

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра факультетской терапии

Рабочая программа дисциплины
Внутренние болезни

для обучающихся 4 курса,

направление подготовки (специальность)
37.05.01 Клиническая психология,

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	6 з.е. / 216 ч.
в том числе:	
контактная работа	117 ч.
самостоятельная работа	99 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Зачет / 8 семестр

Тверь, 2024

Разработчики: Доцент кафедры факультетской терапии, д.м.н. Смирнова Л.Е., ассистент кафедры факультетской терапии Яковлева М.В.

Внешняя рецензия дана заместителем главного врача по медицинской части ГБУЗ Тверской области «Городская клиническая больница №6» Сергиной М.В

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры физиологии 02 мая 2024 г. (протокол № 11)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета «27» мая 2024 г. (протокол № 5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «10» июня 2024 г. (протокол № 9)

I. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины «Внутренние болезни» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки (специальности) 37.05.01 Клиническая психология, утверждённым приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 мая 2020 г. № 683, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины «Внутренние болезни»

Целью освоения дисциплины «Внутренние болезни» является формирование у обучающихся общепрофессиональных компетенций для оказания квалифицированной психологической помощи в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

- обучить студентов навыкам практического использования методов и алгоритмов диагностики наиболее распространенных заболеваний внутренних органов на основе жалоб, функционального статуса, сведений из анамнеза, данных объективного исследования и дополнительных (лабораторных и инструментальных) методов исследования;
- сформировать навыки практического использования основных лечебных мероприятий при заболеваниях внутренних органов;
- сформировать навыки практического использования методов профилактики при заболеваниях внутренних органов;
- обучить алгоритмам диагностики, лечения и профилактики неотложных состояний в клинике внутренних болезней;
- обучить проведению реабилитационных мероприятий (в поликлинике, стационаре).

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
ОПК-3 Способен применять надежные и валидные способы количественной и качественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов персонализированной медицины	ИОПК-3.1. Может использовать теоретические основы и правила практического применения адекватных, надежных и валидных способов качественной и количественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем и психологическим благополучием человека, а также применять современные методы психофизиологии и специализированные психодиагностические методы, используемые в психиатрии, неврологии, наркологии, суицидологии, сексологии, геронтологии, в соматической медицине, при экстремальных	Знает теоретические основы и правила практического применения адекватных, надежных и валидных способов качественной и количественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем и психологическим благополучием человека. Умеет применять современные методы психофизиологии и специализированные психодиагностические методы, используемые в психиатрии, неврологии, наркологии, суицидологии, сексологии, геронтологии, в соматической медицине, при экстремальных и кризисных состояниях, при работе с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья, здоровыми людьми, обратившимися за консультативной психологической помощью и др.

	<p>и кризисных состояниях, при работе с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья, здоровыми людьми, обратившимися за консультативной психологической помощью и др.; применять навыки патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики психических и неврологических расстройств, определения синдрома и локализации высших психических функций</p>	<p>Владет навыками патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики психических и неврологических расстройств, определения синдрома и локализации высших психических функций.</p>
<p>ОПК-5 Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ.</p>	<p>ИОПК-5.1. Может использовать базовые концепции личности, лежащие в основе основных направлений психологического вмешательства, а также основные психотерапевтические теории, их научно-психологические основы, связь с базовой психологической концепцией и концепцией патологии, деонтологические и этические аспекты психологических вмешательств и психологической помощи; может применять выявление и анализ информации, необходимой для определения целей психологического вмешательства, а также разрабатывать программы вмешательства с учетом индивидуально-психологических характеристик пациентов (клиентов) и в контексте общих задач лечебно-восстановительного процесса, психологической коррекции и развития.</p>	<p>Знать базовые концепции личности, лежащие в основе основных направлений психологического вмешательства.</p> <p>Уметь выявлять и анализировать информацию, необходимую для определения целей психологического вмешательства, умеет разрабатывать программы вмешательства с учетом индивидуально-психологических характеристик пациентов (клиентов) и в контексте общих задач лечебно-восстановительного процесса, психологической коррекции и развития.</p> <p>Владеть - основными методами индивидуальной, групповой и семейной психотерапии, других видов психологического вмешательства в клинике, а также при работе со здоровыми людьми в целях профилактики, развития, оптимизации социальной адаптации и повышения психологического благополучия.</p> <p>- специализированными для особых категорий населения методами и формами психологического вмешательства, а именно: владеет методами индивидуальной и групповой работы с детьми и подростками, испытывающими трудности социальной адаптации или имеющими особенности развития; владеет методами кризисной интервенции и</p>

	<p>ИОПК-5.2. Может самостоятельно проводить клинико-психологическое вмешательство с учетом нозологической и возрастной специфики, а также в связи с разнообразными задачами профилактики, лечения, реабилитации и развития, а также использовать навыки анализа основных направлений психологического вмешательства с точки зрения их теоретической обоснованности и научности, а также владеет методами оценки эффективности клинико-психологического вмешательства; применяет основные методы индивидуальной, групповой и семейной психотерапии, других видов психологического вмешательства в клинике, а также при работе со здоровыми людьми в целях профилактики, развития, оптимизации социальной адаптации и повышения психологического благополучия, а также демонстрирует специализированные для особых категорий населения методы и формы психологического вмешательства, а именно: методы индивидуальной и групповой работы с детьми и подростками, испытывающими трудности</p>	<p>психологической помощи людям, переживающим кризисные и экстремальные ситуации; владеет навыками оказания экстренной и долгосрочной психологической помощи лицам с различными формами девиантного, в том рискованного поведения, в ситуации насилия, с проблемами аддикций, ВИЧ/СПИД и др; владеет навыками психологического вмешательства в целях профилактики правонарушений и реабилитации лиц, отбывших наказание.</p> <p>Знает основные психотерапевтические теории, их научно-психологические основы, связь с базовой психологической концепцией и концепцией патологии, деонтологические и этические аспекты психологических вмешательств и психологической помощи.</p> <p>Умеет самостоятельно проводить клинико- психологическое вмешательство с учетом нозологической и возрастной специфики, а также в связи с разнообразными задачами профилактики, лечения, реабилитации и развития.</p> <p>Владеет навыками анализа основных направлений психологического вмешательства с точки зрения их теоретической обоснованности и научности, а также владеет методами оценки эффективности клинико-психологического вмешательства.</p>
--	---	--

	<p>социальной адаптации или имеющими особенности развития; использует методы кризисной интервенции и психологической помощи людям, переживающим кризисные и экстремальные ситуации; применяет навыки оказания экстренной и долгосрочной психологической помощи лицам с различными формами девиантного, в том числе рискованного поведения, в ситуации насилия, с проблемами аддикций, ВИЧ/СПИД и др; а также использует навыки психологического вмешательства в целях профилактики правонарушений и реабилитации лиц, отбывших наказание.</p>	
--	---	--

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Внутренние болезни» входит в обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета. Содержательно и методологически она закладывает знания о наиболее общих симптомах, синдромах и типичных клинических проявлениях внутренних болезней, знания об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике, лечении и профилактике наиболее часто встречающихся заболеваний. Кроме того, учебная дисциплина «Внутренние болезни» закрепляет у студентов навыки работы с больными, умение выявлять диагностически значимую информацию в процессе практической работы с больными, интерпретировать ее и обосновывать возможные варианты этиотропной, патогенетической и посиндромной терапии с позиций доказательной медицины.

Дисциплина «Внутренние болезни» непосредственно связана с дисциплинами - нормальной физиологией и нормальной анатомией. В процессе изучения дисциплины «Внутренние болезни» расширяются знания, навыки и компетенции, необходимые для успешной профессиональной деятельности клинического психолога.

Требования к «входным» знаниям, умениям и готовности обучающегося, необходимые для освоения внутренних болезней.

Изучение внутренних болезней возможно только после твердого усвоения знаний по анатомии, физиологии и биологии человека. Студент также должен быть вооружен современными представлениями об этиологии заболеваний, о закономерностях развития патологических процессов, о связи морфологии и функции. Для возможности использования различных источников современных знаний требуется общеобразовательная и общекультурная подготовка – рациональный аналитико-синтетический тип мышления, знание иностранного языка (прежде всего английского), свободное владение компьютерной и цифровой техникой, уверенные навыки работы в Интернете.

4. Объём дисциплины составляет 6 зачетных единиц, 216 академических часов, в том числе 117 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 99 часов самостоятельной работы обучающихся.

5. Образовательные технологии

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций: традиционные лекции, лекции-визуализации (презентации), проблемные лекции, практические занятия (семинары), демонстрация и курация больных по разбираемой теме, разбор клинических случаев, использование тренажеров, интерактивных атласов медицинских изображений, а также аудио- и видеоматериалов, компьютерных обучающих программ, учебно-исследовательская работа студентов, решение ситуационных задач, тестовый контроль усвоения материала, самостоятельная работа студентов (освоение разделов теоретического материала, подготовка к клиническим практическим занятиям, написание рефератов, подготовка докладов).

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к семинарским и практическим занятиям, написание рефератов, работа с интернет-ресурсами, работа с компьютерными кафедральными программами и базами данных.

Клинические практические занятия проводятся в учебных комнатах, расположенных в отделениях терапевтического профиля городской больницы №6 г. Твери и в терапевтическом отделении центральной клинической больницы Калининского района.

6. Формы промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в VIII семестре в форме зачета.

II. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

МОДУЛЬ 1. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Тема 1.1. Ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Стенокардия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС): определение, этиология, факторы риска, распространенность, социальная значимость, классификация.

Острый коронарный синдром. Определение, диагностика.

Инфаркт миокарда. Определение, патогенез, классификация, периоды течения. Типичная клиника острого периода. Атипичные формы инфаркта миокарда. Осложнения (ранние и поздние). Диагностика (клиническая, лабораторная, ЭКГ). Дифференциальная диагностика. Лечение на догоспитальном этапе и в стационаре. Профилактика.

Стенокардия. Определение, патогенез, классификация. Понятие о нестабильной стенокардии. Клиника типичного приступа стенокардии. Понятие о безболевой ишемии миокарда. Инструментальная диагностика коронарного атеросклероза и/или спазма, верификация ишемии миокарда. Неотложная помощь на догоспитальном этапе при приступе стенокардии. Дифференциальная диагностика стенокардии: кардиальное и некардиальное происхождение болей, понятие о кардиалгиях. Клиническая фармакология антиангинальных средств. Лечение стенокардии. Профилактика.

Тема 1.2. Аритмии сердца

Причины нарушения ритма сердца (кардиальные, экстракардиальные). Патогенез. Классификация аритмий сердца: нотопные аритмии, гетеротопные аритмии, нарушения проводимости, комбинированные аритмии и аритмические синдромы; классификация аритмий по клинической значимости. Методы диагностики.

Лечение аритмий. Медикаментозное лечение аритмий. Немедикаментозное лечение аритмий: "вагусные" пробы, наружная, чреспищеводная и эндокардиальная электростимуляция, искусственные водители ритма, электроимпульсная терапия.

Ургентная терапия наджелудочковых пароксизмальных тахиаритмий (суправентрикулярные тахикардии, мерцание-трепетание предсердий).

Ургентная терапия при пароксизмальной желудочковой тахикардии и фатальных желудочковых аритмиях (асистолия, фибрилляция и трепетание желудочков).
Ургентная терапия брадикардий с синкопальными состояниями (приступы Морганьи-Адамса-Стокса). Прогноз и профилактика аритмий.

Тема 1.3. Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия- АГ). Симптоматические АГ

Гипертоническая болезнь или эссенциальная АГ. Определение. Классификация (по стадиям, степени артериальной гипертензии, риску развития сердечно-сосудистых осложнений). Диагностика. Особенности клиники гипертонической болезни; гипертонические кризы, их виды. Показания к госпитализации. Лечение, профилактика, диспансерное наблюдение. Ургентная терапия при гипертонических кризах

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.

МОДУЛЬ 2. БОЛЕЗНИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Тема 2.1. Гломерулонефриты

Острый гломерулонефрит. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Хронический гломерулонефрит. Определение. Этиопатогенез. Клинические формы хронического гломерулонефрита (латентная, гипертоническая, нефротическая, гематурическая, смешанная). Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение, особенности терапии при различных клинических формах. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит: особенности диагностики и лечения, прогноз.

Тема 2.2. Пиелонефриты. Острая и хроническая почечная недостаточность, хроническая болезнь почек

Острый пиелонефрит. Определение. Этиология, предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Хронический пиелонефрит. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Острая почечная недостаточность. Определение. Классификация по месту "повреждения", этиопатогенезу, течению, степени тяжести. Клинические симптомы. Стадийность. Лабораторные и инструментальные данные обследования. Лечение. Прогноз. Профилактика

Хроническая почечная недостаточность. Определение. Основные причины развития ХПН. Классификация по стадиям клинического течения. Симптоматика. Данные лабораторных и инструментальных исследований. Консервативное лечение. Диализ и трансплантация. Прогноз. Профилактика

Хроническая болезнь почек (ХБП). Определение, классификация.

МОДУЛЬ 3. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Тема 3.1. Пневмонии. Bronхоэктатическая болезнь и бронхоэктазы

Пневмонии. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Осложнения пневмоний. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.

Bronхоэктатическая болезнь и бронхоэктазы. Понятие о бронхоэктазах, определение бронхоэктатической болезни. Классификация бронхоэктазов по форме и распро-

страненности. Патогенез. Клиника. Осложнения (амилоидоз, метастатические абсцессы, сепсис, миокардит, легочные кровотечения, легочно-сердечная недостаточность). Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Тема 3.2. Хроническая обструктивная болезнь легких. Бронхиальная астма

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Определение. Распространенность и социальная значимость. Классификация: спирометрическая (функциональная), по группам больных (А, В, С, D), по выраженности клинических симптомов (шкалам MRC и CAT- тест), по клиническим формам (фенотипам), по фазам течения, по степени тяжести обострений. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Отличительные клинические признаки эмфизематозного и бронхитического типов ХОБЛ. Лечение, профилактика, прогноз.

Бронхиальная астма (БА). Определение. Этиология, патогенез. Классификация: по клинко-патогенетическим вариантам, по степени тяжести на основании клинической картины (до начала терапии), по степени тяжести на фоне лечения, по фенотипам. Клиническая картина. Астматический статус. Диагностика (основные и дополнительные признаки). Лечение, ступенчатый подход. Неотложная помощь на догоспитальном этапе при приступе бронхиальной астмы и развитии астматического статуса.

МОДУЛЬ 4. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

Тема 4.1. Анемии. Гемобластозы

Анемии. Определение. Классификация.

Железодефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

***V*₁₂-дефицитная анемия.** Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Гемолитические анемии. Определение. Классификация: наследственные, приобретенные. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Гипопластические (апластические) анемии. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Течение. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Гемобластозы. Определение. Классификация.

Острый лейкоз. Определение заболевания. Классификация. Этиология. Патогенез. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики. Осложнения. Принципы терапии и ее этапность. Отдельные терапевтические программы. Осложнения цитостатической терапии. Исходы.

Хронические лейкозы. Определение заболевания. Классификация. Этиология. Патогенез. Хронический миелолейкоз. Хронический лимфолейкоз. Эритремия. Множественная миелома. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Исходы.

Лимфогранулематоз. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Исходы.

МОДУЛЬ 5. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Тема 5.1. Болезни пищевода. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Болезни пищевода: эзофагоспазм, ахалазиякардии, острый эзофагит, рак пищевода. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (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 протоновой помпы. Лечение: диета, медикаментозная и немедикаментозная терапия. Антирефлюксное хирургическое лечение ГЭРБ. Профилактика.

Тема 5.2. Хронический гастрит. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Хронический гастрит. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Выявление *Helicobacter pylori*. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения различных форм гастрита. Профилактика. Прогноз.

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12-перстной кишки. Эпидемиология. Классификация. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Критерии установления диагноза. Дифференциальная диагностика. Лечение: изменение образа жизни, медикаментозное лечение (схемы эрадикационной терапии). Лечение ЯБ, не ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Хирургическое лечение (абсолютные и относительные показания). Диспансерное наблюдение. Профилактика. Прогноз.

Тема 5.3. Болезни желчевыведительной системы и поджелудочной железы

Заболевания желчевыведительной системы. Дискинезии желчевыводящих путей. Определение. Этиология. «Патогенез. Симптоматология при гипертонических и гипотонических формах дискинезии. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Хронический холецистит. Определение. Распространенность. Этиологические и предрасполагающие факторы. Патогенез. Клинические проявления. Лабораторная диагностика и инструментальные данные. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. **Желчнокаменная болезнь.** Определение. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Доклиническая диагностика. Клиническая симптоматика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение. Профилактика. Желчная колика: клиника, ургентная терапия.

Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники различных форм. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Тема 5.4. Хронический гепатит и цирроз печени

Основные синдромы в гепатологии: болевой, печеночно-клеточной недостаточности, цитолитический, холестатический, астенический, диспепсический, портальной гипертензии, гиперспленизма.

Хронический гепатит. Определение. Классификация. Этиология и этиологическая верификация хронического гепатита: хронический вирусный гепатит В, хронический вирусный гепатит С, хронический аутоиммунный гепатит, хронический алкогольный гепатит, неалкогольный стеатогепатит, хронический холестатический гепатит. Патогенез. Особенности клинической картины. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Цирроз печени. Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Степень тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью. Печёночная энцефалопатия. Морфологическое изучение биоптата печени. Дифференциальная диагностика. Лечение. Борьба с осложнениями: пищеводно-желудочное кровотечение, печёночная кома, декомпенсация портальной системы. Прогноз. Профилактика.

Тема 5.5. Болезни кишечника: синдром раздражённого кишечника, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона

Синдром раздражённого кишечника (СРК). Определение. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика в соответствии с Римскими критериями IV. Дифференциальная диагностика с: кишечной диспепсией, опухолью кишечника, хроническим энтеритом, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона. Лечение: немедикаментозное, медикаментозное, психотерапия. Прогноз.

Неспецифический язвенный колит (НЯК). Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Характерные изменения слизистой оболочки толстой кишки. Диагностика. Дифференциальная диагностика: острая инфекционная диарея, БК (терминальный илеит). Лечение. Прогноз. Профилактика.

Болезнь Крона (БК). Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Синдром нарушенного всасывания. Диагностика. Дифференциальный диагноз: кишечные инфекции, НЯК, хронический энтерит, рак толстой кишки. Осложнения. Лечение. Прогноз. Профилактика.

РАЗДЕЛ 6: «РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»

Тема 6.1: «Артрология: артриты, артрозы. Подагра»

Ревматоидный артрит. Определение. Патофизиология и иммунопатогенез. Патанатомия суставных и костных поражений. Внесуставные поражения: ревматоидные узелки, васкулит, поражения легких и плевры. Клинико-анатомические формы (без системных проявлений и висцеросуставная форма), синдром Фелти. Лабораторные данные, рентгенологическая оценка РА. Дифференциальная диагностика, критерии окончательного диагноза. Лечение, прогноз.

Дегенеративно-дистрофические заболевания с преимущественным поражением суставов: остеоартроз. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Подагра. Определение. Понятие о первичной и вторичной подагре, их этиология и патогенез. Варианты начала и периоды течения первичной подагры. Хронический подагрический артрит, поражение почек. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (плановое и при остром приступе). Профилактика.

Тема 6.2: «Системные заболевания соединительной ткани»

Определение, перечень нозологических единиц, объединяемых термином. Общие признаки.

6.2.1. Системная красная волчанка. Определение, этиопатогенез: роль инфекций и других антигенных воздействий, половых гормонов, физических факторов. Характеристика аутоантител. Клинические проявления и патанатомия при СКВ (общие симптомы, кожные проявления, суставной синдром, поражение сердечно-сосудистой системы, серозных оболочек, органов дыхания, почек, системы крови, ЦНС); антифосфолипидный синдром. Инструментальные и лабораторные данные. Критерии окончательного диагноза СКВ. Лечение. Прогноз.

6.2.2. Системная склеродермия. Определение. Этиология; роль наследственных и внешнесредовых факторов, лекарственная склеродермия. Характеристика аутоантител при системной склеродермии. Патогенез и морфология сосудистых и органных поражений при системной склеродермии. Классификация системной склеродермии по течению, клиническим формам, стадиям и степеням активности. Клиника системной склеродермии: симптоматика, связанная с микрососудистыми поражениями (поражения кожи, дистальных участков конечностей, синдром Рейно), изменения со стороны сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, почек и др. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Диагностика. Лечение.

6.2.3. Полимиозит (дерматомиозит). Определение. Этиология, способствующие факторы. Патогенез. Патанатомия. Клинические синдромы в течении дерматомиозита (общетоксический, кожный, скелетно-мышечный, висцерально-мышечный). Лабораторные и инструментальные данные. Диагностика. Лечение.

6.2.4. Синдром Шегрена - первичный (болезнь Шегрена) и вторичный. Определение. Патофизиология и иммунопатогенез. Клинические проявления (васкулиты, поражение экзокринных желез, почек, легких, ЦНС, лимф пролиферативный синдром). Данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.

Тема 6.3.: «Системные васкулиты»

Понятие о первичных и вторичных васкулитах. Классификация системных васкулитов, Общие черты и отличия в патогенезе. Особенности клинических проявлений. Диагностика. Общие подходы в лечении.

6.3.1. Узелковый полиартериит (периартериит). Определение. Этиология, предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация. Патанатомия. Клиника: общие симптомы, изменения кожи и подкожных образований, мышечно-суставной синдром, поражения сердечно-сосудистой системы, почек, легких, желудочно-кишечного тракта, нервной и эндокринной систем. Клинические варианты. Диагностика, критерии окончательного диагноза. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

6.3.2. Гиперергические васкулиты: Геморрагический васкулит Шенлейна-Геноха, этиология, патогенез, клинические формы, осложнения, диагностика, лечение.

6.3.3. Другие (редкие) васкулиты: гранулематозный артериит (гранулематоз Вегенера), гигантоклеточные артерииты (аортоартериит Такаюсу, темпоральный артериит Хортона), облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера), синдром Гудпасчера

РАЗДЕЛ 7: «БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ»

Тема 7.1: Ожирение. Определение. Этиология. Классификация: по происхождению (первичное и вторичное), по стадиям, по величине избыточной массы тела (по степеням). Патогенез в зависимости от происхождения. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Профилактика алиментарного ожирения.

Тема 7.2: «Болезни щитовидной железы»

Тиреоидные гормоны и их биологическое действие. Регуляция деятельности щитовидной железы. Понятие о тиреотоксикозе и гипотиреозе. Современные методы исследования структуры и функции щитовидной железы.

Тиреотоксикоз. Определение. Основные причины тиреотоксикоза. Диффузный токсический зоб, узловой токсический зоб, токсическая аденома щитовидной железы: определение, этиология и патогенез, роль иммунных нарушений, классификация по степени увеличения щитовидной железы и тяжести течения, клиника, лабораторная и инструментальная диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Тиреотоксический криз: клиника, ургентная терапия.

Гипотиреоз: определение, этиология, патогенез первичного, вторичного и третичного гипотиреоза, классификация по степени увеличения щитовидной железы и тяжести течения, клиника, лабораторная и инструментальная диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Симптоматика. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика –

Эндемический зоб. Определение. Этиология и патогенез. Распространенность. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Тиреоидиты. Острый гнойный тиреоидит-струмит, подострый тиреоидит де Кервена, фиброзный тиреоидит Риделя, аутоиммунный тиреоидит Хашимото: основные клинические проявления, диагностика, принципы лечения.

Тема 7.3: «Болезни надпочечников»

Гиперкортицизм. Этиология и патогенез, понятие о первичном (синдром Иценко-Кушинга) и вторичном (болезнь Иценко-Кушинга) гиперкортицизме. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна). Определение. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Лабораторные и инструментальные данные. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение.

Хроническая недостаточность коры надпочечников. Определение. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные данные. Дифференциальная диагностика. Лечение. Надпочечниковый криз: симптоматика, неотложная терапия.

Феохромоцитома. Определение- Классификация. Патогенез. Клиника. Современные лабораторные и инструментальные данные. Диагностика и дифференциальный диагноз. Принципы лечения, неотложная терапия при кризах.

Тема 7.4: «Сахарный диабет»

Определение. Классификация по ВОЗ, современная клиническая классификация сахарного диабета. Распространенность. Этиология и патогенез первого и второго типов сахарного диабета, факторы риска. Патогенетические и клинические различия сахарного диабета первого и второго типов. Синдромология клинических проявлений; симптомы поражения почек, сердца, сосудов, полинейропатия, остеоартропатия, энтеропатия и др. Патоморфология. Верификация и формулировка диагноза. Дифференциальная диагностика. Методы лечения в зависимости от типа сахарного диабета: диета, пероральные сахар снижающие препараты, инсулинотерапия. Профилактика сосудистых поражений, ретинопатии, нейропатии, нефропатии. Принципы самоконтроля при поддержании компенсации сахарного диабета. Осложнения инсулинотерапии. Коматозные состояния при сахарном диабете: патогенез метаболических нарушений, дифференциальная диагностика, ургентная терапия, профилактика.

РАЗДЕЛ 8: «ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ОСНОВЫ РЕАНИМАТОЛОГИИ».

Тема 8.1: «Наиболее часто встречающиеся шоки и комы»

– Комы: диабетические (кетоацидоз, лактат-ацидоз, гиперосмолярная, гипогликемическая), токсемическая, печеночная, уремическая, гипоксемическая, церебральная, алкогольная и др. Клиника и дифференциальная диагностика ком.

– Шоки: кардиогенный, инфекционно-токсический (септический), травматический (в т.ч ожоговый, при краш-синдроме), гиповолемический, анафилактический и др. Общие патофизиологические механизмы развития циркуляторно-перфузионных нарушений, направления терапии.

Тема 8.2: «Острые аллергозы (анафилактический шок, крапивница, отек Квинке)»

– Острые аллергозы (отёк Квинке, крапивница): общие патофизиологические механизмы развития, клинические проявления, принципы лечения. Неотложная помощь на догоспитальном этапе при анафилактическом шоке

– Синкопальные состояния, острые транзиторные артериальные гипотензии (коллапс, обморок): наиболее частые причины, патогенез, клиника, неотложная помощь.

2. Учебно-тематический план

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

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем			Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента	Итого часов	Формируемые компетенции		Образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	лекции	клинич. практические занятия	Зачет				ОПК-3	ОПК-5		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Модуль 1. Болезни органов кровообращения	6	12		18	12	30				
Тема 1.1. ИБС. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Стенокардия.	2	4		6	4	10	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
Тема 1.2. Аритмии сердца	2	4		6	4	10	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
Тема 1.3. Гипертоническая болезнь (эссенциальная АГ).Симптоматические АГ.	2	4		6	4	10	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
Модуль 2. Болезни мочевыделительной системы	2	8		10	8	18	X	X		
Тема 2.1. Гломерулонефриты	1	4		4	4	8	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
Тема 2.2. Пиелонефриты. Острая и хроническая почечная недостаточность, хроническая болезнь почек.	1	4		4	4	8	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
Модуль 3. Болезни органов дыхания	4	8		12	8	20	X	X		
Тема 3.1. Пневмонии. Бронхоэктатическая болезнь и бронхоэктазы.	2	4		6	4	10	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
Тема 3.2. ХОБЛ. Бронхиальная астма.	2	4		6	4	10	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
Модуль 4. Болезни системы крови	2	4		6	4	10	X	X		
Тема 4.1. Анемии. Гемобластозы.	2	4		6	4	10	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
Модуль 5. Болезни органов пищеварения	6	20		26	20	46	X	X		
Тема 5.1. Болезни пищевода. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.	2	4		6	4	10	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
Тема 5.2 Хронический. гастрит. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.	1	4		5	4	9	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
Тема 5.3. Болезни желчевыделительной систе-	-	4		4	4	8	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС

мы и поджелудочной железы.										
Тема 5.4. Хронический гепатит и цирроз печени.	2	4		6	4	10	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
Тема 5.5. Заболевания кишечника: СРК, НЯК, болезнь Крона..	1	4		5	4	9	X	X	Л,КлС, Р,УИРС	Пр, Р, Т, ЗС
6. Раздел: «Ревматические болезни».	2	12		14	9	23				
Тема 6.1. Артродология: артриты, артрозы. Подагра.	1	4		5	3	8				
Тема 6.2. Системные заболевания соединительной ткани	1	4		5	3	8				
Тема 6.3. Системные васкулиты.		4		4	3	7				
7. Раздел: Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ».	4	16		20	12	32				
Тема 7.1. Ожирение.	1	4		5	3	8				
Тема 7.2. Болезни щитовидной железы	1	4		5	3	8				
Тема 7.3.Патология надпочечников		4		4	3	7				
Тема 7.4. Сахарный диабет. Итоговое занятие («рубежный контроль») по разделу.	2	4		6	3	9				
8. Раздел: «Интенсивная терапия и основы реаниматологии».	4	4		8	9	17				
Тема 8.1 Наиболее часто встречающиеся шоки и комы..	2	2		4	3	7				
Тема 8.2. Острые аллергозы (анафил.шок, крапивница, отек Квинке)	2	2		4	3	7				
Зачет (VIII семестр)				3	3	2	5	X	X	
ИТОГО:	30	84	3	117	99	216				

Список сокращений:* - традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ), занятие – конференция (ЗК), тренинг (Т), деловая и ролевая учебная игра (ДИ, РИ), метод малых групп (МГ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), разбор клинических случаев (Кл.С), использование компьютерных обучающих программ (КОП), посещение врачебных конференций, консилиумов (ВК), участие в научно-практических конференциях (НПК), съездах, симпозиумах (Сим), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), проведение предметных олимпиад (О), подготовка и защита рефератов (Р), ДОТ – дистанционные образовательные технологии, УФ – учебный видеофильм, Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, ИБ – написание и защита истории болезни, Р – написание и защита реферата, Д – подготовка доклада, Б - беседа.

III. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций (Приложение № 1)

1. Оценочные средства для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости

Для текущего и рубежного контроля успеваемости (проводится в течение определенного периода обучения, семестра или раздела, в том числе для контроля самостоятельной работы студента) используются следующие оценочные средства: задания в тестовой форме, ситуационные задачи, темы рефератов.

Примеры заданий в тестовой форме для текущего контроля усвоения знаний:

Укажите, какой из предложенных ответов на поставленный вопрос Вы считаете правильным (выберите один правильный ответ)

1. **ТЯЖЕСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЮТ ОБЪЕКТИВНО НА ОСНОВАНИИ**
 - 1) исследования функции внешнего дыхания (спирометрии)
 - 2) рентгенографии органов грудной клетки
 - 3) аускультации легких
 - 4) перкуссии легких
 - 5) бронхографии

2. **КРИТЕРИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 1-ОЙ СТЕПЕНИ – ЭТО АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ**
 - 1) 130-139 и /или 85-89 мм рт.ст.
 - 2) 140-159 и /или 90-99 мм рт.ст.
 - 3) 160-179 и /или 100-109 мм рт.ст.
 - 4) 180 и более и /или 110 и более мм рт.ст.
 - 5) 140 и более и/или менее 90 мм рт.ст.

3. **ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ –**
 - 1) дефицит железа.
 - 2) дефицит фолиевой кислоты.
 - 3) гемолиз.
 - 4) сидероахрезия.
 - 5) угнетение активности эритроидного ростка костного мозга.

4. **ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ**
 - 1) инсулина
 - 2) октреотида
 - 3) метоклопрамида
 - 4) ингибиторов ферментов
 - 5) ферментов

5. **ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ СЧИТАЕТСЯ**
 - 1) прогрессирующая белково-энергетическая недостаточность
 - 2) выраженная гипергликемия
 - 3) выраженная гиперферментемия при отсутствии эффекта от лечения другими средствами
 - 4) обструкция панкреатического протока
 - 5) стойкая диарея

Эталон ответа:

Вопрос	Ответ
1	1)
2	2)
3	5)
4	5)
5	3)

Критерии оценки за тестовый контроль знаний в интервале от 2 до 5 баллов

Из 10 предложенных заданий в тестовой форме студентом даны правильные ответы:

- 6 и менее заданий – «2» балла
- 7 заданий – «3» балла
- 8–9 заданий – «4» балла
- 10 заданий – «5» баллов

Примеры ситуационных задач к практическим занятиям

Ситуационная задача 1.

Женщина 30 лет, 2 дня назад попала под проливной дождь. Днем появилась слабость, познабливание. Ночью был сильный жар, озноб; больная периодически бредила. Утром появился сухой кашель, сопровождаемый болью в правой половине грудной клетке при дыхании, особенно при глубоком вдохе. Отмечалась сильная слабость, отсутствие аппетита, тошнота, повышение температуры до $39,5^{\circ}$. Вызванный на дом врач констатировал состояние средней тяжести, гиперемии лица, тахипноэ до 26 в мин., дыхание поверхностное. Визуально правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. В нижних отделах правой половины грудной клетки - притупление перкуторного звука, патологическое бронхиальное дыхание, необильные, влажные мелкопузырчатые хрипы и шум трения плевры. Тоны сердца средней звучности, ритмичные, тахикардия, ЧСС – 98 в мин., АД – 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Область поясницы при поколачивании безболезненная.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз заболевания.
2. Какова должна быть тактика врача общей практики?
3. Укажите необходимые методы диагностики для верификации диагноза.
4. Какие антибактериальные препараты и почему следует назначить при данном заболевании? Укажите дозы и способы введения рекомендуемого вами антибиотика.
5. Какие дополнительные методы терапии необходимы больной?

Эталоны ответов

1. Клинический диагноз: Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, тяжелое течение.
Осложнение: Парапневмонический сухой плеврит.
2. Немедленная госпитализация больной в пульмонологическое или терапевтическое отделение.
3. Для верификации диагноза необходимы: рентгенография (флюорография) грудной клетки в 2-х проекциях, общий анализ мокроты, клинический анализ крови, бактериологическое исследование мокроты (и/или бронхиальных смывов) и определения чувствительности к антибиотикам. Биохимический анализ крови на общий белок и фракции, сахар, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, холестерин, электролиты, ЭКГ, пульсоксиметрия, исследование газов крови.
4. При лечении пневмонии тяжелого течения назначают:

- а) aminopenicilliny внутривенно (амоксциллин/клавуланат 1,2 г в/в х 3 раза в день);
 - б) цефалоспорины 3 и 4 поколений внутривенно (цефтриаксон по 2 г х 1 раз в сутки; цефатаксим 1,0 х 3 раза в день; цефепим 2,0 х 2 раза в день)
 - в) респираторные фторхинолоны внутривенно (левофлоксацин 0,5/сут, моксифлоксацин 0,4/сут);
 - г) макролиды (klaritromitsin или азитромицин) для энтерального введения в комбинации с внутривенным введением aminopenicillinami и цефалоспорины.
5. Дополнительные методы терапии: симптоматическая терапия (кардиотонические, отхаркивающие и противокашлевые средства); бронхолитические средства (эуфиллин, теопек), оксигенотерапия, дезинтоксикационная терапия; в дальнейшем ингаляции бронхо- и муколитиков(аппаратная физиотерапия).

Ситуационная задача 2.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (основное заболевание, осложнение, сопутствующий).
2. С какими заболеваниями некоронарной природы поражения следует проводить дифференциальную диагностику болей в грудной клетке?
3. Каких лабораторных изменений можно ожидать при данной патологии (биохимические маркёры)?
4. В чем заключается неотложная помощь на больному надогоспитальном этапе и план дальнейшего ведения больного?
5. В чем состоит дефект диспансерного наблюдения?

Эталоны ответов:

1. Диагноз основной: ИБС: Острый Q-инфаркт миокарда, трансмуральный, передне-боковой, распространённый.
Осложнение: Острая левожелудочковая недостаточность - альвеолярный отек легких.
Сопутствующий: Ожирение I степени (ИМТ=32,9).
2. Исключение внесердечных причин болевого синдрома (пневмоторакс, пневмония, плевральный выпот), некоронарной природы поражения сердечно-сосудистой системы (тромбоэмболия лёгочной артерии, расслаивающая аневризма аорты, перикардит, клапанные поражения сердца и др.).
3. Повышение в крови сердечных тропонинов и МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК)
4. На догоспитальном этапе: обезболивание с внутривенным применением наркотических анальгетиков, купирование отека легких и дыхательной недостаточности (ингаляция кислорода со спиртом, инфузия раствора нитроглицерина, введение диуретиков), внутривенное введение гепарина, срочная госпитализация больного в палату интенсивной терапии специализированного кардиологического отделения. (Доставка – на носилках.) В дальнейшем – лечение, направленное на поддержание гемодинамики, функций сердца, предотвращение расширения зоны некроза в миокарде и борьбу с осложнениями.
5. Больному не разъяснили опасность самолечения и затягивания сроков госпитализации при прогрессировании стенокардии.

Критерии оценки за решение ситуационной задачи.

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

«3» балла - заслуживает студент, обнаруживший определенный уровень знаний основного программного материала и/или допустивший погрешности при его изложении;

«4» балла - заслуживает студент, обнаруживший достаточное знание основного программного материала;

«5» баллов - 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.

Примеры контрольных вопросов

1. Назовите электрокардиографические критерии фибрилляции предсердий.
2. Каковы критерии постановки диагноза бронхиальной астмы?
3. Чем отличается терапия стабильной ХОБЛ от терапии в период обострения?
4. Укажите показания к госпитализации при железодефицитной анемии.
5. Дайте определение понятия «Хроническая болезнь почек».

Критерии оценки при собеседовании или письменном опросе

«2» балла - выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

«3» балла - заслуживает студент, обнаруживший определенный уровень знаний основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;

«4» балла - заслуживает студент, обнаруживший достаточное знание основного программного материала;

«5» баллов - 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.

Критерии оценки реферата:

«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.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины (зачет в VIII семестре).

Порядок проведения промежуточной аттестации:

Зачет по окончании изучения дисциплины «Внутренние болезни» проводится в VIII семестре по двухэтапной системе.

Первый этап включает тестовый контроль.

Второй этап включает собеседование по ситуационным задачам.

Первый и второй этапы зачета проводятся в один день в сроки, определенные Учебным управлением Тверского ГМУ, непосредственно во время экзаменационной сессии.

Студенты, получившие оценку «не зачтено» за первый этап зачета (тестовый контроль) получают оценку «не зачтено» и не допускаются до второго этапа.

Примеры тестовых заданий для промежуточной аттестации по дисциплине:

Выберите один правильный ответ

1. МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ - ЭТО

1) синусовая тахикардия с высокой частотой

- 2) частые внеочередные сокращения желудочков
- 3) ритм сокращений предсердий с частотой менее 22 в одну минуту
- 4) беспорядочное, некоординированное сокращение мышечных волокон предсердий
- 5) ЭКГ-синдром периодического выпадения зубцов "Р"

2. ПРЕПАРАТЫ, НЕ СНИЖАЮЩИЕ ПРОВОДИМОСТЬ И АВТОМАТИЗМ - ЭТО

- 1) бета-адреноблокаторы
- 2) ингибиторы ангиотензин превращающего фермента
- 3) антагонисты кальция подгруппы верапамила
- 4) сердечные гликозиды
- 5) препараты калия

3. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ II СТАДИИ -

- 1) гипертрофия левого желудочка
- 2) гипертрофия правого желудочка
- 3) недостаточность трикуспидального клапана
- 4) появление вегетаций на створках аортального клапана
- 5) истончение межжелудочковой перегородки

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АВ-БЛОКАДЫ III СТЕПЕНИ -

- 1) бред, галлюцинации
- 2) бессонница
- 3) полная амнезия
- 4) приступы потери сознания (Морганьи-Адамса-Стокса)
- 5) агрессия

Эталоны ответов:

Вопрос	Ответ
1	4)
2	2)
3	1)
4	4)

Примеры типовых ситуационных задач:

Задача №1

У больного А., 56 лет, служащего, с избыточной массой тела (рост – 180 см, масса тела – 110 кг), сахарным диабетом (компенсируется диетой) и многолетней гипертонической болезнью, во время физической работы появилась сильная сжимающая боль за грудиной с иррадиацией в левую руку и левую лопатку. Был вынужден обратиться к врачу здравпункта предприятия. Со слов больного, подобные приступы стали беспокоить в течение последних 2 недель. Их возникновение провоцируется подъемами артериального давления, физической и эмоциональной нагрузками. Выполнение умеренных физических нагрузок сопровождается одышкой.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожа влажная. Над лёгкими везикулярное дыхание, ЧД – 20 в 1 мин. Левая граница сердца по левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 80 в 1 мин. АД – 180/115 мм рт. ст. Живот увеличен в размере за счёт подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не пальпируется. Отеков нет.

Таблетка анальгина, которую больной принял самостоятельно, состояние не

улучшила, и только после приема нитроглицерина боль начала ослабевать и вскоре прекратилась совсем.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз (основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания).
2. С какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальную диагностику у данного больного?
3. Укажите типичные клинические проявления основного заболевания (выберите один или несколько правильных ответов):
 - 1) локализация болей в левой половине грудной клетки;
 - 2) локализация болей за грудиной;
 - 3) иррадиация в левую руку и под левую лопатку;
 - 4) иррадиация в правую руку и под правую лопатку;
 - 5) боль провоцируется физической и эмоциональной нагрузкой;
 - 6) боль возникает в ночное время, во время сна;
 - 7) длительность болевого приступа не менее часа;
 - 8) длительность болей в течение нескольких минут;
 - 9) эффективность нитратов;
 - 10) неэффективность нитратов;
 - 11) имеются характерные изменения ЭКГ;
 - 12) изменения ЭКГ отсутствуют и появляются только во время болевого приступа.
4. Меры неотложной помощи и дальнейшее лечение данного больного.
5. Какими инструментальными методами исследования может быть подтверждено основное заболевание у данного больного? (выберите один или несколько правильных ответов).
 - 1) ЭКГ;
 - 2) велоэргометрия;
 - 3) Холтеровское мониторирование;
 - 4) обзорная рентгенография области сердца;
 - 5) коронароангиография.

Ответы к задаче №1

1. Диагноз основной: ИБС: впервые возникшая стенокардия.
Осложнение: Хроническая сердечная недостаточность I стадии, II функциональный класс.
Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 4. Сахарный диабет 2 типа. Ожирение I степени (ИМТ=34).
2. Инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия ветвей легочной артерии.
3. Типичные клинические проявления основного заболевания: №№ 2), 3), 5), 8), 9), 12) - локализация болей за грудиной, иррадиация в левую руку и под левую лопатку, боль провоцируется физической и эмоциональной нагрузкой, длительность болей в течение нескольких минут, эффективность нитратов, изменения ЭКГ отсутствуют и появляются только во время болевого приступа.
4. Меры неотложной помощи: обеспечение физического и эмоционального покоя, прием быстродействующих нитропрепаратов (нитроглицерин, нитромак, нитросорбид), ½ таблетки аспирина разжевать, госпитализация в кардиологический стационар. Дальнейшее лечение в стационаре: антиагреганты, антикоагулянты, нитроглицерин в виде в/в инфузии, оксигенотерапия, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция

длительного действия (при непереносимости или недостаточном эффекте бета-адреноблокаторов и нитратов), ингибиторы АПФ.

- Инструментальные методы исследования: №№ 2), 3), 5) – велоэргометрия – при стабилизации состояния, Холтеровское мониторирование, коронароангиография – исходя из результатов нагрузочных тестов (велоэргометрии).

Задача №2.

Больной Р., 63 лет, инженер, заболел 3 дня назад, на работе повысилась температура до 37,8°C, появились мышечные боли, слабость, разбитость. К вечеру температура повысилась тела до 39°C с сильным ознобом, появились боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при кашле, кашель сухой, затем со скудной мокротой, одышка. Больной самостоятельно принимал тетрациклин, температура тела не снижалась. На 3 день болезни вызвал СМП, больной доставлен в приемное отделение городской больницы, госпитализирован. Больной курит с 20 лет по ½ пачке сигарет в день, алкоголь употребляет редко.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы гиперемированы. Температура тела 39,3°C. Дыхание учащено 32 в 1 мин. При перкуссии укорочение легочного звука над нижней долей правого легкого, там при аускультации ослабление везикулярного дыхания, мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс 116 уд/мин., АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв 136 г/л, ЦП 0,9, лейкоциты $10,6 \times 10^9/л$, э – 2%, п/я – 10%; с/я – 65%, л – 20%, м – 3%, СОЭ – 28 мм/час.

При рентгеноскопии грудной клетки: расширение корня легкого и инфильтративные изменения в нижней доле справа, уплощение купола диафрагмы справа.

Пульсоксиметрия – SaO₂ артериальной крови – 86%

Вопросы

- Ваш предполагаемый диагноз и его формулировка.
- Какова возможная этиология этого заболевания?
 - хламидии
 - пневмококк
 - гемофильная палочка
 - микоплазмы
 - кишечная палочка
 - синегнойная палочка
- Какие изменения имеются в клиническом анализе крови?

Укажите какие еще исследования необходимо назначить больному.
- С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
- Выберите лечебную тактику и составьте план лечебно-профилактических мероприятий на период выздоровления.

Ответы к задаче № 2

1. Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, тяжелое течение. Осложнение.: Дыхательная недостаточность 2 степени

2. При внебольничных пневмониях наиболее часто возбудителями являются: б), в), г) пневмококки, гемофильная палочка, микоплазма пневмонии; реже, а) хламидии.

3. В клиническом анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. Общий анализ мочи, микроскопия мокроты с окраской по Грамму, общий анализ мокроты + микобактерии туберкулеза, посев мокроты для выделения возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам. Биохимический анализ крови на общий белок и фракции, сахар, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, холестерин, электролиты. Рентгенография легких в прямой и правой боковой

проекциях в динамике (через 10 дней). ЭКГ.

4. Рак лёгкого, туберкулез легких, тромбоэмболия ветвей легочной артерии.

5. Бензилпенициллин в больших дозах, цефалоспорины 3 поколения в/в и в/м, макролиды для усиления аминопенициллины или цефалоспоринов, фторхинолоны для парентерального введения, аминопенициллины.

План лечебно - профилактических мероприятий: диспансерное наблюдение участковым врачом или пульмонологом по месту жительства. Пневмония без осложнений – 6 мес; в остальных случаях – не менее 1 года. Контрольные посещения через 1, 3, 6 и 12 месяцев после выписки из стационара.

Критерии оценки тестовый контроля:

«зачтено» – если правильный ответ дан на 70 % вопросов и более,

«не зачтено» – если правильный ответ дан менее, чем на 70 % вопросов.

Критерии оценки решения ситуационной задачи:

Зачтено – 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;

Не зачтено – 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.

IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

А. Основная литература

- 1) Внутренние болезни [Текст]: учебник: /В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 768 с.
- 2) Поликлиническая терапия: учебник/ под.ред. И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2016.- 688 с.

Б. Дополнительная литература

1. Внутренние болезни [Текст]: учебник: в 2 т. /под ред. А.И. Мартынова, Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – Т. I – 784 с.
2. Внутренние болезни: учебник [Текст]: в 2 т. /под ред. А.И. Мартынова, Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – Т. II – 704 с.
3. Гастроэнтерология [Текст]: национ. рук.: краткое изд. / ред. В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 462 с.
4. Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: национ. рук.: краткое изд. / ред. В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>.
5. Кардиология [Текст]: национ. рук. / ред. Е. В. Шляхто - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 796 с.

6. Кардиология [Электронный ресурс]: национ. рук. / ред. Е. В. Шляхто - 2-е изд., перераб. и доп.-Москва: ГЭОТАР-Медиа,2015.<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428450.html>.
7. Пульмонология [Текст]: национ. рук.: краткое изд. / ред. А. Г. Чучалин. – Москва ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 800 с.
8. Пульмонология [Электронный ресурс]: национ. рук.: краткое изд. / ред. А. Г. Чучалин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437872.html>.
9. Стрюк, Р. И. Внутренние болезни [Текст]: учебник / Р. И. Стрюк, И. В. Маев. – 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 544 с.: ил.
10. Стрюк, Р. И. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Р. И. Стрюк, И. В. Маев. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425169.html>.

2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине:

- 1) Основные классификации внутренних болезней: учебное пособие/авт.-сост.: Л.Е. Смирнова [и др.]; под ред. Л.Е. Смирновой. – Тверь: Ред. – изд. Центр Тверь гос. Мед. ун-та, 2019. - Электронный ресурс.
- 2) Смирнова Л.Е., Алексеев Д.В., Яковлева М.В. История болезни и кураторский лист в терапевтическом стационаре: учебно-методическое пособие для студентов IV-V курсов, обучающихся по специальности «Педиатрия» (31.05.02) дисциплинам «Факкультетская терапия» и «Госпитальная терапия»; под ред. Л.Е. Смирновой – Тверь, 2018. –39 с.

3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

- Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informio.ru);
 Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;
 Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed));
 База данных «Российская медицина» (<http://www.scsml.rssi.ru/>)
 Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;
 Российское образование. Федеральный образовательный портал. //<http://www.edu.ru/>; Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru/>;
 Электронный образовательный ресурс Web-медицина (<http://webmed.irkutsk.ru/>)

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 2016:
 - Access 2016;
 - Excel 2016;
 - Outlook 2016;
 - PowerPoint 2016;

- Word 2016;
- Publisher 2016;
- OneNote 2016.

2. ABBYY FineReader 11.0

3. Карельская Медицинская информационная система К-МИС

4 Программное обеспечение для тестирования обучающихся SunRAV TestOfficePro

5. Программное обеспечение «Среда электронного обучения 3KL»

6. Компьютерная программа для статистической обработки данных SPSS

7. Экспертная система обнаружения текстовых заимствований на базе искусственного интеллекта «Руконтекст»

8. Справочно-правовая система Консультант Плюс

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Справочно-информационная система MedBaseGeotar (mbasegeotar.ru)
3. Электронная библиотечная система «elibrary» (<https://www.elibrary.ru/>)

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

5.1. Практические занятия.

Цель и задачи практических занятий.

Целью освоения дисциплины «Внутренние болезни» является формирование у обучающихся общепрофессиональных компетенций для оказания квалифицированной психологической помощи в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

- обучить студентов навыкам практического использования методов и алгоритмов диагностики наиболее распространенных заболеваний внутренних органов на основе жалоб, функционального статуса, сведений из анамнеза, данных объективного исследования и дополнительных (лабораторных и инструментальных) методов исследования;
- сформировать навыки практического использования основных лечебных мероприятий при заболеваниях внутренних органов;
- сформировать навыки практического использования методов профилактики при заболеваниях внутренних органов;
- обучить алгоритмам диагностики, лечения и профилактики неотложных состояний в клинике внутренних болезней;
- обучить проведению реабилитационных мероприятий (в поликлинике, стационаре).

Содержание курса в Приложении №2

V. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Представлены в Приложении № 3

VI. 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.

VII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Представлены в Приложении № 4

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

Внутренние болезни

Специальность 37.05.01 Клиническая психология,
форма обучения очная

Общепрофессиональная компетенция (ОПК) – 3 (Способен применять надежные и валидные способы количественной и качественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов персонализированной медицины)

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне *Знать*

1. АНАМНЕЗ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) главные жалобы
- 2) физикальное исследование
- 3) лабораторные тесты
- 4) инструментальное обследование

2. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) паспортную часть
- 2) главные жалобы
- 3) историю заболевания и историю жизни
- 4) физикальное исследование

3. ДИАГНОЗ – ЭТО

- 1) произвольное заключение врача о состоянии пациента
- 2) краткое, чёткое медицинское заключение, выраженное в медицинских терминах, предусмотренных классификациями и номенклатурами болезней
- 3) перечень основных симптомов, выявляемых у больного
- 4) заключение врача о состоянии пациента, составленное по результатам дополнительных высокоточных методов исследования

4. ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА ДОПУСКАЕТСЯ

- 1) несвоевременность
- 2) применение общепринятых аббревиатур
- 3) хаотичность построения
- 4) несоответствие принятым классификациям

5. РАССПРОС БОЛЬНОГО – ЭТО МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) физикальный
- 2) субъективный
- 3) объективный
- 4) дополнительный

6. РАЗДЕЛ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ «ГЛАВНЫЕ ЖАЛОБЫ» СОДЕРЖИТ

- 1) перечень жалоб на момент осмотра
- 2) перечень жалоб, послуживших поводом для настоящего обращения за медицинской помощью
- 3) перечень жалоб, отражающих состояние больного в течение предшествующего месяца

4) перечень жалоб, характеризующих состояние жизненно-важных систем органов

Эталон ответов:

Вопрос	Ответ
1	1)
2	4)
3	2)
4	2)
5	2)
6	2)

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне *Уметь*

Задача №1

Больной Г., 55 лет, поступил в кардиологическом отделении с диагнозом ИБС: Прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз (2010г.). Осложнения: хроническая сердечная недостаточность I стадии (2ФК).

При поступлении предъявлял жалобы на боли за грудиной.

Анамнез morbi: Считает себя больным в течение 5 лет (с 50-летнего возраста), когда впервые в жизни внезапно развился приступ интенсивных жгучих, сжимающих болей за грудиной, продолжавшийся не менее 2-х часов, сопровождавшийся удушьем, «холодным» потом. На ЭКГ, фиксировались изменения, госпитализировался в кардиологическое отделение, где был диагностирован Q-инфаркт миокарда задне-нижней локализации. Лечился стационарно, затем реабилитировался в санатории кардиологического профиля. Ранний постинфарктный период протекал без осложнений.

Впоследствии чувствовал себя неплохо, однако периодически при интенсивных физических нагрузках возникали приступообразные сжимающие боли за грудиной, продолжительностью до 5 минут, успешно купировавшиеся нитратами. Так же эпизодически отмечались эпизоды общего дискомфорта, сопровождавшиеся подъёмами артериального давления до 160/100 мм ртст (адаптирован к АД = 120–130/70–80 мм ртст). Постоянно принимает нитраты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины). Наблюдается кардиологом и участковым терапевтом.

Настоящее ухудшение в течение 3 дней, когда стал ощущать значительное учащение приступов болей за грудиной, снижение толерантности к физическим нагрузкам: боли стали возникать при минимальных нагрузках и в покое. Однако продолжительность приступов не превышала 15–20 минут. Обратился к участковому терапевту, дано направление на госпитализацию. Госпитализирована в кардиологическое отделение. Больничный листок открыт с (дата дня обращения к участковому терапевту).

В стационаре на фоне лечения (бета блокаторы, нитраты, антикоагулянты, двойная антиагрегантная терапия, статины) самочувствие значительно улучшилось: болевой синдром купирован полностью. При активном расспросе жалоб по системе поражения одышки, нарушений ритма, признаков сердечной декомпенсации не отмечалось. Артериальное давление стабилизировалось на цифрах 120–130/70–80 мм ст.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности, сознание ясное. Питание избыточное. Индекс Кетле составляет 29,8. Аускультативно в лёгких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах справа. ЧДД=14 в мин, Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС=68 в мин, частота пульса 68 в минуту, удовлетворительных свойств, АД=120/80 мм рт ст. В процессе обследования у пациента выявлена гликемия натощак 10,2 ммоль/л. При активном расспросе выявлены жажда, снижение чувствительности кончиков пальцев и зябкость нижних конечностей. Консультирован эндокринологом по поводу сахарного диабета, впервые выявленного.

Вопросы:

1. Какие вопросы необходимо задать пациенту для детализации характера сердечно-болевого синдрома при поступлении в стационар?
2. Проанализируйте историю заболевания. О каком характере течения заболевания идет речь?
3. Из каких частей состоит описание течения истории хронического заболевания?
4. Чем заканчивается расспрос анамнеза заболевания независимо от острого или хронического течения заболевания?
5. Какая нозология будет являться основным диагнозом, какие заболевания сопутствующими? Дайте определение понятию «Основной диагноз».

Ответы к задаче №1

1. Для детализации болевого синдрома уточняют:
 - 1) Локализация боли с указанием топографической области, площади ее распространения и иррадиации.
 - 2) Характер боли (острая, тупая, колющая, ноющая, жгучая, сжимающая, давящая, прокалывающая, тянущая и др).
 - 3) Интенсивность боли - слабая, умеренная, сильная, «кинжальная» и пр.
 - 4) Продолжительность - постоянная, периодическая непродолжительная или продолжительная (с указанием по времени в секундах, минутах или часах).
 - 5) Возможные причины появления или усиления боли (зависимость от физической нагрузки и степени ее интенсивности, от психоэмоционального напряжения, от характера, количества и (или) времени приема пищи, от положения тела, движений тела или его частей и др. факторов).
 - 6) Время появления (утром, днем, вечером, ночью).
 - 7) Факторы, способствующие ослаблению или исчезновению боли (покой, физическая нагрузка, прием пищи или воздержание от ее употребления, изменение характера пищи, принятие определенного положения тела, прием лекарств, использование тепла и др.).
 - 8) Возможные симптомы, сопровождающие боль и возникающие на её высоте (слабость, потливость, появление страха, возбуждение, изменение дыхания, мочеотделения и др.).
2. Данное заболевание хроническое, т.к. продолжительность его 5 лет
3. Расспрос и описание течения хронического заболевания состоит из 3 частей: клиническая картина начального периода заболевания, динамика клинической картины, клиническая картина настоящего ухудшения.
4. Анамнез заболевания независимо от острого или хронического течения заболевания заканчивается расспросом двух следующих разделов:
 1. активным расспросом других возможных жалоб по системе поражения
 2. изменением клинической симптоматики в динамике процесса от времени поступления больного в стационар до момента курации
5. Основной диагноз: ИБС: Прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз (2010г.). Осложнения: Хроническая сердечная недостаточность I стадии, ПФК. Сопутствующий диагноз: Артериальная гипертензия III стадии, 2 степени. Риск 4. Сахарный диабет, впервые выявленный.

Основное заболевание – это заболевание по поводу, которого больной получает основную часть лечебно-диагностической помощи в настоящее время.

Перечень практических навыков

Выполнять оформление кураторского листа у пациента с наиболее часто встречающейся терапевтической патологией.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне *Владеть*

Контрольные вопросы к промежуточной аттестации

- 1) Ишемическая болезнь сердца (ИБС).
- 2) Острый коронарный синдром.
- 3) Инфаркт миокарда.
- 4) Стенокардия.
- 5) Нарушение ритма сердца (кардиальные, экстракардиальные).
- 6) Классификация аритмий сердца.
- 7) Лечение аритмий.
- 8) Ургентная терапия наджелудочковых пароксизмальных тахиаритмий.
- 9) Ургентная терапия при пароксизмальной желудочковой тахикардии и фатальных желудочковых аритмиях.
- 10) Ургентная терапия брадикардий с синкопальными состояниями.
- 11) Гипертоническая болезнь или эссенциальная АГ.
- 12) Особенности клиники гипертонической болезни; гипертонические кризы, их виды.
- 13) Ургентная терапия при гипертонических кризах.
- 14) Симптоматические (вторичные) АГ.
- 15) Классификация АГ при поражении почек и мочевыводящих путей.
- 16) АГ при поражении сосудов почек.
- 17) АГ при эндокринных заболеваниях и нарушениях обмена.
- 18) АГ, вызываемая поражениями нервной системы.
- 19) АГ, вызываемая повреждениями сосудов и нарушениями гемодинамики.
- 20) АГ, вызываемые интоксикациями и применением лекарств.
- 21) Острый гломерулонефрит.
- 22) Хронический гломерулонефрит.
- 23) Быстро прогрессирующий гломерулонефрит: особенности диагностики и лечения, прогноз.
- 24) Острый пиелонефрит.
- 25) Хронический пиелонефрит.
- 26) Острая почечная недостаточность.
- 27) Хроническая почечная недостаточность.
- 28) Хроническая болезнь почек (ХБП).
- 29) Пневмонии.
- 30) Бронхоэктатическая болезнь и бронхоэктазы.
- 31) Осложнения (амилоидоз, метастатические абсцессы, сепсис, миокардит, легочные кровотечения, легочно-сердечная недостаточность).
- 32) Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).
- 33) Классификация ХОБЛ: спирометрическая (функциональная), по группам больных (А, В, С, D), по выраженности клинических симптомов (шкалам MRC и CAT-тест), по клиническим формам (фенотипам), по фазам течения, по степени тяжести обострений.
- 34) Отличительные клинические признаки эмфизематозного и бронхитического типов ХОБЛ.
- 35) Бронхиальная астма (БА). Классификация: по клинико-патогенетическим вариантам, по степени тяжести на основании клинической картины (до начала терапии), по степени тяжести на фоне лечения, по фенотипам.
- 36) Железодефицитная анемия.
- 37) В12-дефицитная анемия.
- 38) Гемолитические анемии.

- 39) Гипопластические (апластические) анемии.
- 40) Гемобласты. Определение. Классификация.
- 41) Острый лейкоз.
- 42) Хронические лейкозы.
- 43) Хронический миелолейкоз.
- 44) Хронический лимфолейкоз.
- 45) Эритремия.
- 46) Множественная миелома.
- 47) Лимфогранулематоз.
- 48) Болезни пищевода: эзофагоспазм, ахалазиякардии, острый эзофагит, рак пищевода.
- 49) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).
- 50) Антирефлюксное хирургическое лечение ГЭРБ.
- 51) Хронический гастрит.
- 52) Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12-перстной кишки.
- 53) Лечение ЯБ, не ассоциированной с *Helicobacter pylori*.
- 54) Дискинезии желчевыводящих путей.
- 55) Хронический холецистит.
- 56) Желчнокаменная болезнь.
- 57) Хронический панкреатит.
- 58) Основные синдромы в гепатологии: болевой, печеночно-клеточной недостаточности, цитолитический, холестатический, астенический, диспепсический, портальной гипертензии, гиперспленизма.
- 59) Этиология и этиологическая верификация хронического гепатита: хронический вирусный гепатит В, хронический вирусный гепатит С, хронический аутоиммунный гепатит, хронический алкогольный гепатит, неалкогольный стеатогепатит, хронический холестатический гепатит.
- 60) Цирроз печени.
- 61) Синдром раздраженного кишечника (СРК).
- 62) Неспецифический язвенный колит (НЯК).
- 63) Болезнь Крона (БК).

Общепрофессиональная компетенция (ОПК) –5 (Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ)

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне Знать

Примеры заданий в тестовой форме

1. ОДНОВРЕМЕННЫЙ ПРИЁМ АЛКОГОЛЯ И ПАРАЦЕТАМОЛА СОПРОВОЖДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ РИСКА РАЗВИТИЯ
 1. нефротоксичности
 2. ототоксичности
 3. гепатотоксичности
 4. непереносимости алкоголя
 5. аллергических реакций

2. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ ИАПФ БОЛЬНОМУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ДОБАВИТЬ
 1. бета-адреноблокатор
 2. калийсберегающий диуретик
 3. блокатор рецепторов ангиотензина
 4. другой препарат из группы ингибиторов АПФ
 5. тиазидовый диуретик

3. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ БОЛЬНОМУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ДОБАВИТЬ
 1. антикальциевый препарат недигидропиридинового ряда
 2. калийсберегающий диуретик
 3. миотропный спазмолитик
 4. другой препарат из группы бета-адреноблокаторов
 5. антикальциевый препарат дигидропиридинового ряда

4. ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ НАЗНАЧЕНИИ ВАРФАРИНА И АСПИРИНА
 1. увеличивается риск тромбозомболических осложнений
 2. уменьшается риск кровотечений
 3. увеличивается риск кровотечений
 4. не изменяется риск тромбозомболических осложнений
 5. возрастает риск развития пристеночного тромбоза в левом желудочке

Эталон ответа:

Вопрос	Ответ
1	3
2	5
3	5
4	3

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне Уметь

Примеры типовых задач

Задача № 1

Больная А., 30 лет, поступила в терапевтическое отделение с некупирующимся приступом экспираторного удушья. С детства частые бронхиты, в последние 2 года периодические приступы экспираторного удушья с кашлем и ощущением хрипов и свиста в груди. Приступы возникают чаще ночью, ранее купировались ингаляциями беротека или сальбутамола. В течение последней недели отмечает учащение и утяжеление приступов удушья, которые не купировались β -адреностимуляторами и приёмом эуфиллина в таблетках, кашель с гнойной мокротой, повышение температуры до субфебрильных цифр. Настоящий приступ начался 8 часов назад, сопровождается мучительным сухим кашлем, болями в груди, беротекингалировала более 12 раз, без эффекта.

Объективно: состояние тяжелое. Больная беспокойна, возбуждена. Положение ортопноэ. Кожные покровы покрыты обильным потом, диффузный цианоз, набухание шейных вен. ЧД 30 в мин. Дыхание поверхностное с участием вспомогательной мускулатуры. Дистанционных хрипов нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкус-

сии над легкими коробочный звук. При аускультации дыхание ослаблено, единичные сухие хрипы в межлопаточной области. Пульс 120 уд/мин, частый, малый. Видна эпигастральная пульсация. Тоны сердца глухие, акцент 2 тона, систолический шум на легочной артерии. АД 100/65 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, вздутый.

Клинический анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв 140 г/л, ЦП 0,95, лейкоциты $6,6 \times 10^9/л$, э – 8%, п/я – 5%; с/я – 62%, л – 22%, м – 3%, СОЭ - 10 мм/час.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз заболевания в настоящий момент. Какое заболевание послужило причиной этого состояния?
2. Назовите вероятные причины развития тяжелого состояния у данной больной:
 - а) бронхиальная инфекция;
 - б) бесконтрольное использование β - адреностимуляторов;
 - в) артериальная гипотензия.
3. Выделите ведущие синдромы для данного состояния:
 - а) синдром острого легочного сердца;
 - б) инфекционных осложнений;
 - в) синдром острой дыхательной недостаточности;
 - г) синдром гиперсенсibilизации.
4. Назначьте неотложную помощь и определите дальнейший план лечения.
5. Что необходимо сделать, если больная потеряла сознание, дыхание Чейн-Стокса, АД снизилось до 50/30 мм рт. ст.?

Ответы к задаче № 1

1. Диагноз: бронхиальная астма, смешанная форма, тяжелое течение. Осложнение.: Астматическое состояние II стадия ("немое легкое"), метаболическая форма.
2. Вероятным провоцирующим и поддерживающим фактором является, а), б): бронхиальная инфекция (лихорадка, гнойная мокрота) и бесконтрольное использование ингаляционных β - адреностимуляторов.
3. Ведущие синдромы для данного состояния а), в) острого легочного сердца и синдром острой дыхательной недостаточности.
4. Неотложная помощь:
 - большие дозы кортикостероидов внутривенно (гидрокортизон 300 мг, затем по 200 мг каждые 3 часа или преднизолон 90-120 мг каждые 3 часа);
 - эуфиллин 2,4% раствор по 10 мл, до 80 мл в сутки в/в капельно;
 - увлажненный кислород через носовой катетер;
 - регидратация – в/в капельно: 5% глюкоза 500-1000 мл и более, физиологический раствор хлорида натрия до 1000-2000 мл и более в сутки;
 - Борьба с ацидозом: 3-4% раствор бикарбоната натрия 100-200 мл;
 - Улучшение реологии крови – гепарин 10000-20000 ЕД в сутки.
- После выведения больной из астматического состояния больной необходимо назначить ингаляционные глюкокортикостероиды (препараты беклометазона или флутиказона); β -адреномиметики длительного действия (формотерол, сальметерол) или комбинированные бронхорасширяющие препараты (беродуал).
5. В этом случае показана дыхательная реанимация (газовый наркоз, ИВЛ, бронхоальвеолярный лаваж), увеличение дозы кортикостероидов до 1 г в сутки.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне Владеть

1. Перечень практических навыков

Сформулировать принципы и назначить этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение при наиболее часто встречающихся заболеваниях внутренних органов.

2. Вопросы к зачету

- 1) Ишемическая болезнь сердца (ИБС).
- 2) Острый коронарный синдром.
- 3) Инфаркт миокарда.
- 4) Стенокардия.
- 5) Нарушение ритма сердца (кардиальные, экстракардиальные).
- 6) Классификация аритмий сердца.
- 7) Лечение аритмий.
- 8) Ургентная терапия наджелудочковых пароксизмальных тахикардий.
- 9) Ургентная терапия при пароксизмальной желудочковой тахикардии и фатальных желудочковых аритмиях.
- 10) Ургентная терапия брадикардий с синкопальными состояниями.
- 11) Гипертоническая болезнь или эссенциальная АГ.
- 12) Особенности клиники гипертонической болезни; гипертонические кризы, их виды.
- 13) Ургентная терапия при гипертонических кризах.
- 14) Симптоматические (вторичные) АГ.
- 15) Классификация АГ при поражении почек и мочевыводящих путей.
- 16) АГ при поражении сосудов почек.
- 17) АГ при эндокринных заболеваниях и нарушениях обмена.
- 18) АГ, вызываемая поражениями нервной системы.
- 19) АГ, вызываемая повреждениями сосудов и нарушениями гемодинамики.
- 20) АГ, вызываемые интоксикациями и применением лекарств.
- 21) Острый гломерулонефрит.
- 22) Хронический гломерулонефрит.
- 23) Быстро прогрессирующий гломерулонефрит: особенности диагностики и лечения, прогноз.
- 24) Острый пиелонефрит.
- 25) Хронический пиелонефрит.
- 26) Острая почечная недостаточность.
- 27) Хроническая почечная недостаточность.
- 28) Хроническая болезнь почек (ХБП).
- 29) Пневмонии.
- 30) Бронхоэктатическая болезнь и бронхоэктазы.
- 31) Осложнения (амилоидоз, метастатические абсцессы, сепсис, миокардит, легочные кровотечения, легочно-сердечная недостаточность).
- 32) Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).
- 33) Классификация ХОБЛ: спирометрическая (функциональная), по группам больных (А, В, С, D), по выраженности клинических симптомов (шкалам MRC и CAT-тест), по клиническим формам (фенотипам), по фазам течения, по степени тяжести обострений.
- 34) Отличительные клинические признаки эмфизематозного и бронхитического типов ХОБЛ.
- 35) Бронхиальная астма (БА). Классификация: по клинико-патогенетическим вариантам, по степени тяжести на основании клинической картины (до начала терапии), по степени тяжести на фоне лечения, по фенотипам.
- 36) Железодефицитная анемия.

- 37) В12-дефицитная анемия.
- 38) Гемолитические анемии.
- 39) Гипопластические (апластические) анемии.
- 40) Гемобластозы. Определение. Классификация.
- 41) Острый лейкоз.
- 42) Хронические лейкозы.
- 43) Хронический миелолейкоз.
- 44) Хронический лимфолейкоз.
- 45) Эритремия.
- 46) Множественная миелома.
- 47) Лимфогранулематоз.
- 48) Болезни пищевода: эзофагоспазм, ахалазиякардии, острый эзофагит, рак пищевода.
- 49) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).
- 50) Антирефлюксное хирургическое лечение ГЭРБ.
- 51) Хронический гастрит.
- 52) Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12-перстной кишки.
- 53) Лечение ЯБ, не ассоциированной с *Helicobacter pylori*.
- 54) Дискинезии желчевыводящих путей.
- 55) Хронический холецистит.
- 56) Желчнокаменная болезнь.
- 57) Хронический панкреатит.
- 58) Основные синдромы в гепатологии: болевой, печеночно-клеточной недостаточности, цитолитический, холестатический, астенический, диспепсический, портальной гипертензии, гиперспленизма.
- 59) Этиология и этиологическая верификация хронического гепатита: хронический вирусный гепатит В, хронический вирусный гепатит С, хронический аутоиммунный гепатит, хронический алкогольный гепатит, неалкогольный стеатогепатит, хронический холестатический гепатит.
- 60) Цирроз печени.
- 61) Синдром раздраженного кишечника (СРК).
- 62) Неспецифический язвенный колит (НЯК).
- 63) Болезнь Крона (БК).

Содержание курса практических занятий

Практическое занятие 1.1

ИБС. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Стенокардия

Ишемическая болезнь сердца (классификация). Стенокардия

Цель: изучить современную классификацию ИБС, клиническую картину, методы диагностики, лечение стенокардии, тактику при остром коронарном синдроме.

План:

1. Определение ишемической болезни сердца (ИБС).
2. Эпидемиология.
3. Социальная значимость атеросклероза и связанных с ним заболеваний.
4. Классификация ИБС.
5. Факторы риска.
6. Стенокардия.
7. Классификация.
8. Стабильная и нестабильная стенокардия.
9. Патогенез и патоморфология.
10. Клинические проявления.
11. Принципы диагностики и лечения.
12. Плановое лечение стенокардии и тактика врача при возникновении приступа стенокардии у пациента.
13. Понятие об остром коронарном синдроме.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение ИБС, определение стенокардии.
2. Факторы риска и патогенез ИБС.
3. Клиническая картина стенокардии.
4. План обследования пациента со стенокардией.
5. Лечение и профилактика стенокардии.

Клиническая задача

У больного Т, 60 лет, с ожирением III степени (индекс массы тела = 40 кг/м²), сахарным диабетом 2-го типа и многолетней гипертонической болезнью (в течение 20 лет), во время работы появилась сильная сжимающая боль за грудиной с иррадиацией в левую руку и левую лопатку. Был вынужден обратиться к врачу здравпункта предприятия.

Со слов больного, подобные приступы стали беспокоить в течение последних 2 недель. Их возникновение провоцируется подъемами АД, физической и эмоциональной нагрузками.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожа слегка увлажнена, частота дыхания 22 в 1 минуту, АД=180/100 мм рт.ст., пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный.

Таблетка анальгина, которую больной принял самостоятельно, состояние не улучшила, и только после приема нитроглицерина боль начала ослабевать и вскоре прекратилась совсем.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз основного и сопутствующего заболеваний.
2. Укажите, какие из факторов риска основного заболевания имеются у больного.
3. Какую неотложную помощь надо оказать больному?
4. Какие дополнительные методы исследования следует провести больному?
5. Какие группы препаратов используют для лечения данного заболевания?
6. Какие нитропрепараты обладают пролонгированным действием?

Инфаркт миокарда

Цель: изучить классификацию, клиническую картину, принципы диагностики и

лечения инфаркта миокарда, принципы неотложной помощи при инфаркте миокарда.

План занятия:

1. Определение заболевания.
2. Этиология.
3. Патогенез.
4. Варианты клинического течения (ангинозный, астматический, абдоминальный, церебральный, аритмический, малосимптомный).
5. Принципы диагностики и критерии диагноза острого инфаркта миокарда.
6. Электрокардиографические признаки.
7. Определение локализации и распространенности инфаркта миокарда.
8. Осложнения.
9. Острая сердечная недостаточность: кардиогенный шок, отек легких.
10. Исходы.
11. Лечение.
12. Методы профилактики.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение инфаркта миокарда, факторы, влияющие на развитие инфаркта миокарда.
2. Классификация инфаркта миокарда.
3. Патогенез инфаркта миокарда.
4. Факторы, определяющие тяжесть инфаркта миокарда.
5. Лекарственные средства для лечения инфаркта миокарда.
6. Профилактика инфаркта миокарда.

Клиническая задача.

Больной К., 48 лет, в течение последних 4-х лет состоял на диспансерном учете по ИБС – стенокардии. Долгое время обходился лишь эпизодическими приемами нитроглицерина при болях, ассоциированных с выполнением умеренно повышенных физических нагрузок (быстрая ходьба, подъем по лестнице и др.). В течение последних 2-х недель состояние ухудшилось: приступы участились, загрудинные боли стали возникать при малых нагрузках, при вдыхании холодного воздуха, появились приступы болей по ночам, стал значительно чаще принимать нитропрепараты. К врачу не обращался, рассчитывая справиться с ухудшением с помощью повышенных доз нитроглицерина. Сегодня ночью проснулся от особенно сильной боли за грудиной. Несмотря на повторные приемы нитроглицерина, боль продолжалась более 2 часов, появилась выраженная одышка.

Осмотр врача скорой помощи: состояние больного тяжелое, лежит с высоко приподнятым изголовьем, цианоз губ; кожа бледно-цианотичная, влажная, прохладная; дыхание хриплое, частота дыхания 40 в 1 минуту, при аускультации – обильные влажные хрипы по всем легочным полям, при кашле из дыхательных путей отходит розовая пена. Пульс 110 в 1 минуту, слабого наполнения, тоны сердца плохо выслушиваются из-за хрипов, АД 95/60 мм рт.ст.

На ЭКГ: глубокий зубец Q в I стандартном отведении и комплекс QS с высоким подъемом сегмента ST в отведениях V1 - V6.

Вопросы и задания:

1. Какой диагноз (основное заболевание и его осложнение) можно поставить больному на основании клинической картины и данных ЭКГ?
2. Какие лабораторные изменения можно ожидать при данной патологии?
3. В чем заключается неотложная помощь на догоспитальном этапе?
4. Какие другие опасные для жизни осложнения возможны в остром периоде заболевания?
5. План дальнейшего ведения больного.

Практическое занятие 1.2

Аритмии сердца

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики и методы лечения хронической сердечной недостаточности.

План:

1. Определение.
2. Классификация.
3. Этиология.
4. Патогенез.
5. Клинические проявления хронической сердечной недостаточности.
6. Принципы диагностики.
7. Лечение.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение хронической сердечной недостаточности.
2. Классификация хронической сердечной недостаточности.
3. Этиология хронической сердечной недостаточности.
4. Патогенез хронической сердечной недостаточности.
5. Клинические проявления хронической сердечной недостаточности.
6. Лабораторная и инструментальная диагностика при хронической сердечной недостаточности.
7. Лечение хронической сердечной недостаточности.

Клиническая задача.

Больной И., 56 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на периодические жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку и лопатку, возникающие при ходьбе на 100-200 м, подъеме на один этаж лестницы, одышку при ходьбе, слабость, снижение трудоспособности, отеки нижних конечностей. Боли купируются в покое или после приема нитроглицерина в течение 1-2 минут. Подобные жалобы беспокоят в течение 8 лет. 6 лет назад перенес инфаркт миокарда, после которого сохранялись редкие приступы загрудинных болей при умеренной физической нагрузке. Ухудшение отмечает в течение последних 3 месяцев, когда после перенесенного гриппа приступы загрудинных болей стали более интенсивными и возникали при меньшей физической нагрузке, увеличился расход нитратов, выросла одышка и отеки нижних конечностей. В то время обращался к врачу общей практики, но поскольку новых изменений на электрокардиограмме не отмечалось, госпитализация предложена не была. По совету врача была увеличена доза нитратов. В настоящее время из лекарственных препаратов постоянно принимает только нитросорбид и триметазидин. В течение последнего месяца вышеописанные жалобы сохраняются на одном и том же уровне. Курит по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета и влажности. Умеренные отеки стоп и лодыжек. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижних отделах по задней поверхности выслушиваются влажные хрипы. Пульс 90 в мин., ритмичный, удовлетворительных свойств. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1,5 см снаружи от левой средне-ключичной линии, правая – по правому краю грудины, верхняя – на уровне III межреберья. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10-9-8 см.

ЭКГ: на фоне основного синусового ритма регистрируются единичные преждевременные, уширенные (0,13 с) и деформированные комплексы QRS, патологический зубец Q в отведениях II, III, AVF (без динамики в сравнении с электрокардиограммой трехмесячной давности).

Вопросы и задания:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Дайте интерпретацию электрокардиограммы.
3. В чем дефект предшествовавшего амбулаторного ведения пациента?

4. Какие дополнительные обследования необходимо назначить данному больному?
5. Укажите принципы лечения данного заболевания.

Практическое занятие 1.3

Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия- АГ). Симптоматические АГ

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики, лечения гипертонической болезни.

План:

1. Определение заболевания.
2. Терминология: гипертоническая болезнь и эссенциальная артериальная гипертензия.
3. Эпидемиология.
4. Социальная значимость заболевания.
5. Классификация.
6. Клинические проявления.
7. Осложнения.
8. Принципы диагностики и лечения.
9. Неотложные состояния при гипертонической болезни – гипертонические кризы.
Диагностика.
10. Тактика врача и неотложная помощь при развитии гипертонического криза у пациента.
11. Методы профилактики.
12. Диспансеризация.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение и классификация гипертонической болезни.
2. Патогенез гипертонической болезни.
3. Клинические симптомы гипертонической болезни.
4. Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования при гипертонической болезни.
5. Критерии диагностики гипертонической болезни.
6. Лечение гипертонической болезни.
7. Осложнения гипертонической болезни.
8. Профилактика кризового течения и гипертонической болезни.

Клиническая задача

Больная П., 52 лет, страдающая гипертонической болезнью (обычное АД 130-140/85-90 мм рт. ст. на фоне регулярного приема 2 антигипертензивных препаратов), около 30 минут испытывала боль и психоэмоциональные перегрузки в связи с лечением у стоматолога. Головная боль, беспокоившая больную на протяжении последних дней, усилилась. Врач, тем не менее, попросил больную потерпеть и продолжал манипуляции. Через некоторое время у больной появилось головокружение, тошнота, усилилась ноющая боль в левой половине грудной клетки, больная стала плохо видеть, началась рвота. Объективные данные. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная, сухая. В легких везикулярное дыхание. ЧД=18 в минуту. Пульс 56 в 1 минуту, ритмичный, напряженный, акцент II тона над аортой, АД=250/140 мм рт.ст. В окружающей обстановке ориентирована полностью, движения в конечностях сохранены.

Вопросы и задания:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. В чем состояла ошибка стоматолога и какова должна быть его дальнейшая тактика?
3. Чем может осложниться данное состояние?
4. В чем заключается неотложная помощь?
5. Тактика по дальнейшему ведению больной.

Практическое занятие 2.1

Гломерулонефриты

Цель: изучить этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики, лечение гломерулонефрита.

План:

1. Острый гломерулонефрит. Определение заболевания. Классификация.
2. Этиология.
3. Патогенез.
4. Основные клинические синдромы.
5. Принципы диагностики.
6. Осложнения.
7. Лечение.
8. Методы профилактики.
9. Тематический разбор больных.
10. Хронический гломерулонефрит.
11. Определение заболевания.
12. Классификация.
13. Этиология.
14. Патогенез.
15. Клинические проявления.
16. Принципы диагностики.
17. Осложнения. Лечение.
18. Методы профилактики.
19. Тематический разбор больных.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение и классификация гломерулонефрита
2. Этиологические факторы гломерулонефрита.
3. Патогенез острого и хронического гломерулонефритов.
4. Клинические проявления заболевания
5. Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования при остром и хроническом гломерулонефритах.
6. Критерии диагностики
7. Лечение острого и хронического гломерулонефрита
8. Возможные осложнения
9. Профилактика гломерулонефрита.

Клиническая задача

Больной С., 25 лет, рабочий, страдающий хроническим тонзиллитом, перенёс ангину. Во время ангины к врачу не обращался, лечился самостоятельно аспирином. Спустя 10 дней появились отёки век, слабость, снижение работоспособности, затем отёки лица и поясницы, головные боли, красноватый цвет мочи. Обратился к терапевту поликлиники.

При осмотре: кожные покровы бледноватые, отёки лица, нижних конечностей до коленных суставов и поясницы. Пульс – 80 в мин, ритмичный. Тоны сердца средней звучности, ритмичные, акцент второго тона над аортой. АД – 180/100 мм рт. ст. Над лёгкими везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Область поясницы при поколачивании умеренно болезненная с обеих сторон.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,022, белок – 7 г/л, эритроциты – 20-25 в поле зрения, лейкоциты – 5-6 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-4 в препарате. Суточная протеинурия – 4 г. Клинический анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 130 г/л, цв. п. – 1,0; лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 25 мм/ч.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?

2. Какая должна быть врачебная тактика?
3. Какие осложнения и исходы возможны при данном заболевании?
4. Проведите дифференциальную диагностику между острым гломерулонефритом и пиелонефритом (острым и хроническим)?
5. Назовите принципы лечения данного заболевания.
6. Как долго должны находиться на диспансерном учёте лица, перенесшие это заболевание и какова при этом должна быть частота исследования мочи?

Практическое занятие 2.2

Пиелонефриты. Острая и хроническая почечная недостаточность, хроническая болезнь почек

Пиелонефриты

Цель: изучить клиническую картину, методы диагностики, лечение пиелонефритов.

План:

1. Определение заболевания.
2. Классификация.
3. Предрасполагающие факторы, этиология, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики.
4. Осложнения.
5. Лечение.
6. Методы профилактики пиелонефритов.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение и классификация хронического пиелонефрита
2. Этиологические факторы пиелонефрита.
3. Патогенез хронических пиелонефритов
4. Клинические проявления заболевания
5. Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования при хроническом пиелонефрите
6. Критерии диагностики
7. Лечение хронического пиелонефрита в зависимости от особенностей течения заболевания
8. Возможные осложнения
9. Профилактика пиелонефритов.

Клиническая задача

Больная В., 34 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на тупые боли в поясничной области с обеих сторон, учащенное мочеиспускание, в том числе в ночное время (2-3 раза), отёчность вокруг глаз по утрам, головные боли, слабость, повышенную утомляемость. Со слов больной, 4 года назад после сильного переохлаждения отмечались частое мочеиспускание, боли в надлобковой области и правой части поясничной области. Лечилась по поводу острого цистита амбулаторно. В последующем периодически отмечалось учащенное мочеиспускание на фоне субфебрильной температуры. Последние 2 года стало повышаться АД. Настоящее обострение в течение 2 недель после переохлаждения.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычного цвета. Пастозность вокруг глаз. Температура тела – 37,8°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 92 ударов в мин. Левая граница относительной тупости сердца на – 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии, остальные без отклонений от нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Поколачивание по поясничной области болезненно с обеих сторон. Пальпация почек умеренно болезненная, пальпируется нижний полюс правой почки.

Проведено обследование. Клинический анализ крови: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 105 г/л, цв. п. – 0,9, анизоцитоз, пойкилоцитоз; лейкоциты – $9,5 \times 10^9$ /л; – эоз. 2%, п/я – 8%; с – 60%; л – 25%; м – 5%; СОЭ – 28 мм/час. Ан. мочи: относит. плотность мочи – 1,008, белок – 0,03 г/л, сахара нет, лейкоциты – 15-20 в поле зрения, эритроциты – 2-3 в поле зрения, бактериурия. Биохимический анализ крови: мочевины – 8,9 ммоль/л, креатинин – 140 мкмоль/л, сахар – 5,3 ммоль/л.

УЗИ почек: чашечно-лоханочный комплекс умеренно деформирован с обеих сторон, правосторонний нефроптоз I степени.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз (основной, осложнения).
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие лабораторные исследования мочи обычно проводят при данном заболевании и каковы ожидаемые результаты анализов?
4. Перечислите основные группы антибактериальных средств, применяемых для лечения этого заболевания.
5. В каких случаях больным с данным заболеванием показано санаторно-курортное лечение и какие курорты при этом рекомендуются?

Острая и хроническая почечная недостаточность

Цель: изучить этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики, лечение острой и хронической почечной недостаточности.

План:

1. Определения.
2. Классификации.
3. Этиология.
4. Патогенез.
5. Клинические проявления.
6. Принципы диагностики.
7. Лечение.
8. Понятие о гемодиализе и перитонеальном диализе.
9. Методы профилактики.
10. Тематический разбор больных.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение и классификация почечной недостаточности.
2. Этиологические факторы острой и хронической почечной недостаточности.
3. Патогенез острой и хронической почечной недостаточности.
4. Клинические проявления заболевания
5. Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования при острой и хронической почечной недостаточности.
6. Критерии диагностики почечной недостаточности.
7. Лечение острой и хронической почечной недостаточности.
8. Возможные осложнения.
9. Профилактика острой и хронической почечной недостаточности.

Клиническая 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 снаружи 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.

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.

Анализ крови: эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, Нв – 110 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.

Вопросы:

1. Ваш диагноз (основной и осложнения)?
2. Какое значение помимо диагностического имеет выполнение пункционной биопсии почек?
3. Что включает так называемая четырёхкомпонентная схема лечения и когда она применяется?
 - 1) тетрациклин;
 - 2) пенициллин в больших дозах;
 - 3) азатиоприн;
 - 4) аспирин;
 - 5) преднизолон;
 - 6) гепарин;
 - 7) фурадонин;
 - 8) курантил.
4. Как зависит прогноз данного заболевания от его формы? С какими формами данной патологии можно направлять больных на климатическое курортное лечение? Какие климатические курорты показаны таким больным?

Практическое занятие 3.1

Пневмонии. Бронхоэктатическая болезнь и бронхоэктазы

Пневмонии

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики, лечения и профилактики пневмонии.

План:

1. Определение заболевания.
2. Эпидемиология.
3. Классификация.
4. Предрасполагающие факторы, этиология, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики и лечения.
5. Особенности внебольничной и госпитальной пневмонии.
6. Осложнения пневмоний.
7. Лечение пневмоний и их осложнений.
8. Профилактика пневмоний.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение и классификация пневмонии
2. Этиология внебольничной и нозокомиальной пневмонии
3. Патогенез пневмонии
4. Клинические симптомы пневмонии
5. Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования при пневмонии
6. Критерии диагноза пневмонии

7. Лечение пневмоний
8. Возможные осложнения пневмоний
9. Профилактика пневмоний.

Клиническая задача

Больной Р., 63 лет, инженер, заболел 6 часов назад: на работе повысилась температура до 37,8°C, появились мышечные боли, слабость, разбитость. К вечеру температура повысилась тела до 39°C с сильным ознобом, появились боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при кашле. Кашель сухой со скудной мокротой, одышка. Больной самостоятельно принимал тетрациклин, температура тела не снижалась. Родственники вызвали скорую помощь. Больной был доставлен в приемное отделение городской больницы, госпитализирован. Больной курит с 20 лет по ½ пачке сигарет в день, алкоголь употребляет редко.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы гиперемированы. Температура тела 39,3°C. Дыхание учащено 32 в 1 мин. При перкуссии укороченные легочного звука над нижней долей правого легкого, там же при аускультации ослабление везикулярного дыхания, мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс 116 уд/мин, артериальное давление (АД) 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв 136 г/л, ЦП 0,9; лейкоциты $10,6 \times 10^9/л$, э – 2%, п/я – 10%; с/я – 65%, л – 20%, м – 3%, СОЭ 28 мм/час.

При рентгеноскопии грудной клетки: расширение корня легкого и усиление легочного рисунка в нижней доле справа, уплощение купола диафрагмы справа.

Вопросы и задания:

1. Ваш предполагаемый диагноз и его формулировка.
2. Какова возможная этиология этого заболевания?
3. Какие изменения имеются в клиническом анализе крови?
4. Назначьте необходимые дополнительные исследования.
5. Выберите лечебную тактику.

Нагноительные заболевания легких. Бронхоэктатическая болезнь.

Абсцесс и гангрена легких

Цель: изучить клиническую картину, методы диагностики и лечения при нагноительных легочных заболеваниях.

План:

1. Определения заболеваний.
2. Классификация.
3. Предрасполагающие факторы, этиология, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики и лечения.
4. Показания к хирургическому лечению.
5. Профилактика.

Контрольные вопросы по теме:

1. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Абсцесс легкого: этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Гангрена легкого: этиология, клиника, диагностика, лечение

Клиническая задача

У больного, 39 лет, жалобы на кашель с мокротой, кровохарканье, боли в левой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры до 39°C, потливость, слабость. Заболел остро 10 дней назад, повысилась температура до 39°C, появился озноб, затем присоединились указанные выше жалобы. Кашель вначале был сухой, мучительный, затем появилась скудная мокрота. За три дня до поступления в стационар количество мокроты заметно увеличилось, в мокроте появились прожилки крови, усилились боли в левом боку. Принимал аспирин.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, влажная. Над легкими слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, дыхание здесь ослаблено с бронхиальным оттенком, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 100 уд/мин, АД 90/60 мм рт ст. Анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $14,0 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула: э – 2%, п/я – 10%; с/я – 65%, л – 20%, м – 3%. СОЭ 50 мм/час. При рентгеноскопии грудной клетки: слева в нижней доле полость размером 5 x 6 см с перифокальным воспалением. Корни легких не изменены.

Вопросы и задания:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Дайте интерпретацию результатов клинического анализа крови.
3. Наметьте план обследования больного.
4. Наметьте план лечения.
5. Назовите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности.

Практическое занятие 3.2

ХОБЛ. Бронхиальная астма

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

Цель: изучить клиническую картину, методы диагностики, дифференциальной диагностики, лечения ХОБЛ.

План:

1. Определение заболеваний.
2. Эпидемиология.
3. Классификации.
4. Факторы риска.
5. Социальное значение ХОБЛ.
6. Негативная роль и социальные последствия курения.
7. Этиология.
8. Патогенез.
9. Клиническая картина.
10. Диагностика.
11. Лечение.
12. Методы профилактики.

Контрольные вопросы по теме:

1. ХОБЛ: определение, факторы риска и патогенез
2. Клиническая картина ХОБЛ
3. План обследования пациента с ХОБЛ
4. Лечение и профилактика ХОБЛ

Клиническая задача

Больной М., 56 лет, поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на постоянный кашель с небольшим количеством вязкой слизисто-гноной мокроты, одышку, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, потливость общую слабость.

Ухудшение состояния в течение 2 месяцев после перенесенного ОРЗ. Больным себя считает в течение 15 лет, когда впервые после перенесенного острого бронхита отметил появление кашля утром и при отходе ко сну. Периодически отмечал выделение небольшого количества слизистой мокроты, усиление кашля, которые нарастали в холодное время или после переохлаждений. В течение последних 7 лет отмечал одышку, возникающую при ходьбе, периодически появлялась слизисто-гнояная мокрота, чаще утром до 50 мл. Курит с 20 лет.

Объективно: состояние средней тяжести. Диффузный цианоз. Лицо одутловато, симптом барабанных палочек и часовых стёкол. Грудная клетка бочкообразной формы, надключичные ямки сглажены. В акте дыхания активно участвуют дыхательные мыш-

цы. ЧДД – 22/мин. Голосовое дрожание ослаблено. Грудная клетка ригидная. Перкуторный звук носит коробочный оттенок особенно в нижнебоковых отделах грудной клетки.

Аускультативно дыхание везикулярное ослабленное, местами жесткое и с удлинённым выдохом, множество рассеянных сухих хрипов. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 98/мин. АД – 145/90 мм рт ст со стороны ЖКТ без патологий.

Общий анализ крови: Эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, Гемоглобин – 124 г/л, Лейкоциты – $7,4 \times 10^9$ /л, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мокроты: серо-жёлтого цвета, вязкая, слизисто-гнояная, БК не обнаружены, Лейкоциты – 40-60 в п/зр., Эритроциты – 4-8 в п/зр.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие факторы риска имеются у пациента?
3. Дайте интерпретацию имеющихся результатов лабораторных исследований.
4. Составьте план необходимого обследования.
5. Назначьте лечение и составьте план лечебно-профилактических мероприятий.

Бронхиальная астма

Цель: освоить принципы диагностики и лечения бронхиальной астмы. Научиться принципам неотложной помощи при бронхиальной астме тяжелого течения.

План:

1. Определение заболевания.
2. Эпидемиология.
3. Классификация.
4. Факторы риска.
5. Патогенез.
6. Клинические проявления заболевания во время приступа и в межприступный период.
7. Диагностика.
8. Осложнения бронхиальной астмы.
9. Лечение бронхиальной астмы и ее осложнений.
10. Концепция ступенчатой терапии и контроля заболевания.
11. Современные ингаляционные лекарственные препараты.
12. Профилактика бронхиальной астмы и ее осложнений.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение бронхиальной астмы, факторы, влияющие на развитие бронхиальной астмы.
2. Классификация бронхиальной астмы.
3. Патогенез бронхиальной астмы.
4. Критерии тяжести бронхиальной астмы.
5. Лекарственные средства для лечения бронхиальной астмы. Базисная и симптоматическая терапия
6. Профилактика бронхиальной астмы.

Клиническая задача

Больная М., 36 лет, поступила с жалобами на приступы удушья экспираторного характера, возникающие после приёма аспирина и купирующиеся беротеком, эуфиллином в/в. Впервые приступы удушья возникли после приёма аспирина, анальгина. В течение последующих 2-х лет отмечает учащение приступов удушья и появление их без видимой причины, ухудшение носового дыхания. Была оперирована по поводу полипов носа и в течение 1,5 лет приступов удушья не было. Ухудшение в течение последнего месяца, когда вновь после приёма аспирина появились приступы удушья.

Объективно: состояние средней тяжести, грудная клетка умеренно эмфизематозная. Перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации - дыхание везикулярное, ослабленное, в межлопаточной области с жестковатым оттенком. Выдох удлинён, рассе-

янные сухие хрипы, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 78 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Отёков нет.
Клинический анализ крови: Эр.- $4,2 \times 10^{12}$, Нб – 124 г/л, Л – $7,4 \times 10^9$, Э – 8%, П – 5%, С – 65%, Лимф. – 22%, СОЭ- 12 мм/ч
Анализ мокроты: Эритроциты – 4-5 в п/зр., лейкоциты – 15-20 в п/зр.
ФВД: проба Тиффно – 46%, после ингаляции беротеком – 68%.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дальнейшего обследования.
3. Дайте интерпретацию имеющихся результатов лабораторных исследований.
4. Интерпретируйте результаты оценки ФВД.
5. Назначьте лечение

Практическое занятие 4.1

Анемии. Гемобласты

Анемии

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики, лечения и профилактики анемий.

План:

1. Определение.
2. Классификация.
3. Железодефицитная анемия.
4. Этиология.
5. Патогенез.
6. Понятие об обмене железа в организме
7. Клинические проявления
8. Принципы диагностики.
9. Лечение.
10. Методы профилактики.
11. В-12 дефицитна анемия.
12. Этиология.
13. Патогенез.
14. Клинические проявления.
15. Принципы диагностики.
16. Лечение.
17. Методы профилактики.
18. Гемолитическая анемия.
19. Этиология.
20. Патогенез.
21. Клинические проявления.
22. Принципы диагностики.
23. Лечение.
24. Методы профилактики.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение и классификация анемий.
2. Этиология и патогенез анемии.
3. Клинические проявления анемии (железодефицитной, В-12 дефицитной, гемолитической).
4. Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования при железодефицитной анемии.
5. Критерии диагноза анемий.
6. Лечение анемий.
7. Возможные осложнения железодефицитной анемии.
8. Профилактика анемий.

Клиническая задача № 1

Больная Н., 67 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, головокружение, нарушение равновесия, шум в ушах, одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, боли в области сердца ноющего характера, слабость и боли в ногах, тяжесть в эпигастральной области, периодически тошноту, снижение аппетита, похудение.

Больной себя считает около 2-х лет, когда появилась слабость, повышенная утомляемость, к врачу не обращалась. Постепенно присоединились головная боль, головокружение, прогрессивно нарастающая одышка, шум в ушах, тяжесть в эпигастрии, похудела. Обратилась к участковому терапевту. В анализе крови выявлено снижение уровня эритроцитов и гемоглобина. Госпитализирована для уточнения диагноза и лечения.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, рост 167 см, вес 58 кг. Кожные покровы чистые, бледные. Склеры субиктеричны. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отечность стоп. ЧД 20 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс 102 уд./в мин., ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум над всеми точками. Язык ярко красный с трещинами, явления ангулярного стоматита. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Размеры печени по Курлову 14x11x9 см. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$; Нв 80 г/л; цв.п. 1,3; лейкоц. $3,8 \times 10^9/л$; п/я–2%; с/я–80%; л–16%; м–2%; СОЭ 32 мм/час. Ретикулоциты 0,2%; тромбоциты $160 \times 10^9/л$. В мазке макро- и анизоцитоз, пойкилоцитоз, шизоцитоз, эритроциты с ядерными дериватами (кольца Кебота и тельца Жолли), полисегментированные нейтрофилы. Биохимический ан. крови: общий белок 58 г/л, холестерин 4,8 ммоль/л, креатинин 98 мкмоль/л, общий билирубин 32,5 мкмоль/л, сахар 5,3 ммоль/л, ПТИ 89%; АЛТ 0,46 ммоль/л/час, АСТ 0,42 ммоль/л/час; сыворот.железо 11,2 мкмоль/л. Маркеры вирусных гепатитов В и С не обнаружены.

Вопросы и задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите возможные причины развития данного заболевания и его патогенез.
3. Каков план обследования больной с данным диагнозом.
4. Как выглядит картина костного мозга при данном заболевании?
5. Тактика лечения данной больной в стационаре. Каковы принципы ведения больной на поликлиническом этапе?

Клиническая задача № 2

Больная М., 39 лет, обратилась на прием к терапевту с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, раздражительность, головные боли, плохой аппетит, повышенную ломкость ногтей и волос, периодическое ощущение тяжести в эпигастрии, извращение вкуса (желание есть сухие макароны). Из анамнеза: в течение ряда лет имеет обильные и длительные месячные (до 8-9 дней, через 21 день). В последние годы часто переносит ОРЗ.

При осмотре: правильного телосложения, несколько пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, отмечается ломкость и исчерченность ногтей. Пульс 100 ударов в 1 мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, на верхушке выслушивается систолический шум. АД 100/70 мм рт. ст. ЧД 20 в 1 мин. При перкуссии над легкими легочной звук, при аускультации везикулярное дыхание. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом, с атрофией сосочков по краям. Явления ангулярного стоматита. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Клинический анализ крови: эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$; Нв 58 г/л; цв.п. 0,65; лейкоциты $6,5 \times 10^9/л$; п/я – 4%; с/я – 66%; л – 23%; м – 7%; СОЭ 38 мм/час, анизоцитоз, пойкило-

цитоз, ретикулоциты – 3%. Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л; сахар 4,3 ммоль/л; холестерин 3,8 ммоль/л; ПТИ 85%; фибриноген 3,5 г/л; сывороточное железо 6,2 мкмоль/л.

Вопросы и задания:

1. Ваш диагноз (с указанием степени тяжести заболевания).
2. Назовите нормальные показатели количества эритроцитов, ретикулоцитов, уровня гемоглобина, цветового показателя, гематокрита, сывороточного железа у мужчин и женщин.
3. Укажите процентное распределение железа в организме. В каких органах происходит всасывание железа?
4. Укажите наиболее частые причины развития данного заболевания.
5. Какова должна быть тактика лечения и ведения данной больной?

Клиническая задача № 3

Больная В., 48 лет, обратилась на прием к терапевту с жалобами на одышку и сердцебиение при быстрой ходьбе, утомляемость и снижение работоспособности, головные боли и головокружение. Эти ощущения появились 2-3 месяца назад. Поводом для обращения к врачу послужило кратковременное обморочное состояние. В течение трех лет наблюдается гинекологом по поводу миомы матки небольших размеров. Менструальный цикл не нарушен, месячные через 24 дня, по 6-7 дней, обильные. Имеет двух детей, в анамнезе 4аборта.

При осмотре: правильного телосложения, достаточного питания, кожа и слизистые бледные, ангулярный стоматит. Тоны сердца учащены, ритмичные, на верхушке сердца короткий систолический шум. ЧСС - 96 ударов в 1 мин, АД - 110/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык влажный, небольшой белый налет на спинке. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см.

Клинический анализ крови: эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$; Нв 80 г/л; цв.п. 0,7; лейкоциты $5,5 \times 10^9/л$; п/я – 4%; с/я – 60%; л – 30%; м – 6%; СОЭ 33 мм/час, анизоцитоз, пойкилоцитоз, анизохромия.

Биохимический анализ крови: холестерин 4,8 ммоль/л, протромбиновый индекс 80%, креатинин 89 мкмоль/л, билирубин 14,5 мкмоль/л, сахар 4,5 ммоль/л, фибриноген 3,5 г/л, сывороточное железо 8,2 мкмоль/л.

Заключение ЭГДС: атрофический гастрит.

Вопросы и задания:

1. Ваш диагноз (основной и сопутствующий).
2. Каковы критерии дефицита железа и анемии (по уровню гемоглобина и сывороточного железа)? Назовите степени тяжести заболевания в зависимости от уровня гемоглобина.
3. При каких заболеваниях возможны кровотечения из желудочно-кишечного тракта?
4. Какие лица подвержены опасности дефицита железа в организме?
5. Каковы должны быть принципы лечения и ведения данной больной?

Гемобластозы

Цель: изучить классификацию, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальной диагностики, лечения гемобластозов.

План:

1. Острый лейкоз.
2. Определение заболевания.
3. Классификации.
4. Этиология.
5. Патогенез.
6. Основные клинические синдромы.

7. Принципы диагностики.
8. Осложнения.
9. Принципы терапии и ее этапность.
10. Осложнения цитостатической терапии.
11. Исходы.
12. Хронические лейкозы
13. Определение заболевания.
14. Классификация. Этиология. Патогенез.
15. Хронический миелолейкоз.
16. Хронический лимфолейкоз. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Исходы.
17. Полицитемия.
18. Лимфогрануломатоз.
19. Миеломная болезнь. Определения заболеваний. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Тематический разбор больных.

Контрольные вопросы по теме:

1. Острый лейкоз. Определение заболевания.
2. Классификация острого лейкоза. Этиология. Патогенез.
3. Основные клинические синдромы острого лейкоза.
4. Принципы диагностики и лечения острого лейкоза.
5. Хронический лейкоз. Определение заболевания.
6. Классификация хронического лейкоза. Этиология. Патогенез.
7. Основные клинические синдромы хронических лейкозов.
8. Принципы диагностики и лечения хронических лейкозов.
9. Полицитемия. Лимфогрануломатоз. Миеломная болезнь. Определения заболеваний.
16. Полицитемия. Этиология. Патогенез.
14. Клинические проявления. Принципы диагностики.
15. Лечение.

Клиническая задача №1

Больной А., 18 лет, обратился в стоматологическую поликлинику по поводу острой зубной боли и кровотечения десен. Наряду с этим отмечает сильную общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,5-39°C. При опросе выяснено, что заболело остро. Неделю назад повысилась температура тела до 39°C, появилась слабость, разбитость, боли в горле. Вызванный на дом участковый врач отметил увеличение миндалин и небольшое увеличение подчелюстных лимфатических узлов, поставил диагноз ангины. Больной получал амоксициллин и аспирин в таблетках. В процессе лечения температура снизилась, но слабость и потливость сохранялись, а затем появилась острая зубная боль, в связи с чем обратился к стоматологу. При осмотре полости рта – слизистые бледные, десны разрыхлены, легко кровоточат. Врач произвел удаление «больного», по его мнению, зуба и затампонировал лунку.

На следующий день больной вновь пришёл к стоматологу по поводу зубной боли уже в соседнем зубе. Стоматолог осмотрел пациента и не нашёл своей патологии, в связи с чем направил больного к терапевту. Терапевт осмотрел больного, отметил, что состояние его ближе к тяжёлому, температура тела 39°, задние шейные и подчелюстные лимфатические узлы увеличены. Клинический анализ крови: эритроциты $1,9 \times 10^{12}/л$, Hb 42 г/л, цв. п. 0,9; анизоцитоз, полихромазия, лейкоциты $22 \times 10^9/л$, ю – 2%, п/я – 1%, с/я – 40%, л – 16%, м – 2%, бластные клетки – 39%, тромбоциты $80 \times 10^9/л$, СОЭ 46 мм/час.

Вопросы и задания:

1. Поставьте развёрнутый диагноз заболевания.
2. Назовите и опишите синдромы, характерные для данного заболевания.
3. Какие существуют правила, которыми должен руководствоваться врач, чтобы не

- пропустить данное заболевание?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
 5. Каковы принципы терапии заболевания и основные используемые лекарственные препараты?

Практическое занятие 5.1

Болезни пищевода. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики, лечения, методы профилактики ГЭРБ.

План:

1. Определение заболевания.
2. Классификации: принятая на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 2002 г.), эндоскопические стадии ГЭРБ, оценка рефлюкс-эзофагита по степеням (Лос-Анджелесская классификационная система, 1999 г.).
3. Этиология.
4. Патогенез.
5. Клинические проявления.
6. Методы диагностики ГЭРБ: клинические (опросник GERD-Q, тест с ингибитором протонной помпы, альгинатный тест), инструментальные (ЭГДС, суточный рефлюкс-мониторинг пищевода, манометрия пищевода, рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта в положении больного стоя и лёжа, электрогастрография).
7. Осложнения.
8. Лечение.
9. Показания к хирургическому лечению.
10. Методы профилактики.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение, классификации ГЭРБ.
2. Этиология и патогенез ГЭРБ.
3. Клиническая картина ГЭРБ.
4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики ГЭРБ.
5. Осложнения ГЭРБ.
6. Лечение ГЭРБ.
7. Первичная и вторичная профилактика при ГЭРБ.

Клиническая задача

Мужчина 53 лет обратился к врачу в связи с возникшим затруднением проглатывания твердой пищи. В течение 10 лет беспокоят изжога, слюнотечение, отрыжка воздухом и съеденной пищей. За медицинской помощью не обращался. Изжогу купировал содой, изредка алмагелем или маалоксом. В течение последнего года изжога стала беспокоить меньше, но возникла и стала усиливаться дисфагия.

Состояние удовлетворительное. Питание снижено. Гиперстенический тип конституции. Кожа бледно-розовая, влажность умеренная. Щитовидная железа, лимфатические узлы не пальпируются. Язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание жесткое, проводится над всей поверхностью грудной клетки. ЧДД 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая и верхняя в норме, левая – на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над аортой. АД 150/90 мм рт. ст., пульс 65 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Кишечник, селезенка без особенностей. Отеков нет.

Вопросы и задания к задаче

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие осложнения могли развиваться у пациента?
3. Наметьте план обследования.
4. Назначьте лечение.

Практическое занятие 5.2

Хронический гастрит. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Хронический гастрит

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики, лечения, методы профилактики хронического гастрита.

План:

1. Определение заболевания.
2. Классификации: Сиднейская классификация (1990 г.) и её Хьюстонская модификация (1996 г.), система OLGA (2008), Киотская классификация гастритов по этиологическому принципу (2014 г.). Этиология и патогенез.
3. Клинические проявления.
4. Методы диагностики хронического гастрита: эндоскопический с обязательной морфологической оценкой биоптатов, диагностика *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), определение кислотообразующей функции желудка (внутрижелудочная РН-метрия), рентгенологический.
5. Методы диагностики *H. pylori*: биохимические методы, морфологические методы, бактериологический метод, иммунологические методы, молекулярно-генетические методы.
6. Осложнения.
7. Принципы лечения хронического гастрита в зависимости от клиники, этиологической и морфологической формы заболевания.
8. Профилактика.
9. Диспансеризация.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение, классификации хронического гастрита.
2. Этиология и патогенез различных типов хронического гастрита.
3. Клиническая картина хронического гастрита.
4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики хронического гастрита.
5. Лечение хронического гастрита.
6. Осложнения хронического гастрита.
7. Методы профилактики хронического гастрита.

Клиническая задача

Больной В., 30 лет, обратился к врачу с жалобами на изжогу, запоры, боль в эпигастриальной области, возникающую через 1,5-2 ч после приема пищи.

Из анамнеза известно, что пациент работает инженером-конструктором. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать — здорова, у отца — язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

Считает себя больным в течение года, когда впервые почувствовал появление болей в эпигастрии. К врачам не обращался, самостоятельно принимал омепразол, с положительным эффектом. Настоящее ухудшение самочувствия наблюдалось в течение последних двух недель, когда вновь стала беспокоить боль в эпигастрии, изжога, появилась склонность к запорам.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Больной астенического телосложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 16 в минуту. Тоны сердца звучные, шумов нет, ритм сердца правильный, ЧСС — 88 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см.

Общий анализ крови: Нв — 136 г/л, лейкоциты — $6,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 3 %, сегментоядерные — 57 %, эозинофилы — 2 %, лимфоциты — 32 %, моноциты — 6 %. СОЭ — 14 мм/ч.

ЭГДС: преимущественно в антральной части желудка слизистая оболочка бле-

стящая, с налетом фибрина, отечная, гиперемированная, имеются единичные кровоизлияния в слизистую оболочку.

По результатам быстрого уреазного теста диагностирована хеликобактерная инфекция.

Вопросы и задания к задаче

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у данного больного?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез, клинические проявления, методы диагностики и лечения, принципы профилактики и диспансеризации при язвенной болезни.

План:

1. Определение заболевания.
2. Классификация.
3. Этиология.
4. Патогенез.
5. Клинические проявления.
6. Методы диагностики (клинический, эндоскопический, рентгенологический, внутрижелудочная рН-метрия). Диагностика *H. pylori*.
7. Осложнения.
8. Лечение: медикаментозное лечение язвенной болезни, ассоциированной с *H. pylori*; медикаментозное лечение язвенной болезни, не ассоциированной с *H. pylori*; схемы эрадикации *H. pylori*.
9. Показания к хирургическому лечению.
10. Диспансеризация.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение язвенной болезни.
2. Классификация язвенной болезни.
3. Этиология и патогенез язвенной болезни.
4. Клинические проявления язвенной болезни.
5. Лабораторно-инструментальная диагностика при язвенной болезни.
6. Диагностические критерии язвенной болезни.
7. Лечение язвенной болезни.
8. Диспансеризация при язвенной болезни.

Клиническая задача

Пациент К., 27 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие боли в эпигастриальной области, возникающие через 1,5-2 ч после приема пищи, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, запоры.

Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом алмагеля. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит.

Перенесенные заболевания: корь, скарлатина. Профессиональный анамнез: в течение последнего года работает экономистом на предприятии. По работе часто ездит в командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки: периодически употребляет алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у отца и дяди — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и ви-

димые слизистые бледные, чистые, сухие. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 17 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет, ритм сердца правильный, ЧСС — 70 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в зоне Шоффара. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.

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

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

ЭГДС: по передней поверхности луковицы двенадцатиперстной кишки выявлена язва диаметром 0,8 см. Признаки воспаления слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Вопросы и задания к задаче

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у пациента?
2. Составьте план обследования больного.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз при данном заболевании?

Практическое занятие 5.3

Болезни желчевыделительной системы и поджелудочной железы

Заболевания билиарной системы

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики и методы лечения основных заболеваний билиарной системы.

План:

1. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Определение. Классификация. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение: медикаментозное, хирургическое, купирование желчной колики. Диспансеризация.

2. Хронический бескаменный (некалькулезный) холецистит (ХБХ). Определение. Классификация. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Диспансеризация.

3. Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖП) как функциональное заболевание. Классификация. Этиология и патогенез. Методы обследования (физикальные, лабораторные, инструментальные). Лечение в зависимости от типа дискинезии. Прогноз. Профилактика.

Контрольные вопросы по теме

1. Определения основных заболеваний билиарной системы (ЖКБ, ХБХ, ДЖП).
2. Классификация основных заболеваний билиарной системы.
3. Этиология и патогенез основных заболеваний билиарной системы.
4. Клинические проявления основных заболеваний билиарной системы.
5. Физикальное обследование при заболеваниях билиарной системы (физикальные «симптомы холецистита»).
6. Лабораторная и инструментальная диагностика и при основных заболеваниях билиарной системы.
7. Лечение основных заболеваний билиарной системы.
8. Диспансеризация при основных заболеваниях билиарной системы.

Клиническая задача

Больная Р., 55 лет жалуется на отрыжку, горечь во рту, тошноту, длительные тупые ноющие боли в области сердца или за грудиной, иррадиирующие в правую лопатку и правое плечо, возникающие после обильной еды, продолжительностью 2-3 ч. Из анамнеза заболевания: подобные обострения наблюдались у больной не менее 3-4 раз в год.

Лечилась самостоятельно: ограничивала приемы пищи, принимала спазмолитики, пользовалась грелкой.

Гинекологических заболеваний нет. Менопауза с 48 лет.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, повышенного питания. Рост — 163 см, вес — 88 кг, ИМТ — 33,12 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Температура тела 37,7 °С. При перкуссии легких определяется ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца нормальной звучности, аритмичны (экстрасистолия). ЧСС — 80 уд/мин. АД 130/85 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Отмечается болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 133 г/л, лейкоциты — $9,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы — 6 %, сегментоядерные нейтрофилы — 68 %, эозинофилы — 0 %, лимфоциты — 20 %, моноциты — 6 %. СОЭ — 22 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 12,9 ммоль/л, прямой билирубин — 3,2 ммоль/л, АСТ — 32 ЕД/л, АЛТ — 25 ЕД/л, холестерин — 6,5 ммоль/л, амилаза — 100 ЕД/л, ЩФ — 88 ЕД/л, глюкоза — 5,3 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС — 82 уд/мин. Выявлены две наджелудочковые и одна желудочковая экстрасистолы. Отмечается уплощение зубца *T* в грудных отведениях.

УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей: размеры печени не увеличены, контуры ровные, паренхима ее имеет однородную малоэхогенную структуру. Воротная вена не расширена (7 мм в диаметре). Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). Желчный пузырь обычной формы, размеры несколько увеличены, стенка желчного пузыря утолщена, конкрементов нет. Через 30 мин после назначения желчегонного завтрака (2 сырых яичных желтка) — опорожнение желчного пузыря замедленное и недостаточное. Объем его сократился на 10 %.

Вопросы и задания к задаче

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больной.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Хронический панкреатит

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики, лечения, методы профилактики хронического панкреатита.

План:

1. Определение.
2. Этиология.
3. Патогенез.
4. Классификация.
5. Клинические проявления.
6. Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
7. Осложнения.
8. Лечение (диетотерапия, медикаментозная терапия, хирургическое лечение).
9. Прогноз.
10. Профилактика.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение, классификация хронического панкреатитов.
2. Этиология и патогенез различных типов хронического панкреатита.

3. Клиническая картина.
4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики.
5. Осложнения хронического панкреатита..
6. Лечение хронического панкреатита.
7. Прогноз и профилактика при хроническом панкреатите.

Клиническая задача .

Больной С., 48 лет, поступил в отделение с жалобами на периодические «опоясывающие» боли в верхней части живота, усиливающиеся после еды, неоднократную рвоту, вздутие и урчание живота, учащенный до 3-5 р/сут неоформленный стул с выделением обильных каловых масс с жирным блеском, кашицеобразной консистенции, жажду и сухость во рту.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение 5 лет страдает хроническим холециститом. Ранее 2-3 раза в год возникали приступообразные тупые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, которые снимались приемом спазмолитиков. Часто обострения провоцировались приемом жирной пищи. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный учащенный неоформленный стул, похудел на 4 кг, появились жажда и сухость во рту. За 2 дня до поступления на фоне нарушения диеты (прием жирной, жареной пищи) у больного появились вышеуказанные жалобы.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост - 169 см, вес - 50 кг, ИМТ - 17 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие. Отмечается гиперестезия кожи в зонах иннервации VIII грудного сегмента слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 88 уд/мин. АД 135/65 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий. Отмечается болезненность в холедохо-панкреатодуоденальной зоне Шоффара.

Лабораторно-инструментальные исследования.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - 14×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 8 %, сегментоядерные нейтрофилы - 68 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 19 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 37 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 16,9 ммоль/л, прямой билирубин - 3,8 ммоль/л, АСТ - 28 МЕ/л, АЛТ - 37 МЕ/л, амилаза - 321 МЕ/л, ЩФ - 230 МЕ/л, глюкоза - 7,3 ммоль/л.

Анализ мочи: диастаза - 143 МЕ/л.

Анализ кала: неоформленный, консистенция кашицеобразная. Обнаружены мышечные волокна, жиры - много.

ЭГДС: в желудке выявлено много слизи, луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

При УЗИ органов брюшной полости размеры печени не увеличены, контуры ровные, паренхима ее имеет однородную малоэхогенную структуру. Воротная вена не расширена (8 мм в диаметре). Выявлено утолщение стенки (более 4 мм) и увеличение размеров желчного пузыря. В полости желчного пузыря обнаружен один камень округлой формы (9 мм в диаметре). Общий желчный проток не расширен (около 5 мм). Отмечается уплотнение капсулы, снижение эхогенности поджелудочной железы и увеличение размеров ее головки и тела с ровными контурами. Выявлена выраженная отечность в области головки поджелудочной железы. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

При эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии выявлены умеренно выраженные изменения протоковой системы поджелудочной железы (неровность контуров протоков, их извилистость). Отмечается расширение главного панкреатического протока, дилатация мелких протоков.

Вопросы и задания к задаче

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.
2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Практическое занятие 5.4

Хронические гепатиты. Циррозы печени

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики и методы лечения хронического гепатита и цирроза печени.

План:

1. Определения.
2. Классификации (критерии компенсации цирроза печени по Чайлду-Пью).
3. Клинические проявления.
4. Основные клинико-лабораторные синдромы.
5. Лабораторные и инструментальные методы исследования.
6. Лечение.
7. Основные группы лекарственных препаратов, применяемых при заболеваниях печени.
8. Прогноз при гепатите и циррозе печени.
9. Методы профилактики.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определения хронического гепатита и цирроза печени.
2. Классификация хронического гепатита и цирроза печени.
3. Клинические проявления хронического гепатита и цирроза печени.
4. Лабораторная диагностика и инструментальные методы исследования при хроническом гепатите и циррозе печени.
5. Лечение хронического гепатита и цирроза печени.
6. Прогноз при хроническом гепатите и циррозе печени.
7. Пути профилактики хронического гепатита и цирроза печени.

Клиническая задача

Больной С., 57 лет, обратился к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, дискомфорт в животе, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм.

Считает себя больным в течение нескольких месяцев. В течение 20 лет злоупотребляет алкоголем. Работает грузчиком.

При осмотре: состояние средней тяжести. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Лицо гиперемировано. Гиперемия кистей в области тенора и гипотенора. Умеренная гинекомастия. Контрактура Дюпюитрена справа. Пастозность голеней. В легких — дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы относительной тупости сердца в норме. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм сердца правильный, АД 150/90 мм рт.ст.

Живот при пальпации вздут, чувствительный в правом подреберье. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих отделах живота. Пропальпировать печень и селезенку не удается. Размеры печени по Курлову: 14x12x10 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин — 106 г/л, лейкоциты — $4,6 \times 10^9$ /л, эритроциты — $3,3 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты — $135,0 \times 10^9$ /л. СОЭ — 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок — 7,8 г/л, альбумин — 3,1 г/%, холестерин — 3,2 ммоль/л, мочевины — 4,1 ммоль/л, креатинин — 88 ммоль/л, глюкоза — 5,2 ммоль/л, общий билирубин — 63 ммоль/л, непрямого билирубина — 12 ммоль/л, АЛТ — 74 ЕД/л, АСТ — 258 ЕД/л, ЩФ — 403 ЕД/л, гамма-глутамилтранспептидаза — 304,2 ЕД/л, амилаза — 255 ЕД/л.

Серологические исследования на маркеры вирусных гепатитов отрицательны.

УЗИ органов брюшной полости: небольшой асцит, гепатоспленомегалия. V.

porta 1,2 см. Диффузные изменения поджелудочной железы.

ЭГДС: варикозно-расширенные вены пищевода I-II степени. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Выраженный гастрит, дуоденит.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС — 88 в минуту, нормальное положение ЭОС.

Вопросы и задания к задаче

1. Выделите клинические и лабораторные синдромы, имеющиеся у больного.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Практическое занятие 5.5

Заболевания кишечника: СРК, НЯК, болезнь Крона

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики, лечения, методы профилактики СРК, НЯК, болезни Крона

План:

1. Проблема, определения, этиологии, факторы риска развития, патогенез ХВЗК: болезнь Крона, Язвенный колит.
2. Эпидемиология, современное состояние проблемы, определение, этиология, патогенез, факторы риска, классификации, клиника хронических воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК) – язвенного колита (ЯК), болезни Крона, а также болезни Уиппла.
3. Клинические синдромы при хронических воспалительных заболеваниях кишечника.
4. Кишечные и экстракишечные проявления ХВЗК.
5. Диагностические критерии ЯК, болезни Крона, болезни Уиппла.
6. Ценность инструментальных методов обследования и их диагностические критерии: ирригографии, рентгенографии, колоноскопии, биопсии.
7. Тяжесть, течение, осложнения ЯК, болезни Крона, болезни Уиппла (местные и общие).
8. Принципы лечения ЯК, болезни Крона, болезни Уиппла.
9. Показания к оперативному лечению.
10. Стандарты диагностики и лечения, утвержденные МЗ РФ.

Контрольные вопросы по теме:

1. Определение группы ХВЗК – ЯК, болезни Крона, Уиппла; -
2. Этиология ЯК, болезни Крона;
3. Факторы риска развития ХВЗК;
4. Патоморфологические критерии ЯК, болезни Крона;
5. Патогенез ХВЗК;
6. Классификации ЯК, болезни Крона;
7. Клинические синдромы при НЯК, болезни Крона;
8. Критерии Ds ЯК, болезни Крона;
9. Принципы лечения ЯК, болезни Крона;
10. Осложнения и прогноз при ЯК, болезни Крона.

Клиническая задача

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температу-

ры до 38,0°C. Доставлен в приёмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит.

При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отечной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $12,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%.

Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л, холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеются неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

Вопросы и задания к задаче

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз при данном заболевании?

Справка
о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
Внутренние болезни

№ п\п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащённость специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1.	Учебная аудитория № 28 для проведения лекционных и семинарских занятий, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации.	Посадочных мест, оснащённых учебной мебелью - 20. Выход в Интернет. Ноутбук. Мультимедиа-проектор. Доска – 1 шт.
2.	Учебная аудитория № 59 (компьютерный класс) для самостоятельной работы	Посадочных мест, оснащённых учебной мебелью – 40, Компьютеров - 40 Персональные компьютеры объединены в локальную сеть с выходом в Интернет и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета.

**Лист регистрации изменений и дополнений на _____ учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)
Внутренние болезни**

(название дисциплины, модуля, практики)

для студентов ____ курса,

специальность:

37.05.01 Клиническая психология _____
(название специальности)

форма обучения: очная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на
заседании кафедры « _____ » _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)
подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий