у него какой-то шум в области сердца, но врачи не рекомендовали постоянного лечения. Отец пациента скончался в 60-летнем возрасте от сердечного приступа.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 88 в мин. АД 110/78 мм рт.ст. Кожные покровы сухие, теплые. Над легкими хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 1 тон сохранен, 2 тон приглушен, над аортой выслушивается систолический шум, проводящийся на сонные артерии.

На ЭКГ – ритм правильный, горизонтальное положение ЭОС. Признаков ишемии миокарда нет. ЭХОКГ – кальцификаты на створках аортального клапана. Признаков гипертрофии нет.

Вопросы:

1. Что вы считаете важным в том, как начался и закончился обморок?
2. Обсудите возможные причины потери сознания у данного пациента.
3. Что вы считаете значимым в клинике пациента, проведенном нагрузочном тесте, наследственном факторе и сердечном шуме?
4. Какие результаты исследований являются значимыми?
5. Какие дополнительные исследования нужно провести и дальнейшая тактика?

ЗАДАЧА №

Больной Т. 54 лет жалуется на повышение температуры тела до 38° С, боли за грудиной, резкую слабость, одышку, отеки лица и ног. Заболевание ревматизмом и другие заболевания отрицает. Со слов АД было нормальным. Из анамнеза: 2-3 недели назад лечил парадонтоз.

Объективно: бледность кожи и слизистых оболочек, пульсация сонных артерий, на конъюнктиве нижнего века симптом Лукина. В легких жесткое дыхание, в нижних отделах влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Верхушечный толчок в 6 м/р по передне-подмышечной линии ослаблен. Границы сердца расширены влево. Во II м/р справа у грудины диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии, ЧСС-90 в мин, ритмичный, АД-140/50 мм рт.ст. Печень на 4 см ниже реберной дуги. Пальпируется селезенка у края левой реберной дуги, мягкая, болезненная.

Анализы: Общие анализы крови: Нв-86 г/л, эрит-2,3х10¹²/л, ЦП-0,63. Лейкоциты-5,0х10⁹/л, п-6, сегмент-64%, лимфоциты-21%, моноциты-5%. СОЭ-73 мм/ч. Общий белок-69,8 г/л, А-47%, глоб-53%, α1-5%, α2-14%, β-9%, γ-25%. Коэф А/Г-0,89. Общий анализ мочи: кислая, уд.вес-1010. Белок-500 мг/л. Лейк-5-6 в п/з. Эритроциты свежие и измененные покрывают все поле зрения.

Р-скопия органов грудной клетки: сердце расширено в поперечнике, больше влево, подчеркнута сердечная талия, увеличена площадь соприкосновения сердца с диафрагмой, атриовазальный угол справа смещен вниз за счет расширения восходящего отдела и дуги аорты.

В клинике состояние больного оставалось тяжелым: появились сжимающие боли за грудиной, повысилась температура тела до 39° С, появился шум трения перикарда на ограниченном участке в III-IV м/р у левого края грудины и на ЭКГ очаговые изменения передней стенки левого желудочка, дважды наблюдались приступообразные боли в левом подреберье с двухдневным шумом трения брюшины.

Вопросы:

1. О патологии какой системы идет речь?
2. Чем обусловлена артериальная гипертензия?
3. Сформулируйте предварительный диагноз?
4. Какие обследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты?
5. Какие осложнения наблюдались у больного?
6. Тактика ведения больного.

ЗАДАЧА №

Больной 64 лет внезапно потерял сознание на улице. Прохожим вызвана бригада скорой помощи. К приезду бригады больной в сознании, жалуется на слабость, головокружение, подташнивание.

При осмотре выявляется бледность кожных покровов. Отмечается сыпь на голове и ушиб правого локтя. Периферических отеков нет. ЧСС – 44 в мин. АД - 136/70 мм рт.ст. При аускультации тоны сердца разной звучности.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Возможные причины потери сознания?
3. Неотложные мероприятия во время потери сознания?
4. Ваша дальнейшая тактика.

ЗАДАЧА №

Обратились родители больной девочки 10 лет. Неделю назад родители заметили, что девочка стала постоянно гримасничать и “дергаться”, не сидит на месте ни одной минуты спокойно. Мать сообщила, что девочка часто болеет ангинами, перенесла “ревматический эндокардит”. Настоящему заболеванию предшествовала ангина. Наследственность неотягощена.

Объективно: танцующая походка, гиперкинезы в лице, конечностях, туловище. Гипотония мышц.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Этиология заболевания?
3. Как уточнить диагноз?
4. Показана ли госпитализация?
5. Препаратами каких групп необходимо проводить лечение?

ЗАДАЧА №

Больной 32 лет вызвал на дом скорую медицинскую помощь по поводу усиления одышки, сердцебиения, отеков ног, нарастающих в течение последних 2 недель, внезапно возникли сильные боли в левой ноге. В течение 10 лет наблюдается у кардиолога по поводу сочетанного митрального порока сердца. Последний год регулярно принимает дигоксин по 0.25 мг 2 раза в день, фуросемид 0.04 ежедневно.

При поступлении больной стонет, беспокоен. При осмотре: акроцианоз, шейные вены вздуты. ЧДД в покое - 26 в мин. ЧСС - 84-96 в мин., пульс - 76-82 в мин., аритмичный. При аускультации: на верхушке сердца хлопающий I-ый тон, слабый систолический и грубый диастолический шум, акцент и раздвоение II-го тона на легочной артерии. В базальных отделах легких выслушиваются незвучные мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень - + 6 см., эластичная, болезненная при пальпации. Отеки голеней, стоп. Левая стопа и голень мраморной окраски. Вены на стопе пустые (“симптом канавки”). Движения в пальцах и голеностопном суставе ограничены. Наступать на ногу не может. Пальпаторно: стопа и голень холодные. Пульс на дорзальной, заднеберцовой и подколенных артериях не определяется, на бедренной усилен. Тактильная и болевая чувствительность снижены, глубокая - сомнительна. Левая икроножная мышца мягкая, нормальной плотности, слегка болезненная при сдавливании.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените состояние кровообращения.
3. Укажите причину ухудшения состояния больного и нарушения ритма
4. Имеются ли данные за митральный стеноз?
5. Какие специальные дополнительные методы исследования показаны?
6. Тактика ведения больного.

ЗАДАЧА №

Больной К. 28 лет жалуется на одышку в покое, кашель со слизистой мокротой в небольшом количестве, ознобы несколько раз в течение дня, сменяющиеся профузной потливостью, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки.

Заболел 4 дня назад, когда после простуды появились болезненное ощущение в груди, больше справа (не мог вдохнуть «полной грудью»), озноб и сухой кашель. С каждым днем кашель становился интенсивнее, стал надсадным. Каждый день ознобы и сильная потливость, прогрессивно нарастала одышка.

Объективно: выраженный диффузный цианоз лица, шеи, верхнего плечевого пояса. Кожные покровы влажные. Дыхание частое, поверхностное – ловит воздух ртом, ЧД - 42 в мин. Правая половина грудной клетки не участвует в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание справа ниже 4 ребра не проводится, перкуторно – тупость с 3 ребра, дыхание и бронхофония здесь же не прослушиваются. Слева - перкуторно легочный звук, дыхание проводится. Набухшие шейные вены не пульсируют. Права граница сердца по правому краю грудины, левая - на 2,0 см кнаружи от СКЛ. ЧСС - 140 в мин., тоны сердца глухие, ритм галопа. АД - 100/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Чем обусловлена тяжесть состояния пациента?
2. Чем можно объяснить особенность лихорадки?

3. В чем особенность данных физикального обследования?
4. В консультации каких специалистов нуждается пациент?
5. Тактика обследования и лечения.

ЗАДАЧА №

Больная А.Х. 32 лет находится на лечении в терапевтическом отделении больницы: жалобы на кашель в течение дня с мокротой в виде единичных плевков с прожилками крови. Сильные ознобы в течение дня сменяются проливными потами. Нелокализованные боли в грудной клетке при дыхании с обеих сторон.

С косметических соображений 4 дня назад выдавила прыщик на левой щеке: к концу дня появилась болезненная припухлость щеки, озноб, боли в левой половине лица при жевании. На 2 день – резкий отек левой половины лица, ознобы с температурой 40°C, а к вечеру внезапно появились боли в груди и сухой кашель. Стоматологом вскрыта флегмона левой щеки, назначен пенициллин в больших дозах, но, несмотря на лечение, состояние прогрессивно ухудшалось.

Объективно – лихорадочный цианотичный румянец щек, частое (42 в 1 мин) дыхание. Над легкими – везикулярное дыхание, с обеих сторон в подключичной области – ослабленное и здесь же влажные единичные хрипы. ЧСС – 110 в 1 мин, ритм правильный АД – 110/60 мм рт.ст. Печень и селезенка – не увеличены. Экспресс- посев содержимого флегмоны – стафилококк.

Вопросы:

1. В чем особенность лихорадочного синдрома?
2. В чем причина неэффективности антибактериального лечения?
3. Чем объяснить кашлевой синдром и боли в грудной клетке?
4. Предположение о характере болезни.
5. Тактика обследования и лечения.
6. Консультация какого специалиста необходима?

ЗАДАЧА №

Больная Н. 17 лет, жительница села, жалуется на постоянный кашель в течение дня, больше по утрам, с выделением мокроты желто-зеленого цвета до 150 мл в сутки. В мокроте – твердые кусочки, прожилки крови, сладковатая на привкус. Познание в течение дня, значительное похудание. Снижение аппетита.

Больна с детства – частые простуды и освобождения от физкультуры в школе. Под утро просыпается от надсадного кашля с мокротой. Всякий раз лечится гентамицином в сельской больнице без заметного эффекта. На «руках» - флюорограмма.

Объективно: пониженного питания. «Гусиная» кожа, землистого оттенка. Грудная клетка – воронкообразная, правая ее половина западает. Глубокое дыхание вызывает кашель с мокротой, она отделяется с первого кашлевого толчка. Над легкими – жесткое дыхание, рассеянные сухие разнотембровые хрипы, справа книзу от угла лопатки - влажные разнокалиберные звучные хрипы, меняются в количестве и тембре после кашля. ЧД – 32 в 1 мин. Границы сердца в норме, ЧСС – 86 в 1 мин, АД – 110/60 мм рт.ст. Печень и селезенка – не увеличены.

Вопросы:

1. Ваше мнение о лечении больной в местной больнице?
2. Чем объяснить особенность хрипов после кашля?
3. Предположение о характере болезни.
4. Тактика обследования.
5. Тактика лечения.
6. Консультация какого специалиста необходима?

ЗАДАЧА №

Больная П. 45 лет госпитализирована в порядке «скорой помощи» с жалобами на острую боль в поясничной области, больше справа, с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область и внутреннюю поверхность бедра, задержку мочеиспускания. Из анамнеза: в течение многих лет страдает мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом.

Объективно: повышенного питания, пастозность лица, повышение температуры тела до 37,3°C, на веках – ксантелазмы. Над легкими и сердцем – без патологических изменений. ЧД – 22 в 1 мин., ЧСС – 98 в 1 мин. АД 160/100 мм рт.ст. Язык влажный, коричневый, обложен «грязным» налетом. Живот мягкий, болезненный во фланках, больше справа. Синдром раздражения брюшины сомнительный. Симптом поколачивания по 12 ребру положительный с обеих сторон, больше справа.

Общий анализ мочи: мало мочи, светлая, реакция мочи щелочная, удельный вес 1010, белок 0,1 г/л, лейкоциты - сплошь в поле зрения.

После введения «спазмолитиков» никаких позывов на мочеиспускание нет. Болевые ощущения утихли. Больная мечется.

Вопросы:

1. Чем обусловлен эпизод острых болей в поясничной области и задержки мочеиспускания?
2. Интерпретируйте данные физикального обследования больной.

3. Интерпретируйте результаты исследования мочи.
4. Предварительный диагноз больной.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения характера поражения почек?
6. Консультация какого специалиста необходима и какова тактика ведения больной?

ЗАДАЧА №

Женщина 48 лет жалуется на ноющие боли в правом подреберье после приема жирной пищи, периодически с последующим повышением температуры, тошнотой, рвотой. Впервые появились подобные боли после последней беременности, 10 лет назад. В последние 3 года присоединились периодически желтуха, зуд кожи, субфебрилитет, боли в суставах и костях. В течение последних 2-х месяцев – постоянная желтуха.

При осмотре: на коже груди и живота отмечаются расчёсы. Печень выступает на 3 см из подреберья, болезненная, плотная, край закруглен. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Какие синдромы имеются у больной?
2. Какая форма желтухи имеется у больной?
3. С какой желтухой необходимо дифференцировать? Какова тактика ведения пациентки?
4. Клинический диагноз.
5. Лечебная тактика.

ЗАДАЧА №

Больной 51 года поступил с жалобами на ощущение тяжести в подложечной области, быстрое насыщение, отрыжка «тухлым», резкое похудание. Недели три до поступления была периодическая рвота остатками съеденной накануне пищей. На протяжении семи лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки, живот мягкий, положительный симптом «шум плеска», натощак - нижняя граница желудка ниже уровня пупка. АД 90/75 мм.рт.ст. положительный симптом Хвостека.

Вопросы:

1. Чем обусловлено состояние больного?
2. В каком обследовании нуждается пациент и что вы ожидаете получить?
3. Почему кожа больного сухая и дряблая?
4. Консультация какого специалиста необходима и какова тактика ведения больного?
5. Какова цель операции?

ЗАДАЧА №

Больной 69 лет поступает в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастриальной области, похудание, общую слабость, периодически рвоту, отсутствие аппетита. На протяжении 20 лет страдает язвенной болезнью желудка, периодически лечится амбулаторно и в стационаре. В последние полгода - ухудшение состояния, боли приняли постоянный характер, не зависят от приема и качества пищи, стал терять в весе, ослаб.

Вопросы:

1. Развитием каких осложнений может быть обусловлена тяжесть состояния больного?
2. Каков объем необходимых обследований?
3. Показаны ли консультации других специалистов и если «Да», то каких?
4. Тактика лечения.

ЗАДАЧА №

Больная 50 лет пришла на прием к врачу- дерматологу с жалобами на отек лица и высыпания на коже лица с зудом и ощущением жжения в нем. Такие же высыпания в области ушных раковин с сукровичными выделениями при расчесывании. Повышение температуры тела до 39°C. Одышка при физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, сухой кашель, боли, припухлость мелких суставов, слабость.

15 лет страдает гипертонической болезнью II степени высокого риска. Неоднократно лечилась по поводу данного заболевания: принимала верапамил, гипотиазид. Последние годы перешла на прием гидралазина, чувствовала себя удовлетворительно. Последние 2 месяца - появились вышеперечисленные жалобы.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38° С., на щеках и переносице, а также в области ушных раковин – гиперемия кожи и эритематозные высыпания, при соскабливании дают сукровичные выделения. На кончиках пальцев рук – мелкоочечные кровоизлияния, деформация проксимальных межфаланговых суставов III, IV пальцев обеих кистей. В легких: справа в нижних отделах - укорочение перкуторного звука, здесь же дыхание ослабленное. Правая и верхняя границы сердца в норме, левая – на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, III тон на верхушке. ЧСС - 102 уд в мин. АД-160/90 мм. рт.ст. Печень не увеличена, пальпируется нижний полюс селезенки.

Анализ крови: эр. - $3,8 \times 10^{12}/л$, л. - $3,5 \times 10^9$ г/л, тромб.- 117×10^9 г/л, СОЭ-52 мм/час, альбумины-46%, глобулины-54%. Анализ мочи: уд. вес.-1020, белок-5,25 г/л, Л-40 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем легочном поле гомогенное затемнение.

Вопросы:

1. Охарактеризуйте кожный синдром на лице и в области ушных раковин.
2. Чем обусловлены изменения на пальцах рук?
3. Ваше мнение о физикальных данных в легких?
4. Ваше мнение о физикальных данных со стороны внутренних органов?
5. Ваше предположение о диагнозе.
6. Какие методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
7. Консультация какого специалиста необходима?
8. Тактика врача.

ЗАДАЧА №

Больной 43 лет, строитель, жалуется на боли в эпигастриальной области, отдают вправо, уменьшаются после приема пищи, изжогу, отрыжку кислым. Привычные боли и припухлость мелких суставов пальцев рук и ног, утренняя скованность до 11 часов дня и ограничение движения. Подобные жалобы беспокоят последние 3 месяца. Курит 20 лет по 1.5 пачки сигарет в день. В течение 10 лет страдает ревматоидным артритом, по поводу которого часто принимал нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, ортофен).

Объективно: деформация лучезапястных суставов за счет пролиферативных изменений, сгибательные контрактуры мелких суставов кистей. В легких - жесткое дыхание, сухие хрипы на выдохе. Границы сердца в норме. АД – 126/70 мм рт.ст. Пульс - 92 в мин., ритмичный. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет.

При ФЭГДС обнаружен дуоденит, каллезная язва луковицы двенадцатиперстной кишки размером 3 x 4 см, антрум-гастрит.

На 3 день пребывания в стационаре у больного стала нарастать общая слабость, сонливость, появилась одышка при ходьбе по палате, отметил изменение стула. При резком вставании с кровати – потемнение в глазах и желание срочно присесть. Врачом отмечена бледность кожи и слизистых.

Вопросы:

1. Какой синдром преобладал в клинике при поступлении в стационар?
2. Чем объяснить данный синдром?
3. Чем обусловлено ухудшение состояния больного в стационаре?
4. Предположительный диагноз.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
6. Консультация какого специалиста необходима?
7. Тактика ведения больного

ЗАДАЧА №

Больной П., 56 лет, сельский житель, поступил в отделение сельской больницы с жалобами на жгучие нестерпимые боли в области большого пальца правой стопы, припухлость данного сустава и изменения цвета кожи над ним, невозможность передвижения, головные боли, периодическое повышение АД. Суставной синдром беспокоит последние 10 лет. Впервые подобные боли в области большого пальца правой стопы, припухлость отметил после тяжелой физической работы с животными, а затем и после употребления обильной жирной пищи и алкогольных напитков.

Объективно: больной повышенного питания, отмечается выраженная припухлость I плюснефалангового сустава правой стопы, гиперемия кожи с багрово-синюшным оттенком над ним, повышение местной температуры, малейшие движения усиливают нестерпимую боль. Остальные суставы внешне не изменены, движения в них в полном объеме. Над легкими – без патологии. Границы сердца в норме. Акцент II тона над аортой, ЧСС- 88 в мин. Ритм правильный, АД- 150/98 мм. рт.ст. Симптом поколачивания по 12 ребру слабо положительный с обеих сторон.

В отделении назначено лечение. На 7 день пребывания в отделении внезапно повысилась температура тела, озноб, появились интенсивные боли в поясничной области, которые быстро нарастали, из-за болей больной не находил себе места, боли иррадиировали в паховую область.

Вопросы:

1. Какой ведущий синдром был при поступлении больного в стационар?
2. Какая связь между основными клиническими проявлениями и работой больного с животными?
3. Ваш диагноз?
4. Какие лабораторные признаки вы ожидаете получить?
5. Какое осложнение основного заболевания возникло в стационаре?
6. Нужна ли консультация специалиста и если «Да», то какого?
7. Тактика ведения больного.

ЗАДАЧА №

Больной К., 34 года, зоотехник обратился к терапевту с жалобами на боли и небольшую припухлость в области мелких суставов кистей рук и голеностопных суставов, повышение температуры тела до 37,3° С.

Объективно: температура тела 37,4° С. Нормального телосложения, пальпируются периферические подчелюстные и подмышечные лимфоузлы размером до крупной фасоли, слегка болезненные. Деформация мелких суставов кистей рук, голеностопных суставов. Движения в них ограничены. В легких - дыхание жесткое, хрипы нет. ЧД - 19 в мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы без патологии. ЧСС- 88 в 1 мин. АД – 130/72 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный, печень пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, слегка болезненная, край закруглен. В положении на правом боку пальпируется нижний полюс селезенки, безболезненная.

Анализ крови: эр.- $4,9 \times 10^{12}$ /л, Нв-128 г/л, л - $6,4 \times 10^9$ г/л, СОЭ-28мм/час, СРБ +++, реакция Ваалер-Роузе 1:96. Рентгенография кистей: отек мягких тканей, костной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Дайте характеристику суставного синдрома.
2. Предположительный диагноз.
3. Консультация какого специалиста необходима?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Тактика ведения больного

ЗАДАЧА №

Больной А., 20 лет, житель села, жалуется на сильные боли в животе с расстройством стула – понос с калом черного цвета, боли в коленных и локтевых суставах, мелкоточечные геморрагические высыпания на коже конечностей.

Полтора месяца назад в течение 2 недель были боли в горле при глотании, повышение температуры тела. Лечился по поводу ангины народными средствами – постепенно боли в горле уменьшились и прошли. 2 недели назад появились боли в животе и расстройства стула, боли в костях. Применял анальгин, антибиотики – без заметного эффекта.

В хозяйстве – бараны, куры. Помогает родителям пасти скот.

Объективно: температура тела 37,4°С. На коже разгибательных поверхностей рук и голени, живота - мелкоточечные геморрагические, симметричные высыпания, местами сливающиеся. Отечность и болезненность локтевых и коленных суставов, геморрагические высыпания вокруг них. Над легкими - дыхание везикулярное. ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 76 в 1 мин. Живот мягкий, болезненный вокруг пупка, симптом раздражения брюшины - сомнительный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул жидкий, черный.

Вопросы:

1. Как Вы оцениваете анамнестические данные?
2. Чем Вы объясните особенность каловых масс?
3. Имеет ли отношение к болезни наличие живности в хозяйстве?
4. Ваше мнение о патологии суставов?
5. Есть ли данные за «острый живот»?
6. Предполагаемый диагноз и какие дополнительные исследования Вы бы предложили?
7. Консультация какого специалиста необходима?
8. Врачебная тактика.

Приложение 3

1. Оценка объективного состояния больного (пальпация, перкуссия, аускультация).

АНАЛИЗЫ

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КАЛА

КОНСИСТЕНЦИЯ -кашицеобразная

ФОРМА - неоформленный, жидкий

СЛИЗЬ - +

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

РАСТИТЕЛЬНАЯ КЛЕТЧАТКА

НЕПЕРЕВАРЕННАЯ- в значительном количестве

МЫШЕЧНЫЕ ВОЛОКНА ПЕРЕВАРЕННЫЕ - встречаются

МЫЛА- отсутствуют

КРАХМАЛ-отсутствует

ЛЕЙКОЦИТЫ – в большом количестве

ЭРИТРОЦИТЫ –свежие в большом количестве

ЭОЗИНОФИЛЫ –в большом количестве

ЭПИТЕЛИЙ - ++

ПРОСТЕЙШИЕ – не найдены

Я/ГЛИСТОВ – не найдены

РЕАКЦИЯ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ +

РЕАКЦИЯ НА СТЕРКОБИЛИН +

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КАЛА

КОНСИСТЕНЦИЯ –мазевидная

КОЛИЧЕСТВО –полифекалия (больше 1 кг)

ФОРМА - неоформленный

ЦВЕТ- серо/желтый

ЗАПАХ -зловонный

РЕАКЦИЯ - щелочная

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

РАСТИТЕЛЬНАЯ КЛЕТЧАТКА НЕПЕРЕВАРЕННАЯ- ++

МЫШЕЧНЫЕ ВОЛОКНА- +++

СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ ++

ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ -++

МЫЛА- +

КРАХМАЛ-+++

ЙОДОФИЛЬНАЯ ФЛОРА: ++

ЛЕЙКОЦИТЫ – 2-3 в пз.

ЭРИТРОЦИТЫ –0-1 в пз

ПРОСТЕЙШИЕ – не найдены

Я/ГЛИСТОВ – не найдены

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

КОЛИЧЕСТВО -150 мл
ЦВЕТ –мясных помоев
РЕАКЦИЯ -кислая
УД.ВЕС -1020
ГЛЮКОЗА -отсутствует
БЕЛОК -7200 мг/л
ЭПИТЕЛИЙ ПЛ.2-3 в пз
ЛЕЙКОЦИТЫ – 5-6-5 в пз
ЭРИТРОЦИТЫ –большое количествоЦИЛИНДРЫ:
ГИАЛИНОВЫЕ -3-4 в пз
ЗЕРНИСТЫЕ- 1-2 в пз
БАКТЕРИИ- нет
СЛИЗЬ- отсутствует
СОЛИ - оксалаты
МОЧА на БК +

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

КОЛИЧЕСТВО -100 мл
ЦВЕТ –соломенно/желтый
ПРОЗРАЧНОСТЬ - полная
РЕАКЦИЯ -кислая
УД.ВЕС -1026
ГЛЮКОЗА -отсутствует
БЕЛОК -25000 мг/л
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-2-3 в пз
ЛЕЙКОЦИТЫ – 6-7 в пз
ЭРИТРОЦИТЫ:
НЕИЗМЕНЕННЫЕ -1-3-5 в пз
ИЗМЕНЕННЫЕ -10-15 в пз
ЦИЛИНДРЫ:
ГИАЛИНОВЫЕ -2-3-4 в пз
ЗЕРНИСТЫЕ- 1-2 в пз
ВОСКОВИДНЫЕ -1-2 в пз
БАКТЕРИИ- отсутствуют
СЛИЗЬ- +
СОЛИ - отсутствуют

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

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- +

ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

КОЛИЧЕСТВО -50 мл
ЦВЕТ –светло-желтая
УДЕЛЬНЫЙ ВЕС-1015
БЕЛОК-1,4 г/л
ГЛЮКОЗА – 4,38 ммоль/л
ПРОБА РИВАЛЬТА-отрицательная
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-2-3 в пз
ЛЕЙКОЦИТЫ – 2-3 в пз
ЭРИТРОЦИТЫ – 1-2 в пз
ЭОЗИНОФИЛЫ-нет
ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА- нет
АК – нет, БК - нет

ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

КОЛИЧЕСТВО -50 мл
ЦВЕТ –мутная
УДЕЛЬНЫЙ ВЕС-1017
БЕЛОК-6,4 г/л
ГЛЮКОЗА – 1,38 ммоль/л
ПРОБА РИВАЛЬТА-положительная
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-6-10 в пз
ЛЕЙКОЦИТЫ – 5-7 в пз
ЭРИТРОЦИТЫ – 10-12 в пз
ЭОЗИНОФИЛЫ-нет
ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА- нет
АК –обнаружены, БК – нет
ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН -8,0 ммоль/л
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП- 4,2 ммоль/л.- **II а тип**
ТРИГЛИЦЕРИДЫ -0,9 ммоль/л
ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН -7,2 ммоль/л
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП - 4,4 ммоль/л - **II а тип**
ТРИГЛИЦЕРИДЫ -1,3 ммоль/л
ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН - 8,3 ммоль/л
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП - 4,2 ммоль/л- **II б тип**
ТРИГЛИЦЕРИДЫ-3,3 ммоль/л
ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН- 7,8 ммоль/л
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП - 4,2 ммоль/л-**II б тип**
ТРИГЛИЦЕРИДЫ -3,3 ммоль/л

АНАЛИЗ КРОВИ 6Б

НЬ-62 г/л,
эритроциты- $2,2 \times 10^{12}$ /л,
ЦП-0,84
Лейкоциты - $1,9 \times 10^9$ /л,
Палочко/я-2%,
Сегменто/я-36%,
Лимфоциты-62%,
Моноциты-нет,
Эозинофилы-нет.
Тромбоциты - $24,0 \times 10^9$ /л,

СОЭ-67 мм/ч.

В трепанобиоптате: замещение костного мозга жировой тканью.

АНАЛИЗ КРОВИ 6В

Эритроциты-

$2,4 \times 10^{12}$ /л, Hb-65 г/л,

ЦП-0,81

Лейкоциты -

$3,2 \times 10^9$ /л,

Палочко/я - 6%,

Сегменто/я - 73%,

Лимфоциты - 15%,

Моноциты - 6%,

Эозинофилы –нет.

Тромбоциты -

$136,0 \times 10^9$ /л,

Ретикулоциты- 7%

СОЭ-19 мм/ч

Общий билирубин - 61 мкмоль/л, прямая фракция - 14мкмоль/л, непрямая - 47

мкмоль/л. Костный мозг: клеточный. Отмечается раздражение эритроидного ростка-48%.

Печеночные тесты:

Общий белок –76,4 г/л

мкмоль/л Альбумины –58,2 %

Глобулины –41,8 %

не прямой-10,2 мкмоль/л

Альфа1- 5,2 %

Альфа2- 6,7 %

Бетта-10,2

Гамма-9,5 %

мкмоль/л Коэф. А/Г-1,

Билирубин общий-67,5

прямой- 57,3 мкмоль/л

тимоловая проба-1,5 ед

сулемовая проба-1,9 мл

формоловая проба-отриц.

Щелочная фосфатаза-4,2

Печеночные тесты:

Общий белок -75,2 г/л

Альбумины -65,0 %

Глобулины -35,0 %

Альфа1- 5,6 %

Альфа2- 6,8 %

Бетта-10,5 %

отрицательная Гамма-19 %

Коэф. А/Г-1,5

Билирубин:

общий-40,2 мкмоль/л

прямой-неопределяется

тимоловая проба-1,5 ед

сулемовая проба-1,8 мл

формоловая проба-

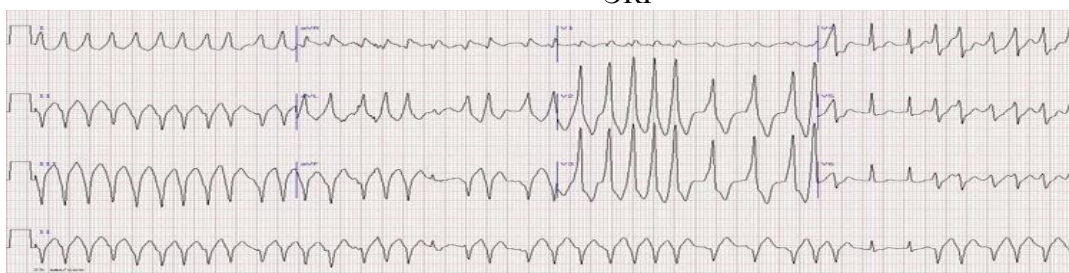
Возраст 32 года. Аорта –не изменена (d-3,0 см). Аортальный клапан- не изменен, Раскрытие-1,8 см. Градиент давления систолич. - 5,0 мм рт ст. Степень регургитации – нет. Митральный клапан- створки уплотнены. Градиент давления диастолич.-8 мм рт ст. Регургитации нет. Трикуспидальный клапан –створки уплотнены, подвижность сохранена Степень регургитации (+). Легочная артерия - не расширена. Средний ЛАД- 24 мм рт ст. Левое предсердие –4,0 см. Левый желудочек КДР- 5,0 см. КСР- 3,4 см. ФВ- 69 %. Толщина ЗСЛЖ- 1,3 см. Толщина МЖП- 1,5 см.

Правый желудочек –2,2 см. ПСПЖ- 0,4 см. Правое предсердие – не расширено.

Межпредсердная перегородка – не изменена. Перикард -без особенностей. Нарушений

локальной сократимости ЛЖ не выявлено.

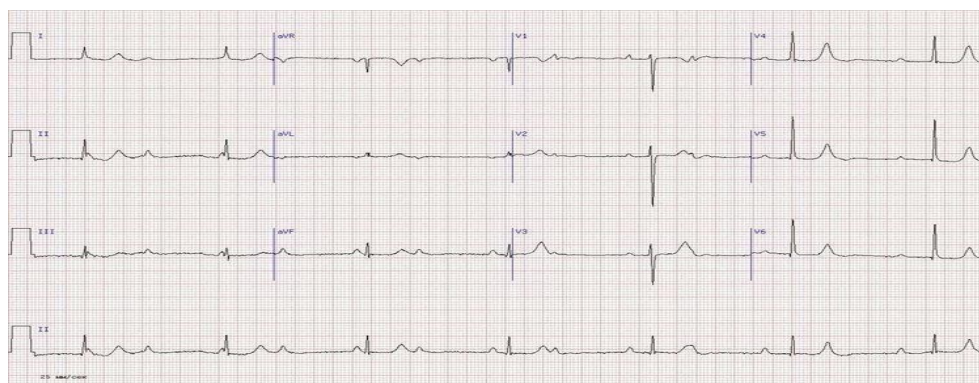
ЭКГ



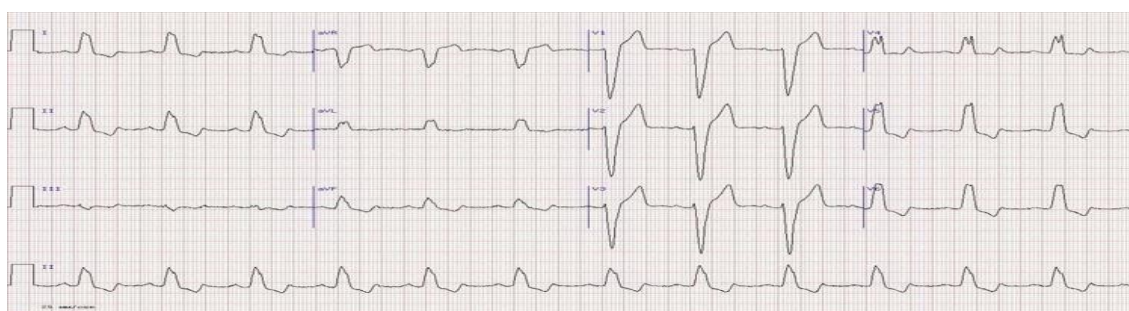
Желудочковая пароксизмальная тахикардия



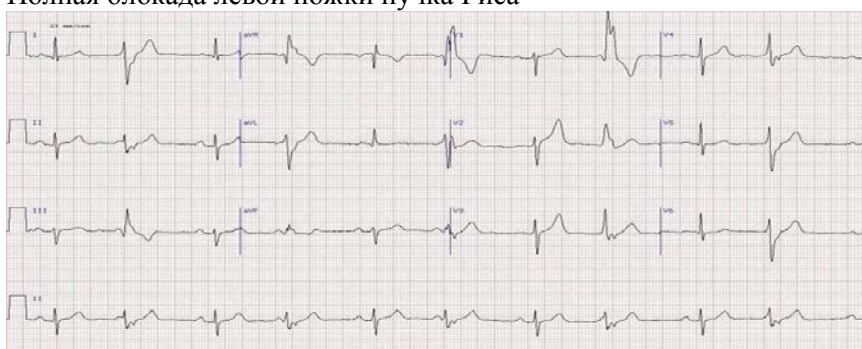
Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия



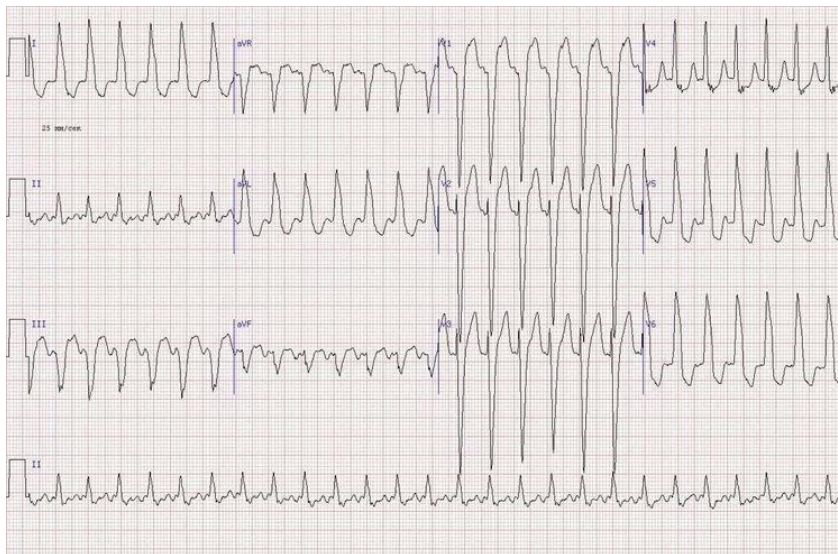
Полная АВ блокада проксимальный тип



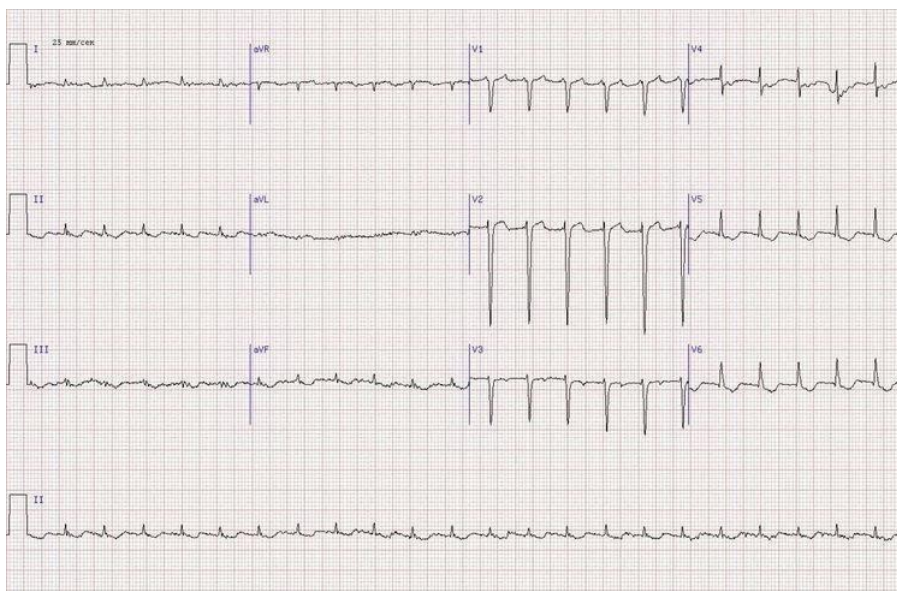
Полная блокада левой ножки пучка Гиса



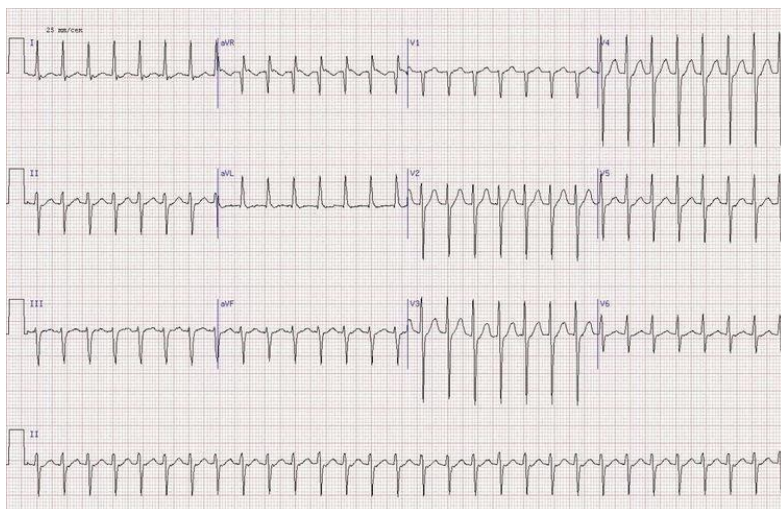
Ритм синусовый, правильный, ЧСС- 60 уд мин. ЭОС влево. Желудочковая экстрасистолия по типу бигемении



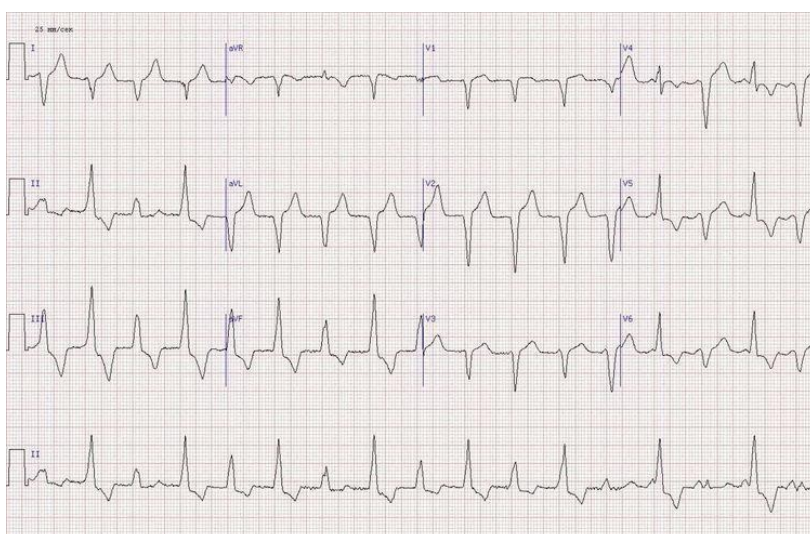
Пароксизмальная желудочковая тахикардия, ГЛЖ



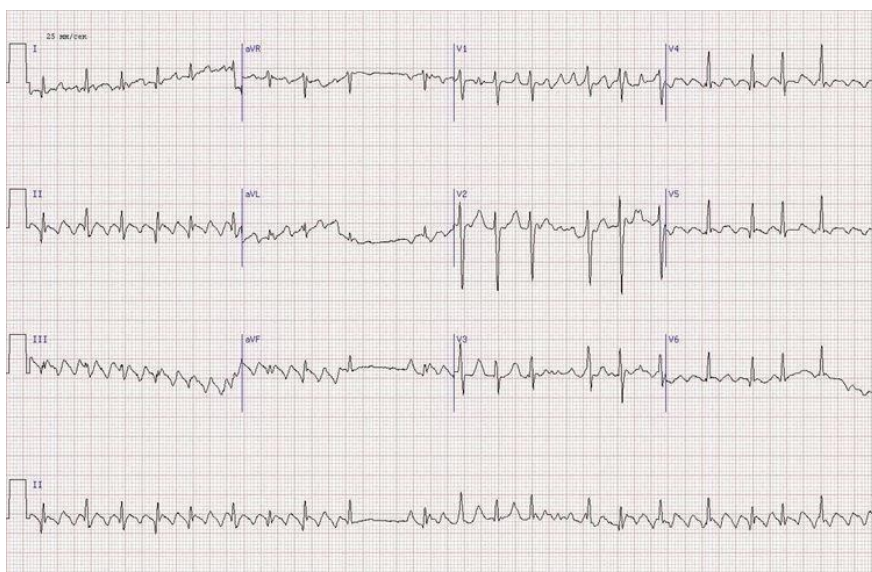
Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия



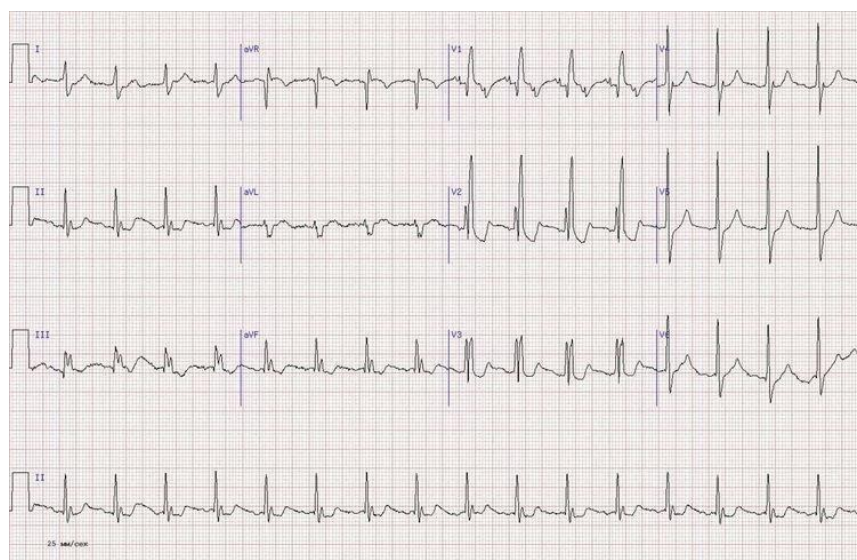
Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. ГЛЖ, ГПЖ



Экстрасистолическая аритмия по типу бигемии



Трепетание предсердий с неправильным проведением с А-В блокадой



Полная блокада правой ножки пучка Гиса R-тип ГПЖ

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»):

- «Отлично» - 85-100 % правильных ответов
- «Хорошо» - 70-84 % правильных ответов
- «Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов
- «Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответов

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Пример задачи

Больной 66 лет страдает приступами стенокардии напряжения при умеренной физической нагрузке в течение 4 лет. С того же времени знает об артериальной гипертензии. Регулярной терапии не получал. Утром проснулся из-за резкой жгучей боли за грудиной, не купировавшейся Нитроглицерином. Вызвал врача скорой помощи через 2 часа от начала болевого синдрома, когда жгучая боль за грудиной усилилась, стала иррадиировать в левую руку и появилась одышка, перебои в работе сердца. При осмотре состояние средней тяжести, одышка в покое. Кожные покровы покрыты липким потом, холодные на ощупь, акроцианоз. Пульс - 92 в минуту, аритмичный, 5-6 экстрасистол в минуту, АД - 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент 2 тона на лёгочной артерии. Частота дыханий - 28 в минуту. Выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах лёгких. Печень у края рёберной дуги, периферических отёков нет. Больной был экстренно госпитализирован в отделение реанимации. На ЭКГ: ритм синусовый, в отведениях V1-4 - подъем сегмента ST 3 мм выше изолинии, политопная желудочковая экстрасистолия с полной компенсаторной паузой. Лейкоцитоз - 10,000. Тропонин - 16 мкмоль/л.

Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз. 2. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете? 3. Дополнительные методы обследования. 4. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Эталон ответа к ситуационной задаче: 1. КБС. ОИМ передне-перегородочной области ЛЖ. Гипертоническая болезнь. 2. Желудочковая экстрасистолическая аритмия III ст по Lown. 3. Экстренное КАГ-исследование, липидный спектр, креатинин, АЛТ, АСТ, электролиты, ССК, ЭКГ в динамике, ЭХОКГ 4. Лечение: Тромболитики, экстренное КАГ-исследование с последующими ангиопластикой со стентированием или АКШ; антиагреганты, антикоагулянты, бета-блокаторы, иАПФ, статины.

Указания к оцениванию ситуационных задач (в %)

- Решение правильное и полное, включающее все приведенные выше элементы /85-100
- Решение правильное, не полное / 70-84
- Решение неполное, включает один из приведенных выше элементов / 60-69
- Все элементы записаны неверно / 0-59

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
	ФОРМА	20
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-10
	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также	0-10

2	внутри частей	
СОДЕРЖАНИЕ		60
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-20
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-20
ДОКЛАД		20
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		100

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

	Нет ответа -0 баллов	Минимальный ответ - 31-59 %	Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 %	Законченный полный ответ - 70-84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %	оценка
Раскрытие Проблемы	-	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.	
Представление	-	Представляемая информация логически не связана.	Представляемая информация не систематизирована и не последовательна.	Представляемая информация систематизирована и последовательна.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.	
Оформление	-	Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации	3-4 ошибки в представляемой информации	Не более 2-х ошибок представляемой информации	Отсутствуют ошибки в представленной информации	
Ответы на Вопросы	-	Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные. Или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений	
		неудовлетворител	удовлетворительн	Хорошо		

Итоговая Оценка		хорошо	о		отлично	
--------------------	--	--------	---	--	---------	--

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

	Нет ответа -0 баллов	Минимальный ответ - 31-59%	Изложенный, раскрытый ответ - 65-69 %	Законченный полный ответ – 69- 84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %
Раскрытие Проблемы	-	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы	Проблема раскрыта полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы	Проблема раскрыта. Проведен анализ Проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.
		информация логически не связана. Не использованы профессиональные термины.	информация не систематизирована и не последовательна. Использован 1-2 профессиональных термина	информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2-х профессиональных терминов.	информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.
Оформление	-	Не использованы информационные технологии (PowerPoint). Больше 4 ошибок в представляемой информации	Использованы информационные технологии (PowerPoint) частично. 3-4 ошибки в представляемой информации	Использованы информационные технологии (PowerPoint). Не более 2-х ошибок в представляемой информации	Широко использованы информационные технологии (PowerPoint). Отсутствуют ошибки в представленной информации
Ответы на вопросы	-	Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений
Итоговая оценка		неудовлетворительно	удовлетворительно	Хорошо	отлично

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

Устный опрос

При оценке устного опроса учитываются следующие критерии:

1. Знание основных разделов госпитальной терапии.
2. Глубина и полнота раскрытия вопроса.
3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
4. Умение объяснить, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Оценка устных и письменных ответов на проверку уровня обучения «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ» (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается ответ, который изложен логически правильно в доступной форме соответственно терминологии применяемый в госпитальной терапии, а также в целом в медицине. Студент показывает отличные знания этиологии и патогенезе внутренних заболеваний; способен выделить симптомы и синдромы, поставить клинический диагноз; знает особенности клинического течения, диагностики, лечения и прогноза внутренних заболеваний.

Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах внутренних заболеваний, особенностей постановки клинического диагноза, этиологии, патогенеза и течения заболеваний, диагностики, лечения и прогноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(60-69)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах внутренних заболеваний, особенностей клинического течения, диагностики, лечения и прогноза заболеваний, средние знания об этиологии и патогенезе заболеваний; слабо разбирается в вопросах постановки клинического диагноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 3 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(0-59)** оценивается ответ, который показывает крайне слабые знания в вопросах внутренних заболеваний. Студент не ориентируется в вопросах этиологии, патогенеза, особенностях клинического течения, диагностики, лечения и прогноза различных заболеваний, допускает серьезные ошибки в содержании ответа. Демонстрирует не понимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, не выполняет.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается правильное выполнение методики осмотра пациента, студент называет способы исследования, демонстрирует методику исследования, дает четкие инструкции при проведении проб, соблюдает этико-деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(70-84)** оценивается правильное выполнение методики осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, демонстрирует методику исследования, дает не четкие инструкции при проведении проб, соблюдает этико-деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(60-69)** оценивается выполнение методики осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, при демонстрации методики исследования допускает неточности, затрудняется давать инструкции пациенту при проведении проб, соблюдает этико-деонтологические принципы.

Отметка **(0-59)** выставляется при не проведении методики осмотра пациента, студент не называет способы исследования, не может продемонстрировать методику исследования, затрудняется давать инструкции пациенту при проведении проб, отсутствует индивидуальный подход к пациенту.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИЗОВ

Оценивается наличие полной интерпретации лабораторных анализов.

При интерпретации анализов:

85-100% - оценка «отлично» - указана полная интерпретация анализов, какие изменения отмечаются, при каких заболеваниях или состояниях встречаются.

70-84% - оценка «хорошо» - интерпретация анализов указана не в полном объеме, например, не указаны все заболевания (состояния), при которых встречаются данные изменения.

60-69% - оценка «удовлетворительно» - указана нечеткая интерпретация анализов, например, какие изменения отмечаются, или при каких заболеваниях или состояниях встречаются.

0-59% - оценка «неудовлетворительно» - неверно интерпретирован анализ.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЭКГ

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%

Технологическая карта дисциплины Специальность

«Педиатрия»

Курс 5, семестр 9, количество ЗЕ – 2 отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
9 семестр					
Модуль №1					
Пульмонология	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость,	5	10	9
	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ. КР № 1	15	25	
Модуль № 2					
Кардиология	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, реферат, доклад, СРС, презентация, посещаемость	5	10	18
	Рубежный контроль	Письменный опрос 2 вопроса по клинике и по лечению, неотложные состояния, ситуационная задача, ЭКГ-пленка. КР №2	15	25	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль зачет			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

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

Технологическая карта дисциплины Специальность

«Педиатрия»

Курс 5, семестр 10, количество ЗЕ – 2 отчетность – экзамен

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
10 семестр					
Модуль №3					
Гасьроэнтерология и нефрология	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость,	5	10	9
	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ. КР № 3	15	25	
Модуль № 4					
Ревматология и гематология	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, реферат, доклад, СРС, презентация, посещаемость	5	10	18
	Рубежный контроль	Письменный опрос 2 вопроса по клинике и по лечению, неотложные состояния, ситуационная задача, ЭКГ- пленка. КР №4	15	25	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль зачет			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

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