

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«ТВЕРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России)

Кафедра внутренних болезней

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной и воспитательной
работе, председатель ЦКМС



И.Ю. Колесникова

«28» августа 2020 г.

Рабочая программа дисциплины
ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

для студентов 5 курса

направление подготовки (специальность)
Педиатрия (31.05.02)

форма обучения
очная

Рабочая программа дисциплины
обсуждена на заседании кафедры
«30» июня 2020 г.
(протокол № 10)

Разработчик рабочей программы:
д.м.н., доцент Смирнова Л.Е.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент
Смирнова Л.Е.

Тверь, 2020

I. Рабочая программа рекомендована к утверждению на заседании центрального координационно-методического совета « 28 » 08 2020 г. (протокол № 1)

II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом (ФГОС) высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) **31.05.02 Педиатрия**, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является: формирование у обучающихся профессиональных компетенций, направленных на оказание квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом

Задачами освоения дисциплины являются:

- Диагностика и дифференциальная диагностика заболеваний и патологических состояний, заболеваний у пациентов терапевтического профиля на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования.
- Прогнозирование и диагностика развития неотложных состояний у терапевтических больных.
- Проведение лечебно-профилактических мероприятий и оказание неотложной помощи терапевтическим больным.
- Формирование у больных позитивного медицинского поведения, направленного на формирование и повышения уровня здоровья.
- Ведение документации в медицинских организациях терапевтического профиля.
- Анализ научной литературы и подготовка рефератов по современным проблемам терапевтической науки.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины студент должен:
<p style="text-align: center;">ПК-6</p> <p>Способность 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-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.</p>	<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">- Проводить диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний и патологических состояний у пациентов терапевтического профиля на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования- Установить клинический диагноз <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">- Этиологию, патогенез, диагностику, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения, профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний у терапевтических больных.
<p style="text-align: center;">ПК-8</p> <p>Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами</p>	<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">- оценить результаты проведенного обследования- назначить лечение пациентам с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов- разработать план диспансерного наблюдения и профилактических мероприятий на амбулаторном этапе <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">- тактику ведения пациентов с наиболее частыми нозологическими формами и синдромами в клинике внутренних болезней

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Учебная дисциплина «Госпитальная терапия» входит в базовую часть Блока 1 ОПОП специалитета.

Данная дисциплина – это этап изучения основных заболеваний по принципу распределения по органной патологии, дифференциальной диагностике и ведению больных в амбулаторно-поликлинических условиях. За время обучения студенты должны совершенствовать свои знания и приобретенные компетенции по изученным разделам терапии, ознакомится со сложными в диагностическом отношении заболеваниями и синдромами. В рамках данной дисциплины проводится изучении следующих разделов терапии – болезни органов дыхания,

болезни сердечно-сосудистой системы, болезни органов пищеварения, болезни почек, поликлиническая терапия.

Госпитальная терапия непосредственно связана с дисциплинами: пропедевтика внутренних болезней, факультетская терапия, госпитальная хирургия, поликлиническая педиатрия, клиническая фармакология. Преподавание дисциплины основано на современных представлениях об этиологии, принципах и методах диагностики, дифференциальной диагностике современных классификациях, а так же методах профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины.

В процессе изучения дисциплины «госпитальная терапия» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача-педиатра.

Уровень начальной подготовки обучающегося для успешного освоения дисциплины

Иметь представление о методе дифференциальной диагностики (в пределах некоторых вариантов основных заболеваний внутренних органов), о принципах профилактики и лечения типичных заболеваний внутренних органов.

Знать этиологию, патогенез, клинические проявления и принципы лечения типичных форм и некоторых вариантов основных заболеваний внутренних органов.

Перечень дисциплин и практик, усвоение которых студентами необходимо для изучения госпитальной терапии:

- Пропедевтика внутренних болезней.
Разделы: методика обследования, семиотика и синдромы поражения органов и систем организма.
- Факультетская терапия.
Разделы: этиология, патогенез, клиническая картина и принципы лечения и профилактики при основных терапевтических заболеваниях.
- Производственная практика – «помощник врача стационара (терапевтического)».

4. Объём дисциплины составляет 5 зачетных единиц, 180 академических часов, в том числе 116 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 64 часа самостоятельной работы обучающихся.

5. Образовательные технологии

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций: лекция-визуализация, традиционная лекция, проблемная лекция, клиническое практическое занятие, ролевые учебные игры, просмотр видеофильмов и мультимедийных презентаций, разбор клинических случаев, подготовка и защита истории болезни, участие в научно-практических конференциях, учебно-исследовательская работа студентов, подготовка и защита рефератов, дистанционные образовательные технологии – участие в телемостах, проводимых по актуальным проблемам внутренних болезней.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к клиническим практическим занятиям, написание истории болезни, рефера-

тов, работа с Интернет-ресурсами.

6. Формы промежуточной аттестации

Итоговый контроль – в X семестре проводится трехэтапный курсовой экзамен.

III. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины (Наименование разделов и тем).

Раздел 1. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

Тема 1.1. Дифференциальная диагностика при одышке.

Одышка (диспноэ) – определение, понятие физиологической и патологической одышки. Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся одышкой.

Заболевания дыхательной системы: болезни, сопровождающиеся бронхообструктивным синдромом (БА, ХОБЛ); стеноз верхних дыхательных путей; рестриктивная патология лёгких (инфильтративные процессы, лёгочный фиброз, плевральный выпот, значительное утолщение плевры, пневмоторакс); сосудистые заболевания лёгких (ТЭЛА, лёгочная гипертензия, внутрилегочные шунты). Внелегочные причины одышки: внелегочная рестрикция (морбидное ожирение, третий триместр беременности, паралич диафрагмы, нейромышечные заболевания, тяжелый кифосколиоз); сердечно-сосудистые заболевания (систолическая и диастолическая дисфункция миокарда); заболевания, сопровождающиеся анемией; выраженный ацидоз любого генеза; нарушения регуляции дыхания (паническая атака с гипервентиляционным синдромом).

Тема 1.2. Неотложные состояния в пульмонологии. Дифференциальная диагностика при кровохарканье и легочном кровотечении.

Неотложные состояния в пульмонологии: острые нарушения бронхиальной проходимости (приступ бронхиальной астмы, астматический статус); осложнения пневмонии (инфекционно-токсический шок, острый респираторный дистресс-синдром, сепсис), тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА).

Кровохарканье и легочное кровотечение. Определения. Основные причины. Симптоматика при наиболее частых заболеваниях: бронхит, бронхоэктатическая болезнь, пневмония, абсцесс лёгкого, туберкулёз, ТЭЛА, приобретённые и врождённые пороки клапанов сердца, инфекционный эндокардит, острая и подострая левожелудочковая недостаточность, аневризма аорты. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и прогноз.

Тема 1.3. Дифференциальная диагностика плеврального выпота.

Заболевания, которые могут сопровождаться выпотом в плевральную полость. Классификация плеврита. Диагностика плеврального выпота. Плевральный выпот различного генеза. Дифференциальная диагностика экссудата и транссудата. Транссудативный плевральный выпот. Застойная сердечная недостаточность, заболевания перикарда, гидроторакс при циррозе печени, нефротический синдром, перитонеальный диализ, обструкция мочевыводящих путей, микседема. Экссудативный плевральный выпот. Парапневмонический выпот и эмпиема.

Раздел 2. БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.

Тема 2.1. Артериальная гипертензия (АГ) эссенциальная. Симптоматические АГ. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.

Гипертоническая болезнь или эссенциальная АГ. Определение. Классификация (стадия, степень, риск). Диагностика. Показания к госпитализации. **Профилактика. Диспансеризация.**

Симптоматические (вторичные) АГ. Классификация.

АГ при поражении почек и мочевыводящих путей. АГ при поражении сосудов почек. АГ при эндокринных заболеваниях и нарушениях обмена. АГ, вызываемая поражениями нервной системы. АГ, вызываемая повреждениями сосудов и нарушениями гемодинамики. АГ, вызываемые интоксикациями и применением лекарств. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Тема 2.2. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний миокарда.

Миокардит: определение, классификация, диагностика, лечение, прогноз.

Кардиомиопатии: определение, общие сведения. Основные виды кардиомиопатий: гипертрофическая, дилатационная, рестриктивная, аритмогенная правожелудочковая (аритмогенная дисплазия сердца), некомпактный миокард левого желудочка. Определения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.

Тема 2.3. Дифференциальная диагностика аритмий. Прогностически опасные аритмии.

Нарушения ритма сердца (аритмии сердца). Определение. Кардиальные и экстракардиальные причины возникновения. Классификация.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Симптомы, связанные с аритмией. Инструментальные исследования: ЭКГ, стационарное мониторирование ЭКГ, холтеровское (амбулаторное) мониторирование ЭКГ, тест с физической нагрузкой, функциональные пробы, клиническое электрофизиологическое исследование.

Опасные для жизни аритмии: пароксизмальная желудочковая тахикардия, трепетание желудочков, фибрилляция желудочков.

Аритмии, прогностически серьёзные: желудочковая экстрасистолия высоких градаций по Лоуну и соавт., синоаурикулярная блокада, пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия, атриовентрикулярная блокада второй степени II типа и полная атриовентрикулярная блокада, мерцание и трепетание предсердий с числом желудочковых сокращений более 110 в минуту.

Лечение: рефлекторное, лекарственная терапия, хирургические методы; лечение отдельных видов аритмий. Определение лечебной тактики в зависимости от клинических проявлений и прогностической значимости аритмии.

Тема 2.4. Дифференциальная диагностика кардиомегалии. Диагностика и лечение перикардитов.

Кардиомегалия. Определение. Общие признаки кардиомегалий. Причины, приводящие к кардиомегалии. Дифференциальная диагностика кардиомега-

лий в зависимости от этиологического фактора: АГ, ИБС, аневризма сердца, миокардиты, пороки сердца, кардиомиопатии, алкогольная миокардиодистрофия, миокардиодистрофии при эндокринопатиях (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, акромегалия), лёгочное сердце, болезни обмена веществ (гемохроматоз, амилоидоз, ожирение), опухоли сердца, выпот в перикард и перикардиты, синдром Марфана.

Перикардит. Определение. Классификация. Этиология. Сухой перикардит. Экссудативный перикардит. Констриктивный перикардит. Этапы диагностического поиска. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.

Тема 2.5. Дифференциальная диагностика сердечных шумов. Клапанные пороки сердца.

План обследования и тактика ведения больного с внутрисердечным или внесердечным шумом. Внутрисердечные органические шумы. Описание. Общая характеристика. Шумы при: недостаточности митрального клапана, стенозе левого атриовентрикулярного отверстия, стенозе устья аорты, недостаточности клапанов аорты. Внутрисердечные функциональные шумы: динамические, анемические, шумы относительной недостаточности клапанов или относительного сужения клапанных отверстий. Внесердечные (экстракардиальные) шумы. Шум трения перикарда. Плевроперикардиальный шум.

Клапанные пороки сердца. Эпидемиология. Обследование. Стратификация риска. Аортальный стеноз. Аортальная недостаточность. Митральный стеноз. Митральная недостаточность. Проплапс митрального клапана. Трикуспидальный стеноз. Трикуспидальная недостаточность. Малые аномалии сердца. Аускультативная симптоматика при пороках сердца.

Тема 2.6. Дифференциальная диагностика и лечение легочных гипертензий. Острое и хроническое легочное сердце.

Лёгочная гипертензия. Определение. Классификация клинических групп. Диагностика: клиника, аускультативные признаки, методы исследования.

Дифференциальная диагностика между лёгочной гипертензией идеопатической и на фоне хронической рецидивирующей ТЭЛА. Лечение: поддерживающее, патогенетическое, хирургическое.

Лёгочное сердце острое и хроническое. Определение. Этиология. Клиническая картина и диагностика. Лёгочная гипертензия и лёгочное сердце при ХОБЛ. Лечение. **Профилактика.**

Тема 2.7. Дифференциальная диагностика при болях в грудной клетке. Неотложные состояния .

Основные характеристики, имеющие значение при постановке диагноза, связанного с болями в грудной клетке. Круг заболеваний, включённых в дифференциально-диагностический поиск: ИБС (стенокардия, острый инфаркт миокарда), ТЭЛА, расслаивающаяся аневризма аорты, острый миокардит, острый перикардит, гипертрофическая кардиомиопатия, пролапс митрального клапана, лёгочная патология (плеврит, пневмония, пневмоторакс, периферический рак лёгкого), патология органов пищеварения (ГЭРБ, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, патология желчных путей, острый панкреатит), мышечно-скелетные боли, боли психогенного происхождения (де-

прессия). Особенности физикального обследования пациента при болях в грудной клетке. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Заболевания, проявляющиеся болями в грудной клетке и требующие проведения неотложных лечебных мероприятий: острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, ТЭЛА, расслаивающаяся аневризма аорты, пневмоторакс, острые заболевания средостения.

Тема 2.8. Метаболический синдром. Критерии диагностики, принципы лечения и профилактики.

Метаболический синдром (МС). Определение. Факторы, предрасполагающие к развитию МС. Эпидемиология. Патогенез. Инсулинорезистентность. Абдоминальное ожирение. Атерогенная дислипидемия. Артериальная гипертензия. Хроническое воспаление и склонность к тромбозам.

Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика с синдромом Иценко-Кушинга, гипотиреозом.

Лечение. Принципы и методы немедикаментозного и медикаментозного лечения. Хирургическое лечение ожирения и МС. Прогноз. *Профилактика МС.*

Раздел 3. Болезни органов пищеварения.

Тема 3.1. Заболевания пищевода. Дифференциальная диагностика. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ): диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.

Классификация заболеваний пищевода. Дифференциальная диагностика с заболеваниями органов пищеварения: эзофагоспазм, ахалазия кардии, острый эзофагит, рак пищевода. Дифференциальная диагностика с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и дыхательной систем.

ГЭРБ. Пищеводные и внепищеводные проявления. Инструментальные методы диагностики: ЭГДС, биопсия слизистой оболочки пищевода, рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием, 24-часовая рН-метрия пищевода, внутрипищеводная манометрия, тест с ингибитором протонной помпы. Лечение: диета, медикаментозная и немедикаментозная терапия. Антирефлюксное хирургическое лечение ГЭРБ. *Профилактика. Диспансеризация ГЭРБ.*

Тема 3.2. Дифференциальная диагностика при гепато- и спленомегалии. Диагностика и лечение цирроза печени. Диспансеризация. Профилактика.

Гепатомегалия. Определение. Гепатомегалия, связанная с очаговыми изменениями в печени: злокачественные и доброкачественные опухоли, гематома, непаразитарные кисты печени, абсцессы, эхинококк, метастазы в печень, гранулематозные поражения печени (туберкулёз, сифилис, саркаидоз).

Гепатомегалия, связанная с диффузными изменениями в печени: болезни сердечно-сосудистой системы, болезни крови, диффузные заболевания печени, метаболические гепатозы.

Спленомегалия. Причины спленомегалии: инфекции, аутоиммунные заболевания, опухоли, болезни нарушения обмена (гемохроматоз, болезнь Вильсона-Коновалова, болезни накопления).

Цирроз печени. Клинические проявления. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение. Диета. Режим. Базисная медикаментозная терапия. Этиологическое, патогенетическое и симптоматическое лечение. Интенсивная терапия при декомпенсированном циррозе печени (класс «С» по Child – Pugh). *Диспансерное наблюдение. Профилактика.*

Тема 3.3. Заболевания билиарной системы. Хронический некалькулезный холецистит, хронический панкреатит: диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация. Дифференциальная диагностика.

Заболевания билиарной системы: дискинезии желчевыводящих путей, хронический некалькулезный холецистит, Желчнокаменная болезнь, постхолецистэктомический синдром.

Хронический некалькулезный холецистит. Диагностика: клиническая картина, физикальные симптомы холецистита, лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение: диета, медикаментозное лечение, хирургическое лечение. *Профилактика. Диспансеризация.*

Хронический панкреатит. Диагностика: клиническая картина, лабораторная диагностика, инструментальные методы диагностики изменений поджелудочной железы. Лечение. Диетотерапия. Медикаментозная терапия. Купирование боли. Создание функционального покоя и уменьшение секреторной активности поджелудочной железы. Дезинтоксикационная терапия. Коррекция внешнесекреторной и внутрисекреторной недостаточности. Антибактериальные препараты. Хирургическое лечение. *Профилактика. Диспансеризация.*

Дифференциальная диагностика заболеваний билиарной системы – между собой и с другими заболеваниями органов пищеварения: хроническим гастритом, дуоденитом, хроническим панкреатитом, язвенной болезнью 12-перстной кишки, СРК.

3.4. Кишечная диспепсия. СРК: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

Кишечная диспепсия. Острая диарея. Хроническая диарея. Запоры (констипация). Функциональные нарушения кишечника (СРК, функциональный метеоризм, функциональный запор, функциональная диарея). Основные симптомы хронической кишечной диспепсии (кровь в каловых массах, боли, слизь, лихорадка, прогрессирующее снижение массы тела) и их связь с патологией кишечника (кишечные инфекции, воспалительные заболевания толстой кишки, дивертикулит, ишемический колит, злокачественные опухоли).

Синдром раздражённого кишечника (СРК). Диагностические критерии – «Римские критерии IV» СРК. Лабораторно-инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика: кишечная инфекция, микроскопический колит, воспалительные заболевания кишечника, синдром мальабсорбции, психопатологические состояния, эндокринные заболевания (гипертиреоз), нейроэндокринные опухоли (карциноидный синдром, опухоль поджелудочной железы, функциональные состояния у женщин (предменструальный синдром, беременность, климакс), эндометриоз. Лечение. Диетические рекомендации. Спазмолитики. Средства, уменьшающие метеоризм. Модуляторы моторики. Антидиарейные препараты. Антибактериальные и бактериальные

препараты. Слабительные. Коррекция психопатологических нарушений и вегетативных дисфункций. *Профилактические мероприятия.*

3.5. Неотложные состояния в гастроэнтерологии. Дифференциальная диагностика и терапевтическая тактика при кровотечениях из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта.

Неотложные состояния в гастроэнтерологии. Прободение язвы желудка или 12-перстной кишки; острый панкреатит; острый холецистит; разрыв аневризмы брюшной аорты; ишемия кишечника; аппендицит, желчная колика, печёночная энцефалопатия. Дифференциальная диагностика при острых болях в животе проводится с: пневмонией, плевритом, перикардитом, инфарктом миокарда, инфарктом селезёнки и др.

Кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок и 12-перстная кишка). Язвенная болезнь. Эрозии желудка и 12-перстной кишки. Эзофагит, пептические язвы пищевода. Опухоли желудка. Синдром Мэллори-Вейса. Приём нестероидных противовоспалительных средств. Кровотечения из нижнего отдела желудочно-кишечного тракта. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Опухоли кишечника. Дивертикулёз кишечника. Геморрой, анальные трещины. Телеангиоэктазии (болезнь Рандю-Вебера-Ослера). Дивертикул Меккеля. Принципы лечения острого желудочно-кишечного кровотечения. Гемостатическая терапия. Восстановление ОЦК. Восстановление показателей гемодинамики. *Противоязвенная терапия как профилактика рецидива кровотечения.*

Раздел 4. Болезни почек.

Тема 4.1. Диагностика и лечение хронического гломерулонефрита (ХГН). Диспансерное наблюдение. Дифференциальная диагностика ХГН и хронического пиелонефрита.

Хронический гломерулонефрит. Диагностика. Определение ведущего синдрома – изолированного мочевого, остроснефритического, нефротического, АГ. ХПН как дополнительный признак ХГН. Лечение. Немедикаментозная терапия. Медикаментозная терапия: иммуносупрессоры; глюкокортикоиды; цитостатики; антикоагулянты и антиагреганты; диуретики; статины; средства, восполняющие дефицит белка; антигипертензивные препараты. *Диспансерное наблюдение. Профилактика.*

Дифференциальная диагностика с хроническим пиелонефритом: эпизоды инфекции мочевых путей в анамнезе, лихорадка, боли в пояснице, дизурия, лейкоцитурия, бактериурия, деформация и расширение чашечно-лоханочной системы, асимметрия и деформация контуров почек по данным УЗИ; асимметрия функции почек при экскреторной урографии, радиоизотопной ренографии.

Тема 4.2. Хроническая болезнь почек (ХБП). Диагностика и лечение ХПН. Дифференциальная диагностика ХПН и ОПН.

ХБП – определение, классификация. ХПН – определение, классификация. Диагностика: клиника, лабораторно-инструментальные исследования. *Первичная и вторичная профилактика.*

Дифференциальный диагноз с ОПН: отсутствие хронического заболевания почек или почечных синдромов в анамнезе, взаимосвязь с этиологическим фактором. Характерные признаки ОПН: олигоанурия, отсутствие гипертрофии левого желудочка, выраженной анемии. Размеры (увеличены или не изменены) и экзогенность паренхимы почек (понижена или нормальна).

Тема 4.3. Дифференциальная диагностика при основных мочевых симптомах (лейкоцитурии, гематурии, протеинурии) и нефротическом синдроме. Амилоидоз: диагностика, лечение, профилактика.

Дифференциальная диагностика при лейкоцитурии. Ориентировочная локализация инфекции в мочевых путях по результатам трёхстаканной пробы. Основные заболевания: уретрит, цистит, пиелонефрит, туберкулёз почки.

Дифференциальная диагностика при гематурии. Трёхстаканная проба. Заболевания: уретрит, геморрагический цистит, конкременты мочевого пузыря, опухоль мочевого пузыря, туберкулёз мочевого пузыря, патология простаты, мочекаменная болезнь, острый папиллярный некроз, инфаркт почки, ХГН гематурической формы, IgA-нефропатия (болезнь Берже). Возможность гематурии при геморрагических синдромах и передозировке антикоагулянтами.

Дифференциальная диагностика при протеинурии и нефротическом синдроме. Диагностические критерии заболеваний, проявляющихся протеинурией или нефротическим синдромом: гломерулонефрит острый и хронический, пиелонефрит хронический, амилоидоз почек, СКВ, узелковый периартериит, геморрагический васкулит, синдром Вегенера, синдром Гудпасчера, сахарный диабет, миеломная болезнь, инфекционный эндокардит, лимфогранулематоз, застойная почка, тромбоз почечной вены или тромбоз нижней полой вены, периодическая болезнь, лекарственная нефропатия.

Амилоидоз. Диагностика. Клиническая картина. Симптомы и синдромы в развёрнутой и терминальной стадиях заболевания. Мочевой синдром. Нарушения белкового и липидного обмена. Обнаружение отложений амилоидных масс. Лечебные мероприятия в зависимости от типа амилоидоза, поражения органов-мишеней и клинической формы болезни. **Профилактика.**

Раздел 5. Болезни суставов. Системные заболевания соединительной ткани.

Тема 5.1. Дифференциальная диагностика заболеваний суставов.

Особенности суставного синдрома при различных заболеваниях: ревматоидный артрит, остеоартроз, псориатрический артрит, реактивный артрит, хроническая подагра, системная склеродермия, СКВ, дерматомиозит, паранеопластическая артропатия. Лабораторные и инструментальные методы исследования в диагностике болезней суставов. **Гериатрические аспекты суставного синдрома.**

Тема 5.2. Дифференциальная диагностика системных васкулитов.

Системные васкулиты. Узелковый полиартериит. Микроскопический полиартериит. Неспецифический аортериит (болезнь Такаясу). Гранулематоз Вененера. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха). Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Раздел 6. Болезни системы крови.

Тема 6.1. Дифференциальная диагностика анемий.

Клинические проявления анемического синдрома. Классификация анемий. Гемолитические анемии. Гипопрролиферативные анемии. Дифференциальная диагностика при анемическом синдроме. Анализ клинических, лабораторных и инструментальных исследований. *Профилактика и диспансерное наблюдение* при хронических железодефицитных анемиях.

Тема 6.2. Геморрагический синдром. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с геморрагическим синдромом.

Геморрагический синдром. Геморрагические состояния, обусловленные дефектом тромбоцитарного звена. Геморрагические диатезы, обусловленные дефектом фибринообразования, – гемофилии. Геморрагические состояния, вызванные сочетанием нарушений различных компонентов системы гемостаза. Геморрагические состояния, обусловленные дефектом сосудов. Геморрагические лихорадки. Дифференциальная диагностика геморрагических состояний. Клинические и лабораторные методы диагностики. Программы обследования больных с геморрагическим синдромом.

Тема 6.3. Дифференциальная диагностика лимфоаденопатии и спленомегалии.

Причины увеличения лимфатических узлов и селезёнки: инфекции, аутоиммунные заболевания, опухоли, болезни нарушения обмена, специфические причины. Алгоритм диагностики увеличения лимфатических узлов и селезёнки: сбор анамнеза; физикальный осмотр пациента; оценка общего анализа крови (развёрнутого); рентгенография грудной клетки; анализ мочи; цитологический и гистологический анализ лимфоузлов; стерильная пункция и биопсия селезёнки (по показаниям); электрофорез белков крови; электрофорез белка в моче (по показаниям).

Раздел 7. Поликлиническая терапия.

Тема 7.1. Основы организации амбулаторно-поликлинической помощи терапевтическим больным. Общие вопросы медицинской профилактики. Гериатрические аспекты в работе участкового терапевта.

Структура амбулаторного приёма. Основная документация участкового врача. Нормативно-правовые вопросы в амбулаторно-поликлинической врачебной практике. *Профилактическая помощь* как вид профессиональной деятельности в первичном звене здравоохранения. Концепция факторов риска. Качество профилактической помощи.

Особенности течения соматических заболеваний в пожилом и старческом возрасте. Возрастная (физиологическая) инволюция функций. Понятия старения, полиморбидности и коморбидности. *Принципы фармакотерапии в гериатрической практике.*

Тема 7.2. Диспансеризация и реабилитация терапевтических больных.

Определение диспансеризации. Принципы отбора лиц, подлежащих диспансеризации. Группы диспансерного наблюдения. Объём лабораторных и функциональных исследований. Лечебно-оздоровительные мероприятия. *Критерии эффективности диспансеризации.*

Основы медицинской реабилитации. Цель и средства. Основные принципы. Этапы медицинской реабилитации. Общие показания к медицинской реабилитации. Оценка результатов медицинской реабилитации.

Тема 7.3. Врачебно-трудовая экспертиза в терапевтической практике.

Врачебная экспертиза нетрудоспособности. Основные задачи. Экспертиза временной нетрудоспособности. Клинико-экспертная комиссия. Экспертиза стойкой нетрудоспособности. Медико-социальная экспертиза.

Тема 7.4. Ведение больных кардиологического профиля (на примере АГ, ИБС) в амбулаторно-поликлинических условиях. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Основы кардиореабилитации.

Ведение кардиологических больных терапевтом и кардиологом поликлиники. **Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.** Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний. Профилактическая кардиология в первичном звене здравоохранения.

Кардиореабилитация. Восстановительное лечение больных инфарктом миокарда, стенокардией, с хронической сердечной недостаточностью.

Тема 7.5. Ведение больных гастроэтерологического профиля (на примере ЯБ, ГЭРБ) в амбулаторно-поликлинических условиях.

Ведение больных кислотозависимыми и ассоциированными с хеликобактерной инфекцией заболеваниями (на примере ЯБ, ГЭРБ). Лечение. **Профилактика. Диспансерное наблюдение. Экспертиза временной нетрудоспособности.**

8. Первый этап экзамена (Защита истории болезни и практические навыки курации больного).

2. Учебно-тематический план

Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций*

Наименование разделов и тем	Аудиторные занятия					Всего часов на аудиторную работу	Самостоятельная работа студента	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	практические занятия, клинические практические занятия	курсовая работа				ПК-6	ПК-8		
1. Болезни органов дыхания												
1.1. Дифференциальная диагностика при одышке.	2			4		6	2	8	X	X	Л КС	Т ЗС КЛ
1.2. Неотложные состояния в пульмонологии. Дифференциальная диагностика при кровохарканье и легочном кровотечении.	0			3		3	2	5	X	X		Т ЗС КЛ
1.3. Дифференциальная диагностика плеврального выпота	0			1		1	2	3	X	X		Т
2. Болезни сердечно-сосудистой системы												
2.1. Дифференциальная диагностика при АГ. Диагностика и лечение симптоматических АГ.	2			0		2	2	4	X	X	Л УИРС	Т ЗС
2.2. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний миокарда.	2			0		2	2	4	X	X	Л КС	Т ЗС
2.3. Дифференциальная диагностика аритмий. Прогностически опасные аритмии.	2			4		6	1	7	X	X	Л КС	Т ЗС КЛ
2.4. Дифференциальная диагностика кардиомегалии. Диагностика и лечение перикардитов.	0			4		4	2	6	X	X	КС	Т КЛ
2.5. Дифференциальная диагностика сердечных шумов. Клапанные пороки сердца.	0			4		4	2	6	X	X	КС	Т КЛ
2.6. Дифференциальная диагностика и лечение легочных гипертензий. Острое и хроническое легочное сердце.	0			4		4	2	6	X	X	КС	Т
2.7. Дифференциальная диагностика при болях в грудной клетке. Неотложные состояния.	2			4		6	2	8	X	X	Л, КС Р	Т ЗС КЛ
2.8. Метаболический синдром. Критерии диагностики, принципы лечения и профилактики.	2			4		6		6	X	X	Л КС	Т
3. Болезни органов пищеварения												
3.1. Заболевания пищевода. Дифференциальная диагностика. ГЭРБ: диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.	0			0			2	2	X	X	УИРС	Т ЗС
3.2. Дифференциальная диагностика при гепато- и спленомегалии. Диагностика и лечение цирроза печени. Диспансеризация. Профилактика.	0			4		4		4	X	X	КС	Т ЗС КЛ
3.3. Заболевания билиарной системы. Хронический некалькулезный холецистит, хронический панкреатит: диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация. Дифференциальная диагностика.	0			4		4	1	5	X	X	КС	Т ЗС КЛ
3.4. Кишечная диспепсия. СРК: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.	2			4		6		6	X	X	Л КС	Т ЗС КЛ

3..5. Неотложные состояния в гастроэнтерологии. Дифференциальная диагностика и терапевтическая тактика при кровотечениях из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта.	2			0		2	2	4	X	X	Л КС	Т ЗС
4. Болезни почек.												
4.1. Диагностика и лечение ХГН. Диспансерное наблюдение. Дифференциальная диагностика ХГН и хронического пиелонефрита.	2			4		6		6	X	X	Л КС	Т ЗС КЛ
4.2. Хроническая болезнь почек. Диагностика и лечение ХПН. Дифференциальная диагностика ХПН и ОПН.	0			4		4	2	6	X	X	КС	Т ЗС КЛ
4.3. Дифференциальная диагностика при основных мочевых симптомах и нефротическом синдроме. Амилоидоз: диагностика, лечение, профилактика.	0			4		4		4	X	X	УИРС	Т КЛ
5. Болезни суставов. Системные заболевания соединительной ткани.												
5.1. Дифференциальная диагностика заболеваний суставов.	2			4		6		6	X	X	Л КС	Т КЛ
5.2. Дифференциальная диагностика системных васкулитов.	2			4		6		6	X	X	Л КС	Т КЛ
6. Болезни системы крови.												
6.1. Дифференциальная диагностика анемий.	2			0		2		2	X	X	Л КС	Т КЛ
6.2. Геморрагический синдром. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с геморрагическим синдромом.	0			4		4		4	X	X	Л КС	Т КЛ
6.3. Дифференциальная диагностика лимфаденопатии и спленомегалии.	0			4		4	2	6	X	X	Р КС	Т КЛ
7. Поликлиническая терапия.												
7.1 Основы организации амбулаторно-поликлинической помощи терапевтическим больным. Общие вопросы медицинской профилактики. Гериатрические аспекты в работе участкового терапевта.	0			4		4	2	6	X	X	Р	Т
7.2. Диспансеризация и реабилитация терапевтических больных.	0			4		4		4	X	X	КС	Т ЗС
7.3. Врачебно-трудовая экспертиза в терапевтической практике.	0			4		4		4	X	X	КС	Т ЗС
7.4. Ведение больных кардиологического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Основы кардиореабилитации.	2			0		2	2	4	X	X	Л Р УИРС	Т
7..5. Ведение больных гастроэнтерологического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях.	2			0		2	2	4	X	X	Л Р	Т
8. Подготовка и написание истории болезни терапевтического больного. (Первый этап экзамена Защита истории болезни и практические навыки курации больного).	0			0		4	3	4			ИБ	
9. Экзамен (X семестр).	0			0		0	27	27				
ИТОГО:	28	0	0	88	0	116	64	180				

Образовательные технологии, способы и методы обучения: традиционная лекция (Л), тренинг (Т), мастер-класс (МК), метод малых групп (МГ), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), посещение врачебных конференции, консилиумов (ВК), участие в научно-практических конференциях (НПК), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), проведение предметных олимпиад (О), подготовка и защита рефератов (Р).

Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости: Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), СЗ – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, ИБ – написание и защита истории болезни, КЛ – написание и защита кураторского листа, Р – написание и защита реферата, С – собеседование (или письменный опрос) по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада и др.

V. Фонд оценочных средства для контроля уровня сформированности компетенций (Приложение №1)

1. Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме

Выберите правильные ответы

1. Основные клинические проявления обострения хронического бронхита:
 1. кашель
 2. одышка
 3. боли в грудной клетке
 4. повышение температуры тела
 5. левожелудочковая недостаточность

2. Основные осложнения бронхиальной астмы:
 1. сердечная астма
 2. хроническая правожелудочковая недостаточность
 3. эмфизема легких
 4. спонтанный пневмоторакс
 5. легочная недостаточность

3. Заболевания почек, часто сопровождающиеся нефротическим синдромом:
 1. гломерулонефрит
 2. амилоидоз
 3. тромбоз почечных вен
 4. нефропатия беременных
 5. пиелонефрит

4. Основные антикоагулянты и фибринолитики, используемые при острых тромбозах и тромбоземболиях:
 1. гепарин
 2. фибринолизин
 3. стрептокиназа
 4. аминокaproновая кислота
 5. стрептодеказа

Эталон ответов:

Вопрос	Ответ
1	1,2,3,4
2	2,3,4,5
3	1,2,3,4
4	1,2,3,5

- **Критерии оценки тестового контроля**
- «отлично» – если правильный ответ дан на 91 % вопросов и более;
- «хорошо» – если правильный ответ дан на 81-90 % вопросов;
- «удовлетворительно» – если правильный ответ дан на 71-80 % вопросов,
- «неудовлетворительно» – если правильный ответ дан на 70 % вопросов и менее.

Примеры контрольных вопросов для собеседования или письменного опроса:

1. Дифференциальная диагностика при бронхообструктивном синдроме,
2. Дифференциальная диагностика одышке и удушье.
3. Дифференциальная диагностика кардиомегалии
4. Дифференциальная диагностика сердечных шумов

Критерии оценки устного ответа или письменного опроса:

- оценка 2 - выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.
- оценка 3 - заслуживает студент, обнаруживший определенный уровень знаний основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;
- оценка 4 - заслуживает студент, обнаруживший достаточное знание основного программного материала;
- оценка 5 - ставится студенту, обнаружившему полные знания материала, а также знание основной и дополнительной литературы, владеющему научным языком, осуществляющему логичное изложение программного материала на различных уровнях его представления, умеющему аргументировать точку зрения и приводить примеры.

Примеры ситуационных задач к практическим занятиям

Задача 1.

Больной К., 37 лет, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на изжогу, кислую отрыжку, поперхивание, желание запивать твёрдую пищу. Самостоятельно принимал алмагель, но это облегчения не принесло.

Объективно: повышенного питания (превышение нормальной массы тела на 40%); лёгкие – перкуторно лёгочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердце: перкуторно – границы в пределах нормы, аускультативно – тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 90 ударов в мин. АД 130/80 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется, размеры по Курлову в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз больного.
2. План обследования и лечения больного.
3. После представления данных дополнительных методов обследования – оцените результаты, сформулируйте клинический диагноз, скорректируйте лечение.
4. В чём заключается вторичная профилактика данного заболевания?
5. Каковы средние сроки временной нетрудоспособности при ГЭРБ?

Данные дополнительных методов обследования:

При рентгенологическом исследовании описан заброс бариевой взвеси из желудка в пищевод в вертикальном положении больного.

При ФГДС – диффузная гиперемия и отёк слизистой оболочки пищевода и кардии с единичными эрозиями, покрытыми белесоватым налётом. Взята биопсия.

Проведена РН-метрия и манометрическое исследование моторной функции пищевода. РН – 4,5. В положении больного лёжа отмечено снижение РН до 3,0.

Ответы к задаче 1.

1. Предварительный диагноз: ГЭРБ
2. **План обследования:** клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь, ЭКГ, Rg-скопия пищевода и желудка с контрастированием, ФЭГДС, суточная РН-метрия и манометрическое исследование моторной функции пищевода. **План лечения:** антисекреторные препараты – блокаторы протонной помпы, антациды, прокинетики, режимные и диетические мероприятия. Режимные и диетические мероприятия включают: сон с приподнятым головным концом кровати, не менее чем на 15 см; снизить массу тела, если есть ожирение; не лежать после еды в течение 1,5 часов; не принимать пищу перед сном; ограничить прием жиров: прекратить курение; избегать тесной одежды, тугих поясов; не принимать пролонгированные нитраты, антагонисты Са, теофиллин, аспирин и др. НПВС.
3. ГЭРБ, эзофагит I степени.
Лекарственная терапия в течение 6 недель:
 - омепразол 20 мг 2 раза в день;
 - маалокс 15 мл 4 раза в день через 1 час после еды — на период наличия симптомов (или гевискон);
 - мотилиум 10 мг 4 раза в день за 15 мин до еды в течение 4 недель;
 - венгер по 1 г за 30 мин до еды 3 раза в день в течение 4 недель.
4. Диспансерное наблюдение, терапия «по требованию».

5. Средние сроки нетрудоспособности при обострении ГЭРБ I-II степени – 8-12 дней, III- IV степени – до 4 недель.

Задача 2.

Больная Л., 48 лет, обратилась к врачу с жалобами на боль в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку, ключицу, правое плечо, имеющую ноющий характер, продолжающуюся в течение нескольких дней. Возникновение болей связывает с приёмом жирной, жареной пищи. Отмечает повышение температуры тела до $37,7^{\circ}\text{C}$, тошноту, рвоту желчью, отрыжку горечью.

Больна в течение 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Обострения возникали 4-5 раз в год. При осмотре: повышенного питания (превышение нормальной массы тела на 40%); лёгкие – перкуторно лёгочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердце: перкуторно – границы в пределах нормы, аускультативно – тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 90 ударов в мин. АД 130/80 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живота больная отмечает болезненность в правом подреберье, печень не пальпируется, размеры по Курлову в норме. Симптомы Ортнера, Кера, Лепене положительные.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз больного.
2. План обследования и лечения больного.
3. После представления данных дополнительных методов обследования – оцените результаты, сформулируйте клинический диагноз, скорректируйте лечение.
4. Принципы лечения заболевания (в разные фазы)?
5. Возможные осложнения заболевания?
6. В каких случаях при данном заболевании показано хирургическое лечение?
7. Принципы профилактики?

Данные дополнительных методов обследования:

Обследовалась амбулаторно: УЗИ желчного пузыря – стенки желчного пузыря утолщены, уплотнены. Желчный пузырь переполнен желчью, При дуоденальном зондировании в порции «В» 110 мл желчи, выделялась длительно.

Прочие показатели лабораторных и биохимических тестов в норме.

Ответы к задаче 2.

1. **Предварительный диагноз:** Хронический холецистит, рецидивирующее течение, в стадии обострения. Сопутствующий: Ожирение II степени.

2. **План обследования:** клинический анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, холестерин и билирубин крови, амилаза крови, АсАТ, АлАТ, ЩФ, общий белок и белковые фракции, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, дуоденальное зондирование, копрограмма.

План лечения. Частое дробное питание (по типу диеты №5) с достаточным количеством жидкости. Антибактериальное лечение (эритромицин по 0,25 г 6 раз в сутки или фуросолидон по 0,05 г 4 раза в сутки или др.), 8-10 дней. При стихании обострения – физиолечение (диатермия, ультразвук, лазеротерапия и др.).

3. **Диагноз основной:** Хронический некалькулезный холецистит, рецидивирующее течение, средней тяжести с гипокинетической формой дискинезии желчного пузыря, в стадии обострения.

Сопутствующий: Ожирение II степени.

План лечения. Частое дробное питание (по типу диеты №5) с достаточным количеством жидкости. Антибактериальное лечение (эритромицин по 0,25 г 6 раз в сутки или фуросолидон по 0,05 г 4 раза в сутки или др.), 8-10 дней

4. При стихании обострения – физиолечение (диатермия, ультразвук, лазеротерапия и др.). В фазе ремиссии – холеретики (аллахол по 1-2 драже 3 раза в день после еды), ферменты (фестал по 2 драже 3 раза в день или креон, панцитрат), тюбажи с холекинетиками 2 раза в неделю

5. Осложнения: 1) перихолецистит, 2) холангит, 3) перфорация желчного пузыря, 4) водянка желчного пузыря, 5) эмпиема желчного пузыря, 6) образование камней и др.

6. Хирургическое лечение показано: 1) при упорном течении заболевания и местных осложнениях (спайки, деформация желчного пузыря, перихолецистит), 2) при «отключении» желчного пузыря или его резкой деформации, 3) в случае осложнённого холецистита, присоединения трудно поддающихся терапии панкреатита, холангита.

7. Принципы профилактики: рациональное питание, активный образ жизни, своевременное лечение других заболеваний пищеварительного тракта, санация очагов инфекции и др.

Критерии оценки ситуационной задачи:

Оценка «2» - выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы к ситуационной задаче множественные ошибки принципиального характера.

Оценка «3» - ставится студенту, обнаруживший определенный уровень знаний основного программного материала и/или допустивший погрешности при его изложении;

Оценка «4» - ставится студенту, обнаруживший достаточное знание основного программного материала и допустившего единичные ошибки или неточности;

Оценка «5» - ставится студенту, обнаружившему полные знания программного материала, а также знание основной и дополнительной литературы, владеющему научным языком, осуществляющему логичное изложение программного материала на различных уровнях его представления, умеющему аргументировать точку зрения.

Примерные темы рефератов:

1. Дифференциальная диагностика плеврального выпота
2. Дифференциальная диагностика и лечение некоронарогенных поражений миокарда
3. Метаболический синдром. Критерии диагностики, принципы лечения
4. Особенности современной клинической картины инфекционного эндокардита.
5. Принципы диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности.

Критерии оценки реферата:

Оценка «2» – тема УИРС не раскрыта, отсутствует логика изложения, использованы не актуальные и устаревшие данные или отсутствует список литературы.

Оценка «3» – тема УИРС раскрыта не полностью, материал изложен логично, но использованы устаревшие статистические данные, литературные источники более 10–летней давности.

Оценка «4» – тема УИРС раскрыта достаточно полно, материал изложен логично, использованы актуальные данные, в списке литературы использованы материалы более 5–летней давности.

Оценка «5» – тема УИРС раскрыта полностью, материал изложен логично, использованы актуальные и современные статистические данные, в списке литературы использованы материалы за последние 5 лет.

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту

- Проводить диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний и патологических состояний у пациентов терапевтического профиля на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования
- Установить клинический диагноз
- оценить результаты проведенного обследования
- назначить лечение пациентам с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов
- разработать план диспансерного наблюдения и профилактических мероприятий на амбулаторном этапе

Критерии оценки освоения практических навыков и умений:

«отлично» – если студент обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения при диагностических исследованиях и лечебных процедурах, нормативы результатов исследований, правила оформления типовой медицинской документации и др.) и самостоятельно без ошибок демонстрирует выполнение практических навыков;

«хорошо» – если студент обладает полными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения при диагностических исследованиях и лечебных процедурах, нормативы результатов исследований, правила оформления типовой медицинской документации и др.) и самостоятельно демонстрирует выполнение практических навыков, допуская при этом отдельные неточности или несущественные ошибки, которые может самостоятельно обнаружить и быстро исправить;

«удовлетворительно» – если студент обладает достаточными теоретическими знаниями (имеет представление о методике выполнения практических навыков, показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях при диагностических исследованиях и лечебных процедурах, нормативах результатов исследований, правилах оформления типовой медицинской документации и др.) и демонстрирует выполнение практических навыков, допуская при этом некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

«неудовлетворительно» – если студент не обладает достаточными теоретическими знаниями (не знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения при диагностических исследованиях и лечебных процедурах, нормативы результатов исследований, правила оформления типовой медицинской документации и др.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать выполнение практических навыков или выполняет их, допуская грубые принципиальные ошибки.

Примерные темы для УИРС

- Внепищеводные проявления ГЭРБ.
- Дифференциально-диагностический поиск при болевом синдроме в грудной клетке.
- Особенности ведения больных с пищеводом Баррета.
- Дифференциальная диагностика основных хронических заболеваний кишечника.
- Особенности ведения больных неспецифическим язвенным колитом в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Дифференциальная диагностика хронического калькулёзного и некалькулёзного холецистита.
- Методы дистанционной литотрипсии в лечении ЖКБ.
- Ведение больных циррозом печени в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Ведение больных ЖКБ в амбулаторно-поликлинических условиях
- Алкогольная болезнь печени (диагностика, дифференциальная, диагностика, принципы лечения).

- Критерии оценки за УИРС:

- «отлично» – если тема раскрыта правильно и достаточно полно, при этом использовалась современная литература;
- «хорошо» – если тема раскрыта правильно, но недостаточно полно, при этом использовалась современная литература;
- «удовлетворительно» – если тема раскрыта неполно или трактуется недостаточно правильно или использовалась недостаточно современная литература (источники более, чем десятилетней давности);
- «неудовлетворительно» – если тема раскрыта неправильно.

- Критерии оценки за историю болезни/кураторский лист:

- «отлично» – если сформулирован правильный развернутый клинический диагноз (включающий основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания), при этом студент продемонстрировал глубокие системные представления о конкретном больном и особенностях диагностики, лечения и профилактики его патологии; работа выполнена в полном соответствии со схемой, разработанной на кафедре;
- «хорошо» – если сформулирован правильный развернутый клинический диагноз (включающий основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания), при этом студент продемонстрировал достаточные представления о конкретном больном, допустив отдельные несущественные неточности в изложении фактов и выборе методов диагностики, лечения и профилактики патологии у конкретного пациента или сформулирован правильный, но

недостаточно развернутый клинический диагноз; работа выполнена в полном соответствии со схемой, разработанной на кафедре;

- «удовлетворительно» – если сформулирован в основном правильный (с отдельными неточностями), но недостаточно развернутый клинический диагноз (включающий основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания), при этом студент продемонстрировал достаточные представления о конкретном больном, однако фактический материал изложен недостаточно последовательно, допущены неточности в изложении фактов, что повлекло непринципиальные ошибки при выборе методов диагностики, лечения и профилактики патологии у конкретного пациента; есть недочёты в оформлении работы;

- «неудовлетворительно» – если диагноз сформулирован неправильно или допущены принципиальные ошибки при выборе методов диагностики, лечения и профилактики патологии у конкретного пациента; работа оформлена небрежно, изложены не все разделы, рекомендуемые схемой её написания.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины (курсовой экзамен в X семестре).

Порядок проведения промежуточной аттестации:

Курсовой экзамен по окончании изучения дисциплины «Госпитальная терапия» проводится в X семестре по трехэтапной системе.

Первый этап экзамена включает оценку практических навыков курации больного и проводится по окончании изучения дисциплины «Госпитальная терапия» – на последнем занятии цикла в весеннем семестре.

Второй этап экзамена включает тестовый контроль.

Третий этап экзамена включает собеседование по ситуационным задачам с оценкой практических навыков интерпретации результатов основных лабораторных и инструментальных методов исследования и умения выписывать рецепты.

Второй и третий этапы экзамена проводятся в один день в сроки, определенные Учебным управлением ТГМУ, непосредственно во время экзаменационной сессии.

Первый и второй этапы экзамена оцениваются по двухбалльной системе (зачтено, не зачтено); третий этап экзамена оценивается по четырехбалльной системе (отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно).

Студенты, получившие оценку «не зачтено» за первый этап экзамена не допускаются до второго до тех пор, пока не получат за первый этап экзамена оценку «зачтено».

Студенты, получившие оценку «не зачтено» за второй этап экзамена (тестовый контроль) получают за экзамен оценку «неудовлетворительно» и не допускаются до третьего этапа экзамена до тех пор, пока не получат за второй этап экзамена оценку «зачтено».

В остальных случаях итоговая экзаменационная оценка совпадает с оценкой за третий этап экзамена.

Оценочные средства, используемые для промежуточной аттестации (для экзамена) по итогам освоения дисциплины:

Критерии оценки первого этапа экзамена – практических навыков курации больного:

«зачтено» – если студент обладает достаточными теоретическими знаниями (имеет представление о методике выполнения практических навыков, показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях при диагностических исследованиях и лечебных процедурах, нормативах результатов исследований, правилах оформления типовой медицинской документации и др.) и самостоятельно демонстрирует выполнение практических навыков, при этом допускаются некоторые ошибки, которые студент может исправить самостоятельно или при коррекции их преподавателем;

«не зачтено» – если студент не обладает достаточными теоретическими знаниями (не знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения при диагностических исследованиях и лечебных процедурах, нормативы результатов исследований, правила оформления типовой медицинской документации и др.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать выполнение практических навыков или выполняет их, допуская грубые принципиальные ошибки.

Примеры экзаменационных заданий в тестовой форме:

В каждом вопросе необходимо указать один или несколько правильных ответов.

5. Основные направления лечения больных хроническим бронхитом:

1. воздействие на инфекционный фактор
2. улучшение бронхиальной проходимости
3. назначение диуретиков и сердечных гликозидов
4. улучшение отхождения мокроты
5. коррекция иммунного состояния организма

6. Лекарственные препараты, используемые при лечении хронического гастрита типа А:

1. трихопол
2. ацидин-пепсин
3. ферменты (фестал и др.)
4. витамины группы В, С
5. препараты никотиновой кислоты

7. Симптомы длительной интоксикации при бронхоэктатической болезни:

1. желтушно-землистый цвет кожи
2. похудание
3. анемия

4. увеличение систолического артериального давления
5. "барабанные" пальцы и ногти в форме "часовых стекол"

8. Заболевания, которые могут осложниться эмболией почечных артерий с последующей гематурией:
 1. инфекционный эндокардит
 2. жировая эмболия при переломах длинных трубчатых костей
 3. инфаркт миокарда
 4. пороки сердца с мерцательной аритмией
 5. атеросклероз аорты

9. Факторы риска гипертонической болезни:
 1. неблагоприятная наследственность
 2. избыточное потребление соли
 3. ожирение
 4. вегетарианство
 5. психоэмоциональное напряжение

Эталон ответов:

Вопрос	Ответ
1.	1,2,4,5
2.	2,3,4,5
3.	1,2,3,5
4.	1,3,4,5
5.	1,2,3,5

Критерии оценки второго этапа экзамена (тестовый контроль):
 «зачтено» – если правильный ответ дан на 70 % вопросов и более,
 «не зачтено» – если правильный ответ дан менее, чем на 70 % вопросов.

Примеры экзаменационных типовых ситуационных задач:

Задача 1.

Больной Д. 39 лет поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, головокружение, боли в верхней половине живота через 40 мину после приема пищи, рвоту, приносящую облегчение. Из анамнеза известно, что в течение 1,5 месяцев отмечал боли в животе через полчаса после еды, за медицинской помощью не обращался, ничем не лечился. что в течение 3-х дней болевой синдром купировался самостоятельно, однако дважды стул был черного цвета. У матери диагностирована язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Объективно: состояние средней тяжести, обращает на себя резкая бледность кожных покровов. Изо рта – язык сухой, обложен налетом серого цвета. Грудная клетка нормостенического типа, перкуторно - ясный легоч-

ный звук, при аускультации – везикулярное дыхание. ЧД - 20 в 1 мин. Пульс - 92 в 1 мин, ритмичный. Границы относительной тупости сердца - в пределах нормы. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, умеренная тахикардия. ЧСС - 92 в мин, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот округлой формы, симметрично участвует в дыхании, при пальпации резко болезненный в эпигастрии, зоне Шоффара, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомы Менделя, Щеткина- Блюмберга – отрицательные. Печень – по краю рёберной дуги, безболезненная.

Вопросы

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Составьте план обследования и лечения
4. После получения сведений дополнительных методов обследования сформулируйте клинический диагноз и скорректируйте лечение
5. С какими заболеваниями вы будете дифференцировать данную патологию?
6. Какое медикаментозное лечение следует назначить больному? Дальнейшая тактика?
7. Каковы абсолютные и относительные показания к хирургическому лечению?

Данные дополнительных методов обследования.

Общий анализ крови. Эритроциты- $3,2 \times 10^{12}$ /л. Гемоглобин-100 г/л. Цветной показатель-0,9. Лейкоциты- $7,8 \times 10^9$ /л. Эозинофилы-2%. Сегментоядерные-64%. Лимфоциты-24%. Моноциты - 10%. СОЭ - 8 мм/час. Общий анализ мочи - без особенностей. Общий белок крови - 65 г/л Аланинаминотрансфераза – 42 ед/л. Аспартатаминотрансфераза -28 ед/л. Общий билирубин - 20,0 мкмоль/л. Альфа-амилаза – 42 ед/л. Глюкоза - 3,0 ммоль/л. ЭГДС: пищевод проходим, на малой кривизне желудка – язва глубокая с подрывными краями, размером 1,0 x 1,1 см, дно язвы покрыто фибринозным налётом с эрозированным сосудом. Через 2 часа после поступления в гастроэнтерологическое отделение у больного появилась рвота цвета кофейной гущи.

Ответы к задаче 1.

1. Синдромы: болевой, диспепсический, желудочного кровотечения, анемический.
2. Предварительный диагноз: язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, в стадии обострения. Желудочно-кишечное кровотечение
3. **План обследования:** клинический анализ крови+тромбоциты+гематокрит, общий анализ мочи, сахар крови, холестерин и билирубин крови, амилаза крови, АсАТ, АлАТ, ЩФ, общий белок и белковые фракции, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, копрограмма. ЭКГ. ФЛГ

План лечения: диета №1, режим 1. Антисекреторные препараты. В/в инфузия плазмозамещающих растворов

4. Диагноз: язвенная болезнь желудка, впервые выявленная. Острая язва малой кривизны желудка, глубокая, средних размеров (1x1,1см). Осложнение: желудочное кровотечение (дата). Хроническая анемия, железодефицитная (постгеморагическая), лёгкой степени (по данным анализа крови до кровотечения). Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в эпигастрии, наличия черного стула, данных объективного исследования (бледность кожных покровов, сухость и обложенность языка, болезненность при пальпации в эпигастральной области), данных ЭГДС – язва малой кривизны желудка

5. Дифференциальная диагностика: с симптоматическими язвами, хроническим панкреатитом, холециститом, острым инфарктом миокарда, синдромом Меллори-Вейса.

6. Холод на эпигастральную область. Аминокапроновая кислота 5% раствор внутрь и 200 мл внутривенно капельно. Каждые 4-6 часов фамотидин (квamatел) по 20 мг внутривенно. Плазмозамещающие растворы (р-р Рингера) внутривенно капельно до 1,5 л в сутки. При отсутствии эффекта – переливание эритроцитарной массы и перевод в хирургическое отделение с последующей остановкой кровотечения эндоскопическими методами или хирургическим вмешательством.

7. Показания к оперативному лечению:

Абсолютные:

- 1) перфорация язвы
- 2) профузное желудочно-кишечное кровотечение
- 3) стеноз 12-перстной кишки или выходного отдела желудка с нарушением его эвакуаторной функции
- 4) малигнизация язвы.

Относительные:

- 1) неэффективность адекватной консервативной терапии;
- 2) многократные профузные желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе;
- 3) рецидив заболевания после ушивания перфоративной язвы;
- 4) крупные каллезные пенетрирующие язвы, резистентные к медикаментозному лечению.

Задача № 2

Больной А., 24 лет, шофёр, обратился в поликлинику с жалобами на отёчность лица, головную боль, болевые ощущения в пояснице, утомляемость, уменьшение количества выделяемой мочи и изменение её окраски – красноватого цвета.

В детском возрасте перенёс заболевание почек, какое не знает. В последующем чувствовал себя удовлетворительно и у врача не наблюдался. Во

время службы в армии после значительных физических нагрузок и переохлаждения появились боли в пояснице, отёчность лица, красноватый цвет мочи. Лечился в госпитале в течение месяца и был комиссован из армии в связи с почечной патологией. Поступил на работу шофёром.

При осмотре: кожные покровы бледные, лицо одутловатое, отёки под глазами. Сердце – левая граница на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя – в норме. Тоны сердца средней звучности, ритмичные, акцент второго тона над аортой, ЧСС – 92 в мин. АД – 160/100 мм рт ст. Над лёгкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Область поясницы при поколачивании умеренно болезненная с обеих сторон.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Составьте план обследования и лечения
4. Ваш диагноз (основной и осложнения)?
5. Скорректируйте лечение
6. Дифференциальный диагноз с какими нозологиями следует производить?
7. Какое значение помимо диагностического имеет выполнение пункционной биопсии почек?
8. В чём состоит метод «пульс-терапии» и когда он используется?
9. Как зависит прогноз хронического гломерулонефрита от его формы?
10. Профилактика хронического гломерулонефрита
11. С какими формами ХГН можно направлять больных на климатическое курортное лечение? Какие климатические курорты показаны больным ХГН?

Данные дополнительных методов обследования исследования.

Анализ мочи: относительная плотность 1009, белок 4 г/л, эритроциты 30-40 в поле зрения, лейкоциты 6-8 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры – 2-4 в препарате. Анализ крови: эритроциты $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв 108 г/л, цв. п. 0,9. Лейкоциты $7,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/ч. Общий белок 60 г/л, холестерин 7,1 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л. Суточная протеинурия 5 г. СКФ=50 мл/мин

УЗИ почек: истончение коркового слоя почек с двух сторон. Чашечно-лоханочный комплекс не изменен

Биопсия почек: мезангиопролиферативный диффузный гломерулонефрит

LE-клетки: не обнаружены

Ответы к задаче 2

1. Основные синдромы: мочевого, отёчный, гипертензивный
2. Предварительный диагноз: Хронический гломерулонефрит (ХГН), смешанная форма, фаза обострения.
3. План обследования: Анализ крови, LE-клетки, анализ мочи, суточная протеинурия, определение СКФ, УЗИ почек, биопсия почек
Лечение назначается после получения основных данных лабораторно-инструментального обследования
4. **Основной диагноз:** Хронический мезангиопролиферативный диффузный гломерулонефрит (ХГН), смешанная форма, фаза обострения
Осложнения: ХБП С3. Хроническая анемия I ст., нормохромная.
5. Четырёхкомпонентную схему лечения используют при высокой активности ХГН. Она включает: цитостатик (азатиоприн, циклофосфан и др.), преднизолон, гепарин и курантил
6. Вторичные гломерулонефриты – часть системной болезни (чаще всего СКВ или васкулита, а также паранеоплазии). Пиелонефриты. Амилоидоз.
7. Выявление морфологических изменений в почках имеет значение для выбора лечения и определения прогноза болезни.
8. Метод «пульс-терапии» используется при высокой активности ХГН и неэффективности лечения (если обычные дозы преднизолона не оказывают действие): в течение 3 дней подряд в/в вводят 1000-1200 мг преднизолона с последующим переходом на обычные дозы.
9. Прогноз благоприятен при латентной форме ХГН, серьезен при гипертонической и гематурической формами, неблагоприятен при нефротической и особенно смешанной форме ХГН.
10. **Первичная профилактика ХГН:** укрепление организма, закаливание, повышение резистентности инфекциям, своевременное адекватное лечение очагов стрептококковой инфекции, своевременная диагностика и лечение острого гломерулонефрита. **Вторичная профилактика:** правильное трудоустройство больных, соблюдение режима труда и отдыха, назначение диеты в соответствии с нозологической формой заболевания, санация очагов инфекции, предупреждение интеркуррентных заболеваний, общеукрепляющая и десенсибилизирующая терапия, адекватная медикаментозная нефропротекция.
11. Климатическое лечение показано больным ХГН с латентной формой (с изолированным мочевым синдромом) и с гипертонической формой при условии умеренного повышения АД. Больных направляют на лечение в санатории, расположенные в зоне жаркого климата (Средняя Азия), на Южном берегу Крыма.

Критерии оценки третьего этапа экзамена (собеседование по ситуационной задаче и практические навыки интерпретации дополнительных методов исследования и умения выписывать рецепты):

Общая оценка за третий этап экзамена выставляется с учетом оценок, полученных непосредственно за решение ситуационной задачи, за практические навыки интерпретации дополнительных методов исследования и умения выписывать рецепты.

Критерии оценки решения ситуационной задачи:

«отлично» – если студент проявил системные глубокие знания программного материала, необходимые для решения практических задач, владеет научным языком, знает современные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, основанные на принципах доказательной медицины; при решении ситуационной задачи сформулирован правильный развернутый клинический диагноз, и правильный ответ дан на все вопросы;

«хорошо» – если студент проявил полное знание программного материала, умеет излагать его научным языком, знает современные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, основанные на принципах доказательной медицины, однако продемонстрированные знания недостаточны для самостоятельного системного анализа обсуждаемой проблемы; при решении ситуационной задачи сформулирован правильный развернутый клинический диагноз, и правильный ответ дан на 4 вопроса (из 5) **или** правильный ответ дан на все вопросы, при этом сформулирован правильный, но недостаточно развернутый клинический диагноз;

«удовлетворительно» – если студент проявил достаточное знание программного материала, имеет представление о современных клинических рекомендациях по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, основанных на принципах доказательной медицины, однако материал изложен недостаточно последовательно, допущены погрешности и отдельные неточности в изложении фактов; при решении ситуационной задачи сформулирован правильный развернутый клинический диагноз, и правильный ответ дан на 3 вопроса (из 5) **или** правильный ответ дан на 4 вопроса, при этом сформулирован правильный, но недостаточно развернутый клинический диагноз;

«неудовлетворительно» – если студент проявил недостаточное знание программного материала, при изложении которого допущены множественные принципиальные ошибки; при решении ситуационной задачи правильный ответ дан менее чем на 3 вопроса (из 5) **или** диагноз сформулирован неправильно.

Критерии оценки практических навыков интерпретации дополнительных методов исследования (анализы, электрокардиограмма и рентгенограмма):

«отлично» – если дан правильный и полный ответ;

«хорошо» – если дан правильный, но неполный ответ;

«удовлетворительно» – если дан правильный (с отдельными неточностями) и неполный ответ;

«неудовлетворительно» – если дан неправильный ответ.

Критерии итоговой экзаменационной оценки:

«отлично» – если за решение ситуационной задачи получена оценка «отлично» при этом за интерпретацию дополнительных методов исследования и умение выписывать рецепты получены оценки «отлично» или «хорошо»;

«хорошо» – если за решение ситуационной задачи получена оценка «хорошо» при этом за интерпретацию дополнительных методов исследования и умение выписывать рецепты нет оценок «неудовлетворительно» **или** за решение ситуационной задачи получена оценка «отлично» при этом за интерпретацию дополнительных методов исследования и умение выписывать рецепты имеются оценки «удовлетворительно» и нет оценок «неудовлетворительно»;

«удовлетворительно» – если за решение ситуационной задачи получена оценка «удовлетворительно» при этом за интерпретацию дополнительных методов исследования и умение выписывать рецепты получено не более трех (из четырех) оценок «неудовлетворительно» **или** за решение ситуационной задачи получена оценка «отлично» или «хорошо» при этом за интерпретацию дополнительных методов исследования и умение выписывать рецепты есть оценки «неудовлетворительно»;

«неудовлетворительно» – если за решение ситуационной задачи получена оценка «неудовлетворительно» **или** за решение ситуационной задачи получена оценка «удовлетворительно» при этом за интерпретацию дополнительных методов исследования получены четыре неудовлетворительные оценки.

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. Перечень основной и дополнительной литературы

A) Основная литература

1. Внутренние болезни [Текст] : учебник. В 2-х т. / ред. Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. – изд. 2-е, испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Т. 1 – 649 с. ; Т. 2. – 581 с.
2. Маколкин, В. И. Внутренние болезни [Текст] : учебник / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 764 с.

Электронные ресурсы:

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] / ред. Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414217.html>
2. Схемы написания истории болезни и кураторского листа в терапевтиче

ском стационаре [Электронный ресурс] : учебно-методические рекомендации / Тверская гос. мед. акад. ; сост. Л. Е. Смирнова ; ред. В. Ф. Виноградов. – 286 Кб. – Тверь : [б. и.], 2011. – 21 с.

Б). Дополнительная литература

1. Бокарев, И. Н. Внутренние болезни: дифференциальная диагностика и лечение [Текст] : учебник / И. Н. Бокарев, Л. В. Попова ; Первый Московский гос. мед. ун-т. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2015. – 773 с.
2. Болезни крови в амбулаторной практике / ред. И. Л. Давыдкин. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 184 с.
3. Вассон, Дж. Клинические симптомы: от жалоб больного до дифференциального диагноза [Текст] : полное систематизированное руководство : пер. с англ. / Дж. Вассон. – Москва : БИНОМ, 2014. – 423 с.
4. Гастроэнтерология [Текст] : национальное руководство : краткое издание / ред. В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 462 с.
5. Клинические рекомендации по кардиологии / ред. Ф. И. Белялов. – 7-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 152 с.

Электронные ресурсы:

1. Дифференциальная диагностика внутренних болезней [Электронный ресурс] / ред. В. В. Щёкотов, А. И. Мартынов, А. А. Спасский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. –
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439340.html>

Приложения к рабочей программе:

Схемы написания Истории болезни и кураторского листа в терапевтическом стационаре.

Приложение №2.

**3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины
Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:**

Стандарты медицинской помощи:
<http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>;
Электронный справочник «Информо» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);
Университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);
Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
Сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>);
Доступ к базам данных POLPRED (www.polpred.ru);
Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;
Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;
Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России // <http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191/>;
Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru/>;
Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;

Выбрать нужные для освоения дисциплины ресурсы из предложенного списка.

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2013:
 - Access 2013;
 - Excel 2013;
 - Outlook 2013 ;
 - PowerPoint 2013;
 - Word 2013;
 - Publisher 2013;
 - OneNote 2013.
2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.
3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: www.geotar.ru;

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины. (Приложения № 2)

VI. Материально-техническое обеспечение дисциплины(Приложения № 3)

VII. Научно-исследовательская работа студента

Научно-исследовательская работа студентов представлена: реферативной работой; проведением научных исследований с последующим выступлением на итоговых научных студенческих конференциях в Твери и в других городах России; публикацией в сборниках студенческих работ; кафедральных изданиях и Верхневолжском медицинском журнале.

VIII. Протоколы согласования рабочей программы дисциплины с другими дисциплинам:

1. Факультетская терапия
2. Клиническая фармакология.

IX. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины (Приложении № 4)

Приложение № 1

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
ПК-6**

Способность 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-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. Шифр, наименование компетенции

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Симптомы длительной интоксикации при бронхоэктатической болезни:
 1. желтушно-землистый цвет кожи
 2. похудание
 3. анемия
 4. увеличение систолического артериального давления
 5. "барабанные" пальцы и ногти в форме "часовых стекол"

2. Заболевания, которые могут осложниться эмболией почечных артерий с последующей гематурией:
 1. инфекционный эндокардит
 2. жировая эмболия при переломах длинных трубчатых костей
 3. инфаркт миокарда
 4. пороки сердца с мерцательной аритмией
 5. атеросклероз аорты

3. Факторы риска гипертонической болезни:
 1. неблагоприятная наследственность
 2. избыточное потребление соли
 3. ожирение
 4. вегетарианство
 5. психоэмоциональное напряжение

4. Препараты для патогенетического лечения при нефротической форме хронического гломерулонефрита:
 1. глюкокортикоиды (преднизолон)
 2. иммунодепрессанты (имуран, азатиоприн)
 3. антикоагулянты (гепарин)
 4. препараты 4-аминохинолинового ряда (делагил)
 5. антибиотики ряда аминогликозидов (неомицин, мономицин)

Эталон ответов:

Вопрос	Ответ
1	1,2,3,5
2	1,3,4,5
3	1,2,3,5
4	1,2,3,4

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Ситуационная задача:

Больной А., 24 лет, шофёр, обратился в поликлинику с жалобами на отёчность лица, головную боль, болевые ощущения в пояснице, утомляемость, уменьшение количества выделяемой мочи и изменение её окраски – красноватого цвета.

В детском возрасте перенёс заболевание почек, какое не знает. В последующем чувствовал себя удовлетворительно и у врача не наблюдался. Во время службы в армии после значительных физических нагрузок и переохлаждения появились боли в пояснице, отёчность лица, красноватый цвет мочи. Лечился в госпитале в течение месяца и был комиссован из армии в связи с почечной патологией. Поступил на работу шофёром.

При осмотре: кожные покровы бледные, лицо одутловатое, отёки под глазами. Сердце – левая граница на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя – в норме. Тоны сердца средней звучности, ритмичные, акцент второго тона над аортой, ЧСС – 92 в мин. АД – 160/100 мм рт ст. Над лёгкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Область поясницы при поколачивании умеренно болезненная с обеих сторон.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Составьте план обследования и лечения
4. Ваш диагноз (основной и осложнения)?
5. Скорректируйте лечение
6. Дифференциальный диагноз с какими нозологиями следует производить?
7. Какое значение помимо диагностического имеет выполнение пункционной биопсии почек?
8. В чём состоит метод «пульс-терапии» и когда он используется?
9. Как зависит прогноз хронического гломерулонефрита от его формы?
10. Профилактика хронического гломерулонефрита
11. Задачи диспансерного наблюдения: раннее активное выявление, взятие на учет, тщательное обследование, своевременное профилактическое и противорецидивное лечение больных с ХГН, правильное трудоустройство
12. С какими формами ХГН можно направлять больных на климатическое курортное лечение? Какие климатические курорты показаны больным ХГН?

Данные дополнительных методов обследования.

Анализ крови: эритроциты $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв 108 г/л, цв. п. 0,9. Лейкоциты $7,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/ч. LE-клетки: не обнаружены.

Анализ мочи: относительная плотность 1009, белок 4 г/л, эритроциты 30-40 в поле зрения, лейкоциты 6-8 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры – 2-4 в препарате. Суточная протеинурия 5 г. СКФ=50 мл/мин

Биохимия: сахар крови 5,1 ммоль/л, общий белок 60 г/л, СРБ – положительный «+», холестерин – 7,1 ммоль/л, креатинин – 140 мкмоль/л. АСТ – 25, АЛТ – 16, Антинуклеарные антитела (тест к нативной ДНК) – результат отрицательный, мочевая кислота – 355 мкмоль/л (N = 262–452 мкмоль/л). Белок Бенс-Джонса в моче – отрицательный

УЗИ почек: истончение коркового слоя почек с двух сторон. Чашечно-лоханочный комплекс не изменен

Биопсия почек: мезангиопролиферативный диффузный гломерулонефрит

Ответы к задаче 2

1. **Основные синдромы:** мочевого, отёчный, гипертензивный
2. **Предварительный диагноз:** Хронический гломерулонефрит (ХГН), смешанная форма, фаза обострения.
3. **План обследования:** анализ крови, LE-клетки, анализ мочи, **Биохимия:** сахар крови, креатинин, холестерин, АСТ, АЛТ, билирубин, СРБ, антинуклеарные антитела, мочевая кислота, суточная протеинурия, определение СКФ, белок Бенс-Джонса в моче, **УЗИ почек**, биопсия почек.
Лечение назначается после получения основных данных лабораторно-инструментального обследования
4. **Основной диагноз:** Хронический мезангиопролиферативный диффузный гломерулонефрит (ХГН), смешанная форма, фаза обострения
Осложнения: ХБП С3. Хроническая анемия I ст., нормохромная.
5. Четырёхкомпонентную схему лечения используют при высокой активности ХГН. Она включает: цитостатик (азатиоприн, циклофосфан и др.), преднизолон, гепарин и курантил
6. Вторичные гломерулонефриты – часть системной болезни (системные заболевания соединительной ткани, васкулиты, инфекционные поражения почек, паранеоплазии). Пиелонефриты, тубулоинтерстициальные нефриты, болезни накопления (первичный и вторичный амилоидоз, подагра), диабетический гломерулосклероз, гипертоническая нефропатия. Состояния сопровождающиеся протеинурией – миеломная болезнь.
7. Выявление морфологических изменений в почках имеет значение для выбора лечения и определения прогноза болезни.
8. Метод «пульс-терапии» используется при высокой активности ХГН и неэффективности лечения (если обычные дозы преднизолона не оказывают действие): в течение 3 дней подряд в/в вводят 1000-1200 мг преднизолона с последующим переходом на обычные дозы.

9. Прогноз благоприятен при латентной форме ХГН, серьезен при гипертонической и гематурической формах, неблагоприятен при нефротической и особенно смешанной форме ХГН.

10. Первичная профилактика ХГН: укрепление организма, закаливание, повышение резистентности инфекциям, своевременное адекватное лечение очагов стрептококковой инфекции, своевременная диагностика и лечение острого гломерулонефрита. Вторичная профилактика: правильное трудоустройство больных, соблюдение режима труда и отдыха, назначение диеты в соответствии с нозологической формой заболевания, санация очагов инфекции, предупреждение интеркуррентных заболеваний, общеукрепляющая и десенсибилизирующая терапия, адекватная медикаментозная нефропротекция.

11. Задачи диспансерного наблюдения: своевременное выявление обострений и осложнений, адекватная поддерживающая терапия

12. Климатическое лечение показано больным ХГН с латентной формой (с изолированным мочевым синдромом) и с гипертонической формой при условии умеренного повышения АД. Больных направляют на лечение в санатории, расположенные в зоне жаркого климата (Средняя Азия), на Южном берегу Крыма.

Практические навыки:

- Проводить диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний и патологических состояний у пациентов терапевтического профиля на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования

- Установить клинический диагноз

Приложение № 1

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)**

**для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
ПК-8**

Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Основные лекарственные средства, используемые для лечения брадикардий

1. атропин
2. изопреналин
3. алупент
4. эфедрин
5. анаприлин

2. Основные группы антиаритмиков

1. блокаторы натриевых каналов
2. бета-адреноблокаторы
3. блокаторы кальциевых каналов
4. блокаторы магниевых каналов
5. группа амиодарона

3. Основные режимные мероприятия, которые следует проводить при гипертонической болезни

1. психологическая релаксация
2. снижение массы тела
3. ограничение соли
4. физические нагрузки
5. полноценное высококалорийное питание

Эталоны ответов:

Вопрос	Ответ
1	1,2,3,4
2	1,2,3,5
3	1,2,3,4

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Больной А., 24 лет, шофёр, обратился в поликлинику с жалобами на отёчность лица, головную боль, болевые ощущения в пояснице, утомляемость, уменьшение количества выделяемой мочи и изменение её окраски – красноватого цвета.

В детском возрасте перенёс заболевание почек, какое не знает. В последующем чувствовал себя удовлетворительно и у врача не наблюдался. Во

время службы в армии после значительных физических нагрузок и переохлаждения появились боли в пояснице, отёчность лица, красноватый цвет мочи. Лечился в госпитале в течение месяца и был комиссован из армии в связи с почечной патологией. Поступил на работу шофёром.

При осмотре: кожные покровы бледные, лицо одутловатое, отёки под глазами. Сердце – левая граница на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя – в норме. Тоны сердца средней звучности, ритмичные, акцент второго тона над аортой, ЧСС – 92 в мин. АД – 160/100 мм рт ст. Над лёгкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Область поясницы при поколачивании умеренно болезненная с обеих сторон.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Составьте план обследования и лечения
4. Ваш диагноз (основной и осложнения)?
5. Скорректируйте лечение
6. Дифференциальный диагноз с какими нозологиями следует производить?
7. Какое значение помимо диагностического имеет выполнение пункционной биопсии почек?
8. В чём состоит метод «пульс-терапии» и когда он используется?
9. Как зависит прогноз хронического гломерулонефрита от его формы?
10. Профилактика хронического гломерулонефрита
11. Задачи диспансерного наблюдения: раннее активное выявление, взятие на учет, тщательное обследование, своевременное профилактическое и противорецидивное лечение больных с ХГН, правильное трудоустройство
12. С какими формами ХГН можно направлять больных на климатическое курортное лечение? Какие климатические курорты показаны больным ХГН?

Данные дополнительных методов обследования.

Анализ крови: эритроциты $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв 108 г/л, цв. п. 0,9. Лейкоциты $7,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/ч. ЛЕ-клетки: не обнаружены.

Анализ мочи: относительная плотность 1009, белок 4 г/л, эритроциты 30-40 в поле зрения, лейкоциты 6-8 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры – 2-4 в препарате. Суточная протеинурия 5 г. СКФ=50 мл/мин

Биохимия: сахар крови 5,1 ммоль/л, общий белок 60 г/л, СРБ – положительный «+», холестерин – 7,1 ммоль/л, креатинин – 140 мкмоль/л. АСТ – 25, АЛТ – 16, Антинуклеарные антитела (тест к нативной ДНК) – результат

отрицательный, мочевая кислота – 355 мкмоль/л (N = 262–452 мкмоль/л). Белок Бенс-Джонса в моче – отрицательный

УЗИ почек: истончение коркового слоя почек с двух сторон. Чашечно-лоханочный комплекс не изменен

Биопсия почек: мезангиопролиферативный диффузный гломерулонефрит

Ответы к задаче 2

1. **Основные синдромы:** мочевой, отёчный, гипертензивный
2. **Предварительный диагноз:** Хронический гломерулонефрит (ХГН), смешанная форма, фаза обострения.
3. **План обследования:** анализ крови, LE-клетки, анализ мочи, **Биохимия:** сахар крови, креатинин, холестерин, АСТ, АЛТ, билирубин, СРБ, антинуклеарные антитела, мочевая кислота, суточная протеинурия, определение СКФ, белок Бенс-Джонса в моче, **УЗИ почек, биопсия почек.**
Лечение назначается после получения основных данных лабораторно-инструментального обследования
4. **Основной диагноз:** Хронический мезангиопролиферативный диффузный гломерулонефрит (ХГН), смешанная форма, фаза обострения
Осложнения: ХБП С3. Хроническая анемия I ст., нормохромная.
5. Четырёхкомпонентную схему лечения используют при высокой активности ХГН. Она включает: цитостатик (азатиоприн, циклофосфан и др.), преднизолон, гепарин и курантил
6. Вторичные гломерулонефриты – часть системной болезни (системные заболевания соединительной ткани, васкулиты, инфекционные поражения почек, паранеоплазии). Пиелонефриты, тубулоинтерстициальные нефриты, болезни накопления (первичный и вторичный амилоидоз, подагра), диабетический гломерулосклероз, гипертоническая нефропатия. Состояния сопровождающиеся протеинурией – миеломная болезнь.
7. Выявление морфологических изменений в почках имеет значение для выбора лечения и определения прогноза болезни.
8. Метод «пульс-терапии» используется при высокой активности ХГН и неэффективности лечения (если обычные дозы преднизолона не оказывают действие): в течение 3 дней подряд в/в вводят 1000-1200 мг преднизолона с последующим переходом на обычные дозы.
9. Прогноз благоприятен при латентной форме ХГН, серьёзен при гипертонической и гематурической формах, неблагоприятен при нефротической и особенно смешанной форме ХГН.
10. **Первичная профилактика ХГН:** укрепление организма, закаливание, повышение резистентности инфекциям, своевременное адекватное лечение очагов стрептококковой инфекции, своевременная диагностика и лечение острого гломерулонефрита. **Вторичная профилактика:** правильное трудоустройство больных, соблюдение режима труда и отдыха, назначение диеты в соот-

ветствии с нозологической формой заболевания, санация очагов инфекции, предупреждение интеркуррентных заболеваний, общеукрепляющая и десенсибилизирующая терапия, адекватная медикаментозная нефропротекция.

11. Задачи диспансерного наблюдения: своевременное выявление обострений и осложнений, адекватная поддерживающая терапия

12. Климатическое лечение показано больным ХГН с латентной формой (с изолированным мочевым синдромом) и с гипертонической формой при условии умеренного повышения АД. Больных направляют на лечение в санатории, расположенные в зоне жаркого климата (Средняя Азия), на Южном берегу Крыма.

Практические навыки: **Уметь:**

- оценить результаты проведенного обследования
- назначить лечение пациентам с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов
- разработать план диспансерного наблюдения и профилактических мероприятий на амбулаторном этапе

Приложение № 3

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
Госпитальная терапия

(название дисциплины, модуля, практики)

	Наименование специальных* помещений и помещений для	Оснащенность специальных помещений и помещений для само-
--	--	---

	самостоятельной работы	стоятельной работы
1	Учебная комната кафедры внутренних болезней	<p>столы, стулья, кушетка, магнитно-маркерная доска, ноутбук с выходом в сеть интернет, телевизор, стетоскоп, тонометр</p> <p>учебные таблицы</p> <p>набор тестовых заданий и ситуационных задач</p> <p>наборы ЭКГ</p> <p>наборы рентгенограмм</p> <p>наборы бланков с анализами крови, мочи, мокроты, кала при различных заболеваниях</p> <p>наборы бланков учётно-отчётной медицинской документации участкового терапевта</p>
2	Лекционная аудитория	<p>Стол, стулья, трибуна с микрофоном, ноутбук, мультимедийный проектор</p>