

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

Кафедра внутренних болезней



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной и воспитательной
работе, председатель ЦКМС

И.Ю. Колесникова

«28» августа 2020 г.

**Рабочая программа
дисциплины
«Факультетская терапия»**

для студентов 4 курса,

направление подготовки (специальность)

Педиатрия (31.05.02),

форма обучения


очная

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

Разработчики рабочей программы:

к.м.н, доцент Алексеев Д.В.

к.м.н. доцент Вороная Ю.Л.

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

Тверь, 2020

I. Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «28» августа 2020г. (протокол №1)

II. Пояснительная записка

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

1. Цель и задачи дисциплины

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

Задачами освоения дисциплины являются:

- научить студентов диагностике заболеваний внутренних органов на основе данных анамнеза, клинической картины и дополнительных (лабораторных и инструментальных) методов исследования;
- научить студентов проведению лечебных мероприятий при заболеваниях внутренних органов;
- научить студентов методам профилактики при заболеваниях внутренних органов;
- научить студентов диагностике, лечению и профилактике неотложных состояний в клинике внутренних болезней;
- научить студентов особенностям диагностики, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов в амбулаторно-поликлинических условиях.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

| Формируемые компетенции | Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины студент должен: |
|---|--|
| ПК-6 Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр, принятой 43-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. | Уметь: - провести опрос и объективное исследование пациента с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов, определить показания и перечень необходимых лабораторно-инструментальных исследований. - установить предварительный и клинический диагноз Знать: - этиология, патогенез, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения, диагностику и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов - методику проса и объективного исследования пациента с патологией внутренних органов |
| ПК-8 Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами | Уметь: - оценить результаты проведенного обследования - назначить лечение пациентам с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов - разработать план диспансерного наблюдения и профилактических мероприятий на амбулаторном этапе Знать: - основные принципы лечения, профилактики и диспансерного наблюдения больных с заболеваниями внутренних органов |

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

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

Дисциплина «Факультетская терапия» является клинической дисциплиной и представляет собой один из этапов в изучении внутренних болезней, построенный по принципу органной патологии.

Уровень начальной подготовки обучающегося для успешного освоения дисциплины «факультетская терапия»:

- *Знать* особенности строения и функционирования организма в норме и при патологии; методику обследования пациента; механизмы действия лекарственных веществ.
- *Иметь представление* об основных заболеваниях внутренних органов у взрослых пациентов.

Для освоения данной дисциплины необходима актуализация компетенций, сформированных в процессе изучения следующих дисциплин:

Из гуманитарного, социального и экономического цикла:

- Философия,
- Биоэтика,
- Правоведение,
- Психология и педагогика.

Из математического, естественнонаучного и медико-биологического цикла:

- Химия,
- Биохимия,
- Биология,
- Анатомия,
- Гистология, эмбриология, цитология,
- Нормальная физиология,
- Микробиология, вирусология,
- Иммунология,
- Фармакология,
- Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия,
- Патофизиология, клиническая патофизиология.

Из профессионального цикла:

- Гигиена,
- Пропедевтика внутренних болезней.

Дисциплина «факультетская терапия» является базисом для освоения следующих дисциплин и практик:

- Из профессионального цикла – госпитальная терапия.
- Из учебной и производственной практики – производственная практика помощник врача стационара (терапевтического).

4. Объем дисциплины составляет 6 зачетных единиц, 216 академических часов, в том числе 140 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 76 часов самостоятельной работы обучающихся.

5. Образовательные технологии

При реализации различных видов учебной работы используются следующие образовательные технологии:

на лекциях – традиционная лекция, лекция-визуализация, проблемная лекция;

на клинических практических занятиях – разбор клинических случаев, подготовка и защита истории болезни, мастер-класс, просмотр мультимедийных презентаций, занятия с использованием тренажёров, посещение врачебных конференций, участие в научно-практических конференциях, съездах, симпозиумах, учебно-исследовательская работа студента, подготовка и защита рефератов.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: освоение некоторых разделов теоретического материала, подготовка к клиническим практическим занятиям, экзамену, написание истории болезни, рефератов, работа с Интернет-ресурсами.

6. Формы промежуточной аттестации

Итоговый контроль по дисциплине осуществляется в виде трехэтапного курсового экзамена в VIII семестре.

III. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

Раздел 1. Введение в дисциплину.

Тема 1.1. Введение в дисциплину «факультетская терапия», факультетский и госпитальный принципы преподавания клинических дисциплин, принципы этики и деонтологии в терапевтической клинике.

Раздел 2. Болезни органов дыхания.

Тема 2.1. Острые пневмонии.

Определение заболевания. Эпидемиология. Классификация. Предрасполагающие факторы, этиология, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики и лечения. Особенности пневмонии в современных условиях – редкость долевого поражения при крупозной пневмонии, многообразие бактериального этиологического фактора, abortивное течение при раннем начале антибактериальной терапии. Особенности внебольничной и госпитальной пневмонии. Осложнения пневмоний (легочные и внелегочные). Лечение пневмоний и их осложнений. Возможные осложнения антибактериальной терапии и методы их профилактики. Профилактика острых пневмоний и их осложнений.

Тема 2.2. Острый и хронический бронхит. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

Определение заболеваний. Эпидемиология. Классификация. Факторы риска. Социальное значение ХОБЛ, негативная роль и социальные последствия курения. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Методы профилактики.

Тема 2.3. Бронхиальная астма.

Определение заболевания. Эпидемиология. Классификация. Факторы риска и этиология. Патогенез. Клинические проявления заболевания во время приступа и в межприступный период. Диагностика. Осложнения бронхиальной астмы. Лечение бронхиальной астмы и ее осложнений. Концепция ступенчатой терапии и контроля заболевания. Современные ингаляционные лекарственные препараты. Профилактика бронхиальной астмы и ее осложнений.

Тема 2.4. Нагноительные заболевания легких.

Бронхоэктатическая болезнь. Абсцесс и гангрена легких. Определение заболеваний. Классификация. Предрасполагающие факторы, этиология, патогенез,

клинические проявления, принципы диагностики и лечения. Показания к хирургическому лечению. Профилактика.

Раздел 3. Болезни сердечно-сосудистой системы.

Тема 3.1. Гипертоническая болезнь.

Определение заболевания. Эпидемиология. Социальная значимость заболевания. Классификация. Клинические проявления. Осложнения. Принципы диагностики и лечения. Неотложные состояния при гипертонической болезни – гипертонический криз. Диагностика. Тактика врача и неотложная помощь при развитии гипертонического криза у пациента.

Тема 3.2. Ишемическая болезнь сердца. Классификация. Стенокардия.

Определение заболевания. Эпидемиология. Социальная значимость атеросклероза и связанных с ним заболеваний. Классификация ИБС. Факторы риска. Стенокардия. Классификация. Стабильная и нестабильная стенокардия. Патогенез и патоморфология. Клинические проявления. Принципы диагностики и лечения. Тактика врача при возникновении приступа стенокардии у пациента. Неотложные состояния при стенокардии – понятие об остром коронарном синдроме.

Тема 3.3. Инфаркт миокарда.

Определение заболевания. Этиология. Патогенез. Варианты клинического течения (ангинозный, астматический, абдоминальный, церебральный, аритмический, атипичный). Принципы диагностики и критерии диагноза острого инфаркта миокарда. Электрокардиографические признаки. Определение локализации и распространенности инфаркта миокарда. Осложнения. Острая сердечная недостаточность – кардиогенный шок, отек легких. Исходы. Лечение. Методы профилактики.

Тема 3.4. Ревматизм. Ревматические пороки сердца.

Ревматизм. Определение заболевания. Классификация ревматизма: острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагностики заболевания. Осложнения. Лечение. Методы профилактики.

Ревматические пороки сердца. Недостаточность митрального клапана, митральный стеноз. Недостаточность аортального клапана, стеноз устья аорты. Недостаточность трехстворчатого клапана. Комбинированные и сочетанные пороки сердца. Клинические проявления пороков сердца. Гемодинамика при пороках сердца. Диагностика. Показания к хирургическому лечению. Методы профилактики.

Тема 3.5. Инфекционный эндокардит.

Определение заболевания. Классификация. Этиология. Патогенез. Особенности клинических проявлений в зависимости от этиологического фактора. Принципы диагностики и диагностические критерии инфекционного эндокардита. Лечение. Методы профилактики.

Тема 3.6. Хроническая сердечная недостаточность.

Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические проявления хронической сердечной недостаточности. Принципы диагностики. Лечение.

Раздел 4. Болезни органов пищеварения.

Тема 4.1. Хронический гастрит.

Определение заболевания. Классификация. Факторы риска, этиология и патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Методы профилактики.

Тема 4.2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Определение заболевания. Классификация. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Клинические проявления и особенности течения в зависимости от локализации язвы. Принципы диагностики. Осложнения. Лечение. Методы профилактики.

Тема 4.3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Определение заболевания. Классификация. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Тема 4.4. Хронические гепатиты. Циррозы печени.

Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническое течение. Основные клиничко-лабораторные синдромы. Принципы диагностики. Осложнения. Лечение. Методы профилактики.

Тема 4.5. Желчнокаменная болезнь. Хронический холецистит. Дискинезия желчевыводящих путей.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Определение. Классификация. Предрасполагающие факторы. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Неотложные состояния – тактика врача при развитии у пациента желчной колики. Принципы диагностики. Осложнения. Лечение. Литотрипсия. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Понятие постхолецистэктомического синдрома. Методы профилактики.

Хронический холецистит. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики. Осложнения. Лечение.

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП). Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина в зависимости от варианта дискинезии. Принципы диагностики. Дифференцированное лечение.

Тема 4.6 Панкреатиты: Острый панкреатит. Этиология. Патогенез. Особенности клиники, дифференциально-диагностические отличия от других причин синдрома острого живота. Неотложная консервативная терапия. Клиническая фармакология антиферментных препаратов: механизм действия, фармакодинамика, основные представители, показания, способы применения.

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

Раздел 5. Болезни почек.

Тема 5.1. Пиелонефриты.

Определение заболевания. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Осложнения. Лечение. Методы профилактики.

Тема 5.2. Гломерулонефриты.

Острый гломерулонефрит. Определение заболевания. Классификация. Этиология. Патогенез. Основные клинические синдромы. Принципы диагностики. Осложнения. Лечение. Методы профилактики.

Хронический гломерулонефрит. Определение заболевания. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Осложнения. Лечение. Методы профилактики.

Тема 5.3. Острая и хроническая почечная недостаточность.

Определения. Классификации. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Понятие о гемодиализе и перитонеальном диализе. Методы профилактики.

Раздел 6. Болезни суставов. Системные заболевания соединительной ткани.

Тема 6.1. Остеоартроз.

Определение заболевания. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Осложнения. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Методы профилактики.

Тема 6.2. Ревматоидный артрит.

Определение заболевания. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Особые формы ревматоидного артрита. Принципы диагностики. Осложнения. Лечение. Осложнения глюкокортикостероидной терапии. Понятие пульс-терапии глюкокортикостероидами и цитостатиками. Методы эфферентной терапии, понятие о плазмаферезе. Показания к хирургическому лечению. Методы профилактики.

Тема 6.3. Системные заболевания соединительной ткани.

Системная красная волчанка. Определение. Классификация. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Поражение органов и систем. Принципы диагностики и диагностические критерии. Лечение. Профилактика.

Системная склеродермия. Определение. Классификация. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Поражение органов и систем. Принципы диагностики и диагностические критерии. Лечение. Профилактика.

Дерматомиозит. Определение. Классификация. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Поражение органов и систем. Лабораторные сдвиги. Принципы диагностики и диагностические критерии. Лечение. Профилактика.

Раздел 7. Болезни системы крови.

Тема 7.1. Анемии.

Определение. Классификация. *Железодефицитная анемия.* Этиология. Патогенез. Понятие об обмене железа в организме. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Методы профилактики. *В₁₂-дефицитная анемия.* Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Методы профилактики. *Гемолитическая анемия.* Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Методы профилактики.

Тема 7.2. 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. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Исходы.

Полицитемия. Лимфогранулематоз. Миеломная болезнь. Определения заболеваний. Классификации. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Исходы.

8. Подготовка и написание истории болезни терапевтического больного (практические навыки курации больного). 1 этап экзамена

IV. Рабочая учебная программа модуля (учебно-тематический план)

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

| Наименование разделов модуля и тем | Аудиторные занятия | | | | | Всего часов на аудит. работу | Самостоят. работа студента | Итого часов | Формируемые компетенции | | Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения | Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости |
|--|--------------------|----------|-----------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|----------------------------|-------------|-------------------------|-----|--|--|
| | лекции | семинары | лабораторные практики | клинич. практические занятия | курсовая работа | | | | ПК6 | ПК8 | | |
| 1. Введение в дисциплину | 2 | | | | | 2 | | 2 | х | | Л | |
| 2.Болезни органов дыхания. | | | | | | | | | | | | |
| 2.1. Пневмонии. | 2 | | | 4 | | 6 | 2 | 8 | х | х | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ, |
| 2.2. Острый и хронический бронхит. Хроническая обструктивная болезнь легких. | 2 | | | 4 | | 6 | 2 | 8 | х | х | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ |
| 2.3. Бронхиальная астма. Рубежный контроль по разделу | 2 | | | 4 | | 6 | 2 | 8 | х | х | Л,КС,Р, УИРС | Т,С, ПР,СЗ,КЛ |
| 2.4 Нагноительные заболевания легких. | 2 | | | 2 | | 4 | 1 | 5 | х | х | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ |
| 3. Болезни сердечно-сосудистой системы | | | | | | | | | | | | |
| 3.1. Гипертоническая болезнь. | 2 | | | 4 | | 6 | 1 | 7 | х | х | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ |
| 3.2. Ишемическая болезнь сердца. Классификация. Стенокардия. | 2 | | | 4 | | 6 | 2 | 8 | х | х | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ |
| 3.3. Инфаркт миокарда. | 2 | | | 4 | | 6 | 2 | 8 | х | х | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ |
| 3.4. Ревматизм. Ревматические пороки сердца. | 2 | | | 4 | | 6 | 2 | 8 | х | х | Л,КС,Р, | С, |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|---|---|---|---|-----------------|-------------------|----------|
| | | | | | | | | | | | УИРС | ПР,СЗ,КЛ |
| 3.5. Инфекционный эндокардит. | 2 | | 4 | | 6 | 2 | 8 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 3.6. Хроническая сердечная недостаточность. Рубежный контроль по разделу | 2 | | 4 | | 6 | 1 | 7 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | Т,С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 4. Болезни органов пищеварения | | | | | | | | | | | | |
| 4.1. Хронический гастрит. | 2 | | 4 | | 6 | 1 | 7 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 4.2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. | 2 | | 4 | | 6 | 1 | 7 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 4.3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. | 2 | | 4 | | 6 | 2 | 8 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 4.4. Хронические гепатиты. Циррозы печени. | 2 | | 4 | | 6 | 2 | 8 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 4.5. Желчнокаменная болезнь. Хронический холецистит. Дискинезия желчевыводящих путей. Рубежный контроль по разделу | 2 | | 4 | | 6 | 1 | 7 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 4.6 Панкреатиты Рубежный контроль по разделу | 2 | | | | 2 | 1 | 3 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | Т,С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 5. Болезни почек. | | | | | | | | | | | | |
| 5.1. Хронический пиелонефрит. | 2 | | 4 | | 6 | 2 | 8 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 5.2. Гломерулонефриты. Рубежный контроль по разделу Рубежный контроль по разделу | 2 | | 4 | | 6 | 2 | 8 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | Т, С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 5.3. Острая и хроническая почечная недостаточность. | 2 | | | | 2 | 2 | 4 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 6. Болезни суставов. Системные заболевания соединительной ткани. | | | | | | | | | | | | |
| 6.1. Остеоартроз, подагра | 2 | | 4 | | 6 | 1 | 7 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ | |
| 6.2. Ревматоидный артрит. | 2 | | 4 | | 6 | 1 | 7 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | С, ПР,СЗ,КЛ | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|----------|----------|-----------|----------|------------|-----------|------------|---|---|-----------------|------------------|
| 6.3. Системные заболевания соединительной ткани. Рубежный контроль по разделу | 2 | | | 4 | | 6 | 2 | 8 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | Т,С, Пр,СЗ,КЛ |
| 7. Болезни системы крови. | | | | | | | | | | | | |
| 7.1. Анемии. | 2 | | | 4 | | 6 | 2 | 8 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | С, Пр,СЗ,КЛ |
| 7.2. Гемобластозы. Рубежный контроль по разделу | 2 | | | 4 | | 6 | 1 | 7 | x | x | Л,КС,Р, УИРС | Т,С, Пр,СЗ,КЛ |
| 8. Подготовка и написание истории болезни терапевтического больного (практические навыки курации больного). | | | | 4 | | 6 | 2 | 6 | x | x | | ИБ |
| 9. Экзамен | | | | | | | 36 | 36 | | | | |
| ИТОГО: | 50 | 0 | 0 | 90 | 0 | 140 | 76 | 216 | | | | |

Список сокращений:

Образовательные технологии, способы и методы обучения : традиционная лекция (Л), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), участие в научно-практических конференциях (НПК), посещение врачебных конференций (ВК), тренинг (Тр), подготовка и защита рефератов (Р). **Формы текущего и рубежного контроля успеваемости** (с сокращениями): Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), СЗ – решение ситуационных задач, С–собеседование или письменный опрос по контрольным вопросам, КЛ–кураторский лист, ИБ – написание и защита истории болезни.

IV. Оценочные средства для контроля уровня сформированности компетенций (Приложение №1)

1. Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

В каждом вопросе необходимо указать один или несколько правильных ответов:

1. Для лечения гипертонического криза используются
 - 1) адреномиметики (адереналин)
 - 2) ингибиторы АПФ (каптоприл)
 - 3) петлевые диуретики (фуросемид)
 - 4) антагонисты кальция (нифедипин)
 - 5) антиагреганты (ацетилсалициловая кислота)

2. Факторы риска гипертонической болезни–
 - 1) вегетарианство
 - 2) избыточная масса тела
 - 3) избыточное потребление поваренной соли
 - 4) регулярные аэробные физические нагрузки
 - 5) отягощенная наследственность по артериальной гипертензии

3. Клинические варианты стенокардии, относящиеся к "нестабильной"–
 - 1) прогрессирующая стенокардия
 - 2) впервые возникшая стенокардия
 - 3) ранняя постинфарктная стенокардия
 - 4) стенокардия с атипичной иррадиацией болей
 - 5) стенокардия напряжения 4 функционального класса

4. Основные антикоагулянты, используемые при остром инфаркте миокарда
 - 1) тромболитики
 - 2) стрептокиназа
 - 3) аминокапроновая кислота
 - 4) ацетилсалициловая кислота
 - 5) нефракционированный гепарин

Эталон ответов:

1. 2), 3), 4)
2. 2), 3), 5)
3. 1), 2), 3)
4. 5)

Критерии оценки тестового контроля (текущего или рубежного):

«отлично» – если правильный ответ дан на 91 % вопросов и более;

«хорошо» – если правильный ответ дан на 81-90 % вопросов;

«удовлетворительно» – если правильный ответ дан на 71-80 % вопросов,

«неудовлетворительно» – если правильный ответ дан на 70 % вопросов и менее.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Дайте определение ГЭРБ.

2. Какова распространенность ГЭРБ в популяции?
3. Каковы основные причины ГЭРБ?
4. В чём заключаются механизмы развития ГЭРБ (патогенез заболевания)?
5. Приведите классификацию ГЭРБ.
6. Назовите принципы лечения ГЭРБ.
7. Каковы особенности лечения ГЭРБ в зависимости от её степени?
8. В чём заключается первичная и вторичная профилактика ГЭРБ?
9. Каков прогноз у больных с ГЭРБ?
10. Какова цель и принципы диспансерного наблюдения больных ГЭРБ?

Критерии оценки устного ответа:

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

Примеры 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, несколько ослабленное в нижних отделах сзади, ЧД – 24 в 1 мин. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. 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. Сформулируйте 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. Назовите 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.

Эталон ответа к задаче 1:

1. Диагноз основной: ИБС: стенокардия напряжения впервые возникшая.
Осложнение: Хроническая сердечная недостаточность IIА стадии, II функциональный класс.
Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь, 3 стадии, риск 4. Сахарный диабет 2 типа, лёгкой степени. 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).
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.
5. Инструментальные методы исследования: №№ 2), 3), 5).

Задача 2.

Больной Н., 46 лет, в течение последних 4 лет состоял на диспансерном учете по поводу ИБС: стенокардии напряжения II функционального класса. 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 недель самочувствие 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. Ночью проснулся от особенно сильной боли за грудиной. Несмотря на повторные приемы нитроглицерина, боль продолжалась более 2 часов, появилась выраженная одышка в покое, в связи с чем была вызвана СМП.

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 глухие плохо выслушиваются из-

за хрипов, АД – 110/70 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:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания).
2. Каких лабораторных изменений можно ожидать в крови при данной патологии? (выберите один или несколько правильных ответов)
 - 1) повышение содержания в крови сердечных тропонинов;
 - 2) изменение содержания в крови тропонинов не характерно;
 - 3) повышение активности трансаминаз (АСТ, АЛТ);
 - 4) снижение активности трансаминаз (АСТ, АЛТ);
 - 5) повышение активности МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК);
 - 6) снижение активности МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК);
 - 7) часто наблюдается лейкоцитоз;
 - 8) лейкоцитоз не характерен;
 - 9) изменение содержания билирубина в крови;
3. Укажите основные направления неотложной помощи на догоспитальном этапе и план дальнейшего ведения больного.
4. В чем состоит дефект амбулаторного ведения больного?
5. Какие другие опасные для жизни осложнения возможны в остром периоде заболевания? (выберите один или несколько правильных ответов)
 - 1) кардиогенный шок (истинный, болевой – рефлекторный, аритмический);
 - 2) гломерулонефрит;
 - 3) нарушения ритма и проводимости;
 - 4) острая аневризма левого желудочка;
 - 5) разрывы сердца (наружные и внутренние);
 - 6) парез желудка и кишечника;
 - 7) эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны;
 - 8) реактивный артрит;
 - 9) соматогенный психоз

Эталон ответа к задаче 2:

1. Диагноз основной: ИБС: Острый инфаркт миокарда, трансмуральный (с зубцом Q или крупноочаговый), передний распространенный.
Осложнение: Острая левожелудочковая недостаточность – альвеолярный отек легких.
2. Правильные ответы №№ 1), 3), 5), 7).
3. На догоспитальном этапе: обезболивание с внутривенным применением наркотических анальгетиков, ½ таблетки аспирина разжевать, купирование отека легких и дыхательной недостаточности (ингаляция кислорода со спиртом, в/в инфузия нитроглицерина с гепарином, в/в введение петлевых диуретиков – лазикс), срочная госпитализация больного в палату интенсивной терапии специализированного кардиологического отделения (транспортировка на носилках). В дальнейшем – как можно более раннее (в течение первых 6 часов) восстановление коронарного кровотока (реваскуляризация) – тромболизис или ангиопластика; лечение, направленное на предупреждение осложнений и летального исхода, профилактику постинфарктного ремоделирования и дисфункции левого желудочка (антиагреганты, антикоагулянты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины).
4. Неэффективное диспансерное наблюдение: больному не разъяснили опасность самолечения и затягивания сроков госпитализации при прогрессировании стенокардии.
5. Другие опасные для жизни осложнения в остром периоде заболевания: правильные ответы 1), 3), 4), 5), 6), 7), 9)

Критерии оценки ситуационной задачи:

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

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

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

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

Примерные темы рефератов:

1. Редкие осложнения острого инфаркта миокарда.
2. Реабилитация больных после острого инфаркта миокарда.
3. Особенности современной клинической картины инфекционного эндокардита.
4. Немедикаментозное лечение хронической сердечной недостаточности.

Критерии оценки реферата:

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

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

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

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

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту

- провести опрос и объективное исследование пациента с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов, определить показания и перечень необходимых лабораторно-инструментальных исследований.
- установить предварительный и клинический диагноз
- оценить результаты проведенного обследования
- назначить лечение пациентам с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов
- разработать план диспансерного наблюдения и профилактических мероприятий на амбулаторном этапе

Критерии оценки освоения практических навыков и умений:

«отлично» – если студент обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения при диагностических исследованиях и лечебных процедурах, нормативы

результатов исследований, правила оформления типовой медицинской документации и др.) и самостоятельно без ошибок демонстрирует выполнение практических навыков;

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

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

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

Критерии оценки истории болезни/кураторского листа:

«отлично» – если сформулирован правильный развернутый клинический диагноз (включающий основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания), при этом студент продемонстрировал глубокие системные представления о конкретном больном и особенностях диагностики, лечения и профилактики его патологии;

«хорошо» – если сформулирован правильный развернутый клинический диагноз (включающий основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания), при этом студент продемонстрировал достаточные представления о конкретном больном, допустив отдельные несущественные неточности в изложении фактов и выборе методов диагностики, лечения и профилактики патологии у конкретного пациента **или** сформулирован правильный, но недостаточно развернутый клинический диагноз;

«удовлетворительно» – если сформулирован в основном правильный (с отдельными неточностями), но недостаточно развернутый клинический диагноз (включающий основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания), при этом студент продемонстрировал достаточные представления о конкретном больном, однако фактический материал изложен недостаточно последовательно, допущены неточности в

изложении фактов, что повлекло принципиальные ошибки при выборе методов диагностики, лечения и профилактики патологии у конкретного пациента;
«неудовлетворительно» – если диагноз сформулирован неправильно или допущены принципиальные ошибки при выборе методов диагностики, лечения и профилактики патологии у конкретного пациента.

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

Порядок проведения промежуточной аттестации:

Курсовой экзамен по окончании изучения дисциплины «Факультетская терапия» проводится в VIII семестре по трехэтапной системе.

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

Второй этап экзамена включает тестовый контроль.

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

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

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

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

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

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

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

Примеры экзаменационных заданий в тестовой форме:

Выберите правильный ответ.

1. В течение типичной бактериальной пневмонии патоморфологически выделяют фазы
 - 1) прилива, красного и серого опеченения, разрешения
 - 2) экссудации, транссудации, отложения фибрина
 - 3) инфильтрации, некроза, кальцинации
 - 4) инфильтрации, распада, обсеменения
 - 5) обструкции, рестрикции, деструкции

2. 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

3. Для постинфарктного синдрома Дресслера характерны следующие клинические проявления
- 1) нарушения проводимости с синкопальными состояниями
 - 2) прогрессирование сердечной недостаточности
 - 3) сосудистая «бабочка», артрит, перикардит
 - 4) гектическая лихорадка и панкардит
 - 5) перикардит, плеврит, пневмонит

Эталон ответов:

1. 1)
2. 1)
3. 5)

Примеры экзаменационных типовых ситуационных задач:

Задача 1.

Больной А., 55 лет, в течение последних 4 лет состоял на диспансерном учёте по ИБС. Стенокардия II функционального класса. Долгое время обходился лишь эпизодическими приемами нитроглицерина при загрудинных болях, ассоциированных с выполнением умеренно повышенных физических нагрузок (быстрая ходьба, подъем по лестнице и др.). В течение последних 2-х недель самочувствие ухудшилось: приступы болей за грудиной участились, боли стали возникать при малых нагрузках, вдыхании холодного воздуха, появились приступы болей в покое (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 в покое, в связи с чем была вызвана СМП

Осмотр врача скорой помощи: состояние больного тяжелое, лежит с высоко приподнятым изголовьем, цианоз губ; кожа бледно-цианотичная, влажная, прохладная. ЧД 40 в 1 минуту. Дыхание хриплое, 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 глухие, плохо выслушиваются из-за хрипов. АД 110/70 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:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания).
2. Каких лабораторных изменений в анализах крови можно ожидать при данной патологии?
3. Укажите основные направления неотложной помощи на догоспитальном этапе и план дальнейшего ведения больного.
4. Какие другие опасные для жизни осложнения возможны в остром периоде заболевания?
5. В чем состоит дефект амбулаторного ведения больного? Укажите меры вторичной профилактики заболевания.

Эталон ответа к задаче 1:

1. Диагноз основной: ИБС: Острый инфаркт миокарда, трансмуральный (с зубцом Q или крупноочаговый), передний распространенный.
Осложнение: Острая левожелудочковая недостаточность – альвеолярный отек легких.
2. Повышение содержания в крови тропонинов, повышение активности трансаминаз (АСТ, АЛТ), МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК); возможен лейкоцитоз.

3. На догоспитальном этапе: обезболивание с внутривенным применением наркотических анальгетиков (морфина гидрохлорид или промедол), ½ таблетки аспирина разжевать, купирование отека легких и дыхательной недостаточности (ингаляция кислорода со спиртом, в/в инфузия нитроглицерина с гепарином, в/в введение петлевых диуретиков – лазикс). Срочная госпитализация больного в палату интенсивной терапии специализированного кардиологического отделения (транспортировка на носилках). В дальнейшем – как можно более раннее (в течение первых 6 часов) восстановление коронарного кровотока (реваскуляризация) – тромболитическая терапия или ангиопластика; лечение, направленное на предупреждение осложнений и летального исхода, профилактику постинфарктного ремоделирования и дисфункции левого желудочка (антиагреганты – ацетилсалициловая кислота, антикоагулянты – нефракционированный гепарин или низкомолекулярные гепарины, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины).
4. Другие опасные для жизни осложнения в остром периоде заболевания: нарушения ритма и проводимости, из которых наиболее опасны устойчивая желудочковая тахикардия, трепетание и фибрилляция желудочков; кардиогенный шок (истинный, болевой – рефлекторный, аритмический); разрывы сердца (наружные и внутренние); острая аневризма левого желудочка; парез желудка и кишечника; эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны; соматогенный психоз; тромбоэмболические осложнения.
5. Неэффективное диспансерное наблюдение: врач не разъяснил больному опасность самолечения и затягивания сроков госпитализации при прогрессировании стенокардии. Вторичная профилактика ОИМ заключается в постоянном приеме антиангинальных препаратов, гиполипидемических препаратов.

Задача 2.

Больной Н., 62 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на 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. Боли купируются в покое или после приема нитроглицерина в течение 1-2 минут. Подобные жалобы беспокоят в течение 8 лет. В 2003 году 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 стенокардии стали более интенсивными и возникали при меньшей физической нагрузке, увеличился расход нитратов. В то время обращался к врачу общей практики, но поскольку новых изменений на ЭКГ 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.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Повышенного питания. Пастозность голеней и стоп. Над легкими при перкуссии легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное. Пульс 80 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 ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10-9-8 см.

Клинический анализы крови и общий анализ мочи без патологии.

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

Результаты проведения велоэргометрии: при нагрузке мощностью 75 Вт у больного возник типичный приступ стенокардии. На ЭКГ зарегистрировано косонисходящее снижение сегмента ST на 2 мм в отведениях V2-V4.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания).
2. Ваша интерпретация электрокардиограммы и данных велоэргометрии.
3. В чем дефект предшествовавшего амбулаторного ведения пациента?
4. Назначьте лечение – перечислите группы препаратов.
5. Какова должна быть дальнейшая тактика ведения пациента? Укажите наиболее перспективные методы лечения.

Эталон ответа к задаче 2:

1. Диагноз основной: ИБС: стенокардия напряжения III функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз (2003 г.).
Осложнения: Хроническая сердечная недостаточность IIБ ст., III функциональный класс. Желудочковая экстрасистолия.
2. ЭКГ: очагово-рубцовые изменения в ниже-диафрагмальной стенке левого желудочка. Одиночные желудочковые экстрасистолы.
Велоэргометрия: проба положительна, толерантность к нагрузке соответствует III функциональному классу стенокардии напряжения.
3. Усиление болей, снижение толерантности к физической нагрузке и увеличение расхода нитратов – это признаки нестабильной (прогрессирующей) стенокардии, требовавшей госпитализации и активного лечения, что не было сделано врачом. Кроме того, нитросорбид и триметазидин не влияют на прогноз больных стенокардией, то есть пациент фактически не получал базисную терапию стенокардии.
4. Антиагреганты (аспирин), бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты – пролонгированные для постоянного приема и короткие для купирования приступов, статины, диуретики.
5. Пациента следует направить на коронарографию для решения вопроса о возможности оперативной коррекции имеющихся стенозов коронарных артерий (ангиопластика со стентированием или коронарное шунтирование).

Критерии оценки первого этапа экзамена – практических навыков курации больного:

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

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

Критерии оценки второго этапа экзамена (тестовый контроль):

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

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

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

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

Критерии оценки решения ситуационной задачи:

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

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

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

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

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

«отлично» – если дан правильный и полный ответ;

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

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

«неудовлетворительно» – если дан неправильный ответ.

Критерии итоговой экзаменационной оценки:

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

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

«удовлетворительно» – если за решение ситуационной задачи получена оценка «удовлетворительно» при этом за интерпретацию дополнительных методов исследования

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

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

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение модуля

а) Основная литература:

1.Маколкин, В. И. Внутренние болезни [Текст] : учебник / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. –6-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа – 2017. - 764 с.

2.Внутренние болезни [Текст] : учебник в 2-х т. / ред. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. – 2 изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Т. 1. – 649 с. ; Т. 2. - 581 с. + CD.

Электронные ресурсы:

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] / ред. Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414217.html>

2.Схемы написания истории болезни и кураторского листа в терапевтическом стационаре [Электронный ресурс] : учебно-методические рекомендации / Тверская гос. мед. акад. ; сост. Л. Е. Смирнова ; ред. В. Ф. Виноградов. – 286 Кб. – Тверь : [б. и.], 2011. – 21 с.

б) Дополнительная литература:

1. Стандарты ведения больных [Текст] : клинические рекомендации : [вып. 2]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1345 с.

2.Мурашко, Владислав Владимирович. Электрокардиография [Текст] : учебное пособие / Владислав Владимирович Мурашко, Андрей Владиславович Струтынский. – 10-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2011. – 314 с.

3.Гастроэнтерология [Текст] : национальное руководство : краткое издание / ред. В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 462 с.

Электронный ресурс

1.Кардиология [Электронный ресурс] : национальное руководство / ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428450.html>

2. Пульмонология [Электронный ресурс] : национальное руководство : краткое издание / ред. А. Г. Чучалин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437872.html>

Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся

Электронный ресурс:

1. Схемы написания истории болезни и кураторского листа в терапевтическом стационаре [Электронный ресурс] : учебно-методические рекомендации / Тверская гос. мед. акад. ; сост. Л. Е. Смирнова ; ред. В. Ф. Виноградов. – 286 Кб. – Тверь : [б. и.], 2011. – 21 с.

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

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

Стандарты медицинской помощи: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>;

Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informio.ru);

Университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);

Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);

Сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>);

Доступ к базам данных POLPRED (www.polpred.ru);

Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;

Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;

Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России // <http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191/>;

Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru/>;

Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;

Выбрать нужные для освоения дисциплины ресурсы из предложенного списка.

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

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2013:

- Access 2013;
- Excel 2013;
- Outlook 2013 ;
- PowerPoint 2013;
- Word 2013;
- Publisher 2013;
- OneNote 2013.

2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.

3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

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

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

Приложение № 2

1. Схемы написания истории болезни и кураторского листа в терапевтическом стационаре [Электронный ресурс] : учебно-методические рекомендации / Тверская гос. мед. акад. ; сост. Л. Е. Смирнова ; ред. В. Ф. Виноградов. – 286 Кб. – Тверь : [б. и.], 2011. – 21 с.

VI. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Приложение № 3

VII. Научно-исследовательская работа студента

Виды научно-исследовательской работы студентов, используемые при изучении данного модуля: изучение специальной литературы (периодических биомедицинских журналов, монографий, научных публикаций в Интернете); подготовка рефератов по актуальным вопросам терапии; участие в проведении научных исследований с последующей подготовкой докладов и выступлением на итоговых научных студенческих конференциях в Твери и в других городах России, публикацией в сборниках студенческих работ.

VIII. Протоколы согласования рабочей программы модуля с другими дисциплинами:

1. Биоэтика.
2. Фармакология.
3. Пропедевтика внутренних болезней.
4. Факультетская хирургия.
5. Госпитальная терапия.

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

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

Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр, принятой 43-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

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

Примеры заданий в тестовой форме

Выберете правильный ответ

1. «Золотым стандартом» диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки считается:
 1. рентгенография желудка с барием
 2. клиническая картина заболевания
 3. компьютерная томография органов брюшной полости
 4. фиброзофагодуоденоскопия
 5. ультразвуковое исследование органов брюшной полости

2. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в стадии обострения характерны боли в эпигастральной области, возникающие
 1. через 2. ч после приема пищи, чаще в ночное время
 2. при физической нагрузке
 3. сразу после еды
 4. при изменении положения тела
 5. после приема антисекреторных препаратов

3. Для желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно
 1. положительный симптом раздражения брюшины
 2. резкое усиление болей в эпигастральной области
 3. рвота кофейной гущей
 4. появление болей в правом подреберье
 5. фебрильная лихорадка

4. Для цитолитического синдрома при заболеваниях печени характерно
 1. желтуха
 2. повышение уровня печеночных трансаминаз (АСТ, АЛТ)
 3. боли в правом подреберье
 4. мелена
 5. появление изжоги

Эталоны ответов:

| Вопрос | Ответ |
|--------|-------|
| 1 | 4 |
| 2 | 1 |
| 3 | 3 |
| 4 | 2 |

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

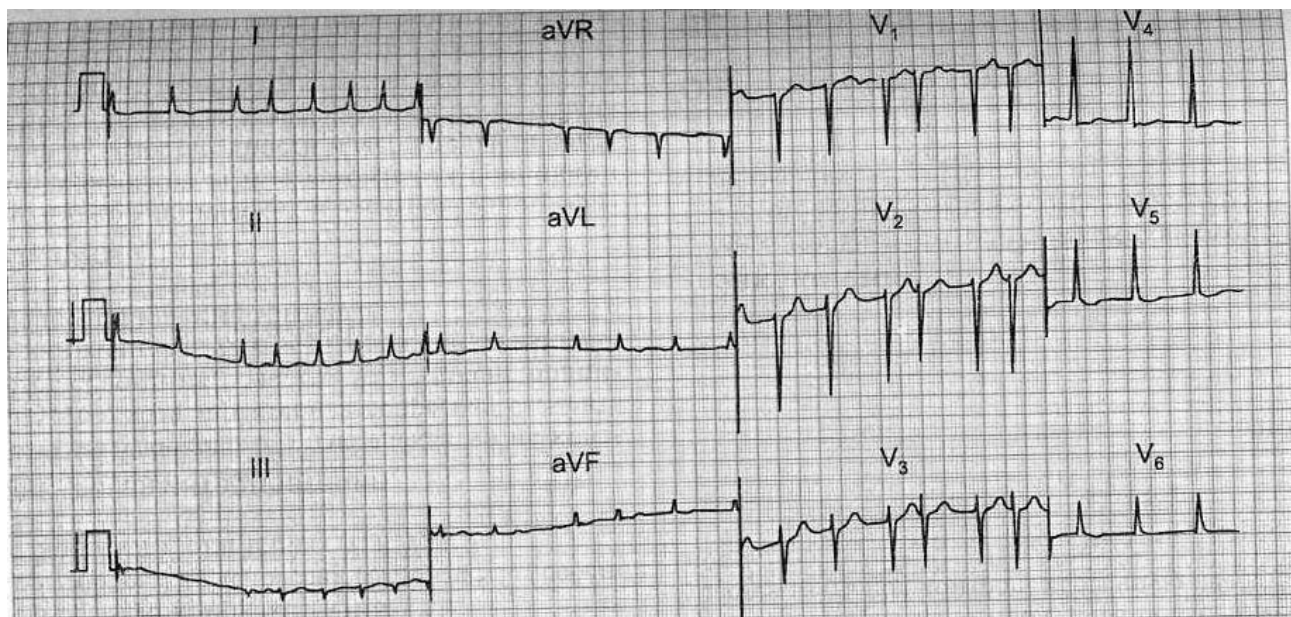
Задача № 1

Больная Б., 35 лет, около 1,5 часов назад во время физической нагрузки почувствовала учащенное, неритмичное сердцебиение с чувством тяжести за грудиной и нарастающей одышкой при небольшой физической нагрузке.

Из анамнеза: с детства подвержена частым ОРЗ, неоднократно переносила ангины. Дискомфорт в области сердца, летучие боли в крупных суставах стали беспокоить с 15-летнего возраста. Со слов больной, с 18 летнего возраста при аускультации сердца выслушивался шум, но рекомендациями врачей обследоваться и лечиться больная пренебрегала. В последние 2–3 года стала беспокоить одышка при умеренной физической нагрузке. Нередко в холодное время года при повышенной влажности бывает «немотивированный» субфебрилитет, потливость, длительные ноющие боли в сердце. Однако настоящее ухудшение больная с указанной симптоматикой не связывает. Подобный приступ наблюдался около месяца назад, также был связан с физической нагрузкой и самостоятельно купировался при отдыхе в течение нескольких минут.

Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 36,6°C. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД 24 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах ослаблено, по задней поверхности единичные влажные хрипы. Пульс на лучевых артериях аритмичный, 120 ударов в минуту. Тоны сердца аритмичные, приглушены, ЧСС 140 в мин., систоло-диастолический шум на верхушке, акцент II тона над легочной артерией; дефицит пульса 20 ударов в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ больной представлена ниже:



Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Укажите клинические формы данной нозологии.
3. Какие критерии данной нозологии Вы знаете?

4. Какие методы подтверждают этиологический фактор данной патологии?
5. Какие инструментальные методы исследования необходимы в данной клинической ситуации?
6. Приведите классификацию антиаритмических препаратов и назовите примеры.

Ответы к задаче № 1

1. Диагноз:

Осн.: Хроническая ревматическая болезнь сердца с комбинированным митральным пороком сердца (недостаточность и стеноз).

Осл: Пароксизмальная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Хроническая сердечная недостаточность IIА стадии, 2 функционального класса.

2. Клинические формы ревматизма

- Острая ревматическая лихорадка, повторная ревматическая лихорадка.
- Хроническая ревматическая болезнь сердца: без порока сердца или с пороком сердца.

Само понятие «ревмокардит» включает в себя миокардит, эндокардит (при поражении клапанного аппарата используется термин вальвулит) и перикардит.

3. Критерии диагноза ревматической лихорадки (ВОЗ)

Большие: Кардит, полиартрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные ревматические узелки

Малые: артралгия, лихорадка, повышенные острофазовые реакции (СОЭ, СРБ), удлинение интервала PQ.

4. Этиологический фактор ревматизма – бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА-инфекция).

Данные, подтверждающие предшествовавшую БГСА-инфекцию

Положительная БГСА-культура, выделенная из зева, или положительный тест быстрого определения группового БГСА-антигена; повышенные или повышающиеся титры антистрептококковых антител (АСЛ-О, анти-ДНКазы В)

5. ЭКГ для оценки имеющихся нарушений ритма и/или проводимости. ЭхоКГ для оценки структурных и функциональных изменений в сердце и внутрисердечной гемодинамики. Рентгенологическое исследование легких для оценки гемодинамики в малом круге кровообращения (застой в легких) и исключения патологии легких как причины одышки.

6. Классификация антиаритмиков:

I класс – блокаторы натриевых каналов (подкласс IA – хинидин, новокаинамид; подкласс IB – местные анестетики (лидокаин); подкласс IC – пропафенон, флекаинид, этmozин).

II класс – бета-адреноблокаторы (пропранолол).

III класс – блокаторы калиевых каналов (амиодарон, соталол, нибентан).

IV класс – блокаторы медленных кальциевых каналов (верпамил, дилтиазем).

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

- провести опрос и объективное исследование пациента с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов, определить показания и перечень необходимых лабораторно-инструментальных исследований.

- установить предварительный и клинический диагноз

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
ПК-8**

Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

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

1. Основой первичной профилактики ревматизма является
 1. **антимикробная терапия заболеваний верхних дыхательных путей, вызванных бета-гемолитическим стрептококком группы А**
 2. антимикробная терапия пациентам со сформировавшимся пороками перед медицинскими манипуляциями, сопровождающимися бактериемией
 3. средства, улучшающие прогноз при сердечной недостаточности
 4. своевременное хирургическое лечение сформировавшегося порока
 5. антиаритмическая терапия при нарушения ритма

2. Холекинетики — это:
 1. средства, купирующие болевой синдром
 2. средства, стимулирующие образование желчи
 3. **средства, усиливающие мышечное сокращение желчного пузыря и способствующие выделению желчи в кишечник**
 4. средства, назначаемые при гипермоторной дискинезии желчного пузыря
 5. средства, назначаемые при эмпиеме желчного пузыря

3. При обострении хронического холецистита целесообразно назначение:
 1. анальгетиков
 2. антиагрегантов
 3. β -адреноблокаторов
 4. гиполипидемических препаратов
 5. **антибиотиков**

4. Препаратом выбора при лечении хронического аутоиммунного гепатита считается:
 1. α -интерферон
 2. рибавирин
 3. **преднизолон**
 4. урсодезоксихолевая кислота
 5. эссенциале

5. Группа препаратов, оказывающих дозозависимое гепатотоксическое действие:
 1. спазмолитики
 2. **антибиотики группы тетрациклина**
 3. нитраты
 4. β -адреноблокаторы
 5. отхаркивающие средства

Эталоны ответов:

| Вопрос | Ответ |
|--------|-------|
| 1 | 1 |
| 2 | 3 |
| 3 | 5 |
| 4 | 3 |
| 5 | 2 |

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

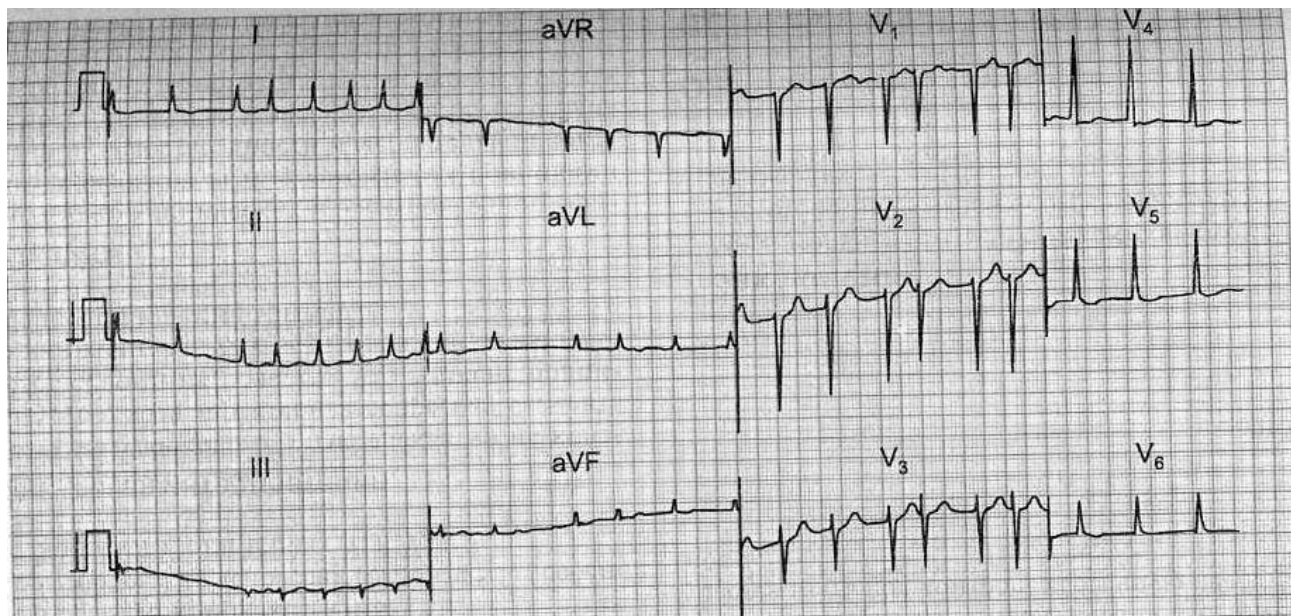
Задача № 1

Больная Б., 35 лет, около 1,5 часов назад во время физической нагрузки почувствовала учащенное, неритмичное сердцебиение с чувством тяжести за грудиной и нарастающей одышкой при небольшой физической нагрузке.

Из анамнеза: с детства подвержена частым ОРЗ, неоднократно переносила ангины. Дискомфорт в области сердца, летучие боли в крупных суставах стали беспокоить с 15-летнего возраста. Со слов больной, с 18 летнего возраста при аускультации сердца выслушивался шум, но рекомендациями врачей обследоваться и лечиться больная пренебрегала. В последние 2–3 года стала беспокоить одышка при умеренной физической нагрузке. Нередко в холодное время года при повышенной влажности бывает «немотивированный» субфебрилитет, потливость, длительные ноющие боли в сердце. Однако настоящее ухудшение больная с указанной симптоматикой не связывает. Подобный приступ наблюдался около месяца назад, также был связан с физической нагрузкой и самостоятельно купировался при отдыхе в течение нескольких минут.

Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 36,6°C. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД 24 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах ослаблено, по задней поверхности единичные влажные хрипы. Пульс на лучевых артериях аритмичный, 120 ударов в минуту. Тоны сердца аритмичные, приглушены, ЧСС 140 в мин., систоло-диастолический шум на верхушке, акцент II тона над легочной артерией; дефицит пульса 20 ударов в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ больной представлена ниже:



Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие инструментальные методы исследования необходимо провести в данной клинической ситуации?
3. Какова лечебная тактика в данной клинической ситуации.

4. К какой из прогностических групп относится выявленное нарушение ритма сердца:
 - жизнеопасные,
 - прогностически неблагоприятные,
 - с повышенным риском тромбоэмболических осложнений,
 - прогностически незначимые
5. Какова тактика при отсутствии восстановления ритма в течение 48 часов от начала приступа?
6. Какова профилактика данной патологии?

Ответы к задаче № 1

1. Диагноз:

Осн.: Хроническая ревматическая болезнь сердца с комбинированным митральным пороком сердца (недостаточность и стеноз).

Осл: Пароксизмальная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Хроническая сердечная недостаточность IIa стадии, 2 функционального класса.

2. ЭКГ для оценки имеющихся нарушений ритма и/или проводимости. ЭхоКГ для оценки структурных и функциональных изменений в сердце и внутрисердечной гемодинамики. Рентгенологическое исследование легких для оценки гемодинамики в малом круге кровообращения (застой в легких) и исключения патологии легких как причины одышки.

3. **Первый этап** антиаритмической терапии – урежение ЧСС. Для этой цели могут использоваться бета-адреноблокаторы (в/в пропранолол), недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил), дигоксин. **Второй этап** – собственно медикаментозная кардиоверсия, т.е. восстановление синусового ритма. Поскольку длительность пароксизма менее 2 суток, то предварительная антикоагулянтная терапия не нужна. Для восстановления ритма лучше всего использовать антиаритмики IC класса – рег ос пропафенон, III класса – в/в капельно амиодарон (наиболее предпочтителен!) или (что менее предпочтительно) антиаритмики IA класса – в/в новокаиномид или рег ос хинидин.

4. Мерцательная аритмия относится к группе аритмий с повышенным риском тромбоэмболических осложнений.

5. При отсутствии восстановления синусового ритма в течение более 48 часов, показана пульс-урежающая терапия (дигоксин, бета-блокаторы) и антикоагулянтная терапия варфарином (под контролем МНО = 2–3) в течение 3-х недель с последующей медикаментозной или электрической кардиоверсией. В случае успешного восстановления ритма антикоагулянтную терапию продолжают до 4 недель. В случае отсутствия восстановления ритма – поддержание нормальной частоты сердечных сокращений и пожизненная антикоагулянтная терапия

6. Первичной профилактикой ревматизма является антимикробная терапия острой и хронически рецидивирующей БГСА-инфекции верхних дыхательных путей (тонзиллит и фарингит) Вторичная профилактика проводится пациентам, перенесшим острую ревматическую лихорадку, и включает антимикробную терапию, длительность которой определяется клиническими проявлениями ревматизма:

для больных, перенесших ОРЛ без кардита (артрит, хорея) – не менее 5 лет после атаки или до 18 летнего возраста (по принципу «что дольше»)

для больных с излеченным кардитом без порока сердца – не менее 10 лет после атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»)

пациентам со сформировавшимися пороками (в т.ч. оперированным) – пожизненно и перед медицинскими манипуляциями, сопровождающимися бактериемией (экстракция зуба, тонзилэктомия, аденотомия и т.д.)

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

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

Справка
о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины

(название дисциплины, модуля, практики)

| | Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы | Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы |
|---|---|--|
| 1 | Учебная комната кафедры внутренних болезней | Стол, стулья, кушетка, магнитно-маркерная доска, ноутбук с выходом в сеть интернет, телевизор, стетоскоп, тонометр |
| 2 | Лекционная аудитория | Стол, стулья, трибуна с микрофоном, ноутбук, мультимедийный проектор |

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.