

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

Кафедра факультетской терапии

Рабочая программа дисциплины  
**Госпитальная терапия**

для обучающихся 5 курса

направление подготовки (специальность)  
31.05.02 Педиатрия

форма обучения  
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	5 з.е. / 180 ч.
в том числе:	
контактная работа	118 ч.
самостоятельная работа	62 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Экзамен/ 10 семестр

Тверь, 2024

**Разработчики:** профессор кафедры факультетской терапии д.м.н. Смирнова Л.Е.

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

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры факультетской терапии «23» мая 2024 г. (протокол № 9)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета «29» 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 разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденным приказом Минобрнауки России от 12 августа 2020 г. № 965, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

### 1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины «Госпитальная терапия» является: формирование у обучающихся общепрофессиональных компетенций, направленных на оказание квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом

Задачами освоения дисциплины являются:

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

### 2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
<b>ОПК-4</b> Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	<b>ИОПК-4.1</b> Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи.	<b>Знать:</b> - медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях <b>Уметь:</b> - применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, при наиболее распространенных заболеваниях <b>Владеть навыками:</b> - применения медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи, при наиболее распространенных заболеваниях
	<b>ИОПК-4.4</b> Оценивает результаты использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных	

<p>задач с позиций доказательной медицины</p>	<p>наиболее распространенных заболеваний;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья и диагностики наиболее распространенных заболеваний, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов;</li> <li>- международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов;</li> <li>- применять методы осмотра и физикального обследования пациентов и интерпретировать их результаты; составлять план проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов у пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;</li> <li>- направлять пациентов на дополнительные лабораторные и инструментальные исследования и консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;</li> <li>- интерпретировать результаты дополнительных лабораторных и инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов; формулировать диагноз заболеваний.</li> </ul> <p><b>Владеть навыками:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов);</li> <li>- осмотра и физикального обследования пациентов; использования дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;</li> <li>- установления диагноза в соответствии с международной статистической классификацией</li> </ul>
---	--

		болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
<b>ОПК-7</b> Способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	<b>ИОПК-7.1</b> Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний	<b>Знает:</b> - методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; - группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний, механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; <b>Умеет:</b> применять лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний <b>Владеет навыками:</b> назначения медикаментозного и немедикаментозного лечения при наиболее распространенных заболеваниях;
	<b>ИОПК-7.2</b> Умеет использовать современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	<b>Знает:</b> -современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; <b>Умеет:</b> разрабатывать план лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; <b>Владеет навыками:</b> использования современных алгоритмов лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи
	<b>ИОПК-7.3</b> Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины	<b>Знает:</b> методы контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины <b>Умеет:</b> предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских

	<p><b>ИОПК-7.4</b> Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>	<p>изделий, немедикаментозного лечения.  <b>Владеет:</b> методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p> <p><b>Знает:</b> совместимость лекарственных препаратов, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные.</p> <p><b>Умеет:</b> оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p> <p><b>Владеет навыками:</b> осуществления контроля эффективности и безопасности лечения с учётом морфофункционального состояния организма.</p>
--	---	---

### 3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

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

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

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

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

**Уровень начальной подготовки** обучающегося для успешного освоения дисциплины  
*Иметь представление* о методе дифференциальной диагностики (в пределах некоторых вариантов основных заболеваний внутренних органов), о принципах профилактики и лечения типичных заболеваний внутренних органов.

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

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

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

**4. Объём дисциплины** составляет 5 зачетных единиц, 180 академических часов, в том числе 118 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 62 часа самостоятельной работы обучающихся.

#### **5. Образовательные технологии**

В процессе преподавания дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

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

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: освоение определённых разделов теоретического материала, подготовка к семинарским и практическим занятиям, написание истории болезни, рефератов, УИРС, работа с интернет-ресурсами.

#### **6. Формы промежуточной аттестации**

Промежуточная аттестация проводится в X семестре в форме трехэтапного курсового экзамена.

### **II. Учебная программа дисциплины**

#### **1. Содержание дисциплины**

#### **РАЗДЕЛ 1. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

##### **Тема 1.1. Дифференциальная диагностика при бронхообструктивном синдроме. Внелёгочные причины одышки.**

Бронхообструктивный синдром. Определение.

Заболевания дыхательной системы и внелёгочные заболевания, сопровождающиеся бронхообструктивным синдромом: БА, ХОБЛ стеноз верхних дыхательных путей; рестриктивная патология лёгких (инфильтративные процессы, лёгочный фиброз, плевральный выпот, значительное утолщение плевры, пневмоторакс); сосудистые заболевания лёгких (ТЭЛА, лёгочная гипертензия, внутрилегочные шунты). Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Внелёгочные причины одышки: внелёгочная рестрикция (морбидное ожирение, третий триместр беременности, паралич диафрагмы, нейромышечные заболевания, тяжёлый кифосколиоз); сердечно-сосудистые заболевания (систолическая и диастолическая дисфункция миокарда); заболевания, сопровождающиеся анемией; выраженный ацидоз любого генеза; нарушения регуляции дыхания (паническая атака с гипервентиляционным синдромом). Диагностика.

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

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

Кровохарканье и легочное кровотечение. Определения. Основные причины. Симптоматика при наиболее частых заболеваниях: бронхит, бронхоэктатическая болезнь, пневмония, абсцесс лёгкого, туберкулёз, ТЭЛА, приобретённые и врождённые пороки

клапанов сердца, инфекционный эндокардит, острая левожелудочковая недостаточность, аневризма аорты. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и прогноз.

### **Тема 1.3. Дифференциальная диагностика плевритов, плеврального выпота и плевритической боли.**

Классификация плеврита. Заболевания, которые могут сопровождаться выпотом в плевральную полость. Диагностика плеврального выпота. Плевральный выпот различного генеза. Дифференциальная диагностика экссудата и трансудата. Транссудативный плевральный выпот: застойная сердечная недостаточность, заболевания перикарда, гидроторакс при циррозе печени, нефротический синдром, перитонеальный диализ, обструкция мочевыводящих путей, микседема. Экссудативный плевральный выпот: парапневмонический выпот, эмпиема. Дифференциальная диагностика плевритов: левосторонний сухой плеврит (с приступами стенокардии и инфарктом миокарда), сухой диафрагмальный плеврит (с острым аппендицитом, поддиафрагмальным абсцессом, острым холециститом).

Дифференциальная диагностика плевритической боли: при переломе ребра, хондрите ребра, компрессии межрёберного нерва, опоясывающем лишае, остром бронхите, заболеваниях пищевода и сердечно-сосудистой системы.

## **РАЗДЕЛ 2. БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.**

### **Тема 2.1. Артериальная гипертензия (АГ) эссенциальная. Симптоматические АГ. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.**

Гипертоническая болезнь или эссенциальная АГ. Определение. Классификация (по стадиям, степени артериальной гипертензии, риску развития сердечно-сосудистых осложнений). Диагностика. Показания к госпитализации. Лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.

Симптоматические (вторичные) АГ. Классификация.

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

### **Тема 2.2. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний миокарда: миокардиты, кардиомиопатии.**

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

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

### **Тема 2.3. Дифференциальная диагностика аритмий. Прогностически опасные аритмии.**

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

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

Опасные для жизни аритмии: пароксизмальную желудочковую тахикардию, трепетание желудочков, фибрилляция желудочков.

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

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

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

Кардиомегалия. Определение. Общие признаки кардиомегалий. Причины, приводящие к кардиомегалии. Дифференциальная диагностика кардиомегалий в зависимости от этиологического фактора: АГ, ИБС, аневризма сердца, миокардиты, пороки сердца, алкогольная миокардиодистрофия, миокардиодистрофии при эндокринопатиях (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, акромегалия), лёгочное сердце, болезни обмена веществ (гемохроматоз, амилоидоз, ожирение), опухоли сердца, синдром Марфана.

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

#### **Тема 2.5. Дифференциальная диагностика при болях в грудной клетке. Неотложные состояния.**

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

Заболевания, проявляющиеся болями в грудной клетке и требующие проведения неотложных лечебных мероприятий: острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, ТЭЛА, расслаивающаяся аневризма аорты, пневмоторакс, острые заболевания средостения. Диагностика. Тактика ведения больных.

#### **Тема 2.6. Метаболический синдром. Критерии диагностики, принципы лечения и профилактики.**

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

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

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

### **РАЗДЕЛ 3. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

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

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

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

### **Тема 3.2. Дифференциальная диагностика при гепато- и спленомегалии. Диагностика и лечение цирроза печени. Прогноз. Профилактика.**

Гепатомегалия. Определение. Гепатомегалия, связанная с очаговыми изменениями в печени: злокачественные и доброкачественные опухоли, гематома, непаразитарные кисты печени, абсцессы, эхинококк, метастазы в печень, гранулематозные поражения печени (туберкулёз, сифилис, саркаидоз). Гепатомегалия, связанная с диффузными изменениями в печени: болезни сердечно-сосудистой системы, болезни крови, диффузные заболевания печени, метаболические гепатозы.

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

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

### **Тема 3.3. Заболевания кишечника: болезнь Крона (БК), неспецифический язвенный колит (НЯК). Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.**

Неспецифический язвенный колит (НЯК): этиология, патогенез, классификация. Клинические симптомы, клинические признаки дистрофически-анемического и дискинетического синдромов, местных и системных осложнений. Характерные изменения слизистой оболочки толстой кишки. Диагностика. Дифференциальная диагностика: острая инфекционная диарея, БК (терминальный илеит). Лечение. Прогноз. Профилактика.

Болезнь Крона (БК): этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина. Синдром нарушенного всасывания. Тесты с Д-ксилозой и цианкобаламином (тест Шиллинга). Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз: кишечные инфекции, НЯК, хронический энтерит, рак толстой кишки. Лечение. Прогноз. Профилактика.

### **3.4. Функциональные нарушения кишечника. СРК: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.**

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

Синдром раздражённого кишечника (СРК). Эпидемиология, этиология, патогенез. Классификация. Диагностические критерии. Методы исследования.

Дифференциальная диагностика: кишечная инфекция, микроскопический колит, воспалительные заболевания кишечника, синдром мальабсорбции, психопатологические состояния, эндокринные заболевания (гипертиреоз), нейроэндокринные опухоли (карциноидный синдром, опухоль поджелудочной железы, функциональные состояния у женщин (предменструальный синдром, беременность, климакс), эндометриоз. Лечение. Диетические рекомендации. Спазмолитики. Средства, уменьшающие метеоризм. Модуляторы моторики. Антидиарейные препараты. Антибактериальные и бактериальные препараты. Слабительные. Коррекция психопатологических нарушений и вегетативных дисфункций. Профилактические мероприятия.

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

Неотложные состояния в гастроэнтерологии: прободение язвы желудка или 12-перстной кишки; острый панкреатит; острый холецистит; разрыв аневризмы брюшной аорты; ишемия кишечника; аппендицит, желчная колика, печёночная энцефалопатия. Диагностика. Неотложная помощь.

Дифференциальная диагностика при острых болях в животе с пневмонией, плевритом, перикардитом, инфарктом миокарда, инфарктом селезёнки и др.

Кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок и 12-перстная кишка). Язвенная болезнь. Эрозии желудка и 12-перстной кишки. Эзофагит, пептические язвы пищевода. Опухоли желудка. Синдром Мэллори-Вейса. Приём нестероидных противовоспалительных средств.

Кровотечения из нижнего отдела желудочно-кишечного тракта. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Опухоли кишечника. Дивертикулёз кишечника. Геморрой, анальные трещины. Телеангиоэктазии (болезнь Рандю-Вебера-Ослера). Дивертикул Меккеля.

Принципы лечения острого желудочно-кишечного кровотечения. Гемостатическая терапия. Восстановление ОЦК. Восстановление показателей гемодинамики. Противоязвенная терапия как профилактика рецидива кровотечения.

## **РАЗДЕЛ 4. БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

### **Тема 4.1. Тубулоинтерстициальные поражения почек. Тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН). Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, прогноз.**

Тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН) острый и хронический. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Острые тубулоинтерстициальные нефропатии: инфекционный острый ТИН, лекарственная острая тубулоинтерстициальная нефропатия, острый ТИН при системных заболеваниях. Хронические тубулоинтерстициальные нефропатии: лекарственная хроническая тубулоинтерстициальная нефропатия, анальгетическая нефропатия, НПВП-ассоциированная нефропатия; нефропатия, индуцированная китайскими травами, радиационная тубулоинтерстициальная нефропатия.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение тубулоинтерстициальных поражений почек. Прогноз. Профилактика.

### **Тема 4.2. Хроническая болезнь почек (ХБП). ХПН и ОПН: диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.**

ХБП – определение, классификация.

ХПН – определение, эпидемиология, классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика - лабораторно-инструментальные исследования. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

ОПН: определение, эпидемиология, классификация. Клиника, характерные признаки. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Экспертиза трудоспособности. Прогноз. Профилактика.

### **Тема 4.3. Дифференциальная диагностика при основных мочевых симптомах (лейкоцитурии, гематурии, протеинурии) и нефротическом синдроме. Амилоидоз почек.**

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

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

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

Амилоидоз почек. Определение, классификация. Патогенез и патоморфология. Клиническая картина. Симптомы и синдромы в развёрнутой и терминальной стадиях заболевания. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечебные мероприятия в зависимости от типа амилоидоза, поражения органов-мишеней и клинической формы болезни. Гемодиализ, трансплантация почек и печени. Прогноз.

## **РАЗДЕЛ 5. БОЛЕЗНИ СУСТАВОВ. СИСТЕМНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

### **Тема 5.1. Дифференциальная диагностика заболеваний суставов.**

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

### **Тема 5.2. Дифференциальная диагностика системных васкулитов.**

Системные васкулиты: определение, классификация. Основные формы системных васкулитов: узелковый полиартериит, микроскопический полиартериит, неспецифический артериит (болезнь Такаясу), гранулематоз Вегенера, геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха). Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечебная тактика.

## **РАЗДЕЛ 6. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ**

### **Тема 6.1. Дифференциальная диагностика анемий. Хроническая железодефицитная анемия – ведение больных в амбулаторно-поликлинических условиях.**

Клинические проявления анемического синдрома. Классификация анемий. Диагностика. Дифференциальная диагностика при анемическом синдроме и отдельных видах анемий: железодефицитные анемии; анемии, связанные с нарушением синтеза ДНК (мегалобластные), гемолитические анемии, талассемии, апластические анемии, парциальная красноклеточная

аплазия, порфирии. Анализ клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Лечебная тактика. Прогноз.

Хроническая железодефицитная анемия – ведение больных в амбулаторно-поликлинических условиях: лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.

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

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

### **Тема 6.3. Дифференциальная диагностика лимфаденопатии и спленомегалии.**

Причины увеличения лимфатических узлов и селезёнки: инфекции, аутоиммунные заболевания, опухоли, болезни нарушения обмена, специфические причины.

Алгоритм диагностики увеличения лимфатических узлов и селезёнки: сбор анамнеза; физикальный осмотр пациента; оценка общего анализа крови (развёрнутого); рентгенография грудной клетки; анализ мочи; цитологический и гистологический анализ лимфоузлов; стерильная пункция и биопсия селезёнки (по показаниям). Тактика ведения больных с лимфаденопатией и спленомегалией.

## **РАЗДЕЛ 7. ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

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

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

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

### **Тема 7.2. Диспансеризация и реабилитация терапевтических больных.**

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

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

### **Тема 7.3. Ведение больных кардиологического профиля (на примере АГ, ИБС) в амбулаторно-поликлинических условиях. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Основы кардиореабилитации.**

Ведение кардиологических больных терапевтом и кардиологом поликлиники.

Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний. Профилактическая кардиология в первичном звене здравоохранения.

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

## РАЗДЕЛ 8. ПОДГОТОВКА И НАПИСАНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

**(Первый этап экзамена. Защита истории болезни и практические навыки курации больного). Приложение №4.**

## РАЗДЕЛ 9. ЭКЗАМЕН

**(X семестр; второй и третий этапы экзамена)**



3.1. Заболевания пищевода. Дифференциальная диагностика. ГЭРБ: диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.	0		0		2	2	x	x	УИРС, Л, КС	Т, УО, ПО, СЗ, КС
3.2. Дифференциальная диагностика при гепато- и спленомегалии. Диагностика и лечение цирроза печени. Прогноз. Профилактика.	0		4	4		4	x	x	КС, Л	Т, УО, ПО, СЗ, КС
3.3 Заболевания кишечника: БК, НЯК. Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация.	0		4	4	1	5	x	x	КС	Т, УО, ПО, СЗ, КС
3.4.Функциональные нарушения кишечника. СРК: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика..	2		4	6		6	x	x	Л КС	Т, УО, ПО, СЗ, КС
3.5. Неотложные состояния в гастроэнтерологии. Дифференциальная диагностика и терапевтическая тактика при кровотечениях из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта.	2		0	2	2	4	x	x	Л,КС	Т, УО, ПО, СЗ, КС
<b>4. Болезни почек.</b>										
4.1. Тубулоинтерстициальные поражения почек.Тубулоинтерстициальный нефрит. Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, прогноз.	2		4	6		6	x	x	Л ,КС	Т, УО, ПО, СЗ, КС
4.2. Хроническая болезнь почек. Диагностика и лечение ХПН. Дифференциальная диагностика ХПН и ОПН.	0		4	4	2	6	x	x	КС, Л,	Т, УО, ПО, СЗ, КС
4.3. Дифференциальная диагностика при основных мочевых симптомах (лейкоцитурии, гематурии, протеинурии) и нефротическом синдроме. Амилоидоз почек.	0		4	4	1	5	x	x	УИРС, Л, КС	Т, УО, ПО, СЗ, КС
<b>5. Болезни суставов. Системные заболевания соединительной ткани.</b>										
5.1. Дифференциальная диагностика заболеваний суставов.	2		4	6	1	7	x	x	Л, КС	Т, УО, ПО, СЗ, КС
5.2. Дифференциальная диагностика системных васкулитов.	2		4	6	1	7	x	x	Л, КС	Т, УО, ПО, СЗ, КС
<b>6. Болезни системы крови.</b>										
6.1. Дифференциальная диагностика анемий. Хроническая железодефицитная анемия – ведение больных в амбулаторно-поликлинических условиях	2		4	2	2	8	x	x	Л, КС	Т, УО, ПО, СЗ,КС

6.2. Геморрагический синдром. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с геморрагическим синдромом.	0		4		4	1	5	x	x	Л,КС	Т, УО, ПО, СЗ, КС
6.3. Дифференциальная диагностика лимфаденопатии и спленомегалии.	0		4		4	2	6	x	x	Р КС	Т, УО, ПО, СЗ, КС
<b>7. Поликлиническая терапия.</b>											
7.1 Основы организации амбулаторно-поликлинической помощи терапевтическим больным. Общие вопросы медицинской профилактики. Гериатрические аспекты в работе терапевта.	0		4		4	1	5	x	x	Л, МК	Т, УО, ПО, СЗ, КС
7.2. Диспансеризация и реабилитация терапевтических больных.	2		4		4	1	7	x	x	КС, Л, МК	Т, УО, ПО, СЗ, КС
7.3. Ведение больных кардиологического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Основы кардиореабилитации.	2		4		2	2	8	x	x	Л, УИРС, КС	Т, УО, ПО, СЗ, КС
<b>8. Подготовка и написание истории болезни терапевтического больного. (Первый этап экзамена Защита истории болезни и практические навыки курации больного).</b>	0		4		4	3	7			ИБ,ПН	ИБ
<b>9. Экзамен (X семестр; второй и третий этапы экзамена)).</b>	0		0		0	27	27				
<b>ИТОГО:</b>	<b>28</b>		<b>90</b>	<b>0</b>	<b>118</b>	<b>62</b>	<b>180</b>				

**Список сокращений:**

традиционная лекция (Л), метод малых групп (МГ), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), Т– тестирование, ПН – оценка освоения практических навыков (умений), СЗ -решение ситуационных задач, ИБ – написание и защита истории болезни, УО – устный опрос, ПО – письменный опрос, МК – мастер-класс.

### **III. Фонд оценочных средства 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**

Выберите правильные ответы

#### **1. К ВНЕПИЩЕВОДНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТСЯ**

- 1) пароксизмальное ночное апноэ
- 2) боли в грудной клетке некоронарогенного происхождения
- 3) эрозии эмали зубов
- 4) бронхиальная астма
- 5) панкреатит

#### **2. ОТЛИЧИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА - ЭТО**

- 1) синдром холестаза
- 2) синдром цитолиза
- 3) синдром печеночно-клеточной недостаточности
- 4) синдром портальной гипертензии
- 5) желтуха

#### **3. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- 1) не менее 5 лет
- 2) не менее 15 лет
- 3) до нормализации артериального давления
- 4) до достижения оптимального артериального давления
- 5) пожизненно

#### **4. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЮТ**

- 1) абдоминальное ожирение
- 2) поражение органов-мишеней
  - 3) артериальную гипертензию
  - 4) хроническое поражение почек
  - 5) высокий сердечно-сосудистый риск

#### **Эталон ответов:**

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

## **Критерии оценки тестового контроля 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 контрольных вопросов для собеседования**

1. Профилактическая помощь как вид профессиональной деятельности в первичном звене здравоохранения. Концепция факторов риска.
2. Гериатрические аспекты в работе участкового терапевта. Возрастная (физиологическая) инволюция функций.
3. Особенности лёгочной симптоматики при ГЭРБ, связь хронического респираторного заболевания с ГЭРБ.
4. Клинические проявления болей в грудной клетке при ГЭРБ.

## **Критерии оценки при собеседовании или письменном опросе**

1. «2» балла - выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.
2. «3» балла - заслуживает студент, обнаруживший определенный уровень знаний основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;
3. «4» балла - заслуживает студент, обнаруживший достаточное знание основного программного материала;
4. «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

## **Примеры ситуационных задач к практическим занятиям**

### **Ситуационная задача 1.**

Больная В. 37 лет поступила в клинику с жалобами: на разнохарактерные боли в области сердца жгучего и колющего характера с иррадиацией под левую лопатку, с нечёткой связью с физической нагрузкой; слабость, одышку смешанного характера при небольшой физической нагрузке сопровождающуюся приступами сердцебиения.

Anamnesismorbi: Больной считает себя около 2 месяцев, когда, после перенесённого стресса появились разнохарактерные боли за грудиной, с иррадиацией в левую лопатку, длившиеся около часа не купировавшиеся приёмом коронаролитиков (нитроминт). Принимала самостоятельно корвалол, валидол – без эффекта. Ухудшение последние 5 дней, когда после физической нагрузки боли стали почти постоянными, сегодня появились жгучие загрудинные боли длительностью более 3 часов. 2 дня назад отмечался резкий подъём АД до 170 и 100 мм рт. ст. в связи, с чем была вызвана скорая помощь, от госпитализации тогда отказалась.

Anamnesisvitalis. Росла и развивалась соответственно возрасту. В детстве перенесла частые ангины, корь. Травм, операций не было. СПИД, гепатит, туберкулёз отрицает. Аллергии не отмечает. Из особенностей образа жизни отмечено, что имеется малоподвижный образ жизни, не регулярное питание.

Осмотр: Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела нормальная. Телосложение нормостеническое. Кожа сухая чистая нормальной окраски. Слизистые розовые. Подкожножировая клетчатка развита нормально. Отеков нет. Грудная клетка нормальной формы. Дыхание синхронное, ЧДД 18. Над лёгкими перкуторно лёгочный звук, дыхание везикулярное. Сердечно сосудистая система без патологии. АД 120/90 мм рт.ст. Пульс 72 в минуту. Органы брюшной полости без патологии. Мочевыделительная система без патологии.

*При дальнейшем наблюдении выяснено*, что в течении нескольких лет больная отмечает периодически отрыжку воздухом, дискомфорт в нижней трети грудины после еды с эффектом от приёма антацидных препаратов, что заставило задуматься о заболевании желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) как о причине болей за грудиной. При этом ранее по поводу заболеваний ЖКТ к врачу не обращалась. Так же (при более тщательном расспросе) выявлена склонность стула пациентки к запорам.

Данное дополнение потребовало проведения двух параллельных линий обследования: Обследования ЖКТ и обследование сердечно-сосудистой системы (ССС) для исключения или подтверждения диагноза ГЭРБ или ИБС. В плане обследования ССС было включено: ЭКГ, Холтеровское мониторирование, УЗИ сердца, рентгеноскопическое обследование органов грудной клетки. В план обследования ЖКТ было включено: рентгеноскопия желудка с барием, ЭГДС, эзофагоманометрия, рН мониторирование желудка. При обследовании выявлено:

**Рентгеноскопия желудка.** Пищевод свободно проходим для контраста; не изменён. Кардия смыкается не полностью. В желудке натощак слизь. Рельеф слизистой оболочки нормален. Перистальтика и эвакуация не нарушены. Двенадцатиперстная кишка не изменена.

**ЭКГ.** Синусовая аритмия с ЧСС 43-60 в 1 минуту. Суправентрикулярная экстрасистолия. Нормальное положение ЭОС. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

**ЭГДС.** Недостаточность кардии. Рефлюкс эзофагит, эндоскопическая стадия 2, в фазе обострения.

**УЗИ сердца.** Ритм правильный. Неспецифические дистрофические изменения аорты и фиброзных структур. Значительных нарушений функции клапанов не выявлено. Размеры полостей сердца соответствуют возрастной норме. Региональная и глобальная сократимость в норме. Гипертрофии левого желудочка не выявлено. Диастолическая функция миокарда не нарушена. Признаки сердечной декомпенсации в покое отсутствуют.

**Эзофагоманометрия.** Тонус нижнего пищеводного сфинктера снижен. Амплитуда перистальтических сокращений стенки пищевода снижена.

**Холтеровское мониторирование.** За время мониторирования регистрировался синусовый ритм ЧСС=50-135 в минуту (средняя ЧСС = 71 в минуту). Днём динамика ЧСС без особенностей, ночью снижение ЧСС достаточное. Аритмические нарушения представлены небольшим количеством суправентрикулярных экстрасистол, всего 18 (менее 1 в час), 1 эпизод одиночной желудочковой экстрасистолии в 6:33.

**24 часовая рН-метрия пищевода.** За время мониторирования отмечалось в общей сложности 55 эпизодов рефлюксов в пищевод желудочного содержимого, общей продолжительностью 1 час 35 минут, минимальная продолжительность рефлюкса 1 минута 20 секунд, максимальная 2 минуты, в среднем 1 минута 70 секунд. рН в пищеводе во время рефлюксов составил от 7,1 до 8,1, в среднем – 7,6. Отмечается связь гастроэзофагеальных рефлюксов с эпизодами загрудинных болей, отрыжкой, изжогой, эпизодами дискомфорта за грудиной. Параллельной фиксации ЭКГ не проводилось.

Показатели клинического анализа крови, общего анализа мочи, биохимический анализ крови – в пределах нормы. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний отсутствуют.

### ***Вопросы и задания к задаче***

1. Сформулируйте диагноз больной (основной, сопутствующий).
2. Перечислите клинические методы выявления основного заболевания у данной больной.

3. Дайте характеристику основных изменений в слизистой пищевода, соответствующих 2 стадии заболевания (по данным ЭГДС).
3. Перечислите возможные осложнения заболевания.
4. Назовите основные направления лечения заболевания в период обострения и дайте примеры лекарственных препаратов.
5. Укажите мероприятия вторичной профилактики этого заболевания: ведение больных при часто рецидивирующем и эндоскопически негативном варианте заболевания.

### Ответы к задаче 1.

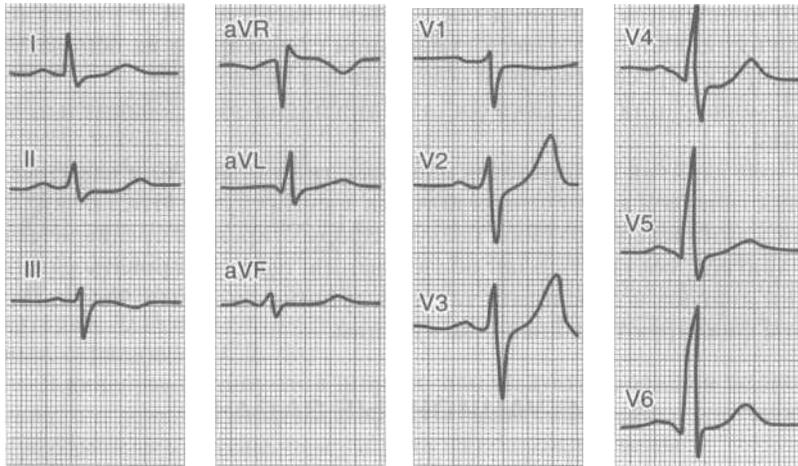
1. Диагноз: ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит 2 стадия в фазе обострения. Недостаточность кардии. Сопутствующий: Гипертоническая болезнь I стадии, АГ 1 степени, риск 1 (низкий).
2. Клинические методы выявления ГЭРБ:
  - 1) Выявление и оценка наиболее характерных симптомов (изжога, регургитация, загрудинная боль, связанная с приемом пищи).
  - 2) Терапевтический тест с одним из ингибиторов ИПП.
  - 3) Альгинатный тест.
3. 2-я (эндоскопическая) стадия ГЭРБ - рефлюкс-эзофагит при наличии диффузных патологических изменений слизистой оболочки пищевода и отсутствии таких очаговых поражений как эрозии и язвы.
4. ИПП (омепразол 20-40 мг, рабепразол 20 мг и др.) 1-2 раза в сутки за 30-60 мин до еды в течение не менее 8 недель; прокинетики (итоприда гидрохлорид); альгинаты (гевискон) и др.
5. Применяется непрерывная поддерживающая терапия ИПП в минимально эффективной дозе, подбираемой индивидуально.

### Ситуационная задача2.

Больная Р., 55 лет, обратилась в поликлинику по поводу болей в левой руке, возникающих при ходьбе в умеренном темпе на расстояние до 200 метров, эмоциональных переживаниях и проходящих в течение 3 минут в покое и после приема нитроглицерина, который стала принимать сама. Боли в левой руке отмечает около трех месяцев.

В течение 10 лет отмечает повышение АД максимально до 180/110 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области. В этих случаях принимает 1 таблетку нифедипина с положительным эффектом: АД снижается до 130/80 мм рт. ст. Постоянную антигипертензивную терапию не получает. Обычно АД держится в пределах 160/100 мм рт. ст. В течение 5 лет страдает сахарным диабетом, получает глибенкламид (манинил) 5 мг по 2 таб. в сутки. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: мать пациентки страдала АГ, умерла от ишемического инсульта в возрасте 64 лет, отец умер в возрасте 55 лет от инфаркта миокарда.

При осмотре — состояние средней тяжести. Гиперстенического телосложения, рост - 160 см, вес - 72 кг. Кожные покровы нормальной окраски, умеренно влажные. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД — 15 в минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД 160/100 мм рт. ст. ЧСС — 70 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная.



Электрокардиограмма больной

### Вопросы и задания к задаче

1. Как интерпретировать ЭКГ- проявления заболевания у этой пациентки?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Назначьте план обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Разработайте план (алгоритм) диспансерного наблюдения больной участковым терапевтом по основному заболеванию с указанием регулярности профилактических посещений, рекомендуемых вмешательств и методов исследования во время профилактических посещений.

### Ответы к задаче 2.

1. На ЭКГ синусовый ритм, отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии левого желудочка
2. Диагноз: основной: ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 4 (очень высокий). Сопутствующий: СД 2 типа. Избыточная масса тела (ИМТ=28,1).
3. Обследование: ЭКГ в условиях нагрузочной пробы (велозергометрия или тредмил), ЭхоКГ, общий и биохимический анализ крови (в том числе липидный спектр).
4. Лечение: низкокалорийная диета с ограничением животных жиров и углеводов, снижение массы тела, контроль гликемии и холестеринемии, уменьшение психоэмоциональных нагрузок. Нитраты — изосорбидадинитрат (кардикет), ацетилсалициловая кислота 100 мг,  $\beta$ -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины.
5. Алгоритм диспансерного наблюдения больного с ИБС: стенокардия III ФК
  - 1) Регулярность профилактических посещений – не менее 2 раз в год.
  - 2) Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений:
    - опрос на наличие, выраженность и характер боли в грудной клетке в покое и при нагрузке, числа принимаемых таблеток нитроглицерина в сутки/неделю, одышки, перемежающейся хромоты, эпизодов кратковременной слабости в конечностях или онемения половины лица или конечностей
    - уточнение факта приема гиполипидемических, антиагрегантных, гипотензивных и гипогликемических препаратов при наличии показаний

- опрос и краткое консультирование по поводу курения, характеру питания, физической активности
- расчет индекса массы тела, окружности талии не менее 2 раз в год
- измерение АД и ЧСС
- аускультация сонных, подключичных и бедренных артерий
- пальпация пульса на периферических артериях
- уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды: при взятии на диспансерное наблюдение и начале гиполипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям
- уровень АЛТ, АСТ, КФК через 1 месяц после начала приема статинов, затем 1 раз в год
- уровень глюкозы крови натощак 1 раз в год
- уровень креатинина плазмы для расчета СКФ при взятии надиспансерное наблюдение и по показаниям
- у лиц, предъявляющих жалобы на симптомы миопатии на фоне приема статинов, — активность креатинфосфокиназы крови
- ЭКГ не реже 1 раза в год
- ЭхоКГ ежегодно в первые 2 года, далее по показаниям
- лодыжечно-плечевой индекс при подозрении на периферический атеросклероз (стеноз) по данным опроса и исследования пульсации на периферических артериях
  - нагрузочные тесты (велозргометрия, тредмил-тест, стресс- ЭхоКГ) при взятии на диспансерное наблюдение или при увеличении ФК стенокардии давностью более 1 месяца в целях стратификации риска
  - амбулаторное мониторирование ЭКГ при подозрении на сопутствующую пароксизмальную аритмию или вазоспастическую стенокардию
  - ультразвуковое исследование сонных артерий (ТИМ, атеросклеротические бляшки) ежегодно в первые 2 года, далее по показаниям
  - оценка данных первичного обследования, итоговая стратификация риска осложнений при каждом посещении
  - ежегодная вакцинация против гриппа
  - корректировка терапии (при необходимости)
    - объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высока

### **Критерии оценки при решении ситуационных задач**

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(УИРС)**

1. Особенности течения соматических заболеваний в пожилом и старческом возрасте.
2. Дифференциальная диагностика между ГЭРБ и ИБС.
3. Метаболический синдром как важная медико-социальная проблема.
4. Дифференцированный подход к лечению при циррозе печени.
5. Интенсивная терапия при декомпенсированном циррозе печени (класс «С» по Child – Pugh).

#### **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 педиатру при изучении дисциплины «Госпитальная терапия»**

1. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов; применять методы осмотра и физикального обследования пациентов и интерпретировать их результаты.
2. Составлять план проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов у пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.
3. Направлять пациентов на дополнительные лабораторные и инструментальные исследования и консультации к врачам-специалистам.
4. Интерпретировать результаты дополнительных лабораторных и инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов.
5. Формулировать диагноз заболеваний.
6. Проводить диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний и патологических состояний у пациентов терапевтического профиля на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования
7. Разрабатывать план лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;
8. Владеть навыками: назначения медикаментозного и немедикаментозного лечения при наиболее распространенных заболеваниях; осуществления контроля эффективности и безопасности лечения.
9. Проводить диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний и патологических состояний у пациентов терапевтического профиля на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования
10. Разрабатывать план диспансерного наблюдения и проведения профилактических мероприятий больному на амбулаторном этапе при основных терапевтических заболеваниях.

#### **Критерии оценки освоения практических навыков и умений (в рамках текущего контроля):**

«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 за историю болезни**

- «отлично» – если сформулирован правильный развернутый клинический диагноз (включающий основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания), при этом студент продемонстрировал глубокие системные представления о конкретном больном и особенностях диагностики, лечения и профилактики его патологии; работа выполнена в полном соответствии со схемой, разработанной на кафедре;

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

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

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

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

### **Порядок проведения промежуточной аттестации:**

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

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

**Второй этап экзамена** включает тестовый контроль.

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

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.

**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.

## Примеры экзаменационных заданий в тестовой форме:

В каждом вопросе необходимо указать один или несколько правильных ответов.

### 1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) кортикостероиды
- 3) холинолитические препараты
- 4) цитостатические препараты
- 5) препараты 5-аминосалициловой кислоты

### 2. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕНЕСЁННОГО РАННЕЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ЭКГ
- 2) ЭхоКГ
- 3) КТ-ангиография грудной клетки
- 4) МРТ грудной клетки
- 5) Биохимический анализ крови

### 3. К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан
- 2) увеличение числа госпитализаций
- 3) уменьшение числа госпитализаций
- 4) отсутствие увеличения вызовов скорой помощи и госпитализаций по экстренным показаниям
- 5) снижение числа вызовов скорой помощи и госпитализаций по экстренным показаниям

### 4. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ ВРАЧ ПОЛИКЛИНИКИ ПОСЕЩАЕТ БОЛЬНОГО НА ДОМУ

- 1) ежедневно
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 2 раза в неделю
- 4) не реже 3 раз в неделю
- 5) не реже 4 раз в неделю

### 5. ФАЗЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) больничную (стационарную)
- 2) амбулаторную (поликлиническую)
- 3) выздоровления
- 4) поддерживающую
- 5) заключительную

## Эталон ответов:

Вопрос	Ответ
1	2),4),5)
2	2)

3	1),3),5)
4	4)
5	1),3),4)

### Примеры экзаменационных типовых ситуационных задач:

#### Задача 1.

Больная К., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.

Считает себя больной около 2 месяцев, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 недели до поступления в больницу появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид. Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 2 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10х9х8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексы отсутствуют. Внешних изменения в суставах не определяются.

Анализ крови: Нв– 110 г/л, эритроциты –  $4,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $6,8 \times 10^9/л$ , палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 65 %, лимфоциты – 30 %, эозинофилы – 1 %, моноциты – 3 %, СОЭ – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: белок – 60 г/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, креатинин – 102 ммоль/л, калий – 3,5 ммоль/л, АСТ–30 ЕД, АЛТ – 20 ЕД.

УЗИ органов брюшной полости – патологии не выявлено.

#### **Вопросы и задания к задаче**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Каковы ожидаемые результаты обследования?
4. Какие ошибки были допущены при проведенном лечении?
5. Ваша тактика лечения.

#### **Ответы к задаче 1.**

1. Неспецифический язвенный колит, острая форма средней степени тяжести, умеренной активности, с преимущественным поражением прямой и сигмовидной кишки (дистальный колит).

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести эндоскопические методы исследования с биопсией слизистой толстой кишки.

3. При колоноскопии в данном случае отмечается отек, зернистость, гиперемия слизистой

оболочки, отсутствие сосудистого рисунка, эрозии, поверхностные язвы, псевдополипы, выраженная кровоточивость. Гистологическое исследование: отек, полнокровие сосудов, увеличение количества клеток воспаления, целостность эпителия не нарушена.

4. Ошибка заключалась в приеме антибиотиков, антидиарейных средств в связи с их малой эффективностью и возможностью развития на фоне их применения осложнений в виде дилатации кишки.

5. Диета — стол 4в. Базисными препаратами в лечении неспецифического язвенного колита являются глюкокортикоиды и препараты 5-аминосалициловой кислоты, при резистентности назначаются иммунодепрессанты. При среднетяжелых формах применяется преднизолон внутрь 40 мг в сутки в течение месяца с постепенным снижением дозы до 5-10 мг в неделю, при проктосигмоидите назначаются микроклизмы (гидрокортизон 125 мг или преднизолон 20 мг) 2 раза в сутки в течение 7 дней. Одновременно длительно назначается сульфасалазин 2 г (или другие препараты 5-АСК).

## Задача № 2

Больная Т., 47 лет, жалуется на головные боли в затылочной области, возникающие после эмоционального перенапряжения и сопровождающиеся мельканием «мушек» перед глазами, ощущением сердцебиения.

Семейный анамнез: мать пациентки страдает гипертонической болезнью, отец пациентки также страдает гипертонической болезнью, 2 года назад перенес инсульт.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет регулярные, необильные, безболезненные по 4 дня через 28 дней, в течение последнего года стали нерегулярными с циклом от 30 до 45 дней. Вредных привычек нет.

Из анамнеза известно, что с 40 лет страдает бронхиальной астмой. При аллергопробах была выявлена положительная реакция на домашнюю пыль, пыльцу злаков. Постоянно принимает салметерол, будесонид в средних терапевтических дозах с хорошим стойким эффектом. Обострения бронхиальной астмы развиваются один раз в 2-3 года, чаще в период цветения растений, а также на фоне острой респираторной вирусной инфекции. Последнее обострение 2,5 года назад. Приступы удушья возникают редко, быстро купируются сальбутамолом. В течение последних двух лет после тяжелого стресса (болезнь отца) впервые появились и стали беспокоить головные боли, преимущественно в затылочной области. Боли возникали редко, всегда на фоне эмоционального перенапряжения, сопровождались ощущением сердцебиения, мельканием «мушек» перед глазами, редко тошнотой. Различные анальгетики головную боль не купировали. Неделю назад впервые измерила АД во время приступа боли: Систолическое АД составило 150 мм рт. ст., цифр диастолического АД не помнит. До этого АД измеряла только в стационаре, в котором находилась по поводу обострения бронхиальной астмы 2,5 года назад, и оно было в пределах нормы. Госпитализирована планово для обследования и подбора терапии.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ 24,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, эластичные. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки цилиндрическая, перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. ЧД — 16 в минуту, при аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 0,5 см кнаружи от правого края грудины в четвертом межреберье, левая — 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье, верхняя — верхний край III ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 88 в минуту, I и II тон над верхушкой ясные, шумов нет. Пульс напряженный, ритм сердца правильный. АД — 140/90 мм рт. ст. Живот при

поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Почки не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена.

Результаты обследования.

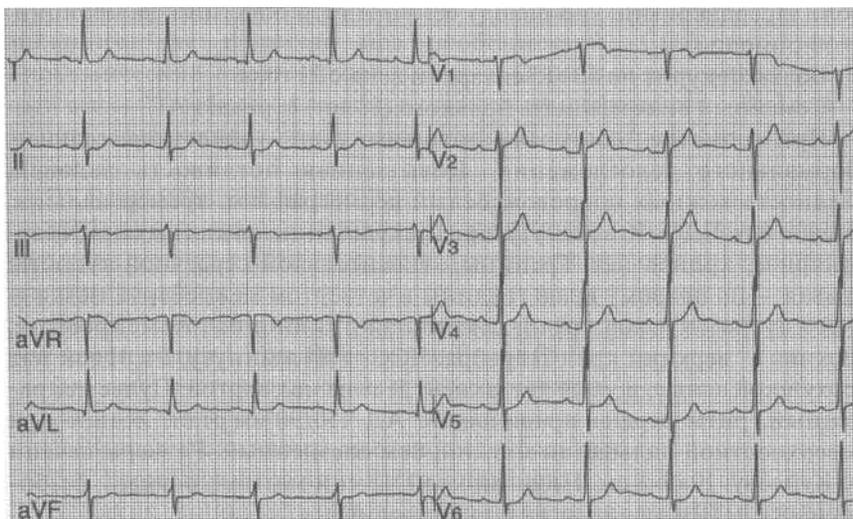
Общий анализ крови: гемоглобин — 136 г/л, лейкоциты —  $5,6 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 8 мм/ч.

Биохимический анализ крови в норме. Общий анализ мочи: удельный вес — 1018, белок, глюкоза отсутствуют, лейкоциты — 0-1 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

ЭхоКГ: толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 0,9 см, фракция выброса 75%.

Окулист: очаговое сужение артерий сетчатки.

ЭКГ больной



### Вопросы и задания к задаче

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больной.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. К какой группе диспансерного наблюдения следует отнести данную больную?

### Ответы к задаче № 2

1. У больной можно выделить синдром АГ и бронхиальной обструкции.
2. Гипертоническая болезнь I стадии, I степени, риск 1 (низкий). БА инфекционно-зависимая с атопическими реакциями, средней степени тяжести, в стадии ремиссии. Эмфизема легких.

В пользу гипертонической болезни (эссенциальной АГ) свидетельствует тот факт, что заболевание возникло на фоне психотравмирующих факторов у женщины средних лет, родители которой страдают АГ. Результаты проведенного физического, лабораторного и инструментального исследования позволяют исключить ряд симптоматических АГ: метаболический синдром и синдром/болезнь Иценко-Кушинга. У больной отсутствуют факторы риска, поражения органов-

мишеней и ассоциированные клинические состояния. В связи с этим поставлен диагноз гипертонической болезни I стадии. Степень АГ определена по уровню АД при повторных измерениях: 150 мм рт. ст. при первом, 140/90 мм рт. ст. на момент госпитализации. Риск оценен как низкий.

3. Больной показано исследование крови на уровень тиреотропного гормона для исключения дисфункции щитовидной железы, УЗИ почек, исследование микроальбуминурии и функциональной способности почек (скорости клубочковой фильтрации или клиренса креатинина) для выявления поражения органов-мишеней (почек) и вероятной нефрогенной этиологии АГ.

4. Больной показаны немедикаментозные методы лечения: умеренные аэробные физические нагрузки (прогулки быстрым шагом, плавание), ограничение поваренной соли и воды, полноценный ночной сон и отдых. При отсутствии эффекта и сохранении АД свыше целевых значений 140/90 мм рт.ст. показано медикаментозное лечение. Учитывая наличие гиперкинетического синдрома с синусовой тахикардией и противопоказание к назначению β-адреноблокаторов в связи с БА, наиболее целесообразным считается назначение недигидропиридинового блокатора кальциевых каналов — верапамила медленного высвобождения.

5. Диспансерная группа – III.

#### **IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

##### **1. Перечень основной и дополнительной литературы**

###### **а) Основная 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. 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.
4. Поликлиническая терапия: учебник/ под.ред.И.Л.Давыдкина, Ю.В.Щукина. – М:ГЭОТАР-Медиа, 2016.- 688 с.

###### **б) Дополнительная литература**

1. Гастроэнтерология [Текст]: национ. рук.: краткое изд. / ред. В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 462 с.
2. Кардиология [Текст]: национ. рук. / ред. Е. В. Шляхто - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 796 с.
3. Пульмонология [Текст]: национ. рук.: краткое изд. / ред. А. Г. Чучалин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 782 с.

###### **Электронный ресурс:**

1. 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>.
2. 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>.
3. Пульмонология [Электронный ресурс]: национ. рук.: краткое изд. / ред. А. Г. Чучалин. –Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437872.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 «Факультетская 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:**

Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений ([www.informuo.ru](http://www.informuo.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. MicrosoftOffice 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 SunRAVTestOfficePro
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](http://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** размещены в ЭИОС университета.

**V. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине**  
Приложение № 2

#### **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.

**VI.1. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины**  
Приложение № 3

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины  
ОПК-4**

Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

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

1. **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

2. **ОСНОВНЫМИ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ МЕХАНИЗМАМИ СРК ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) нарушения моторики кишечника
- 2) висцеральная гипералгезия
- 3) целиакия
- 4) вегетативные нарушения
- 5) гормональные факторы

3. **ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) отрыжка воздухом
- 2) изжога
- 3) одинофагия
- 4) слюнотечение
- 5) хронический кашель в ночное время

4. **ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

- 1) неблагоприятная наследственность
- 2) избыточное потребление соли
- 3) ожирение
- 4) вегетарианство
- 5) психоэмоциональное напряжение

**Эталон ответов:**

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

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

### Ситуационная задача

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

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

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

### *Данные дополнительных методов обследования*

Анализ крови: эритроциты  $3,5 \times 10^{12}$  /л, Нв 108 г/л, цв. п. 0,9. Лейкоциты  $7,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 40 мм/ч. ЛЕ-клетки: не обнаружены.

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

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

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

### Вопросы и задания:

1. Сформулируйте клинический диагноз (основной и осложнения)
2. Назначьте лечение (основная схема лечения; какие препараты она включает)
3. Дифференциальный диагноз с какими нозологиями следует проводить?
4. Какое значение помимо диагностического имеет выполнение пункционной биопсии почек?
5. В чём состоит метод «пульс-терапии» и когда он используется?
6. Как зависит прогноз данного заболевания от его формы?
7. Профилактика данного заболевания первичная и вторичная)

### Ответы к задаче

1. **Основной диагноз:** Хронический мезангиопролиферативный диффузный гломерулонефрит (ХГН), смешанная форма, фаза обострения

**Осложнения:** ХБП С3. Хроническая анемия I ст., нормохромная.

2. Лечение. Четырёхкомпонентную схему лечения используют при высокой активности ХГН. Она включает: цитостатик (азатиоприн, циклофосфан и др.), преднизолон, гепарин и курантил

3. Вторичные гломерулонефриты – часть системной болезни (системные заболевания соединительной ткани, васкулиты, инфекционные поражения почек, паранеоплазии). Пиелонефриты, тубулоинтерстициальные нефриты, болезни накопления (первичный и вторичный амилоидоз, подагра), диабетический гломерулосклероз, гипертоническая нефропатия. Состояния сопровождающиеся протеинурией – миеломная болезнь.
4. Выявление морфологических изменений в почках имеет значение для выбора лечения и определения прогноза болезни.
5. Метод «пульс-терапии» используется при высокой активности ХГН и неэффективности лечения (если обычные дозы преднизолона не оказывают действие): в течение 3 дней подряд в/в вводят 1000-1200 мг преднизолона с последующим переходом на обычные дозы.
6. Прогноз благоприятен при латентной форме ХГН, серьёзен при гипертонической и гематурической формах, неблагоприятен при нефротической и особенно смешанной форме ХГН.
7. Первичная профилактика ХГН: укрепление организма, закаливание, повышение резистентности инфекциям, своевременное адекватное лечение очагов стрептококковой инфекции, своевременная диагностика и лечение острого гломерулонефрита.  
Вторичная профилактика: правильное трудоустройство больных, соблюдение режима труда и отдыха, назначение диеты в соответствии с нозологической формой заболевания, санация очагов инфекции, предупреждение интеркуррентных заболеваний, общеукрепляющая и десенсибилизирующая терапия, адекватная медикаментозная нефропротекция.

#### **Практические навыки:**

- Оформлять историю болезни у терапевтического больного
- Установить клинический диагноз
- Проводить диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний и патологических состояний у пациентов терапевтического профиля на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования.

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины  
ОПК-7**

Способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

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

**1. ОСНОВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРАДИКАРДИЙ**

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

**2. ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ**

1. блокаторы натриевых каналов
2. бета-адреноблокаторы
3. блокаторы кальциевых каналов

4. блокаторы магниевых каналов
5. группа амиодарона

**3. ОСНОВНЫЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ, КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ БОЛЬНОМУ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

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

**Эталоны ответов:**

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

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

**Ситуационная задача**

Больной Н., 48 лет, обратился к врачу с жалобами на пожелтение кожного покрова, увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, потерю в весе до 10 кг за 4-5 месяцев, выраженную слабость, плохой сон ночью и сонливость днем.

Считает себя больным в течение полугода, когда впервые отметил увеличение в размерах живота, стала беспокоить повышенная утомляемость. Два месяца назад был госпитализирован в хирургическое отделение с признаками желудочно-кишечного кровотечения (была рвота «кофейной гущей», мелена).

Алкоголем не злоупотребляет. Не курит. Переливаний крови, внутривенных инъекций лекарств не проводилось. Работает стоматологом. Наследственный анамнез не отягощен.

При осмотре состояние тяжелое. Больной сонлив, в пространстве, времени, собственной личности ориентирован. Отмечается размашистый тремор пальцев рук. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, множественные сосудистые звездочки на плечах. На передней поверхности грудной клетки – расширенные поверхностные вены. Массивные отеки нижних конечностей до средней трети бедер.

В легких дыхание везикулярное, справа от угла лопатки не проводится. Хрипов нет. ЧД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 96 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм сердца правильный. АД 130/80 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита, при пальпации чувствительный в правом подреберье. Нижний край печени определяется на 8 см книзу от реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 16x14x12 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин – 108 г/л, лейкоциты –  $4,0 \times 10^9$ /л, эритроциты –  $2,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $138,0 \times 10^9$ /л. СОЭ – 43 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 8,5 г/л, альбумин – 2,4 г/%, холестерин – 4,6 ммоль/л, мочевины – 2,7 ммоль/л, креатинин – 62 мкмоль/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л, общий билирубин

– 133 ммоль/л, прямой билирубин – 65 ммоль/л, АЛТ – 241 ЕД/л, АСТ – 88 ЕД/л, ЩФ – 170 ЕД/л.

Протромбиновое время — 5 с, международное нормализованное отношение – 3,0.

RW, ВИЧ – отрицательное. Обнаружен Hb<sub>s</sub>Ag.

УЗИ органов брюшной полости. Печень: левая доля увеличена до 10 см (Nдо 7,0), правая доля увеличена до 16,2 см (Nдо 14,0), структура диффузно неоднородна, эхогенность значительно неоднородна с гипо- и гиперэхогенными включениями. *V. porta* 1,6 см. *D. choledochus* 0,5 см. Асцит. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка увеличена (10,5x4,2 см). Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно-лоханочная система не расширена.

ЭГДС: варикозно-расширенные вены пищевода I-степени.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных теней не выявлено, корни тяжисты, справа от угла лопатки – жидкость. Сердце и аорта без особенностей.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 92 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.

### Ответы к задаче

1. У больного определяются следующие синдромы:
  - синдром печеночно-клеточной недостаточности: снижение уровня сывороточного альбумина до 2,4 г/%, снижение протромбинового времени, что свидетельствует о нарушении белковосинтетической функции печени;
  - синдром цитолиза: повышение уровня АЛТ, АСТ;
  - синдром холестаза: гипербилирубинемия, повышение уровня ЩФ;
  - синдром портальной гипертензии: расширенные поверхностные вены передней поверхности грудной клетки, варикозно-расширенные вены по данным ЭГДС, увеличение в диаметре *v. portae* до 1,6 см по данным УЗИ органов брюшной полости;
  - отечно-асцитический синдром: отеки нижних конечностей, асцит, подтвержденный по данным УЗИ органов брюшной полости, правосторонний гидроторакс;
  - печеночная энцефалопатия: астерикис, дневная сонливость, бессонница ночью.
2. Цирроз печени вирусной этиологии (Hb<sub>s</sub>Ag-положительный), умеренно-активный, декомпенсированный, класс С по *Child-Pugh*. Портальная гипертензия. Варикозно-расширенные вены пищевода I-степени. Отечно-асцитический синдром. Гиперспленизм. Печеночно-клеточная недостаточность.
3. Пункционная биопсия печени.
4. Основная тактика ведения больного – лечение и профилактика осложнений цирроза печени.
  - Ограничение потребления жидкости (не более 800 мл) и белка (не более 20-30 г).
  - Применение комбинированной схемы приема диуретиков под контролем диуреза, который должен быть положительным, с ежедневным уменьшением массы тела на 0,5 кг.
  - Внутривенное введение альбумина.
  - Медикаментозная терапия печеночной энцефалопатии:

- препараты, уменьшающие образование аммиака в кишечнике — лактулоза по 30-120 мл/сут; короткий 5-7-дневный курс антибиотиков, невсасывающихся в кишечнике;
- препараты, улучшающие обезвреживание аммиака в печени.
- Фармакотерапия портальной гипертензии: неселективные бета-адреноблокаторы (атенолол, пропранолол), уменьшающие висцеральный кровоток, в дозе, при которой снижение пульса в покое составляет 25 %. Пролонгированные нитраты, начиная с 40 мг/сут.
  - Включение больного в лист ожидания на трансплантацию печени.

**Практические навыки:**

- 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

Госпитальная терапия

(название дисциплины, модуля, практики)

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

**Лист регистрации изменений и дополнений на \_\_\_\_\_ учебный год  
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)**

Госпитальная терапия

\_\_\_\_\_ (название дисциплины, модуля, практики)

для студентов \_\_5\_\_ курса,

специальность: 31.05.02 Педиатрия \_\_\_\_\_  
(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

## Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

### Схема истории болезни

1. Общие сведения
2. Жалобы больного
3. История заболевания (Anamnesismorbi)
4. Функциональный статус (Statusfunctionalis)
5. История жизни (Anamnesisvitae)
6. Настоящее состояние больного (Statuspraesens)
  - 6.1. Общий осмотр
  - 6.2. Система органов дыхания
  - 6.3. Система органов кровообращения
  - 6.4. Система органов пищеварения
  - 6.5. Система органов мочевого выделения
  - 6.6. Эндокринная система
  - 6.7. Нервная система и органы чувств
  - 6.8. Психологический статус
7. Клинический диагноз (предварительный)
8. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Консультации специалистов.
9. Заключительный клинический диагноз (основной, осложнения, сопутствующие заболевания)
10. Обоснование основного диагноза
11. Дифференциальный диагноз
12. Лечение (основного и ведущих сопутствующих заболеваний)
13. Прогноз
14. Профилактика. Диспансеризация.
15. Дневник
16. Эпикриз

#### 1. Общие сведения

*Наименование учреждения*

*Медицинская документация форма №003/у*

**Медицинская карта № \_\_\_\_\_ стационарного больного**

Дата и время поступления

Дата и время выписки

Отделение Палата №

Проведено койко-дней

Вид транспортировки: на каталке, в кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_\_\_\_

*название препарата, характер побочного действия*

1) Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

2) Пол

3) Возраст

4) Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть), вписать адрес.

5) Место работы, профессия или должность

Для учащихся – место учёбы; для инвалидов – группа инвалидности: И.О.В. – да, нет

6) Страховая компания \_\_\_\_\_

7) Страховой полис: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

8) Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

9) Кем направлен больной

10) \_ Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через \_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть)

11) Диагноз направившего учреждения

12) Диагноз при поступлении

13) Диагноз клинический \_\_\_\_\_ (дата установления)

Код МКБ

14) Диагноз заключительный клинический:

а) основной \_\_\_\_\_ Код МКБ

б) осложнение основного \_\_\_\_\_

в) сопутствующий: \_\_\_\_\_

15) Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (подчеркнуть), всего \_\_\_\_\_ раз

16) Хирургические операции, методы обезболивания, послеоперационные осложнения

17) Другие виды лечения \_\_\_\_\_

18) Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

№ \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

19) Исход заболевания: выписан с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением, переведен в другое учреждение, умер (подчеркнуть).

20) Трудоспособность: восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть).

21) Для поступившего на экспертизу – заключение \_\_\_\_\_

22) Особые отметки \_\_\_\_\_

*Примечание. На каждого больного при поступлении в стационар заполняется «Информированное (добровольное) согласие пациента» (Приложение 4).*

## 2. Жалобы больного

Обычно этот раздел беседы врача с больным начинается с общего вопроса: «Что Вас беспокоит?» или «На что Вы жалуетесь?». Важно предоставить больному возможность свободно высказаться, прерывая его только уточняющими вопросами. Это создаёт условия для создания доверительных отношений между пациентом и врачом, достижения комплайенса.

Жалобы больного можно разделить на две группы: основные (ведущие) и второстепенные.

**Основные жалобы** больного, как правило, являются причиной госпитализации. Необходимо дать их подробную характеристику. Так, при жалобе на боль указывают её локализацию и иррадиацию, характер и длительность, её интенсивность, условия возникновения, усиления или ослабления, в том числе при использовании лекарственных средств и/или немедикаментозных методов лечения.

**Второстепенные жалобы** часто неопределённые и могут встречаться при различных хронических заболеваниях или функциональных расстройствах. Например, общая слабость, нарушения сна, повышенная потливость и другие.

## 3. История заболевания (Anamnesismorbi)

Подробно и последовательно описывается начало, течение и развитие заболевания до момента настоящего (последнего) обострения (ухудшения). Следует указать проведенные до сегодняшнего дня диагностические мероприятия, какое лечение проводилось и его эффективность. Важно отметить мнение больного по поводу причины заболевания (или обострения), поскольку если она даже не

будет истинной, то может дать важную информацию для врача об обстоятельствах, предшествовавших заболеванию.

При наличии у больного важных сопутствующих заболеваний следует описать каждое из них и оценить взаимоотношающиеся симптомы.

#### **4. История жизни (Anamnesis vitae)**

В этом разделе приводятся следующие сведения:

**Место рождения**, бытовые условия детства, перенесённые заболевания детского возраста.

**Трудовой анамнез**: когда начал работать, характер и условия работы, ранее и в настоящее время.

**Материально-бытовые условия**, включая характер питания.

**Семейное положение** в настоящее время, количество детей.

У женщин – начало месячных, их окончание, количество беременностей (родов, аборт и др.).

**Перенесённые заболевания**.

Для хронических заболеваний – начало, периоды обострений, последнее обострение, лечение. Особо обращается внимание на перенесённые инфекционные заболевания, ВИЧ-инфекцию, венерические болезни, туберкулёз, желтуху. Необходимо отметить, переливалась ли ранее кровь, были ли реакции на переливание.

**Вредные привычки**: алкоголь (как часто употребляет и сколько), курение (с какого возраста курит, что и сколько курит), наркотики, крепкий чай, кофе, повышенное потребление солёной и острой пищи.

**Наследственность**

По линии отца и матери. Возраст родителей и близких родственников (братья, сёстры, дети) при развитии важнейших заболеваний (артериальная гипертония, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца); основные проявления аллергии (сыпь, жжение и зуд, местные отёки, аллергический ринит и др.), возможная причина, в том числе реакция на введение лекарственных средств. Назначение десенсибилизирующих средств, их эффективность. Необходимо указать, если пациент принимал стероидные гормоны.

**Эпидемиологический анамнез**

Учитывается контакт с инфекционными или лихорадящими больными, укусы насекомых, поездки в другую климатическую зону и за границу, профилактические прививки.

**Экспертный анамнез**

Следует отразить дату выдачи первичного больничного листка и его длительность; наличие группы инвалидности и год её присвоения с указанием даты очередного переосвидетельствования.

#### **5. Функциональный статус (Status functionalis)**

Предполагает активный расспрос пациента и по общим проявлениям соматической патологии и отдельным системам организма: общие расстройства, органы дыхания, органы кровообращения, органы пищеварения, органы мочеполовой системы, опорно-двигательный аппарат, нервная система, эндокринная система.

#### **6. Настоящее состояние больного (Status praesens)**

##### **6.1. Общий осмотр**

**Общее состояние**: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжёлое.

**Положение больного**: активное, пассивное, вынужденное.

**Сознание**: ясное, спутанное (ступор, сопор, кома, бред, галлюцинации).

**Телосложение и конституция**.

Телосложение (правильное, неправильное), конституция (нормостеник, астеник, гиперстеник). Рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ).

**Состояние питания** больного: не нарушено, повышено, понижено.

*Кожа и слизистые оболочки.* Их цвет – бледность, цианоз, желтушность, наличие сыпи, язв, рубцов, расширенных сосудов. Тургор и влажность кожи. Наличие отеков, их локализация, особенности. Состояние волос и ногтей.

*Молочные железы у женщин:* наличие уплотнений или опухолей в них, втянутость соска.

*Лимфатические узлы* (подчелюстные, над- и подключичные, шейные, подмышечные, паховые) локализация прощупываемых узлов. Их величина, форма, консистенция, болезненность, спаянность между собой, подлежащими тканями и кожей.

*Полость рта:* состояние зубов, десен, окраска зева, состояние миндалин.

*Шея:* форма, подвижность, положение гортани и трахеи, их смещение. Напряжение дыхательной мускулатуры. Набухание яремных вен и пульсация сонных артерий.

*Опорно-двигательный аппарат.*

Пропорциональность соотношений частей скелета.

Деформация костей. Утолщение периферических фаланг пальцев рук и ног («барабанные палочки»). Болезненность при поколачивании плоских костей.

Обратить внимание на форму позвоночника, изменение степени физиологического лордоза и кифоза, наличие сколиоза. Необходимо проверить объем активных движений в шейном и поясничном отделах позвоночника (сгибание, разгибание, наклоны и повороты в стороны). Провести перкуссию остистых отростков всех позвонков, выявляя зоны болезненности. Обратить внимание на напряжение и болезненность паравerteбральных мышц, наличие уплотнений и триггерных зон.

Степень развития мускулатуры: достаточная, слабая. Болезненность мышц при пальпации, наличие уплотнений.

Суставы. Увеличение размеров, изменение конфигурации. Гиперемия кожи и местное повышение температуры над суставами. Болезненность при пальпации. Объем движений в суставах, ограничение подвижности: ригидность, контрактуры. Хруст и скрип в суставах при движении.

**6.2. Система органов дыхания.** Осмотр грудной клетки: форма, симметричность, деформации. Состояние над- и подключичных ямок, ребер, межреберий. Эпигастральный угол – тупой, острый. Положение лопаток, симметричность.

*Тип дыхания:* грудной, брюшной, смешанный. Глубина и ритм. Частота дыханий в минуту. Равномерность дыхательных экскурсий обеих половин грудной клетки.

*Пальпация:* резистентность, болезненность грудной клетки. Характер и равномерность голосового дрожания.

*Перкуссия легких* – данные сравнительной перкуссии с определением характера перкуторного звука (лёгочный, коробочный, тимпанический, тупой, с оттенком). Данные топографической перкуссии: высота стояния верхушек, ширина верхушечных полей (поля Крёнига), нижние границы лёгких, подвижность нижнего края лёгких.

*Аускультация:* характер дыхания — везикулярное, бронхиальное, жесткое, его сила — ослабленное, усиленное, везде ли проводится, соотношение вдоха и выдоха. Хрипы, их характер: сухие, влажные – калибр, локализация. Дополнительные звуковые явления (крепитация, шум трения плевры).

**6.3. Система органов кровообращения.**

*Осмотр* области сердца: выявление сердечного горба, патологическая пульсация в области сердца, яремной ямки, подложечной области.

*Пальпация.* Верхушечный толчок, его свойства; сердечный толчок, локализация. Пальпация области сердца для уточнения характера верхушечного или сердечного толчка (локализация, сила, распространенность, наличие и локализация систолического или диастолического дрожания). Зоны гиперальгезии над областью сердца.

*Перкуссия:* определение границ.

Границы относительной тупости сердца (правая, верхняя, левая), конфигурация полости сердца (нормальная, митральная, аортальная).

Границы абсолютной тупости сердца (правая, верхняя, левая).

Ширина сосудистого пучка в см.

*Аускультация сердца* проводится (по всем 6 точкам) в вертикальном и горизонтальном положении тела больного, в покое и после физической нагрузки. Тоны сердца: их ритмичность, частота, громкость (ясные, глухие, нормальной громкости, усиленные, ослабленные), акцентуация (акцент второго тона над аортой или лёгочной артерией). Шумы сердца: отношение шумов к фазам сердца. Их интенсивность, тембр, проведение, место наибольшего выслушивания. Дополнительные тоны: их соотношение, ритм галопа, перепела. Экстракардиальные шумы (шум трения перикарда, плеврокардиальный шум).

*Сосуды.* Видимая пульсация артерий (височных, сонных). Пальпация сонных и периферических артерий: уплотнение стенок, извитость, характер пульсации.

Состояние шейных вен, венный пульс (положительный, отрицательный). Артериальный пульс на лучевых артериях: синхронность, частота, ритм, напряжение, наполнение, характер пульсовой волны. Выслушивание брюшной аорты и бедренных артерий. Выслушивание яремной вены (шум волчка).

Артериальное давление на плечевых, при необходимости – на бедренных артериях.

#### **6.4. Система органов пищеварения**

*Осмотр полости рта.* Состояние языка.

*Живот:* величина, форма, состояние пупка, наличие рубцов, грыжевых образований, расширенных подкожных вен. Пальпация, напряжение брюшной стенки, локализация, ригидность, болезненность в этой зоне. Выявление патогномичных симптомов, болевых точек, зон. Выслушивание перистальтики кишечника.

*Гепатобилиарная система.* Печень. Осмотр области печени. Пальпация – свойства края печени (тонкий, круглый, плотный, болезненный) и ее поверхность (гладкая, бугристая). Размеры печени по Курлову. Желчный пузырь: его пальпация, болезненность, симптомы холецистита (Кера, Мерфи, Лепене, Грекова-Ортнера и др.).

*Селезенка.* Ее пальпация в положении на спине и правом боку. Размеры (длинник и поперечник), свойства края, болезненность, плотность, характер поверхности.

#### **6.5. Система органов мочевого выделения**

*Осмотр* и пальпация поясничной области: припухлость, краснота, напряжение мышц.

*Пальпация почек:* увеличение, опущение, смещение, консистенция, болезненность, бугристость. Поколачивание по поясничной области (болезненное, безболезненное, с одной или обеих сторон).

*Пальпация и перкуссия мочевого пузыря.*

#### **6.6. Эндокринная система**

*Осмотр и пальпация щитовидной железы.* Степень увеличения, характер (диффузное, узловое, смешанное), консистенция, болезненность.

*Нарушение роста, акромегалия.*

*Исхудание. Ожирение* (степень выраженности, преимущественная локализация).

#### **6.7. Нервная система и органы чувств.**

*Исследование черепно-мозговых нервов:* острота зрения, двоение в глазах (диплопия), птоз, объем движений глазных яблок, реакция зрачков на свет. Симметричность носогубных складок при оскале зубов. Расстройства глотания. Дисфония. Положение языка при высовывании.

*Менингеальные симптомы:* ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского.

*Двигательная сфера:* характер походки с открытыми и закрытыми глазами (обычная, атаксическая, другие формы). Устойчивость при стоянии с открытыми и закрытыми глазами (проба Ромберга). Пальценосовая и коленно-пяточная пробы (координаторные пробы).

Судороги: клонические и тонические, фибриллярные подергивания, дрожание (тремор) и другие произвольные движения. Контрактуры мышц (локализация). Объем движений и сила в конечностях.

*Глазные симптомы:* ширина глазной щели, ширина зрачка, экзофтальм и др. *Кожа:* вид дермографизма, температурные асимметрии, гипертрихоз, облысение, трофические язвы, нарушения потоотделения.

*Чувствительная сфера:* пальпаторная болезненность по ходу нервных стволов и корешков. Объем движений и сила в конечностях.

*Сухожильные рефлексы:* коленный, ахиллов.

*Патологические рефлексы:* симптомы Бабинского и Россолимо.

*Речь:* афазия (моторная или сенсорная), дизартрия.

### **6.8. Психологический статус**

Состояние психики: сознание, ориентировка в месте, времени и ситуации.

Интеллект: соответствует или не соответствует уровню развития. Ослабление интеллектуальных функций (ослабление внимания, снижение памяти, нарушение критики, сужение круга интересов).

Поведение больного в клинике, степень общительности, уравновешенность, суетливость, двигательное беспокойство.

### **7. Клинический диагноз (предварительный)**

Он должен быть сформулирован в первые три дня пребывания больного в стационаре. В структуре диагноза выделяется:

- 1) диагноз основного заболевания, включая указания степени тяжести, формы заболевания, характера течения;
- 2) осложнения основного заболевания;
- 3) сопутствующие заболевания (имеющие клиническое значение).

### **8. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Консультации специалистов.**

Лабораторное и инструментальное обследование больного является строго индивидуальным и определяется планом его обследования, который составляется с учетом особенностей заболевания.

Всем больным, независимо от характера заболевания, проводятся обязательно:

- 1) общий анализ крови,
- 2) общий анализ мочи,
- 3) глюкоза крови,
- 4) измерение артериального давления,
- 5) электрокардиография,
- 6) рентгеноскопия органов грудной клетки,
- 7) исследование кала на яйца гельминтов,
- 8) реакция Вассермана,
- 9) определение группы крови и резус-фактора,
- 10) консультация женщин гинекологом.

Консультации лечащего врача со смежными специалистами позволяют уточнить диагноз, тактику лечения и ведение больного, способствуя повышению квалификации врача.

*Необходимо дать трактовку приведенных анализов и исследований.*

### **9. Заключительный клинический диагноз (основной, осложнения, сопутствующие заболевания)**

**Основным заболеванием** является нозологическая форма, которая во время оценки состояния пациента, имеет наиболее выраженные проявления и угрожает здоровью и /или жизни пациента. То есть это то заболевание, которое определяет тяжесть состояния и является причиной госпитализации.

**Осложнение основного заболевания** – это такой патологический процесс, который непосредственно связан с основным заболеванием и существенно утяжеляет его течение.

**Сопутствующие заболевания** – нозологическая форма, которая не связана с основным заболеванием и его осложнениями и не оказывает существенного влияния на течение основного заболевания.

## 10. Обоснование основного диагноза

Для обоснования диагноза анализируются жалобы, данные анамнеза и объективного обследования больного. Проводится тщательный анализ (патогенетический) выделенных признаков, их оценка с учетом особенностей клинической картины и течения заболевания. Проводится анализ данных, полученных с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования. На основании всех полученных результатов делается заключение об имеющейся патологии и оформляется диагноз.

### 11. Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями, имеющими сходные проявления, с учетом основных выявленных клинических синдромов. По возможности следует указать этиологию и патогенез данного заболевания.

*Описываются планируемые методы обследования (если пациент обследован не полностью и есть необходимость в дополнительных исследованиях) с целью уточнения диагноза и/или проведения дифференциальной диагностики.*

### 12. Лечение (основного и ведущих сопутствующих заболеваний)

Описываются планируемые методы лечения больного, в том числе режим, диета, терапия (лекарственная и нелекарственная).

В стационаре на каждого больного заполняется «Лист врачебных назначений» (Приложение 5).

**13. Прогноз** клинический: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный.

### 14. Профилактика. Диспансеризация.

Вторичная профилактика. Диспансеризация: группа диспансерного наблюдения, кратность наблюдения; лечебно-оздоровительные мероприятия, проводимые во время диспансеризации.

### 15. Дневник

Ведется ежедневно или через день. Запись лечащего врача отражает динамику состояния больного, изменения характера жалоб за истекшие сутки, появление новых симптомов, ослабление или исчезновение имевшихся, даются характеристики физиологических показателей (частота дыхания и пульса, число сердечных сокращений, величина артериального давления; оценивается сон, аппетит, стул, мочеиспускание). Приводятся краткие объективные данные по органам и системам.

В дневнике следует отражать врачебную интерпретацию новых клинических симптомов и синдромов, результатов полученных параклинических исследований; обосновывать изменения в тактике лечения.

Анализируется эффект от проводимой терапии и в случае необходимости обосновывается целесообразность внесения изменений.

В случае ухудшения состояния больного анализируются причины такого ухудшения (неэффективность или неадекватность назначенной терапии, прогрессирование основного заболевания, нарушение диеты и др.). При неясном диагнозе, особенно при появлении новых симптомов болезни, намечается план дальнейшего обследования и лечения больного.

### 16. Эпикриз (выписной)\*

*Выписной эпикриз* представляет собой краткое изложение всей истории болезни и включает в себя: паспортные данные (фамилия, имя, отчество больного, дата его поступления и выписки), основные жалобы и анамнестические данные, связанные с особенностями течения заболевания и его осложнений, а также сведения о перенесенных других заболеваниях; основные патологические данные по органам; достаточно подробное описание лабораторных и инструментальных методов исследования, консультаций специалистов; лечение. При этом для таких препаратов, как антибиотики, сульфаниламиды, кортикостероидные гормоны, указываются курсовые дозы. Отмечаются изменения показателей заболевания (объективных и субъективных) в результате проведенного лечения. Указывается исход заболевания.

Даются конкретные рекомендации по амбулаторному лечению (долечиванию): режим, условия труда, вторичная профилактика, медикаментозная терапия (названия лекарственных препаратов с указанием их дозы, времени и длительности приема) и/или другие методы лечения. При необходимости указывается профиль санатория и географическая зона для санаторно-курортного лечения.

Выписной эпикриз целесообразно выполнять в печатном виде в трех экземплярах, один из которых остается в истории болезни, второй подклеивается в амбулаторную карту, а третий выдается на руки больному. Эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий. Экземпляр, выдаваемый на руки больному, заверяется треугольной печатью.

**\* Примечания.**

*Примечание 1. В некоторых стационарах (например, дневных) используются специально разработанные бланки выписных эпикризов.*

*Примечание 2. Помимо выписного эпикриза врачу приходится оформлять переводной и этапный эпикризы. **Переводной эпикриз** отличается от выписного своей заключительной частью, где указывается причина перевода в другое лечебное учреждение. **Этапный эпикриз** оформляется по схеме выписного, но по содержанию может изменяться в зависимости от времени наблюдения за больным. В нём можно (и следует) приводить диагностические гипотезы, план дополнительных диагностических исследований, а также оценку эффективности проводимой терапии.*

*Примечание 3. Выделяют также **посмертный эпикриз** (включает данные анамнеза и объективного состояния, методы обследования и лечения, мнение о причине смерти, заключительный клинический диагноз) и **патологоанатомический эпикриз** (оформляется врачом-патологоанатомом).*

*Примечание 4. Помимо выписного эпикриза на каждого больного заполняется «Статистическая карта выбывшего из стационара»*